

Tortura e disagio psichico tra i rifugiati e i richiedenti asilo

Preso in carico e intervento psico-sociale

Michela Nosè

Università degli Studi di Verona, Italia

Abstract In recent years there has been a progressive rise in the number of asylum seekers and refugees displaced from their country of origin, with significant social, economic, humanitarian and public health implications. In comparison with the general population, refugees and asylum seekers have been shown to experience higher prevalence rates of a range of disorders, including Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). Although there is substantial variability in prevalence rates, PTSD is frequent and is much more likely in refugees and asylum seekers compared to host populations. In terms of psychosocial interventions, cognitive behavioral interventions and narrative exposure therapy are supported by some evidence of efficacy that would suggest the possibility of decreasing PTSD symptoms in this vulnerable group. Overall, psychosocial interventions for asylum seekers and refugees with PTSD were found to provide significant benefits in reducing PTSD symptoms. Therefore these data provide an evidence base to inform decisions in clinical practice and in policy making, considering that an appropriate treatment is a right of refugees and a way to better adaptation and integration in hosted country.

Keywords Refugees. Asylum seekers. Mental health. Psychological distress. Post-traumatic stress disorder.

Sommario 1 Introduzione. – 2 Disagio psicologico e patologia psichiatrica nei richiedenti asilo e rifugiati. – 2.1 Il Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD) nei rifugiati e richiedenti asilo. – 2.2 Il trauma e il racconto della storia. – 3 Interventi psico-sociali e presa in carico psicologica per i richiedenti asilo e rifugiati. – 4 Conclusioni.



**Edizioni
Ca'Foscari**

Sapere l'Europa, sapere d'Europa 5

e-ISSN 2610-9247 | ISSN 2611-0040

ISBN [ebook] 978-88-6969-358-8 | ISBN [print] 978-88-6969-359-5

Peer-review | Open access

Submitted 2019-09-04 | Accepted 2019-09-14 | Published 2019-12-06

© 2019 | Creative Commons Attribution 4.0 International Public License

DOI 10.30687/978-88-6969-358-8/020

1 Introduzione

L'immigrazione in Italia è un fenomeno strutturale ed è importante tutelare l'accesso alla protezione dei richiedenti asilo che arrivano nel nostro Paese e favorirne l'integrazione (UNHCR 2017). La tutela della salute dei richiedenti protezione internazionale e dei rifugiati è di estrema importanza per tutti i Paesi accoglienti, in particolare la tutela della salute mentale se si considera la forte esposizione a esperienze traumatiche sia prima che durante e dopo il viaggio migratorio.

I dati della letteratura sono concordi nell'affermare una maggiore prevalenza di disagio psicologico e patologia psichiatrica nella popolazione di rifugiati e nelle vittime di tortura, nonostante l'eterogeneità dei dati legata, anche, alle caratteristiche di questa popolazione e delle realtà che la accolgono. Emerge come necessaria una valutazione precoce e attuata in maniera routinaria delle condizioni psicologiche, con particolare attenzione alla valutazione di presenza di sintomatologia legata al Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD) e alla sintomatologia di tipo depressivo, che sono i disturbi psichici con una prevalenza in questa popolazione superiore rispetto alla popolazione generale. Conseguentemente, il modello di accoglienza di questa popolazione dovrebbe prevedere una presa in carico sanitaria specialistica, qualora emerga un disagio psicologico e un disturbo psichico.

Nella letteratura internazionale rimane aperto un importante dibattito sui possibili interventi terapeutici che abbiano evidenze di efficacia in questa popolazione. È infatti necessario capire se i trattamenti raccomandati per il Disturbo Post-Traumatico da Stress, e per gli altri disturbi psichiatrici, nella popolazione generale possano essere ugualmente applicati ed essere efficaci nei rifugiati. Recenti revisioni della letteratura sottolineano che vi sono numerosi studi che valutano l'efficacia degli interventi psicosociali in questa popolazione di pazienti, se pur con limiti metodologici. Tali interventi psicosociali hanno caratteristiche diverse e i risultati ottenuti nei singoli studi non sono sempre generalizzabili ad altri contesti e ad altre popolazioni. Per poter affrontare tale complesso ambito, è importante conoscere il panorama di riferimento della letteratura internazionale e le evidenze attualmente disponibili.

2 Disagio psicologico e patologia psichiatrica nei richiedenti asilo e rifugiati

La letteratura internazionale è concorde nell'affermare che la popolazione dei rifugiati e richiedenti asilo sperimenta una condizione di salute fisica e mentale significativamente peggiore rispetto alla popolazione generale. Infatti, la violenza intenzionale a cui questa po-

popolazione è generalmente sottoposta determina gravi conseguenze sia in ambito fisico e neurobiologico, che psicologico, sociale ed economico con effetti a breve e a lungo termine (Porter, Haslam 2005; Fazel, Wheeler, Danesh 2005; Steel et al. 2009).

Particolare attenzione merita l'ambito della salute mentale: i rifugiati si trovano a vivere in condizioni altamente stressanti e traumatiche, sono vittime di tortura fisica e psichica con conseguenze emotive spesso più distruttive dei danni fisici. Gli eventi traumatici a cui questa popolazione è esposta in fase pre-migratoria, migratoria e post-migratoria rappresentano un fattore di rischio ben noto per le patologie psichiatriche in generale (Priebe, Giacco, El-Nagib 2016). È, quindi, facilmente intuibile che in questa popolazione si possa riscontrare con maggiore frequenza una sofferenza psicologica, che può peggiorare anche in veri e propri disturbi psichiatrici.

I quadri clinici che più frequentemente si osservano, pur con alcune criticità associate alla validità trans-culturale delle diagnosi, sono riconducibili prevalentemente al Disturbo Post-Traumatico da Stress e ai disturbi di tipo depressivo. Tuttavia, anche altre patologie presentano una prevalenza aumentata in tale popolazione e stanno diventando sempre di più oggetto di studi: disturbo d'ansia generalizzata, disturbo da attacchi di panico, disturbi di somatizzazione etc. (Silove 2012; Turrini et al. 2017)

Le principali revisioni della letteratura sulla frequenza dei disturbi psichici nei richiedenti asilo e rifugiati sono concordi nell'affermare una maggiore prevalenza di disagio psicologico e di alcuni disturbi psichici in questa popolazione.

Una delle prime revisioni sistematica della letteratura su tale argomento (Fazel, Wheeler, Danesh 2005) ha stimato che, nei diversi gruppi culturali, i tassi di prevalenza del PTSD siano di circa il 9%, di depressione del 5% e di disturbo d'ansia generalizzato del 4%. Successivamente altre revisioni hanno evidenziato tassi molto più alti, intorno al 30% (Steel et al. 2009; van Wyk et al. 2012), e in altri lavori addirittura dell'80% (Mollica et al. 1998; Bogic, Njoku, Priebe 2015). Questa variabilità è chiaramente comprensibile se si considerano l'eterogeneità delle realtà che accolgono queste persone (a seconda che si trovino per esempio in Paesi ad alto reddito o in Paesi in via di sviluppo, del tipo di strutture di accoglienza o dell'assenza di queste, delle tempistiche delle pratiche amministrative, ecc.) e delle popolazioni considerate (si pensi ad esempio alle differenze di Paese di provenienza, d'età, di religione, di status giuridico, ecc.) (Silove 2012). Una recente revisione (Turrini et al. 2017) ha inoltre sottolineato che i dati di prevalenza dei disturbi psichici nella popolazione dei rifugiati rispetto alla popolazione generale sono più alti non solo per il PTSD, ma anche per i disturbi ansioso e depressivi, con tassi fino al 40%.

Per quanto riguarda i fattori associati a tale aumentata prevalenza, in letteratura emerge che le esperienze traumatiche sono l'ele-

mento che più fortemente si associa al rischio di disagio psicologico e disturbi psichici, con una sorta di effetto cumulativo, in cui il rischio aumenta tanto più una persona è esposta a traumi. I fattori socio-demografici, soprattutto quelli legati alla condizione pre-migratoria, come il livello sociale o di istruzione, non sembrano, invece, avere una forte correlazione (Nosè et al. 2018). In generale, la letteratura internazionale fino ad oggi si è occupata prevalentemente dell'influenza dei fattori pre-migratori sulla salute mentale dei richiedenti asilo e rifugiati, mentre gli studi più recenti si stanno invece focalizzando maggiormente sugli effetti degli eventi post-migratori (Li, Liddell, Nickerson 2016; Schock et al. 2016). Queste ultime ricerche sottolineano che fattori post-migratori, quali le condizioni socio-economiche, interpersonali e gli eventi correlati al percorso per l'ottenimento della protezione internazionale, influenzano direttamente il benessere psicologico dei richiedenti asilo. In particolare, viene evidenziato il ruolo cruciale giocato dalla durata delle procedure per la richiesta di protezione internazionale e la percentuale di diniego della stessa sul benessere psico-fisico dei richiedenti asilo (Müller et al. 2018).

È chiaro, comunque, che una precoce valutazione delle condizioni psichiche nella popolazione dei rifugiati sia necessaria e debba essere fatta in maniera routinaria (Hollifield et al. 2002), con particolare attenzione alla valutazione di presenza di sintomatologia depressiva e traumatica.

A livello italiano in letteratura si trovano pochi studi epidemiologici e i dati a disposizione sono molto scarsi, nonostante la grande presenza di richiedenti asilo nel territorio.

Due studi sono stati condotti in Sicilia. Il primo (Firenze et al. 2016) riguarda una popolazione di richiedenti asilo accolta presso un CARA (Centro di Accoglienza per Richiedenti Asilo) e segnala una prevalenza di PTSD del 17,4% e di Depressione Maggiore del 7,3%. Il secondo studio (Crepet et al. 2017), condotto da Medici Senza Frontiere (MSF) sempre in Sicilia, riporta una prevalenza di PTSD del 31%, di Depressione Maggiore del 20% (severa nel 12% dei casi) e di Disturbi d'Ansia dell'11%. Gli autori segnalano inoltre un'alta presenza di comorbidità tra più di una diagnosi psichiatrica (nel 67% dei casi). Un altro studio epidemiologico è stato recentemente condotto a Verona (Nosè et al. 2018): obiettivo dello studio era la valutazione sulla frequenza del disagio psicologico e patologie psichiatriche in tutta la popolazione adulta di richiedenti asilo e rifugiati afferenti al percorso SPRAR a Verona durante il periodo di un anno e mezzo. A tutto il campione identificato è stata offerta una valutazione psicologico-psichiatrica con l'obiettivo di riconoscere, descrivere e misurare la frequenza del disagio psicologico e psichiatrico. È emersa un'alta frequenza di eventi traumatici; più di un terzo dei soggetti presentava un disagio psicologico clinicamente significativo, e circa un quarto soddisfaceva i criteri per una diagnosi psichiatrica, principal-

mente di PTSD e di disturbo depressivo. I dati emersi sono risultati in linea con la letteratura internazionale e appaiono particolarmente significativi se si pensa alla realtà italiana, in cui vi è sempre più la necessità di definire un modello di assistenza con il riconoscimento precoce del disagio psicologico e l'eventuale presa in carico o in-vio accompagnato ai servizi specialistici.

Come già esposto, il disturbo maggiormente riscontrabile in questa popolazione è il Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD), che mostra delle specificità nella popolazione dei rifugiati e richiedenti asilo.

2.1 Il Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD) nei rifugiati e richiedenti asilo

Le persone esposte a gravi eventi traumatici, vittime o testimoni, presentano una maggior suscettibilità allo sviluppo di reazioni psicotraumatiche fortemente invalidanti; il principale disturbo in questa categoria è il Disturbo Post-Traumatico da Stress.

Recentemente, nella revisione del sistema classificatore del DSM-V (American Psychiatric Association 2014), sono stati modificati alcuni dei criteri diagnostici per tale disturbo, in particolare è stata ampliata la definizione relativamente alla tipologia di stress alla base del disturbo, sono state introdotte delle alterazioni 'negative' a livello cognitivo e comportamentale, ed è stata aggiunta la specificazione relativa alla presenza di sintomi dissociativi. La tabella 1 riporta nel dettaglio i criteri diagnostici del PTSD nel DSM-V.

Tabella 1 Criteri diagnostici del PTSD secondo il DSM-V (APA 2014)

-
- A.** Esposizione a morte reale o minaccia di morte, grave lesione, violenza sessuale, in uno o più dei seguenti modi:
1. Fare esperienza diretta dell'evento/i traumatico/i.
 2. Assistere direttamente a un evento/i traumatico/i accaduto ad altri.
 3. Venire a conoscenza di un evento/i traumatico/i accaduto a un membro della famiglia oppure ad un amico/a stretto/a. In caso di morte reale o di minaccia di morte di un membro della famiglia o di un amico/a, l'evento/i deve essere stato violento o accidentale.
 4. Fare esperienza di una ripetuta o estrema esposizione a dettagli crudi dell'evento/i traumatico/i (esempio: i primi soccorritori che raccolgono resti umani; agenti di polizia ripetutamente esposti a dettagli di abuso su minori).
-

-
- B.** Presenza di uno o più dei seguenti sintomi intrusivi associati all'evento/i traumatico/i, che hanno inizio successivamente all'evento/i traumatico/i:
1. Ricorrenti, involontari e intrusivi ricordi spiacevoli dell'evento/i traumatico/i.
 2. Ricorrenti sogni spiacevoli in cui il contenuto e/o le emozioni del sogno sono collegati all'evento/i traumatico/i.
 3. Reazioni dissociative (esempio: flashback) in cui il soggetto sente o agisce come se l'evento/i traumatico/i si stesse ripresentando (tali reazioni possono verificarsi lungo un continuum in cui l'espressione estrema è la completa perdita di consapevolezza dell'ambiente circostante).
 4. Intensa o prolungata sofferenza psicologica all'esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simboleggiano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento/i traumatico/i.
 5. Marcate reazioni fisiologiche a fattori scatenanti interni o esterni che simboleggiano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento/i traumatico/i.
-
- C.** Evitamento persistente degli stimoli associati all'evento/i traumatico/i, iniziato dopo l'evento/i traumatico/i, come evidenziato da uno o più dei seguenti criteri:
1. Evitamento o tentativi di evitare ricordi spiacevoli, pensieri o sentimenti relativi o strettamente associati all'evento/i traumatico/i.
 2. Evitamento o tentativi di evitare fattori esterni (persone, luoghi, conversazioni, attività, oggetti, situazioni) che suscitano ricordi spiacevoli, pensieri o sentimenti relativi o strettamente associati all'evento/i traumatico/i.
-
- D.** Alterazioni negative di pensieri ed emozioni associate all'evento/i traumatico/i, iniziate o peggiorate dopo l'evento/i traumatico/i, come evidenziato da due o più dei seguenti criteri:
1. Incapacità di ricordare qualche aspetto importante dell'evento/i traumatico/i (dovuta tipicamente ad amnesia dissociativa e non ad altri fattori come trauma cranico, alcool, droghe).
 2. Persistenti ed esagerate convinzioni o aspettative negative relative a se stessi, ad altri, o al mondo (esempio: «io sono cattivo», «non ci si può fidare di nessuno», «il mondo è assolutamente pericoloso», «il mio sistema nervoso è definitivamente rovinato»).
 3. Persistenti, distorti pensieri relativi alla causa o alle conseguenze dell'evento/i traumatico/i che portano l'individuo a dare la colpa a se stesso oppure agli altri.
 4. Persistente stato emotivo negativo (esempio: paura, orrore, rabbia, colpa, vergogna).
 5. Marcata riduzione di interesse o partecipazione ad attività significative.
 6. Sentimenti di distacco o di estraneità verso gli altri.
 7. Persistente incapacità di provare emozioni positive (esempio: incapacità di provare felicità, soddisfazione o sentimenti di amore).
-

E. Marcate alterazioni dell'*arousal* e della reattività associati all'evento/i traumatico/i, iniziate o peggiorate dopo l'evento/i traumatico/i, come evidenziato da due o più dei seguenti criteri:

1. Comportamento irritabile ed esplosioni di rabbia (con minima o nessuna provocazione) tipicamente espressi nella forma di aggressione verbale o fisica nei confronti di persone o oggetti.
2. Comportamento spericolato o autodistruttivo.
3. Ipervigilanza.
4. Esagerate risposte di allarme.
5. Problemi di concentrazione.
6. Difficoltà relative al sonno (esempio: difficoltà nell'addormentarsi o nel rimanere addormentati, oppure sonno non ristoratore).

F. La durata delle alterazioni dei criteri B, C, D, E è superiore a un mese.

G. L'alterazione provoca disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

H. L'alterazione non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza o a un'altra condizione medica.

Specificare se: Con sintomi dissociativi.

i sintomi dell'individuo soddisfano i criteri per un disturbo da stress post-traumatico e, inoltre, in risposta all'evento stressante l'individuo fa esperienza di sintomi persistenti o ricorrenti di uno dei due seguenti criteri:

1. Depersonalizzazione: persistenti o ricorrenti esperienze di sentirsi staccato dai, e come se fosse un osservatore esterno dei, propri processi mentali o del proprio corpo (per es., sensazione di essere in un sogno; sensazione di irrealtà di se stessi o del proprio corpo o del lento scorrere del tempo)
2. Derealizzazione: persistenti o ricorrenti esperienze di irrealtà dell'ambiente circostante (per es., il mondo esterno all'individuo viene da lui vissuto come irreali, onirico, distante o distorto)

Specificare se: Con espressione ritardata.

Se i criteri diagnostici non sono soddisfatti appieno entro i sei mesi dall'evento (ancorché l'insorgenza e l'espressione di alcuni sintomi possano essere immediate).

Nella popolazione dei rifugiati le manifestazioni sintomatologiche del PTSD, al di là dei criteri diagnostici del sistema nosografico di riferimento, possono essere peculiari e spesso culturalmente mediate. La cultura di provenienza ha un'influenza non irrilevante sull'espressione sintomatica dello stress da trauma. È importante, infatti, tenere in considerazione tale aspetto al fine di ridurre la possibilità di effettuare errori diagnostici.

Il quadro sintomatologico più frequentemente riscontrato è caratterizzato in prevalenza da intrusioni notturne e diurne, con associate reazioni emotive e fisiche, disturbi del sonno, della memoria, dell'attenzione e della concentrazione. Tali aspetti spesso si accompagnano a sintomi depressivi, sospettosità, facile irritabilità, labilità emotiva, episodi dissociativi, condotte di evitamento, ideazione suicidaria, abuso di sostanze, sintomi somatoformi tra cui dolore cronico (Teodorescu et al. 2015). È importante ricordare che alcuni sintomi cognitivi, come deficit dell'attenzione e della memoria (spesso i rifu-

giati non ricordano, anche per molto tempo, i dettagli del trauma), possono essere responsabili delle apparenti contraddizioni nella narrazione della propria storia traumatica, che potrebbero mettere in difficoltà i membri delle commissioni territoriali preposti a vagliare le domande di protezione. L'ipermnnesia, l'iperreattività agli stimoli e il rivivere l'esperienza traumatica, coesistono con l'intorpidimento psichico, l'evitamento, l'amnesia e l'anedonia. Alcuni autori sottolineano come spesso le persone traumatizzate tentino di compensare la propria iperreattività cronica con una chiusura totale a livello comportamentale, evitando gli stimoli che ricordano il trauma, mediante un intorpidimento emozionale sia nei confronti dell'esperienza legata al trauma, sia dell'esperienza quotidiana. Nelle vittime di situazioni traumatiche, specie se estreme e ripetute nel tempo, può persistere, nel corso degli anni, una sorta di cronica iposensibilità nei confronti dell'ambiente esterno, alternata da iperreattività fisiologica intermittente in risposta a stimoli di origine emotiva e a specifiche sollecitazioni che possono indurre il ricordo dell'evento traumatico (Hollifield et al. 2002; Klarić et al. 2007; Norris, Alegria 2005).

Vengono inoltre descritti dei quadri sintomatologici culturalmente specifici per determinate popolazioni. È chiaro che l'eterogeneità dei quadri con cui si può venire a contatto rende necessarie delle cornici culturali e terapeutiche mirate.

Le complicanze di tale disturbo hanno delle implicazioni importanti e invalidanti per la salute e il funzionamento del soggetto, con ripercussioni in termini di riduzione della qualità della vita. Nei rifugiati ciò appare particolarmente significativo perché la sofferenza psichica si associa spesso ad una disabilità elevata, legata, oltre che alla sintomatologia spesso molto pervasiva, anche alle molteplici problematiche sociali che sono connesse allo status di rifugiato (Palic et al. 2014; Tay et al. 2015). È necessario quindi tener presente che le complicanze di un PTSD cronico o non trattato possono avere anche delle conseguenze a livello comunitario e sociale, con difficoltà di integrazione e aumento di sacche di disagio e vulnerabilità sociale.

Abbiamo già potuto sottolineare che il PTSD può essere considerato come l'unico disturbo mentale per il quale sia identificabile chiaramente una causa esterna nella forma di un evento riconducibile al trauma, o agli eventi traumatici, sperimentati dalla persona. La raccolta delle esperienze traumatiche, quindi, diventa un elemento fondamentale della relazione terapeutica.

2.2 Il trauma e il racconto della storia

Il trauma è una causa che agendo violentemente su un organismo vi induce delle modificazioni. Una persona traumatizzata è innanzitutto una persona che è stata spaventata, ovvero che ha sperimentato un'intensa ed inaspettata paura, seguita da un'intensa risposta fisica e da un brusco cambiamento nel proprio equilibrio. L'impressione che si ha ascoltando la narrazione di chi ha vissuto un trauma è allo stesso tempo di perdita e di invasione. Lo 'spavento' frantuma la persona, distruggendo il mondo abituale noto. L'aiuto che può essere dato a queste persone passa per la costruzione di un nuovo mondo, che deve essere calato nella prospettiva peculiare di una determinata cultura.

È utile osservare il trauma da una prospettiva multidimensionale [tab. 2] al fine di comprendere al meglio il complesso quadro clinico che caratterizza la popolazione dei rifugiati. Infatti, questa popolazione non sperimenta solamente il trauma (o più spesso i traumi) nel Paese di origine, che già di per sé rappresenta un evento estremamente drammatico (Steel et al. 2009; Van Ommeren et al. 2001). Vi sono, anche, il trauma migratorio e quello post-migratorio, che determinano spesso una prosecuzione della sofferenza, piuttosto che rappresentare una salvifica via di fuga da essa (Silove 2004; Steel et al. 2006). In particolare, una volta giunti nel nuovo Paese, spesso i rifugiati si trovano in un contesto definito da norme culturali, politiche e sociali differenti, a contatto con stili di vita nuovi e spesso associati alla precarietà, in un clima di continua incertezza rispetto al futuro e caratterizzato da un'integrazione spesso difficile, da marginalizzazione ed esclusione sociale. Spesso, ai problemi di salute mentale, si sommano problemi di salute aspecifici legati al degrado e alla povertà, che gettano i rifugiati in un circolo vizioso di sofferenza continua. Abbiamo già sottolineato che i fattori post-migratori sono fortemente associati al disagio psicologico e al rischio di sviluppare patologie psichiatriche.

Tabella 2 Il trauma prolungato multidimensionale

Il trauma premigratorio:	Il contesto del Paese di origine	<ul style="list-style-type: none"> - Violenza correlata con la guerra - Disastri ambientali, carestie, epidemie - Violenze, minacce, terrore - Persecuzione, abusi sessuali - Reclusioni forzate, tortura - Deprivazioni e costrizioni - Testimonianza di violenze - Scomparsa o morte di persone care - Perdita di affetti, posizione economica e ruolo sociale - Insicurezza, sospettosità, paura - Fuga
Il trauma migratorio:	La fuga e il viaggio	<ul style="list-style-type: none"> - Partenza forzata, improvvisa, con impossibilità di avvisare le persone care - Permanenza prolungata in campi profughi - Viaggi drammatici, malnutrizione, malattie non curate, aggressione, talvolta morte dei compagni di viaggi - Sfruttamento e violenze, anche sessuali - Detenzione nei Paesi di transito - Respingimenti
Il trauma postmigratorio:	Politiche migratorie e fattori di rischio per la salute mentale	<ul style="list-style-type: none"> - Respingimenti, rimpatri forzati, perdita di libertà - Cambiamento di abitudini e stili di vita, shock culturale - Allontanamento dalla rete familiare e sociale - Disoccupazione, lavoro precario e senza contratto - Alloggi di fortuna, povertà - Discriminazione, marginalizzazione
	Diritto negato o ritardo nell'accesso ai Servizi Sanitari	<ul style="list-style-type: none"> - Barriere all'accessibilità alle informazioni e ai diritti - Barriere all'accessibilità e fruibilità dei Servizi - Disuguaglianza nelle prestazioni - Rischio di esclusione
	Le procedure d'asilo: diritto negato o riconosciuto tardivamente	<ul style="list-style-type: none"> - Respingimenti, rimpatri - Politiche migratorie, ostacoli nell'accesso - Complessità della procedura, durata eccessiva - Esito incerto - Detenzione, perdita di libertà

È inoltre utile soffermarsi su un altro aspetto legato al trauma, che appare particolarmente rilevante nel lavoro con i rifugiati. Come già evidenziato, la relazione terapeutica si articola molto spesso sul racconto delle storie migratorie, che possono diventare un lungo e drammatico elenco di eventi traumatici. Ma nel lavoro di presa in carico della sofferenza di queste persone la domanda che ci dobbiamo porre dovrebbe essere quale possa essere il significato da dare a questo tipo di traumi e come vadano collocati nel continuum emotivo e della memoria di queste persone. Come ha sottolineato Sabatini Scalmati in un suo lavoro di alcuni anni fa, la sensazione è che

tali eventi traumatici abbiano fatto irruzione nella psiche, causando nella mente la formazione di aree scisse, di aree fissate al trauma, simili agli stigmi e alle cicatrici di ferite concrete che si possono osservare sul corpo di queste persone. I traumi di cui stiamo parlando, infatti, sembrano aver provocato

un'improvvisa modificazione dello status quo, strutturando nella psiche un nucleo scisso, fissato all'evento a cui l'Io reagisce con un contro-investimento più o meno massiccio, che lo indebolisce e gli sottrae materiale rappresentativo ed affettivo. La pressione che si determina in questo campo di forze genera un'alterazione della funzione e della struttura della memoria che, per così dire, si congela attorno ai fatti traumatici per poi irradiare il suo cono di ombra sullo spazio/tempo precedente gli eventi lesivi. L'esperienza dell'orrore marchia lo psichismo ed altera il lavoro della memoria. (Sabatini Scalmati 2000, 177)

La memoria delle violenze di cui si è stati vittime e testimoni sembra incistarsi all'interno del polo di fissazione che si è coagulato attorno alla brutalità di quelle esperienze. La mente non è in grado di integrare, legare ed elaborare le reazioni emotive ed affettive che tali traumi suscitano e di conseguenza tali reazioni rimangono in qualche maniera congelate. Escono, quindi, dal normale flusso della memoria, non possono essere ri-trascritte e categorizzate con delle finalità adattative. Non entrano nelle comuni reti associative, non possono venire integrate, né integrare altri fatti che possano ampliare gli aspetti esperienziali, rinnovandoli e creando dei nuovi significati. La sensazione che ne deriva è che questi racconti traumatici sembrano non frutto di memoria, quindi associati ad un periodo del passato, ma che siano quasi ripresentazioni allucinatorie e che, perciò, vengano rivissuti come eventi nuovamente in atto. In questi racconti si ha la sensazione che il passato si sovrapponga al presente, e il presente sia percepito identico a quanto accaduto nel passato. L'attenzione alla memoria muta, cambia e si trasforma diventando una sorta di memoria patologica, fissa e rigida. Questa memoria patologica ha un potente effetto di azzeramento anche sul racconto del passato, che sembra essere senza affetti o legami di valore o senso. Gli aspetti emotivi della vita pre-traumatica sembrano scomparire e ridursi a risposte frettolose e impersonali. Il racconto di anni di vita è sintetizzato in poche frasi, come se in realtà non fosse possibile accedere ad alcun ricordo, come se quelle aree congelate avessero creato intorno il vuoto ed il vissuto traumatico abbia creato un deserto emotivo (Nosè 2016).

Queste considerazioni sembrano assumere una particolare importanza nel momento in cui viene richiesto un intervento terapeutico e una presa in carico. In un ascolto attento, empatico e rispettoso, as-

sume fondamentale importanza per il rifugiato la possibilità di raccontare i traumi subiti, la propria storia di migrazione e l'arrivo nel Paese ospitante (Crosby 2013). L'essere ascoltati diventa un mezzo per restituire dignità alle persone che attraversano questi percorsi di vita e permette l'emergere di una sintomatologia psichica che deve essere valutata per poter ricevere, poi, l'aiuto adeguato.

3 Interventi psico-sociali e presa in carico psicologica per i richiedenti asilo e rifugiati

In generale, da quanto emerge dalla letteratura internazionale, esistono vari tipi di interventi psicosociali con evidenze scientifiche di efficacia nel PTSD nella popolazione dei rifugiati, ma quale sia l'intervento terapeutico più indicato nei rifugiati e richiedenti asilo con disturbi psichiatrici correlati al trauma è ancora oggetto di dibattito.

Una delle questioni più discusse è se i trattamenti raccomandati per il PTSD, e per gli altri disturbi psichiatrici, nella popolazione generale possano essere ugualmente applicati ai rifugiati (Silove 2012). Le linee guida per il trattamento del PTSD negli adulti consigliano vari tipi di interventi psicoterapeutici quali: trauma-focused Cognitive Behaviour Therapy (CBT) individuale o di gruppo, EMDR e stress management. Indicano, inoltre, che i farmaci antidepressivi ed ipnotici non andrebbero usati in prima linea ma solo nel momento in cui le psicoterapie risultino inefficaci o siano presenti concomitanti sintomi depressivi o insonnia (Tol et al. 2013; Shalev, Liberzon, Marmar 2017).

Esistono numerose linee guida internazionali sull'argomento e in tutte viene sottolineata l'importanza di una presa in carico articolata, con interventi individualizzati in base alla gravità e persistenza della patologia e alla tipologia di pazienti, e di una precocità per il rischio delle complicanze che si potrebbero instaurare a lungo termine. Il trattamento del PTSD viene considerato prioritario su altri quadri (ad esempio quello depressivo) che potrebbero appunto essere secondari ad esso. Le linee guida NICE raccomandano nei casi meno gravi e di recente insorgenza un'iniziale osservazione, con follow-up entro un mese. Nei casi più gravi o che non vanno incontro a risoluzione spontanea si consiglia innanzitutto psicoterapia di tipo cognitivo comportamentale, la TF-CBT (CBT centrata sul trauma) con un numero di sedute che dipende dalla cronicità del quadro. Se questa non dovesse risultare efficace si consiglia di prendere in considerazione un altro tipo di trattamento psicologico comunque centrato sul trauma, o l'augmentation con la farmacoterapia. Le linee guida dell'APA consigliano di valutare lo specifico paziente per scegliere il trattamento più adeguato, sottolineando l'importanza di interventi di tipo supportivo, la psicoeducazione e il case manage-

ment. In generale, tutte concordano sull'utilità della farmacoterapia non in maniera preventiva ma in tutti quei casi che non presentano una risoluzione del quadro in breve tempo, o che presentino una sintomatologia invalidante.

Rimane aperta la questione relativa alla possibilità e opportunità di applicare interventi studiati su persone che soffrono di PTSD correlato ad un unico evento traumatico, ad una popolazione peculiare come quella dei rifugiati, vista la sua complessità e la multidimensionalità dei suoi bisogni. A tale proposito in varie linee guida viene sottolineata l'importanza di un'attenzione agli aspetti culturali sia per quanto concerne la sintomatologia che il trattamento. Nelle linee guida NICE viene, per esempio, consigliato specificatamente uno screening della popolazione dei rifugiati e dei richiedenti asilo, data l'elevata prevalenza del PTSD.

Rispetto al dibattito sugli interventi terapeutici nei richiedenti asilo con PTSD, è necessario segnalare che i pochi studi presenti in letteratura sono caratterizzati, anche in questo caso, da un'ampia variabilità dal punto di vista metodologico, del tipo di intervento e della popolazione presa in esame (McFarlane, Kaplan 2012). Esistono diverse revisioni della letteratura che hanno indagato principalmente l'efficacia di interventi psicosociali nella popolazione di rifugiati che soffrono di disagio psichico in generale e di PTSD in particolare.

In una delle prime revisioni sistematiche sui trial clinici randomizzati (RCT) riguardanti il trattamento del PTSD nei rifugiati e richiedenti asilo condotta nel 2010 (Crumlish, O'Rourke 2010), gli autori sottolineano che nessuno degli interventi psicologici considerati nei 10 trial inclusi presenta solide basi scientifiche di efficacia nel ridurre la sintomatologia del PTSD, pur sottolineando risultati favorevoli soprattutto per la Narrative Exposure Therapy (NET) e per alcuni interventi basati sulla Cognitive Behaviour Therapy (CBT). In questa revisione non vi sono studi che analizzino degli approcci integrati o multidisciplinari. Negli ultimi anni, ulteriori revisioni della letteratura hanno aumentato le conoscenze in questo ambito. McFarlane e Kaplan hanno pubblicato nel 2012 una revisione sistematica sugli interventi psicologici per gli adulti sopravvissuti a torture e traumi. Vengono considerati 40 studi effettuati negli ultimi 30 anni, di cui 11 RCT, 8 studi di confronto non randomizzati e 21 studi di coorte. I risultati vengono presentati suddivisi per tipologia di studio considerato e in secondo luogo per popolazione destinataria dell'intervento (rifugiati, richiedenti asilo, sfollati, e persone che hanno subito persecuzione e gravi violazioni dei diritti umani nel Paese d'origine). Anche questo lavoro prende in considerazione una varietà di differenti approcci terapeutico-riabilitativi, e rileva che, al di là dell'elevata variabilità, nella maggior parte degli studi emergono significativi miglioramenti negli outcome considerati (anch'essi differenti nei vari studi: principalmente riduzione dei sintomi del PTSD o depressivi, ma anche so-

matici, ansiosi e miglioramento del funzionamento). Interessante notare gli effetti a lungo termine che vengono generalmente mantenuti nei 3-18 mesi successivi, ma che si affievoliscono nei 2-3 anni a seguire, probabilmente in ragione della persistenza del trauma post-migratorio, con le insicurezze ad esso connesse (McFarlane, Kaplan 2012).

Nel 2014 è stata pubblicata una revisione della Cochrane (Patel, Kellezi, Williams 2014), che valuta gli RCT relativi ai trattamenti per le vittime di tortura con disturbi psicologici. Non è diretta specificamente al trattamento del PTSD, ma, di fatto, buona parte dei lavori in essa analizzati si occupa di popolazioni con questo disturbo. Emerge che i 9 RCT inclusi riguardano esclusivamente trattamenti psicologici, fra cui: 4 utilizzano la NET, uno la CBT e gli altri 4 usano tecniche miste per la sintomatologia traumatica. Gli autori sottolineano la bassa qualità degli studi e la difficile generalizzazione alla luce di interventi molto differenti fra loro. Non vengono rilevati benefici immediati agli outcome primari (distress-depressione, sintomi o casi di PTSD, qualità della vita). In alcuni casi si rileva un moderato beneficio rispetto ai controlli al follow-up in tutti gli outcome considerati. Gli autori concludono sottolineando la difficoltà di generalizzare tali risultati e la necessità di ulteriori studi in tal senso. Più recentemente una revisione sistematica e meta-analisi (Nosè et al. 2017) si è focalizzata sugli interventi psicosociali nella popolazione di richiedenti asilo con PTSD accolti nei Paesi ad alto reddito. Sono stati inclusi 12 studi nella meta-analisi, in cui si è evidenziata una sostanziale efficacia nel ridurre la sintomatologia del PTSD rispetto al gruppo di controllo. L'intervento con maggiori evidenze scientifiche è risultato essere la NET, nonostante gli autori abbiano confermato la bassa qualità metodologica degli studi. Tali dati sono stati confermati anche in un'altra revisione (Turrini et al. 2019) che prendeva in considerazione anche gli studi fatti sulla popolazione dei rifugiati accolti nei Paesi in via di sviluppo.

Di seguito una breve descrizione dei principali trattamenti utilizzati nel PTSD:

- *Cognitive Behaviour Therapy (CBT)*

La CBT è un'ampia categoria di terapie basate sui principi dell'apprendimento, del condizionamento e su teorie cognitive, sviluppata per trattare i disturbi psicologici, e include componenti sia della terapia cognitiva che comportamentale. Nella CBT, componenti come l'esposizione, la ristrutturazione cognitiva e varie strategie di *coping* vengono utilizzate da sole o in associazione (Cusack et al. 2016).

Per il trattamento delle condizioni post-traumatiche, la CBT si serve principalmente di alcune delle sue componenti come l'esposizione ripetuta e la ristrutturazione cognitiva. Nel trattamento del PTSD sono stati sviluppati degli approcci più specifici come la CBT centrata sul trauma (TF-CBT): tale intervento è strutturato e orientato al-

la comprensione e al cambiamento dei pensieri disfunzionali che determinano le emozioni negative, sintomi somatici e comportamenti non adattivi. Il modello teorico cognitivo di Ehlers e Clark (2000) riporta che la reazione post-traumatica perdura quando gli individui percepiscono l'evento traumatico come una minaccia grave ed imminente. Questa percezione è la conseguenza di un'interpretazione negativamente eccessiva del trauma e di una mancata elaborazione ed integrazione nella memoria autobiografica. Nel caso specifico del TF-CBT l'enfasi è posta sull'esposizione immaginativa o in vivo allo stimolo, associato ad una ristrutturazione cognitiva della percezione dell'evento e dell'impatto nella vita della persona.

- *Narrative Exposure Therapy* (NET)

La NET è un trattamento breve per la cura dei disturbi trauma-correlati, descritto come una variante standardizzata e manualizzata della *Testimony Therapy*, ed include diversi elementi che sono stati adattati dalla CBT (Neuner et al. 2002). Inizialmente sviluppato per l'utilizzo in Paesi a basso reddito, attualmente è utilizzato per il trattamento di rifugiati e richiedenti asilo in contesti ad alto reddito. La NET si basa sulla teoria della rappresentazione duplice dei ricordi traumatici (Schauer, Neuner, Elbert 2005), con un focus sulla concettualizzazione di elementi che sono associati al network della paura di matrice sensoriale, affettiva e cognitiva. Tali associazioni dovrebbero facilitare l'elaborazione delle memorie traumatiche nella cornice della vita dell'individuo. Il paziente nella NET costruisce, con l'aiuto del terapeuta, una narrazione ordinata cronologicamente che ha l'obiettivo di lavorare sulle esperienze traumatiche dove i racconti frammentati di tali eventi si trasformano in una narrazione coerente. La comprensione empatica, l'ascolto attivo, la congruenza sono componenti chiave del comportamento del terapeuta. Per quanto riguarda le esperienze traumatiche, il terapeuta chiede un resoconto dettagliato circa le emozioni, le cognizioni e le sensazioni, nonché le risposte fisiologiche, e cerca di elicitare osservazioni reciproche su tali vissuti. Il paziente è incoraggiato a far emergere queste emozioni mentre racconta senza perdere il contatto con il presente: usando aspetti rievocanti il trauma sia emotivi sia fisiologici, il paziente collega le esperienze a fatti episodici, come il tempo e lo spazio. In questo modo si facilita la rielaborazione, la costruzione del significato e l'integrazione dell'evento traumatico.

- *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR)

L'EMDR è nata come terapia elettiva del PTSD e ha modellato la struttura fondante della propria procedura di intervento (nonché le proprie basi teoriche) su questa patologia. È generalmente considerata

come una combinazione di elementi della CBT, della terapia di esposizione e una specifica attenzione ai movimenti oculari.

La procedura-tipo o algoritmo di intervento consta di otto fasi specifiche, composte di elementi 'non specifici' (relazione terapeutica, elementi psico-educazionali, ecc.), di elementi genuinamente specifici (movimenti oculari o altri tipi di stimolazione adeguata, sequenzialità degli interventi effettuati) ed elementi mutuati da altre tradizioni di ricerca (*assessment* cognitivo e ristrutturazione, esposizione graduale, abreazione, assecondamento delle libere associazioni, valorizzazione di immagini a contenuto simbolico, manipolazione delle immagini mentali, tecniche provenienti dalla tradizione della terapia ipnotica ed altro ancora).

La fase della desensibilizzazione consiste nell'applicazione della stimolazione alternata più adeguata al paziente che ha avuto accesso al materiale traumatico. All'interno di questa fase si deve includere ogni forma di risposta che il paziente esibisce nei confronti dell'intervento; il compito del terapeuta è di stimolare la rielaborazione spontanea del trauma. Quando il coinvolgimento emotivo è notevolmente ridotto o eliminato si interviene agevolando la ristrutturazione cognitiva delle cognizioni disfunzionali (o inadeguate rispetto al tempo presente) che usualmente sono associate ad un trauma. Attraverso la stimolazione alternata si intende integrare il materiale mnestico originario con nuove informazioni che precedentemente erano inaccessibili emozionalmente e/o cognitivamente (Lipke 2000). Il protocollo standard di intervento per il PTSD prevede, inoltre, che sia clinicamente necessario rielaborare gli eventi traumatici passati, ma intervenire anche sulle situazioni contingenti attuali che fungono da *triggers* nei confronti degli eventi traumatici e, infine, sulle ipotetiche situazioni future che si presumano possano riattivare i comportamenti disfunzionali connessi alle originarie esperienze traumatiche. Di conseguenza, è teoricamente corretto e clinicamente efficace considerare come target d'intervento non tanto il singolo evento che il paziente riferisce come traumatico, quanto piuttosto il ricordo in questione all'interno di una specifica rete mnestica, con connessioni al passato, al presente ed al futuro (Giannantonio 2001).

Per quanto riguarda la realtà italiana, sono state pubblicate recentemente sulla *Gazzetta Ufficiale* le «Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale» (Ministero della Salute 2017). Questo documento appare di notevole importanza per vari aspetti. Prima di tutto pone l'attenzione su una problematica grave e urgente nel nostro Paese. Propone, inoltre, una linea di intervento chiara e sistematica che fa riferimento non solo alle evidenze di

letteratura, ma anche alla realtà territoriale. Infine fornisce delle indicazioni per diverse professionalità per poter essere implementate in diversi ambiti. Gli interventi consigliati in questo documento sono, infatti, strutturati secondo un modello a più livelli: in prima istanza coinvolgono il personale non sanitario delle strutture di accoglienza, salendo di livello aumenta il grado di specializzazione del personale e dei servizi interessati. Gli interventi riguardano l'individuazione precoce, la prevenzione e il trattamento delle problematiche psicopatologiche. Tutti gli interventi indicati dovrebbero essere messi in atto da team multidisciplinari che applichino un approccio il più possibile olistico e transculturale. Vengono fornite, inoltre, indicazioni in merito a come produrre la certificazione medica, all'importanza degli interventi di mediazione culturale, alla tutela della salute degli operatori coinvolti e alla loro formazione. Le linee guida sottolineano che l'identificazione delle vittime di tortura è già di base complessa per le difficoltà del racconto delle esperienze passate e che:

a tale difficoltà bisogna aggiungere le diversità linguistiche e culturali: esprimere pensieri, sensazioni, ricordi, già di per sé difficili da elaborare, in una lingua diversa dalla propria aggrava il disagio delle vittime. Il ricorso ad una visita medica specialistica con clinico esperto in ambito di cura psicofisica delle vittime di tortura, alla presenza di un mediatore culturale adeguatamente formato, risulta spesso indispensabile. L'attenzione rivolta a far emergere queste sofferenze, spesso trascurate o tenute nascoste, si deve tradurre in interventi integrati medico-psicologici e quindi in valutazioni e procedure specifiche in campo giuridico. Fondamentale la possibilità di intervento in tempi adeguatamente brevi e la predisposizione di strutture di prima accoglienza dotate di personale formato, anche in materia di educazione ai diritti umani, in grado di individuare eventuali segnali di vissuti traumatici. (Ministero della Salute 2017, 30)

Per concludere, possiamo sottolineare che esistono interventi specifici per i richiedenti asilo e i rifugiati che manifestano un disagio psicologico o un disturbo psichiatrico, in particolare modo il PTSD. Tuttavia, come assunto di base, per delle persone con delle ferite così gravi e profonde, appare sostanziale un'atmosfera di fiducia e di affidabilità degli operatori, gli individui devono sentirsi accolti, accettati e compresi, liberi di poter parlare dei sintomi e del malessere senza il rischio di interpretazioni o paragoni. L'effetto di una relazione operatore-utente aiuta in ogni momento la ricostruzione dell'identità lesa e l'atmosfera di fiducia, l'empatia e l'affidabilità del terapeuta e dell'operatore permettono alla vittima di elaborare il proprio vissuto, integrarlo costruttivamente nella propria identità e superare il danno (Santone 2010). Essere vittima di un evento psico-traumatico

comporta l'attivazione del sistema motivazionale dell'attaccamento; un attaccamento sicuro rappresenta già un primo atto terapeutico (Santone 2010). Tale aspetto diventa l'elemento cardine di qualunque intervento terapeutico, al di là della specificità dello stesso.

4 Conclusioni

La salute mentale dei rifugiati, e più in generale delle persone vittime di tortura, rappresenta una realtà da affrontare con soluzioni strutturali, non più basate sull'emergenza, che tenga in considerazione la cultura, la storia migratoria e gli eventi traumatici a cui questa popolazione è sottoposta. Questa popolazione ha un'alta frequenza di sofferenza psicologica e un'elevata possibilità che tale sofferenza si trasformi in disturbi psichici trauma correlati. Il sistema di accoglienza non può prescindere, quindi, dalla necessità di una valutazione precoce dello stato psicologico dell'individuo, all'interno di un modello integrato con la presenza di equipe multidisciplinari, che prendano in considerazione tutte le dimensioni coinvolte: socio-sanitaria, legale, economica.

Un'adeguata presa in carico del disagio psicologico e un intervento precoce ed efficace dei disturbi psichici correlati agli aspetti traumatici sono un diritto e un dovere nei confronti di questa popolazione, anche per permettere una migliore integrazione lavorativa e sociale e di funzionamento generale nel Paese.

Bibliografia

- APA, American Psychiatric Association (2014). *DSM-5: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano: Raffaello Cortina.
- Bogic, Marija; Njoku, Anthony; Priebe, Stefan (2015). «Long-Term Mental Health of War-Refugees: a Systematic Literature Review». *BMC International Health and Human Rights*, 15, 29. DOI <https://doi.org/10.1186/s12914-015-0064-9>.
- Crepet, Anna et al. (2017). «Mental Health and Trauma in Asylum Seekers Landing in Sicily in 2015: A Descriptive Study of Neglected Invisible Wounds». *Conflict and Health*, 11, 1. DOI <https://doi.org/10.1186/s13031-017-0103-3>.
- Crosby, Sondra (2013). «Primary Care Management of Non-English Speaking Refugees Who Have Experienced Trauma». *JAMA*, 310(5), 519-28. DOI <https://doi.org/10.1001/jama.2013.8788>.
- Crumlish, Niall; O'Rourke, Kevin (2010). «A Systematic Review of Treatments for Post-Traumatic Stress Disorder Among Refugees and Asylum Seekers». *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(4), 237-51. DOI <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181d61258>.
- Cusack, Karen et al. (2016). «Psychological Treatments for Adults with Post-Traumatic Stress Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis». *Clin-*

- ical Psychology Review*, 43, 128-41. DOI <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.10.003>.
- Ehlers, Anke; Clark, David (2000). «A Cognitive Model of Posttraumatic Stress Disorder». *Behavioural Research and Therapy*, 38(4), 319-45. DOI [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0).
- Fazel, Mina; Wheeler, Jeremy; Danesh, John (2005). «Prevalence of Serious Mental Disorder in 7000 Refugees Resettled in Western Countries: A Systematic Review». *The Lancet*, 365(9467), 1309-14.
- Firenze, Alberto et al. (2016). «The Occurrence of Diseases and Related Factors in a Center for Asylum Seekers in Italy». *Slovenian Journal of Public Health*, 55(1), 21-28. DOI <https://doi.org/10.1515/sjph-2016-0003>.
- Giannantonio, Michele (2001). «Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) e psicoterapia del Disturbo Post-traumatico da Stress: considerazioni critiche e linee di tendenza». *Rivista di Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 1, 5-23.
- Hollifield Michael et al. (2002). «Measuring Trauma and Health Status in Refugees: A Critical Review». *JAMA*, 288(5), 611-21. DOI <https://doi.org/10.1001/jama.288.5.611>.
- Klarić, Miro et al. (2007). «Psychological Consequences of War Trauma and Postwar Social Stressors in Women in Bosnia and Herzegovina». *Croatian Medical Journal*, 48(2), 167-76. URL <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2080525/> (2019-10-15).
- Li, Susan; Liddell, Belinda; Nickerson, Angela (2016). «The Relationship Between Post-Migration Stress and Psychological Disorders in Refugees and Asylum Seekers». *Current Psychiatry Reports*, 18(9). DOI <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0723-0>.
- Lipke, Howard (2000). *EMDR and Psychotherapy Integration. Theoretical and Clinical Suggestions with Focus on Traumatic Stress*. Boca Raton: CRC Press.
- McFarlane, Colleen; Kaplan, Ida (2012). «Evidence-Based Psychological Interventions for Adult Survivors of Torture and Trauma: A 30-Year Review». *Transcultural Psychiatry*, 49(3-4), 539-67. DOI <https://doi.org/10.1177/1363461512447608>.
- Ministero della Salute (2017). «Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale». *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*. URL http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2599_allegato.pdf (2019-10-15).
- Mollica, Richard et al. (1998). «Assessing Symptom Change in Southeast Asian Refugee Survivors of Mass Violence and Torture». *The American Journal of Psychiatry*, 147, 83-8.
- Müller, Matthias et al. (2018). «The Negative Impact of an Uncertain Residence Status: Analysis of Migration-Related Stressors in Outpatients with Turkish Migration Background and Psychiatric Disorders in Germany Over a 10-Year Period». *J Immigr Minor Health*, 20(2), 317-26.
- Neuner, Frank et al. (2002). «A Narrative Exposure Treatment as Intervention in a Refugee Camp: A Case Report». *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30, 211-15. URL <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:bsz:352-opus-43573> (2019-10-20).

- Norris, Fran; Alegria, Margarita (2005). «Mental Health Care for Ethnic Minority Individuals and Communities in the Aftermath of Disasters and Mass Violence». *CNS spectrums*, 10(2), 132-40. DOI <https://doi.org/10.1017/S1092852900019477>.
- Nosè, Michela (2016). «Racconti e percorsi in migrazione». *Sul bordo di una cascata. Trasformazioni nel mondo e nella psicoanalisi*. Pisa: ETS, 253-22.
- Nosè, Michela et al. (2017). «Psychosocial Interventions for Post-Traumatic Stress Disorder in Refugees and Asylum Seekers Resettled in High-Income Countries: Systematic Review and Meta-Analysis». *PLoS ONE*, 12(2). DOI <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171030>.
- Nosè, Michela et al. (2018). «Prevalence and Correlates of Psychological Distress and Psychiatric Disorders in Asylum Seekers and Refugees Resettled in an Italian Catchment Area». *Journal of Immigrant and Minority Health*, 20(2), 263-70. DOI <https://doi.org/10.1007/s10903-017-0629-x>.
- Palic, Sabina et al. (2014). «Comparison of Psychiatric Disability on the Health of Nation Outcome Scales (HoNOS) in Resettled Traumatized Refugee Outpatients and Danish Inpatients». *BMC Psychiatry*, 14, 330. DOI <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0330-8>.
- Patel, Nimisha; Kellezi, Blerina; Williams, Amanda (2014). «Psychological, Social and Welfare Interventions for Psychological Health and Well-Being of Torture Survivors». *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11. DOI <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009317.pub2>.
- Porter, Matthew; Haslam, Nick (2005). «Predisplacement and Postdisplacement Factors Associated With Mental Health of Refugees and Internally Displaced Persons: A Meta-Analysis». *JAMA*, 294(5), 602-12.
- Priebe, Stefan; Giacco, Domenico; El-Nagib, Rawda (2016). *Public Health Aspects of Mental Health Among Migrants and Refugees: A Review of the Evidence on Mental Health Care for Refugees, Asylum Seekers and Irregular Migrants in the Who European Region*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Health Evidence Network synthesis report 47. URL http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/317622/HEN-synthesis-report-47.pdf (2019-10-15).
- Sabatini Scalmati, Anna (1999). «Memorie congelate, memorie evitate: a proposito della relazione terapeutica con le vittime di torture». *Richard & Piggle. Studi psicanalitici del bambino e dell'adolescente*, 8(2), 172-80.
- Santone, Giancarlo (2010). «La salute mentale dei rifugiati. Una visione di insieme del fenomeno». Caldarozzi, Alessandra (a cura di), *Le dimensioni del disagio mentale nei richiedenti asilo e rifugiati*. Nepi: Varigrafica Altolazio, 13-74. URL https://www.sprar.it/wp-content/uploads/2016/06/Le_dimensioni_del_disagio_mentale_-_Cittalia_2010.pdf (2019-10-15).
- Schauer, Maggie; Neuner, Frank; Elbert, Thomas (2005) *Narrative Exposure Therapy: A Short-Term Intervention for Traumatic Stress Disorders after War, Terror, or Torture*. Ashland: Hogrefe & Huber.
- Schock, Katrin et al. (2016). «Impact of New Traumatic or Stressful Life Events on Pre-Existing PTSD in Traumatized Refugees: Results of a Longitudinal Study». *European Journal of Psychotraumatology*, 7(1). DOI <https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.32106>.
- Shalev, Arieh; Liberzon, Israel; Marmar, Charles (2017). «Post-Traumatic Stress Disorder». *New England Journal of Medicine*, 376(25), 2459-69. DOI <https://doi.org/10.1056/NEJMra1612499>.

- Silove, Derrick (2004). «The Challenges Facing Mental Health Programs for Post-Conflict and Refugee Communities». *Journal of the World Association for Emergency and Disaster Medicine*, 19, 90-6.
- Silove, Derrick (2012). «Treatment of Refugees at the Crossroads: The Need for an Evidence Base». *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 46(10), 921-23.
- Steel, Zachary et al. (2006). «Impact of Immigration Detention and Temporary Protection on the Mental Health of Refugees». *The British Journal of Psychiatry*, 188, 58-64. DOI <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.104.007864>.
- Steel, Zachary et al. (2009). «Association of Torture and Other Potentially Traumatic Events with Mental Health Outcomes Among Populations Exposed to Mass Conflict and Displacement». *JAMA*, 302(5), 537-49. DOI <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1132>.
- Tay, Alvin et al. (2015). «The structure of Post-Traumatic Stress Disorder and Complex Post-Traumatic Stress Disorder Amongst West Papuan Refugees». *BMC Psychiatry*, 15, 111. DOI <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0480-3>.
- Teodorescu, Dinu-Stefan et al. (2015). «Chronic Pain in Multi-Traumatized Outpatients with a Refugee Background Resettled in Norway: a Cross-sectional Study». *BMC Psychology*, 3, 7. DOI <https://doi.org/10.1186/s40359-015-0064-5>.
- Tol, Wietse et al. (2013). «Management of Acute Stress, PTSD, and Bereavement: WHO Recommendations». *JAMA*, 310(5), 477-8. DOI <https://doi.org/10.1001/jama.2013.166723>.
- Turrini, Giulia et al. (2017). «Common Mental Disorders in Asylum Seekers and Refugees: Umbrella Review of Prevalence and Intervention Studies». *International Journal of Mental Health Systems*, 11, 51. DOI <https://doi.org/10.1186/s13033-017-0156-0>.
- Turrini, Giulia et al. (2019). «Efficacy and Acceptability of Psychosocial Interventions in Asylum Seekers and Refugees: Systematic Review and Meta-Analysis». *Epidemiol Psychiatr Sci*, 28(4), 376-88. DOI <https://doi.org/10.1017/S2045796019000027>.
- UNHCR (2017). *Global Trends. Forced Displacement in 2017*. URL <https://www.unhcr.org/globaltrends2017/> (2019-10-15).
- Van Ommeren, Mark et al. (2001). «Psychiatric disorders among tortured Bhutanese refugees in Nepal». *Archives of General Psychiatry*, 58, 475-482.
- Van Wyk, Sierra et al. (2012). «A Longitudinal Study of Mental Health in Refugees from Burma: The Impact of Therapeutic Interventions». *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 46, 995-1003.

