

# SCHIAVITÀ E PSICOPATOLOGIA

## Alcune riflessioni sulla patologia post-traumatica nella schiavitù femminile in Mauritania

EMILIO VERCILLO\* MARIA GUERRA\*\*

*La schiavitù si distingue dalle altre forme di violazione dei diritti umani per alcune caratteristiche che si possono sintetizzare nella possibilità di essere comprati o venduti come proprietà, essere privi di libertà di movimento, costretti al lavoro sotto la pressione di minacce o violenze subendo restrizioni fisiche.*

Amnesty International 2014

*«Moukheir Mint Yarba ritornò dal suo quotidiano occuparsi delle capre del padrone nel deserto, per trovarsi davanti a qualcosa di inimmaginabile: la sua bambina, capace appena di gattonare, lasciata fuori a morire. La madre, dall'usuale atteggiamento stoico, - i cui occhi nerissimi e le mani incartapecorite trascinano decenni di tristezza - scoppiò a piangere vedendo il viso della sua bambina senza vita, occhi aperti e coperta da formiche, immobile sulla sabbia color arancio del deserto mauritano. Il padrone, che aveva violentato Moukheir per generare la bambina, voleva punirla. Disse che senza la figlia sulle spalle avrebbe lavorato più velocemente. Cercando di ricomporsi, Moukheir chiese di poter fare una pausa per dare a sua figlia una sepoltura appropriata. Il padrone rispose: toma al lavoro.*

*“Ha un'anima da cane”, lei dice ricordando.*

*Più tardi quel giorno, al cimitero “Scavammo una fossa superficiale e la seppellimmo con i suoi vestiti, senza poterla lavare o fare i riti di sepoltura”.*

Slaverys Last Stronghold, CNN, 2012

Esistono Paesi in cui il tempo sembra essersi fermato, in cui sussistono forme di schiavitù antiche, quasi bibliche, che offrono anche minore mobilità sociale o fuoriuscita dalla condizione di schiavo rispetto alla società romana

\* Psichiatra, psicoterapeuta

\*\* Psicologa, psicoterapeuta

antica. Non si tratta in questi Paesi delle cosiddette “nuove schiavitù”, legate alla modernizzazione della produzione su scala mondiale o al mercato della prostituzione, ma di una schiavitù vista quasi come una legge di natura da entrambe le parti, catene invisibili costruite nel corso di secoli e determinate dai forti vincoli che si creano tra schiavi e padroni. È soprattutto nella fascia del Sahel, al confine sud del Sahara, il luogo dove possono osservarsi queste vestigia di relazioni umane.

Di fatto il termine schiavitù viene impiegato per definire diverse condizioni e si parla estesamente di “nuova schiavitù” per alcune di esse. Escludendo le accezioni più estensive, confondenti e inadeguate h si parla attualmente (UN Commission on Human Rights, 2000) di lavoro forzato (mediante esercizio o minaccia di violenza sui soggetti o sulla loro famiglia), schiavitù sessuale (di fatto una sotto categoria di lavoro forzato), schiavitù per debiti (la più diffusa, soprattutto nel sudest asiatico), schiavitù infantile (rientra in tutte le altre categorie), servitù domestica, matrimonio forzato.

A lato di queste, esiste la forma tradizionale, chiamata nei Paesi anglosassoni *chattel slavery* (schiavitù di beni mobili, come il bestiame), termine utilizzato ad esempio per designare la forma tipica dell'economia statunitense ante guerra civile.

In Paesi come la Mauritania è presente un residuo di questa schiavitù antica, con alcune caratteristiche distintive. Innanzitutto - differentemente dalle società classiche, in cui lo schiavo è un prigioniero di guerra o la sua discendenza - presenta caratteristiche etniche definite e stabili nel tempo: ad essere schiavi sono solo persone di pelle nera, sub sahariane, e il loro padrone appartiene al gruppo dei *Beidane*, i “mauri bianchi”, casta di origine mista arabo-berbera, o *Hassaniya* (dalla lingua da loro parlata, un arabo con influenze berbere). Questo accade anche se la Mauritania ha dichiarato l'abolizione della schiavitù nel 1981, ultimo <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Oltre a confondere schiavismo con sfruttamento della forza lavoro, si è arrivati anche a parlare di schiavismo da parte dell'uomo verso gli animali in ambienti animalisti (Spiegel 1996), di schiavitù psichiatrica nelle correnti antipsichiatriche (Szasz 2003).

Paese ad averlo fatto nel mondo, una abolizione dichiarata ma non fattuale (a cui si è aggiunta nel 2004 una legge che comminerebbe una pena a chi la infrange), sicché la schiavitù rimane un segreto negato e attivamente celato da parte della classe dirigente del Paese (John Sutter, CNN, 2012) e appoggiato da alcuni religiosi islamici.

Nel nostro lavoro con i richiedenti asilo al SaMiFo ci siamo imbattuti in alcuni casi di schiavi mauritani, le cui caratteristiche di fenomenologia e psicopatologia presentavano elementi distintivi rispetto alla consueta sintomatologia post-traumatica di altri pazienti, provenienti da esperienze traumatiche non così radicate come eventi “naturali” nella struttura sociale o precoci. Oltre queste peculiarità eziologiche, esistono caratteristiche patoplastiche propriamente culturali connaturate con la natura della schiavitù, che ci hanno portato a voler approfondire il tema.

Descriveremo sommariamente al principio alcune caratteristiche della società maura e la natura della schiavitù in questo Paese, con particolare attenzione al versante femminile.

Seguiranno quindi delle note e riflessioni psicopatologiche sulle peculiarità osservate, accompagnate dalla breve vignetta di due casi esemplari.

## **La schiavitù nella società maura**

A journalist asked whether slavery existed in Mauritania, and the imam said no. Then why, the journalist asked, had the imam recently given the journalist's boss a slave girl as a gift? The imam simply smiled. (*The New Yorker*, 2014 sept 8, FREEDOM FIGHTER: A *slaving society and an abolitionist's crusade*).

“We don't pay them”, he said, “They are part of the land.” (*Slavery's Last Stronghold*, CNN, 2012).

Per descrivere in cosa consista nella vita quotidiana questa schiavitù, e nella sua realtà traumatica soprattutto per le donne schiave, ci baseremo sulla ricerca di Kevin Bales, professore al Wilberforce Institute for the Study of Slavery and Emancipation di Hull in Inghilterra,

che nel suo “Disposable people: New Slavery in the Global economy” (originariamente del 1999, ultima edizione rivista 2013) racconta della sua ricerca sul campo in Mauritania, oltre che su inchieste più recenti.

La Mauritania rappresenta nello scenario mondiale l’unico Paese in cui viene praticata la schiavitù di vecchio tipo. Nel 2016 il Global Slavery Index, basandosi su un’indagine a livello nazionale intrapresa nel 2015, stima che 43.000 persone, l’ 1,06% della popolazione totale di 4.068.000 abitanti, vive in condizioni di schiavitù tradizionale in Mauritania.

«La società maura... è costituita da tre gruppi principali: gli arabi mauri, spesso chiamati “mauri bianchi” (di cui fanno parte la casta guerriera degli hassanya, la casta sacerdotale degli harabout e i vassalli zenga), gli schiavi e gli ex schiavi detti haratin, e gli afromauri, che costituiscono circa il 40% della popolazione e che arrivano dal Sud del Paese, dove finisce il Sahara arabo e comincia l’Africa nera, principalmente dal Senegal e dal Mali» (Bales K. 1999). I mauri bianchi sono la minoranza che controlla la Mauritania sia dal punto di vista politico che economico e sono organizzati in grandi famiglie allargate unite in tribù. Tutte queste famiglie sono state proprietarie di schiavi ereditati di generazione in generazione; le origini della proprietà degli schiavi nel Paese potrebbe risalire perfino all’epoca romana, pre-islamica, anche se l’arrivo degli arabi ha probabilmente irrigidito il sistema. La casta degli haratin sono gli schiavi ma anche gli ex-schiavi liberati, a volte figli di madri schiave e di padri mauri bianchi, per questo motivo vengono chiamati mauri neri. La schiavitù è quindi profondamente radicata nella società mauritana e si basa sulla divisione per etnia, origine, caste e classi (Human Rights Council 2013).

Gli schiavi tradizionalmente abitano con la famiglia del padrone, lavorano tutto il giorno occupandosi delle attività necessarie al mantenimento delle case e delle attività commerciali e agricole, non vengono pagati, non hanno libertà di movimento e di scelta, possono essere donati senza tenere conto dei loro legami familiari e affettivi, ma il fatto che da generazioni vivano insieme ha fatto sì che si costruisse un legame molto difficile da sciogliere, un legame interno

fatto di quotidianità, abitudine, rassegnazione. La loro vita è molto dura, non sono liberi, ma non sono considerati merce usata e gettata come invece accade nelle nuove forme di schiavitù. Il paradosso della schiavitù in Mauritania è proprio il fatto che sia vissuta da parte della vittima con un'acquiescenza che ha a che fare con la convinzione di essere membro della famiglia cui appartiene, e di essere in una condizione al suo interno inferiore che ha a che fare con una legge naturale e divina. Anche in questo senso la differenza con la società schiavistica nord-americana è marcata, visto che nel "Paese della libertà" (*l'uomo è nato libero per natura*) i teorici dello schiavismo furono costretti a funambolismi concettuali per giustificarne l'esistenza, tradendo la falsa coscienza alla sua base. Nella servitù romana lo schiavo non era frutto di natura, ma un risultato di una conquista e di una violenza, prigioniero di guerra, e perciò stesso la sua trasformazione in liberto era possibile e non difficile. In Mauritania l'asservimento si basa su 'catene interne' molto più che su catene esterne, e nel caso soprattutto delle donne le catene vengono triplicate dall'applicazione della sharia nel Paese (v. infra).

La schiavitù in Mauritania quindi più che una realtà politica ed economica sembra essere parte integrante della cultura, anche se negli ultimi anni l'evolversi seppur lento della società sta portando ad un cambiamento del fenomeno, quantunque come si vedrà non sempre in senso positivo. Passate edizioni del Global Index Slavery hanno notato che il Corano è stato utilizzato da alcuni leader religiosi per motivare l'esistenza della schiavitù moderna in Mauritania. Gli attivisti delle associazioni più importanti contro la schiavitù dicono che alcuni imam continuano a parlare in favore della schiavitù nelle moschee, in particolare nelle aree rurali (Sutter 2012). Tuttavia, dal dicembre 2014, 1.000 moschee sono ufficialmente impegnate a diffondere messaggi anti-schiavitù rivelando un crescente impegno per la lotta contro la schiavitù (Jemal Oumar 2014).

L'evoluzione in corso, favorita anche dalle leggi che ufficialmente vietano la schiavitù, passa comunque attraverso forme di nuova schiavitù ancora peggiori, poiché la maggior parte degli ex schiavi che si affranca e lascia la casa del padrone non ha vere alternative: la loro nuova vita è fatta di espedienti, abitano ai margini della capitale,

in casupole fatiscenti, in condizioni di miseria, aspettando che i loro vecchi padroni li vengano a chiamare per lavorare alla giornata. Non hanno documenti, non possono usufruire di alcun aiuto governativo, sono analfabeti e non conoscono altri mondi che quello chiuso della casa del padrone che hanno abbandonato. Trovare un altro lavoro è quasi impossibile perché considerati inaffidabili proprio per il fatto di essersi affrancati. Di fatto negli agglomerati fatiscenti la differenza tra schiavo ed emancipato è sfumata: spesso si tratta ancora di schiavi, che il padrone chiama per lavori non pagati, ma senza neanche più ospitarli in casa con l'obbligo morale di alloggio e vitto. Hanno perso anche lo stato di 'famiglia'.

In questo scenario di isolamento culturale e povertà è possibile ad una minoranza continuare a mantenere lo status quo quasi inalterato trasformando una parte di ex schiavi e poveri in nuovi schiavi: il passaggio da merce di proprietà a merce usa e getta solleva dall'onere della sopravvivenza.

Se la situazione su delineata descrive la casta degli schiavi in Mauritania tradizionalmente tale da generazioni, è anche vero che nuove acquisizioni vengono fatte tra le popolazioni immigrate dal sud del Paese, il gruppo degli Afromauri provenienti dal Senegal e dal Mali.

Babacar, un nostro paziente, è un mauro 35enne di origini senegalesi. Aveva nove anni quando irruppe nella sua casa, uccisero la sua famiglia e lo presero come schiavo, per il resto della sua vita.

Khalil era giovane quando, portando al pascolo gli animali, viene accusato da un mauro bianco di aver danneggiato i suoi campi e con tale motivazione viene schiavizzato per alcuni anni finché non riesce a fuggire.

## **Essere schiava e donna**

La condizione femminile di schiavitù comporta alcuni elementi distintivi e ancor più crudeli. Un tempo, nella società maura la ricchezza veniva appunto calcolata secondo il numero di schiave possedute. Il valore non è comparabile a quello della società romana o nordamericana,

in cui uno schiavo è merce preziosa e cara, deve durare ed essere mantenuto per ammortizzare le spese e produrre; ma comunque in Mauritania una donna ha un valore maggiore di un uomo schiavo. I loro figli erano e sono tutt'oggi proprietà del loro padrone, nonostante la schiavitù sia stata ufficialmente abolita. D'altronde le donne raramente vengono tutelate dai tribunali, i cui giudici spesso hanno a loro volta delle schiave. I padroni possono ricorrere alla forza o dominarle proprio mantenendo il controllo sui figli, che spesso vengono loro sottratti e affidati ad un altro componente della famiglia in un'altra zona del Paese; questo accade spesso se il figlio è meticcio, nato non da un altro schiavo, ma dal padrone o da suoi amici. Il fatto che la religione permetta di avere più mogli fa sì che i padroni dichiarino la paternità dei bambini in ogni caso, e la donna che fugge e reclama i figli potrebbe essere un'altra moglie. Vale la pena ricordare che nei Paesi islamici la giurisprudenza fa prevalere i diritti del padre sui figli rispetto a quelli della madre, anche in situazioni più lineari di quella di cui parliamo.

L'esistenza delle donne e dei bambini è sempre controllata. È abituale l'uso sessuale delle schiave da parte del padrone e delle persone a cui vengono offerte da parte di quest'ultimo. Si tratta di un uso giustificato dalla legge coranica: le regole dettate dalla Sharia, adottate nello stesso periodo in cui veniva ufficialmente abolita la schiavitù nel Paese, hanno applicazioni pratiche anche nella relazione con schiavi ed ex schiavi. L'uomo deve secondo le leggi coraniche controllare i suoi desideri sessuali, tranne con mogli e schiave, permettendo così quell'uso sessuale delle schiave che è un elemento chiave del loro asservimento, oltre che un punto chiave della loro storia traumatica. Così il potere riconosciuto dalla legge islamica all'uomo libero su mogli e sorelle si estende automaticamente alle schiave e ai loro figli, chiunque sia il padre. I figli di queste donne appartengono di fatto a lui, sia che sia il reale padre o no (è spesso impossibile sapere la paternità e in Mauritania è cosa molto scorretta domandare chi sia il padre di una persona [Quirico 2016]). Spetta sempre al padrone decidere se una schiava può sposarsi e con chi, così come annullare il matrimonio se questo non è più di suo gradimento. Fuggire significa spesso abbandonare i figli nella casa del padrone o farli diventare ragazzini di strada senza certificati di nascita

o fissa dimora. Questo del destino dei figli, spesso sottratti dopo l'allattamento (la consuetudine è un allattamento di due anni) e regalati o venduti, è un altro punto nodale dei vissuti traumatici delle nostre pazienti. Vale la pena sottolineare come tra le mansioni di una schiava della famiglia sia fondamentale occuparsi della casa e dei figli del padrone prima di occuparsi dei propri, nel caso le rimanga tempo.

Non abbiamo però parlato dei movimenti antischiavistici che all'interno della società maura si sono comunque sviluppati, pur nella loro debolezza, ma vale la pena aggiungere in questo quadro generale due particolari annotazioni che ci aiutino a comprendere le condotte culturalmente diverse delle nostre pazienti, nonché le dinamiche psichiche interne, che per quanto descritto sopra non meraviglieranno.

La prima è che spesso sono i genitori schiavi a trasmettere la logica della passività dell'asservimento, insegnando alle loro figlie i limiti delle loro possibilità e la somma dei doveri connaturata al loro stato: non puoi andare a scuola, non puoi fare come hai visto fare con i bambini con cui giochi, i figli del padrone, non puoi ribellarti o ne patirai le conseguenze, etc. Ne consegue che una fuga, anche quando favorita da familiari, viene vissuta come una colpa, un ribellarsi a un genitore protettivo nel suo insegnamento. D'altronde se per gli uomini lasciare la famiglia del padrone è andare spesso incontro ad una vita di stenti e di accattonaggio, per alcune donne è diventare prostitute, vendere cous-cous per le strade o fare qualche lavoro manuale infimo, con un esito sociale ancora più infamante che per gli uomini.

La seconda annotazione riguarda una condotta comune a tutte le nostre pazienti ex-schiave, che al principio ingenera sconcerto e anche dubbi diagnostici: l'incapacità di guardare chicchessia negli occhi. Non è o non è solo timore, è buona educazione. Non possono guardare se non chi si trova in un rango inferiore anche per età, perciò non lo si può pretendere facilmente, come accade per tutte le condotte tanto basilaramente radicate. Riuscire a guadagnare il loro sguardo durante un incontro è prova di un passo compiuto verso la loro libertà interna.



## Specificità cliniche: tra PTSD e Disturbi Dissociativi

Per uno psicopatologo muoversi da una condizione e una storia di esperienze fino a una struttura psicopatologica è come percorrere un cammino a ritroso dall'abituale a cui è esercitato. Laddove normalmente trovandosi alla presenza di una sintomatologia configurata va alla ricerca di complessi di elementi che ne giustifichino l'origine e la forma finale, qui ci si trova nel percorso inverso: dato un insieme di condizioni di formazione delle sindromi, osservare la ricorrenza ed eventualmente la specificità delle strutture in cui esita. Nel campo magmatico della psichiatria, quello della psicotraumatologia è per lo meno un settore in cui si ha il privilegio di muoversi in un ambito etiologico certo, per quanto non globale nella sua esplicabilità e nonostante tutto controverso, rispetto ad altri capitoli della disciplina, molto più ipotetici ancora oggi. Proprio questo permette un ragionamento psicopatologico nel percorso dai presupposti agli esiti, laddove qualsiasi altro simile percorso nella psichiatria ha solo il valore di un lavoro statistico che supporti una tesi.

Detto ciò, nel campo della psicopatologia post-traumatica ci troviamo di fronte a due grossi capitoli, (anche considerando la grossolanità delle classificazioni a modello DSM): i Disturbi da Stress Post-Traumatico (PTSD) da una parte e il campo dei Disturbi Dissociativi dall'altra. Se in tutti insiste l'effetto di scomposizione della continuità dell'esperienza, è altrettanto vero che nei primi si tratta di un effetto traumatico di disaggregazione di un'esperienza già data, più o meno integrata nel campo della coscienza, laddove nei secondi è proprio l'esperienza traumatica ad aver reso impossibile l'integrazione. Ne conseguono (nell'età adulta a cui ci riferiamo) sintomatologie con strutture molto diverse.

Nel primo caso (la casistica più diffusa nel SaMiFo), il trauma o i traumi generativi sono avvenuti in età adulta, in un tempo che per quanto prolungato ed estremo ha avuto una durata definita, sebbene possa aver cambiato per sempre le condizioni di vita e la persona. Scontri a fuoco, carcerazione, tortura, viaggi tormentati e pericolosi, pericolo di vita per un tempo prolungato, scenari di morte cui si è assistito, tutto questo dà forma a una sintomatologia propria del

PTSD, con il suo tipico misto di sintomi dissociativi di flashback, prevalenza di sintomi di attivazione adrenergica, e sintomi negativi di apparenza depressiva (una vera sindrome depressiva potrà apparire più oltre nella vita di un rifugiato, quando i settori cerebrali che sovrintendono alla sopravvivenza, tuttora attivati dal PTSD potranno lasciar spazio al senso di perdita personale).

*Alcune distinzioni sono importanti da un punto di vista psicopatologico*

La prima è tenere separati concettualmente i *sintomi dissociativi* dalla *dissociazione strutturale* che costituisce l'ossatura dei Disturbi Dissociativi: in medicina distinguere sintomi, sindromi e malattie garantisce chiarezza alla comprensione, la presenza di una febbre o di un dolore non viene confuso con una patologia, laddove l'ideologia DSM ha favorito questo tipo di logica clinica. Nel PTSD sono presenti sintomi dissociativi (flashbacks diurni e notturni -incubi), ma la struttura del sé non è caratterizzata dalla presenza di varie parti ('personalità') che rispondono a molteplici figure e funzioni, come nei Disturbi Dissociativi. E da un punto di vista terapeutico non costituiscono neanche i punti di attacco o di entrata, dipendendo come sono dagli stati di iperattivazione (cfr. sotto).

La seconda riguarda il frequente malinteso del dare una importanza clinica assoluta alla storia traumatica, nel senso di dare per scontato che esista una relazione biunivoca tra storia traumatica e patologia post-traumatica. Se è vero che una storia di abuso e neglect infantile è prevalente nel 90% dei casi di Disturbo Dissociativo, soprattutto di Disturbo Dissociativo dell'Identità (come riconosciuto anche dal DSM-5), però è anche vero che nel caso di storie infantili con traumi ripetuti e continuati, sono molti i casi in cui non si danno nell'età adulta sintomi o disturbi dissociativi (Briere 2006). E se questo è allo stato attuale quello che sappiamo per i Disturbi Dissociativi, la mancata corrispondenza è ancor più vera nel caso di PTSD: se è vero che l'esperienza traumatica giustifica la sintomatologia di PTSD, non è verificato il contrario, che una clinica segua necessariamente all'esperienza traumatica, anche estrema.

Una serie di fattori *antecedenti* della persona, a partire da fattori genetici fino ai pattern di attaccamento e *successivi* fattori esterni garanti e supportivi di resilienza, giocano evidentemente un ruolo importante. Di fatto non è solo il personale laico di assistenza ai rifugiati a cadere in questa trappola, ma a volte anche personale di formazione professionale psicologica: non si dà clinica post-traumatica senza clinica *specificata*, solo per i fatti traumatici vissuti. Si attiva tutta l'umana comprensione e solidarietà, oltre all'impegno politico, ma non risorse terapeutiche inadatte per obiettivi clinici mal definiti.

Nel percorso a ritroso di ragionamento di cui si diceva, ci si aspetterebbe che per le condizioni descritte per la schiavitù in Mauritania, per i traumi continuativi durante l'infanzia (l'ambiente di estrema deprivazione, la separazione precoce e gli obiettivi abusi fisici e anche sessuali in età minorile nel caso del genere femminile, etc), i quadri dissociativi propriamente detti, con l'esistenza di dissociazione secondaria e terziaria (van der Hart et al. 2006), costituiscono la prevalenza delle presentazioni. Uno degli scriventi (E.V.), che prima di lavorare nel SaMiFo si è occupato in precedenza prevalentemente di Disturbi Dissociativi in una popolazione europea in Spagna e Italia, sorprendentemente ha dovuto constatare che non costituivano la maggioranza. Se pure esistono nel nostro campione, effettivamente non statisticamente significativo (il caso di Aisha descritto a seguire lo è), essi sono pochi.

## **Aisha**

Aisha è una ragazza mauritana di 32 anni (*ragazza*, perché così appare, e così si definisce lei stessa), rifugiata. La sua storia è una storia di schiavitù nella quale ancora dopo quattro anni dal suo arrivo in Italia è completamente immersa. Incontrare Aisha è incontrare prima di tutto la sua Parte Apparentemente Normale (van der Hart et al. 2006), quella che le ha permesso di orientarsi nella complessità del percorso di richiedente asilo, di lavorare, di studiare e imparare prestissimo l'italiano. Sorridente, educata, dolce, timida, tranquilla, non si lamenta di nulla, non chiede, non pretende, non si mostra mai arrabbiata, non ha problemi di

convivenza all'interno delle varie strutture di accoglienza che la ospitano. Purtroppo quella stessa Parte Apparentemente Normale è stata nel contempo complice dei ripetuti fallimenti vissuti durante il suo percorso di autonomia, a causa dei fraintendimenti all'interno delle relazioni che implicavano coinvolgimento emotivo e intimità: le aspettative degli operatori e di coloro che hanno cercato di aiutarla erano altissime, vista la sua apparenza e le sue risorse, così come spaventosa, devastante la sua caduta (e la delusione risentita degli operatori), ogni qual volta i fantasmi che la abitano, e che da sempre l'accompagnano, prendevano il sopravvento. Anche le sedute di terapia seguono lo stesso modello e iniziano con un'Aisha sorridente, contenta di come stanno andando le cose, grata per tutto ciò che viene fatto per lei e finiscono con un'Aisha disperata a volte accovacciata sulla sedia o in un angolo della stanza. Piangendo racconta dei suoi incubi notturni in cui il padre morto, nei confronti del quale prova forti sensi di colpa, le parla e le ricorda le sue origini e il suo immutabile destino: non ce la farà, questa vita non è per lei. Il padre, unica figura di attaccamento familiare e affettivo, le ha insegnato l'obbedienza, la sottomissione, l'impossibilità di vivere una vita differente da quella vita che stava nella natura delle cose, era volontà di Dio. Il padre che da una parte con la sua presenza in qualche modo la proteggeva dagli abusi e dalle violenze sessuali (iniziate inesorabilmente dopo la morte di lui), dall'altra avallava senza speranza la condizione di trascuratezza, isolamento, abusi, sottomissione, non riconoscimento che Aisha viveva.

Importante per comprendere la condizione di deficit di relazioni fondanti primarie (v. infra) è per esempio che della madre non abbia nessun ricordo, fu donata dal padrone ad un'altra famiglia quando aveva tre anni (così le è stato raccontato), ed è morta dopo poco senza che Aisha riuscisse più a vederla. E questo vissuto di assenza più che di mancanza della madre, insieme alla relazione così contrastatamente ambivalente con il padre, che qualifica in Aisha i fenomeni dissociativi che descrive. Ha dentro di sé una voce maschile non riconosciuta come voce nota, che le parla spesso in maniera dura, a volte in maniera premurosa; la giudica quando qualcuno la invita ad uscire, la spinge a ritirarsi, la confonde quando deve affrontare l'ennesimo colloquio di lavoro, la spaventa, ma allo stesso tempo la protegge dai rischi dell'affrontare una vita di libertà che implica scelte e rapporti paritari, e la fa sentire anche una traditrice nei confronti degli insegnamenti e del modello di vita proposto dal padre. La 'voce' - o più correttamente la parte - è quella che prende il sopravvento nelle occasioni in cui Aisha si

ritira, scompare, fallisce, o ha idee autolesive (in questi pazienti le franche condotte autolesive o suicidane sono estremamente rare, diversamente che nella popolazione europea). Oltre a questa presenza maschile, è presente anche una voce di donna, dal tono roco, le cui caratteristiche non sono ancora chiare in terapia.

Il suo percorso terapeutico è costellato di sedute intense di emozioni, assenze, abbandoni, ritorni e di nuovo abbandoni. Ad ogni piccolo movimento esplorativo, di esposizione o di possibile cambiamento, Aisha si ritira, diventa immobile, si nasconde, cercando di diventare invisibile così come ha imparato a fare di fronte al pericolo quando era in Mauritania, e come è tipico della *fobia emozionale e delle parti* (van der Hart et al. 2006). Le regole di sottomissione, assimilate nel vivere quotidiano della sua infanzia e tramandate di generazione in generazione, funzionano ancora.

«Vorrei tanto trasformare le mie catene in sorrisi, ma ho molta paura di non farcela perché anche se adesso sono in Italia libera, mi sento sempre schiava, schiava di me stessa».

La caratteristica dominante della presentazione clinica nei casi di ex-schiave, rispetto ai quadri più frequenti di PTSD della casistica del nostro servizio, è invece un'altra, legata all'importante concetto in Psicotraumatologia di Finestra di Tolleranza (Window of Tolerance, Siegel 1999, 2011), basata sulla Teoria Polivagale di Stephen Porges (Porges 2001, 2011).

Come illustrato in Fig. 1, esiste un campo ottimale di attivazione nel quale le nostre emozioni possono essere elaborate e processate nella nostra esperienza, una finestra di benessere in cui secondo Porges è attivata una parte filogeneticamente recente del nostro sistema nervoso autonomo, il "sistema parasimpatico ventrale o ventro-vagale", la base neurologica del Social Engagement System. L'ampiezza dei margini superiore e inferiore di questo campo di sicurezza è variabile tra individuo e individuo, ma in caso di pazienti con patologia post-traumatica la finestra risulta ristretta (Fig. 2), i limiti in cui le emozioni sono tollerabili si restringono considerevolmente, e ci si trova per il minimo stimolo trigger (interno o esterno) nella zona superiore

**FIG. 1****FINESTRA DI TOLLERANZA. ATTIVAZIONE DEL SISTEMA NERVOSO AUTONOMO**

Mod da: Ogden, P., Minton, K., &amp; Pain, C. (2006)

**FIG. 2****FINESTRA DI TOLLERANZA RIDOTTA IN PAZIENTI POST-TRAUMATICI**

Mod da: Ogden, P., Minton, K., &amp; Pain, C. (2006)

di hyperarousal, o in quella inferiore di hypoarousal. In entrambi questi casi, si trova attivato il Sistema Motivazionale di Sopravvivenza, il sistema basico che si innesca in caso di pericolo di vita nei mammiferi, disattivando tutti gli altri sistemi superiori, rendendo così impossibile qualsiasi forma di pensiero elaborativo, e l'interazione relazionale di qualsiasi tipo che non sia dedicata alla difesa dell'integrità fisica.

È il sistema delle 4-F in inglese (*fight, flight, freeze, faint*), attacco-fuga-congelamento-svenimento, dalle condotte possibili che attiva. Non si tratta necessariamente di condotte in sequenza (differentemente da quanto riportato in Schauer et al. 2011), differendo tra individui e contesti differenti, ma tutte appartengono al repertorio di comportamenti possibili in caso di pericolo estremo. Le prime tre - *attacco, fuga, congelamento tonico* - appaiono sotto il dominio del sistema simpatico, adrenergico, in un contesto di iperattivazione che sottende sintomi come ipervigilanza, allarme, aumentata tensione, aumentata frequenza cardiaca, iperpnea, tremori, immagini intrusive, un pensiero di tipo ossessivamente ciclico, fisso su un tema, e condotte iperreattive, esplosioni emotive e aggressive, o condotte caotiche. L'ultima F, quella di *faint*, viene più correttamente descritta come stato di ipoattivazione, e si basa sulla parte filogeneticamente più antica del sistema parasimpatico, quello 'dorso-vagale'. In questo caso siamo di fronte alle ultime difese, quando solo la passività e l'immobilità atonica di fronte all'aggressore può sperare qualche risultato, non fosse quello di staccare la coscienza dagli ultimi eventi mortali. In caso di stato di ipoattivazione assistiamo a sintomatologia come affettività e reattività ridotta, incapacità a pensare chiaramente, obnubilamento mentale, sintomi dissociativi di tipo negativo come disconnessione dal qui-e-ora, senso di separatezza da sé e dalle proprie sensazioni, assenze, uno spegnersi della coscienza che può giungere fino allo svenimento.

In entrambe le condizioni di disregolazione emozionale riesce impossibile al soggetto elaborare l'esperienza del presente (o condurre una seduta terapeutica), per inibizione delle funzioni cerebrali deputate alla integrazione, nel primo caso per troppo arousal, nel secondo caso per scarso arousal. Questa costruzione psicopatologica, fondata

sulla neurofisiologia e sulla etologia, rende ragione a livello patogenetico di una larga congerie di sintomi presenti in tutto lo spettro post-traumatico, dal PTSD ai Disturbi Dissociativi. Indipendentemente dalla Dissociazione Strutturale (l'esistenza di 'parti' separate del Sé e indipendenti dentro la stessa persona), risulta vero per tutti i pazienti post-traumatici che la loro Finestra di Tolleranza è ridotta, che si trovano spesso in uno stato esterno ai limiti della zona di buona integrazione della esperienza, che non è possibile lavorare sulle memorie traumatiche, o fare qualsiasi lavoro psicoterapeutico finché si trovano iper- o ipo-attivati, e che è perciò necessario un periodo di stabilizzazione come prima fase necessaria delle terapie per ampliare previamente la finestra di tolleranza, la capacità di tollerare ed elaborare le emozioni.

Nella nostra esperienza con i richiedenti asilo, la maggioranza dei pazienti che ci arrivano per un intervento psicologico o psichiatrico si presenta, come si è detto, in una condizione di PTSD, e il problema più urgente e dominante è uno stato di iperattivazione, con tutti i correlati - diverso da persona a persona - di uno stato di allarme in cui i pazienti sono rimasti bloccati, a dispetto delle condizioni di sicurezza per la vita in cui ora si trovano nel nostro Paese. Non che manchi del tutto una oscillazione dall'altra parte dello spettro, ma i fenomeni di ipoattivazione sono meno rilevanti nel quotidiano psicopatologico del paziente. E per quanto incerte possano essere le prospettive di futuro, o le perdite subite a tutti i livelli, questi temi non sono importanti o dominanti nel loro psichismo in questa fase.

Una quota minore dei pazienti hanno invece quadri con prevalenza di assenze, disconnessioni dal contatto con il presente senza attivazione angosciata di scenari di flashback delle violenze, uno spegnersi più o meno improvviso e più o meno totale della coscienza del presente, che fa sparire intere periodi di tempo (a volte intere giornate) dalla esperienza del paziente. È esperienza della clinica dissociativa che quando si scoprono questi 'buchi' della memoria nell'esperienza del paziente, si debba investigare del loro riempimento da parte di entità dissociate, la cui azione non viene registrata da parte della personalità 'normale' (o meglio 'Parte Apparentemente Normale' (ANP), come viene



denominata -van der Hart et al. 2006): in questo caso ci si trova di fronte a una dissociazione terziaria, un Disturbo Dissociativo di Identità.

## **Alia**

Alia, donna mauri tana di 27 anni, è in Italia da un paio di settimane quando viene indirizzata al Servizio. Durante la visita medica, dopo aver cominciato a raccontare alcune cose frammentarie della sua storia, si blocca a testa bassa, e per molto tempo piange silenziosa, dello stesso pianto che si vuole prodotto dalle statue miracolose: un traboccare liquido in un viso immoto, senza la mimica di dolore che si accompagna al pianto.

Alia dimostra ben di più di 27 anni, è stata schiava da tutta la vita, ha avuto 3 figli, tutti portati via al momento dello svezzamento. Quando siamo stati capaci di fare la Linea della Vita<sup>2</sup> (Schauer, et al. 2011), la sua infanzia non è segnata dalle pietre, e i fiori sono ricordi del suo giocare con altri bambini, portare gli animali al pascolo. E verso i 12 anni che arriva la pietra: viene violentata dal padrone, cui è seguita la storia tipica di una schiava di piacere con varie altre pietre, alcune di esse senza etichetta, altre sicuramente mancanti (fa due tentativi di fuga, viene ripresa e punita violentemente). All'inizio del trattamento non dorme la notte quasi per nulla, e quando è da sola i suoi pomeriggi passano piangendo, scomparendo dal tempo del suo orizzonte di coscienza. Le sue sedute hanno avuto per molto tempo un andamento uniforme: a un certo punto della seduta ricade nella condizione di disconnessione, e faticiamo a farla riemergere da questa ipoattivazione. Qualsiasi stimolo può scatenare la reazione: una domanda sulla famiglia di origine, la voce di un bambino che si senta fuori dalla stanza, un'osservazione su come siede sulla sedia (all'inizio mantiene sempre una postura tutta serrata, un po' inclinata in avanti come per alzarsi e scappare, stringendo la borsa e tutto quello che ha tra le braccia).

<sup>2</sup> Nella "Linea della Vita" il paziente è invitato a posizionare sulla linea di una corda che rappresenta la sua vita gli eventi positivi e negativi, ponendo rispettivamente un fiore o una pietra, designandolo con un nome su un'etichetta.

Alia è molto intelligente, spiritosa, e adattabile alla sua nuova vita, nella sua parte adeguata al mondo della realtà. Possiede risorse personali e relazionali cui fatto ricorso durante la fase di ambientamento, già aveva imparato a parlare francese - diversamente da quanto accade nella sua casta - e qui rapidamente impara italiano, risultando la migliore del suo corso (lo racconta ridacchiando compiaciuta). Non si sono finora fatte presenti parti dissociate strutturate, né sono affiorate condotte attive, voci, o pensieri imposti che le facciano presagire. Ancora oggi, dopo 8 mesi di terapia, una Alia sorridente, spigliata, ironica, abile relazionalmente, e con proiezioni sul futuro (cucina bene, ha voluto fare un corso di cucina, ma ha anche pensato di chiedere un corso per elettricista, vuole fare l'elettricista), fa spazio spesso a un'Alia assopita e immota che, anche se non assente come al principio (è riuscita a spiegare che la sua testa è totalmente vuota in quel momento, non pensa e non sente nulla), certo è in contatto con il presente solo con una coscienza parziale. Usando la BHS di Knipe<sup>3</sup> (Knipe 2010), Alia indica in questi casi col gesto di essere a metà, la mano a lato della sua testa. La facilità di caduta in questo stato rende ovviamente impraticabile in questa fase anche solo parlare sommariamente delle memorie, ed è appena possibile lavorare sulle sensazioni somatiche presenti (Ogden e coll. 2006), cercando di tenersi lontano da qualsiasi stimolo trigger che la disattivi di nuovo.

Nel nostro campione di pazienti femminili ex-schiave l'evaporare della funzione integrativa della coscienza non è seguito dall'affiorare di personalità seconde - direttamente o indirettamente - ma sostituito da un vuoto di pensiero, quasi da 'assenze' senza automatismi, se non a volte, come nel caso di Alia, da un piangere sommesso senza pensieri. Insomma una peculiarità comune alle pazienti è la scarsità di stati di iperattivazione, e la predominanza di quei fenomeni rubricati sotto il predominio del parasimpatico dorsale, la difesa estrema dell'organismo, sia nelle poche nostre pazienti con disturbo dissociativo franco, che in quelle con PTSD.

<sup>3</sup> La Back-of-the-Head Scale (BHS) è una indicazione gestuale da parte del paziente di quanto sia presente, da una posizione 'dietro la testa' = assente, a una davanti agli occhi = presente al 100%.

La constatazione di questa particolarità comporta una serie di problemi.

Perché rispetto a pazienti europee che hanno una storia sovrapponibile di abuso infantile, è meno frequente lo stabilirsi di Disturbi dissociativi?

In questi casi non possiamo neanche appellarci al ruolo stabilizzatore del contesto che svolga una funzione di resilienza e riparazione, quei contesti culturale, religioso, familiare e sociale che giocano un ruolo fondamentale positivo nel caso degli altri rifugiati. Ma nel caso della popolazione di ex-schiave, per quello che si è cercato di descrivere all'inizio, un tale ruolo riparativo del contesto è inesistente, a posteriori.

Perché in questa popolazione i fenomeni di ipoattivazione sono più frequenti di quelli iper? La cosa tra l'altro comporta una difficoltà molto maggiore nel momento terapeutico, visto che disponiamo di strumenti farmacologici e psicoterapeutici per aiutare il paziente in hyperarousal, ma di quasi nulla per aumentare le risorse utili in caso di hypoarousal. Possiamo giusto rilevare ed evitare situazioni (per esempio relazionali nella terapia) che scatenino questa reazione, e lavorare perché la paziente ne sia consapevole.

Le risposte che possiamo dare sono solo parziali e ipotetiche.

Non c'è dubbio che nelle condotte apprese nella condizione di schiavitù la passività e la disconnessione siano difese diffuse, relazionalmente (socialmente) e anche personalmente (a livello intrapsichico) utili: per tollerare gli abusi quotidiani disconnettere la coscienza di fronte alla impotenza di una qualsiasi reazione può essere una maniera estrema che ha un senso, in un contesto in cui non solo attacco e fuga sono impossibili, ma reazioni clamorose di break-down avrebbero ripercussioni importanti socialmente.

Per altri versi abbiamo di proposito trascurato, finora, l'altro termine che svolge una funzione importante nella genesi di questi disturbi, elemento che vede anzi sempre più aumentare la sua importanza, man mano che, dall'evidenza della crudeltà esercitata negli abusi patenti, ci si approfondisce all'interno delle relazioni primarie dell'infante. Stiamo parlando del neglect, della trascuratezza non tanto materiale, quanto intersoggettiva, nell'ambiente di attaccamento primario,

delle capacità emotiva di scambio e di empatia con le figure di attaccamento deficitarie. È stato notato come ciò giochi un ruolo fondamentale nella psicopatologia adulta dissociativa (Liotti, Farina 2011). Di fatto non è improbabile che lo sviluppo di relazioni primarie che non siano fallimentari in termini di neglect fungano da fattore protettivo nelle nostre pazienti, rispetto alla disorganizzazione dissociativa, impedendo che a dispetto dei traumi estremi si strutturino entità inconciliabili all'interno della loro mente adulta.

Per usare le parole di Ellert Nijenhuis, «le funzioni integrative della mente umana possono essere ostacolate da eventi soverchianti specialmente quando tali eventi cominciano precocemente nella vita, sono ricorrenti, implicano minaccia al corpo e alla vita stessa e sono accompagnati da un attaccamento compromesso e da una mancanza di riconoscimento e di sostegno sociale» (E.R.S Nijenhuis, J.A. den Boer 2008). Quando si ha questo 'accompagnamento', o meglio quando il neglect genera un tipo di attaccamento disorganizzato, allora la fenomenologia psicopatologica si dispone secondo un disturbo dissociativo, come nel caso di Aisha.

Siamo consapevoli in conclusione che le ipotesi di risposta che abbiamo formulato richiederebbero ovviamente ben altre esplorazioni e ricerche che le semplici osservazioni fenomenologiche sul campo che abbiamo proposto, dalla prima linea del nostro operare clinico quotidiano, che ci auspichiamo poter realizzare in futuro.

A conclusione riportiamo un brano da *Sangue giusto*, di Francesca Melandri (2017, in pubblicazione), perché la schiavitù continua ad essere un problema anche quando si abolisce:

«Gli ex schiavi erano tanti. Avevano fame e trovavano naturale lavorare dall'alba al tramonto in cambio di una manciata di teff. Alla fine di aprile, poche settimane prima della vittoria, il generale Badoglio aveva emanato un bando.

Genti del Tigrè, dell'Amara, del Goggiam, udite.

La schiavitù è avanzo di antica barbarie che vi espone al disprezzo del modo civile. Ma dove è la bandiera italiana non può essere la schiavitù. La schiavitù è quindi soppressa.

È bandita la compera e la vendita di schiavi.

Gli schiavi che sono nei vostri Paesi sono liberati.

Chi contravverrà alle disposizioni del presente bando sarà punito secondo la legge.

Nei crocicchi dei villaggi e delle cittadine si organizzarono cerimonie pubbliche in cui interi gruppi di schiavi furono affrancati. Quasi tutti chiesero, “E ora chi mi darà da mangiare?”. Nessuno però tradusse in italiano le loro parole. Ce n’era uno senza denti, la pelle che gli pendeva dalla schiena come un vestito sformato. Attilio l’aveva scortato via dalla casa dove lavorava tra le proteste dei suoi padroni. Il vecchio gli si prostrò ai piedi, afferrò tra le mani uno dei suoi stivali e cercò di metterselo sopra la testa, senza smettere di biasciare. Attilio lo prese per un eccesso di gratitudine e con imbarazzo magnanimo se lo scrollò dal piede. Poi si allontanò, senza curarsi di capire le parole del vecchio. Non seppe mai che gli stava dicendo “Comprami, non farmi morire di fame”.

Per le schiave liberate fu più facile trovare di che nutrirsi: molte presero a gravitare intorno all’esercito italiano mettendo in offerta i loro servizi. La domanda tra i soldati non venne a mancare. Talvolta furono pagate, più spesso no».

#### BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (2013): “DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth ed.)”. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Bales K. (1999, 2012): “Disposable People: New Slavery in the Global Economy”, University of California Press Berkeley (trad. it. 2010, “I nuovi Schiavi”, Feltrinelli).
- Bales K. (2005): “New Slavery: A Reference Handbook, 2nd edition”, ABC-CLIO.
- Briere J. (2006): Dissociative symptoms and trauma exposure: Specificity, affect dysregulation, and posttraumatic stress, *Journal of Nervous and Mental Disorders*. 194: 78-82.
- Spiegel M. (1997): “The Dreaded Comparison: Human and Animal Slavery”, New York: Mirrar Books.

- Global Slavery Index: [www//globalslaveryindex.org/](http://globalslaveryindex.org/).
- Human Rights Council (2013): “Human Rights Council 26th session, Report of the Special Rapporteur on contemporary forms of racism, racial discrimination, xenophobia and related intolerance”, (United Nations General Assembly, 2013), p. 4, accessed 10/03/2016.
- Human Rights Council: “Report of the Special Rapporteur on Contemporary Forms of Slavery, Including its Causes and Consequences” (United Nations General Assembly, 2010).
- Jemal Oumar (2014): Mauritania Uses Mosques to Fight Slavery, All Africa, December 17, 2014, accessed 10/03/16: [http://allafrica.com/stories/201412180783](http://allafrica.com/stories/201412180783.html) .html.
- Knipe J. (2010): Back-of-the-Head Scale (BHS), in Luber M. ed, 2010, “EMDR Scripted Protocols Special Populations”, Springer Publishing Company.
- Liotti, G., Farina B. (2011): “Sviluppi Traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa”, Milano: Cortina Editore.
- Melandri E (2017), “Sangue giusto”, Rizzoli, in pubblicazione febbraio 2017.
- Nijenhuis, Ellert R.S, A. den Boer Johan (2008), in “Trauma e psicopatologia” a cura di V. Caretti e G. Craparo, Casa Editrice Astrolabio - Ubaldini Editore, Roma 2008.
- Ogden, R, Minton, K., & Pain, C. (2006): “Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy”, New York: W. W. Norton.
- Porges, S. (2001): The polyvagal theory: phylogenetic substrates of a social nervous System.. International Journal of Psychophy- siology, 42, 123446.
- Porges, S. (2011): “The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation”, New York: W. W. Norton & Company.
- Quirico D. (2016): Mauritania, la terra degli ultimi schiavi, La Stampa, anno 150, n.158, 8 giugno 2016.
- Schauer M. e coll, (2011): “Narrative Exposure Therapy: A Short-Term Treatment for Traumatic Stress Disorders”, Hogrefe (trad. it. 2014 “Terapia dell’esposizione narrativa”, Raffaello Cortina).

- Siegel, D. J. (1999, 2 ed. 2015): “The Developing Mind, Second Edition: How Relationships and the Brain Interact”, The Guilford Press.
- Sutter J. D., (2012): Slavery’s Last Stronghold, *The CNN Freedom Project*, March 17, 2012: <http://edition.cnn.com/interactive/2012/03/world/mauritania.slaverys.last.stronghold/index.html>.
- Szasz, T. (2003): “Liberation by Oppression: A Comparative Study of Slavery and Psychiatry”, Transaction Publishers.
- UN Commission on Human Rights (2000): “Contemporary Forms of Slavery: Updated Review of the Implementation of and Follow-Up to the Conventions on Slavery: Working Paper Prepared by Mr. David Weissbrodt and Anti-Slavery International” (26 May) UN Doc E/CN.4/Sub.2/2000/3.
- Van der Hart O., Nijenhuis E., Steele K. (2006). “The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization”, W. W. Norton & Company (trad. it. 2011. “Fantasmi nel sé. Trauma e trattamento della dissociazione strutturale”, Raffaello Cortina).
- Van der Kolk, BA et al. (1996): Dissociation, somatization, and affect dysregulation: The complexity of adaptation of trauma, *American Journal of Psychiatry*, 153 (7 Suppl): 83-93.