

TRAUMA E VULNERABILITÀ NEI MIGRANTI RICHIEDENTI PROTEZIONE INTERNAZIONALE

Emanuele Caroppo*
Giuseppina Del Basso**
Patrizia Brogna***

Introduzione: I rifugiati richiedenti protezione internazionale mostrano un'alta vulnerabilità e Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD). Obiettivi: abbiamo utilizzato un approccio integrato multidisciplinare per valutare la loro vulnerabilità e psicopatologia. Metodi: sono stati valutati 180 rifugiati politici secondo i criteri del DSM-IV-TR. Risultati: in un'alta percentuale di rifugiati politici la diagnosi principale è stata di PTSD associata con disturbi di personalità e/o altri disturbi psichici. Conclusioni: i rifugiati politici hanno più difficoltà nel gestire le proprie emozioni, questo probabilmente è dovuto alla propria storia personale intrisa di vissuti traumatici, tuttavia attraverso un lavoro sia psicoterapico che farmacologico è stato possibile migliorare le proprie condizioni.

Parole chiave: rifugiati, vulnerabilità, trauma, migrazione, Post-Traumatic Stress Disorder.

Introduzione

Freud in "Introduzione alla Psicoanalisi" scrive: "Quando un evento traumatico scuote quelli che erano stati fino ad allora i fondamenti della sua esistenza, un individuo subisce una tale scossa da perdere ogni interesse per il presente e il futuro e da rimanere assorbito psichicamente dal passato in maniera durevole"¹.

Krystal Henry² e coll., nel 1988, riconoscono l'insorgere di gravi disturbi psicologici in soggetti che hanno vissuto esperienze traumatiche: sopravvissuti

* Docente nell' Università Cattolica del Sacro Cuore (Roma). Roma/Italia.

** "Centro A.M.I.C.I.". Roma/Italia.

*** Direttrice dei Centri per Richiedenti Asilo Ordinari e Vulnerabili ARCA e ARCO - Università Cattolica del Sacro Cuore (Roma). Roma/Italia.

¹ Cf. FREUD, Sigmund. *Introduzione alla Psicoanalisi*.

² Cf. KRYSTAL, Henry. *Affetto, Trauma, Alessitimia*.

dei campi di concentramento, vittime di abusi sessuali, vittime di tortura, sopravvissuti alla guerra. Il trauma psichico determina un cambiamento nel senso del sé delle vittime e dei loro rapporti interpersonali; gli eventi traumatici vengono rivissuti attraverso incubi e *flashbacks* ricorrenti inducendo una regressione nell'esperienza e nella gestione degli affetti.

A livello cognitivo, il trauma può compromettere l'esame di realtà, il giudizio, la regolazione degli affetti, le difese e l'organizzazione/integrazione della memoria. A livello somatico i soggetti si presentano maggiormente irritabili, con disturbi del sonno, disturbo d'ansia e tentativi di automedicazione attraverso l'uso e l'abuso di sostanze (alcol e/o droghe). A livello relazionale, a causa dell'esperienza subita, all'insicurezza e ai sentimenti di sfiducia, possono rinchiudersi in se stessi con evitamento delle persone o di situazioni che possono ricordare l'esperienza traumatica.

Il termine "trauma" deriva dal verbo greco *titrosko* – perforare, trafiggere e dunque rimanda a un taglio, uno squarcio; il segno lasciato sulla pelle da qualcosa che l'ha attraversata. Tuttavia non esiste un metodo oggettivo per quantificare la natura traumatica dell'evento ma lo si può leggere solo attraverso un'esperienza soggettiva e questo spiega perché uno stesso evento traumatico può suscitare reazioni diverse in diversi soggetti.

Henry Krystal³ parla di "Trauma psichico catastrofico":

Il trauma psichico catastrofico è definito una resa a ciò che viene vissuto come un pericolo inevitabile di origine esterna o interna. È la realtà psichica della resa a ciò che viene vissuto come una situazione intollerabile senza via d'uscita che fa sì che si abbandonino le attività che salvaguardano la vita. La valutazione che la situazione è di estremo pericolo e la resa ad essa danno inizio al processo traumatico.

E' questo processo traumatico che si inserisce più facilmente in tutte le condizioni di maggiore vulnerabilità.

Il concetto di vulnerabilità

Il termine "*vulnerabile*"⁴ deriva dalla parola latina *vulnus* che letteralmente significa: ferita o lesione. Essa può essere fisica, psicologica e per estensione anche di un diritto. L'essere vulnerabile non rappresenta uno stato ma la possibilità di essere potenzialmente ferito e non chi lo è. I rifugiati politici, i richiedenti protezione internazionale rappresentano quella classe di migranti che "necessariamente" devono lasciare la loro patria e i loro affetti con il timore di non potervi più far ritorno; sono coloro che non hanno alternative di scelta o meglio l'alternativa li

³ *Ibidem*, p. 200.

⁴ Cf. <www.contextus.org>.

condurrebbe a torture, a gravi sofferenze e il più delle volte a morte sicura. Nella condizione di rifugiato è implicita la nozione dell'essere vulnerabile: "il senso di non appartenenza, in cui la persona si trova, lo espone a un rischio di disagio psicologico legato alla difficoltà di riconoscersi e di essere riconosciuto"⁵.

Gran parte del loro malessere e disagio nasce dalla difficoltà ad adattarsi ai nuovi luoghi e alle nuove situazioni e molto spesso la maggior parte di loro evidenzia un'alta vulnerabilità nel funzionamento psichico proprio a causa di questi cambiamenti aggravati da tutto quello che è il percorso che sono tenuti a compiere attraverso le norme nazionali e internazionali. Vivono nel timore di non essere riconosciuti, di essere rimpatriati, di non ottenere l'asilo politico; con la paura di non riuscire a integrarsi nel paese che li accoglie per le difficoltà linguistiche, per il colore della pelle; vivono all'interno di centri di accoglienza costretti a condividere i propri spazi con altri stranieri con le loro stesse difficoltà ma spesso con abitudini diverse.

Si affronta il tema della perdita che non riguarda solo gli aspetti sopra menzionati, ma è una perdita più profonda, di una parte di Sé.

Giovanni Stanghellini⁶ nel libro: *Antropologia e Vulnerabilità* affronta il tema della vulnerabilità e di come esso ha inciso sulla psicopatologia mettendo in primo piano lo scarto che nella malattia separa l'uomo dal mondo. L'autore riconosce nella reattività di ciascun individuo, nella lotta tragica che intraprende nel tentativo di ricostruire il mondo perduto, "il cardine di ogni psicopatologia che voglia dirsi antropologica"⁷. Sostiene, inoltre, che: "la condizione che predispone alla patologia mentale [è] da intendersi come un'eccessiva resistenza o un'eccessiva inclinazione all'epoché fenomenologica"⁸.

Ecco allora che emergono le dicotomie: autenticità-inautenticità, proporzione-sproporzione, euritmia-aritmia, attività-passività. In tal senso, il paradigma della vulnerabilità rivela quanto le minacce incombenti sull'esistenza siano "...modalità immanenti alla struttura fondamentale dell'essere-uomo"⁹.

Anche Arnaldo Ballerini¹⁰ nel III capitolo del libro *Caduto da una Stella. Figure della identità nella psicosi*, scrive sul concetto di prevalenza-sproporzione,

di aspetti che per la loro caratteristica di essere sproporzionati e pervasivi diventano patologici o espongono alla vulnerabilità nei confronti dei disturbi mentali, ma che fanno parte della costituzione di ognuno di noi. Lo stesso problema dell'importanza, del peso, del passato è fondamentale nella temporalità di tutti, ma è quando è prevalente fino al punto di coincidere con la categoria della "irrimediabilità", del fatale restare indietro, della

⁵ Cf. Vulnerabilità, risorse e resilienza. Dignitas. Disponibile su: <www.manuale-dignitas.it>.

⁶ Cf. STANGHELLINI, Giovanni. *Antropologia e Vulnerabilità*.

⁷ *Ibidem*, p. 166.

⁸ *Ibidem*, p. 185.

⁹ *Ibidem*, p. 127.

¹⁰ Cf. BALLERINI, Arnaldo. *Caduto da una Stella. Figure della identità nella psicosi*.

stagnazione della presenza, della infruibilità del presente e del futuro, quali pura ripetizione del “già accaduto”, che questo scompaginamento della proporzione fra le estasi temporali di passato-presente-futuro sostanzia la disperazione e la angoscia melanconica, così come più sfumatamente già si annuncia nella persona del tipo pre-melanconico. Lo stesso fondamento del a-problematico sentimento dell’ovvietà del common sense, della tacita naturalità dell’esperire il mondo e gli altri, è nella norma in equilibrio fra un troppo e un troppo poco: un troppo poco che ci farebbe bizzarri ed un troppo che ci depaupererebbe di originalità.

Costituzione dell’Altro e costituzione dell’Io sono dal punto di vista fenomenologico due facce dello stesso processo, che è all’origine della soggettività dell’io come della oggettività del me. E questi sono i presupposti della costruzione della identità, di un percorso che si svolge nel tempo: identità che non è un fenomeno unitario riconducibile ad un unico fattore psicologico costitutivo, né è un qualcosa stabilito una volta per sempre ed immutabile. L’identità umana appare piuttosto essere una costruzione complessa, legata tanto al soggetto che al contesto. Ed inoltre è sempre in evoluzione, è lungo un arco di vita che costruiamo la nostra identità, pur disponendo di un nucleo aggregativo che, almeno dopo i primi tempi della vita, si mantiene costante ed assicura quella continuità per la quale uno si riconosce e viene riconosciuto.

E’ proprio sulla “*continuità*” dell’identità che si deve intervenire sui soggetti Richiedenti Asilo che rivelano una profonda frammentazione relativa alla loro storia personale, ai loro vissuti intrisi di eventi traumatici che mettono in pericolo quel processo aggregativo di cui parla Arnaldo Ballerini, importante per riconoscersi ed essere riconosciuti. Dal punto di vista psicopatologico essi rispondono, pertanto, ai criteri diagnostici del Disturbo Post-Traumatico da Stress (*Post-Traumatic Stress Disorder - PTSD*).

PTSD: criteri diagnostici e forme cliniche

Questo è un disturbo psicopatologico che rientra nello spettro dei Disturbi di Ansia ed è l’unico per il quale è richiesto, nella diagnosi, il riferimento ad un evento esterno al quale imputare l’insorgere della sintomatologia. Colpisce le persone che hanno vissuto un’esperienza traumatica e non è da riferirsi a una particolare epoca o a un determinato contesto, ma che, al contrario possono esserne vittime nel corso di tutto il ciclo vitale, coinvolgendo uomini, donne e bambini.

La prima versione del manuale DSM (APA 1952)¹¹, fu pubblicata durante la guerra di Corea, 1950-1953, e comprendeva la categoria diagnostica di “*Gross Stress Reaction*”, per indicare le reazioni comportamentali estreme dell’individuo normale ad un evento particolarmente stressante. Il disturbo non venne approfondito, né fu data altra definizione ma si considerò remissibile spontaneamente anche in assenza di interventi terapeutici.

¹¹ Cf. <www.psicobox.it>. Cf. JONES, Edgar; WESSELY, Simon. Psychological trauma: a historical perspective.

Il DSM II (APA, 1966)¹², introdusse i disturbi post-traumatici entro la categoria dei “*Transiet Situational Disorders*” ossia disturbi transitori legati alla situazione, comprendendo tutte quelle reazioni acute all’esposizione a fattori stressanti, fino all’episodio psicotico breve, ritenendole tutte a rapida remissione spontanea.

Nel DSM III (APA, 1980), a seguito della guerra del Vietnam e dei forti disturbi post traumatici riscontrati tra i soldati e reduci di guerra, fu introdotta la categoria diagnostica del PTSD.

I criteri diagnostici comprendevano: il verificarsi di un evento stressante al “di fuori del range delle esperienze comuni” e solo due *cluster* di sintomi: ricordi intrusivi, e condotte di evitamento verso gli stimoli collegati al trauma, a cui fu aggiunto nel DSM III-TR, un terzo *cluster* relativo all’aumento dell’*arousal*, ma non veniva segnalato il criterio riguardante il disagio clinicamente significativo.

Nella quarta edizione del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV-TR)¹³, il PTSD è descritto caratterizzato dai seguenti criteri:

- A) La persona è stata esposta ad un evento traumatico nel quale erano presenti entrambe le caratteristiche seguenti: 1) La persona ha vissuto, ha assistito, o si è confrontata con un evento o con eventi che hanno implicato morte, o minaccia di morte, o gravi lesioni, o una minaccia all’integrità fisica propria o di altri; 2) La risposta della persona comprendeva paura intensa, sentimenti di impotenza, o di orrore. *Nota*: nei bambini questo può essere espresso con comportamento disorganizzato o agitato.
- B) L’evento traumatico viene rivissuto persistentemente in uno (o più) dei seguenti modi: 1) Ricordi spiacevoli ricorrenti e intrusivi dell’evento, che comprendono immagini, pensieri, o percezioni. *Nota*: nei bambini piccoli si possono manifestare *giochi ripetitivi in cui vengono espressi temi o aspetti riguardanti il trauma*. 2) Sogni spiacevoli ricorrenti dell’evento. *Nota*: nei bambini possono essere presenti *sogni spaventosi* senza contenuto riconoscibile. 3) Agire o sentire come se l’evento traumatico si stesse ripresentando (ciò include sensazioni di rivivere l’esperienza, illusioni, allucinazioni, ed episodi dissociativi di *flashback*, compresi quelli che si manifestano al risveglio o in stato di intossicazione). *Nota*: nei bambini piccoli possono manifestarsi *rappresentazioni ripetitive specifiche del trauma*. 4) Disagio psicologico intenso all’esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simbolizzano o assomigliano a qualche aspetto dell’evento traumatico. 5) Reattività fisiologica o esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simbolizzano o assomigliano a qualche aspetto dell’evento traumatico.
- C) Evitamento persistente degli stimoli associati con il trauma e attenuazione della reattività generale (non presenti prima del trauma), come indicato da tre (o più) dei seguenti elementi: 1) Sforzi per evitare pensieri, sensazioni o conversazioni

¹² *Ibidem*.

¹³ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV-TR)*.

associate con il trauma; 2) Sforzi per evitare attività, luoghi o persone che evocano ricordi del trauma; 3) Incapacità di ricordare qualche aspetto importante del trauma; 4) Riduzione marcata dell'interesse o della partecipazione ad attività significative; 5) Sentimenti di distacco o di estraneità verso gli altri; 6) Affettività ridotta (per es. incapacità di provare sentimenti di amore); 7) Sentimenti di diminuzione delle prospettive future (per es. aspettarsi di non poter avere una carriera, un matrimonio o dei figli, o una normale durata della vita).

- D) Sintomi persistenti di *aumentato arousal* (non presenti prima del trauma), come indicato da almeno due dei seguenti elementi: 1) Difficoltà ad addormentarsi o a mantenere il sonno; 2) Irritabilità o scoppi di collera; 3) Difficoltà a concentrarsi; 4) Ipervigilanza; 5) Esagerate risposte di allarme.

- E) La durata del disturbo (sintomi ai Criteri B, C e D) è superiore a 1 mese.

- F) Il disturbo causa disagio clinicamente significativo o menomazione nel funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti.

E' necessario specificare se il PTSD è "acuto" (se la durata dei sintomi è inferiore a 3 mesi), "cronico" (se la durata dei sintomi è 3 mesi o più), oppure "ad esordio ritardato" (se l'esordio dei sintomi avviene almeno 6 mesi dopo l'evento stressante).

Il DSM-5¹⁴ contiene i cambiamenti approvati dalla fondazione dell'APA il 1° dicembre 2012, la cui pubblicazione è avvenuta a maggio del 2013 negli USA, in Italia nel 2014. Di seguito i criteri diagnostici:

Nota: i criteri seguenti si riferiscono agli adulti, adolescenti e bambini dall'età di 6 anni in poi, per i bambini di età inferiore ai 6 anni sono stati formulati dei criteri specifici.

- A) La persona è stata esposta a eventi che hanno implicato morte o minaccia di morte o gravi lesione, o violenze sessuali in una o più delle seguenti modalità: 1) Esperienza diretta con l'evento traumatico; 2) Testimone diretto dell'esperienza traumatica altrui; 3) Venire a conoscenza che l'esperienza traumatica ha visti coinvolti un amico o un familiare, in caso di morte o minaccia di morte di un familiare o di un amico, l'evento deve essere violento o accidentale; 4) L'evento traumatico sia ripetuto o che ci sia una esposizione continuativa dell'evento traumatico (per esempio: i primi soccorritori che raccolgono i resti umani, o i poliziotti che sono testimoni continuativi sugli abusi dei minori). *Nota:* il criterio 4 non si applica se l'esposizione è attraverso i media, a meno che l'esposizione non è relativa al proprio lavoro.

- B) Presenza di uno o più dei seguenti sintomi intrusivi associati all'evento traumatico, sintomi che si manifestano successivamente a seguito dell'evento traumatico: 1) Ricordi dolorosi: ricorrenti, involontari e intrusivi dell'evento o degli eventi traumatici. *Nota:* in bambini di età superiore ai 6 anni si possono manifestare *giochi ripetitivi in cui vengono espressi temi o aspetti riguardanti il trauma*. 2) Sogni spiacevoli ricorrenti dell'evento. *Nota:* nei bambini possono essere presenti *sogni*

¹⁴ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5 edition*.

spaventosi senza contenuto riconoscibile. 3) Agire o sentire come se l'evento traumatico si stesse ripresentando (ciò include sensazioni di rivivere l'esperienza, illusioni, allucinazioni, ed episodi dissociativi di *flashback*, compresi quelli che si manifestano al risveglio o in stato di intossicazione). *Nota*: nei bambini piccoli possono manifestarsi *rappresentazioni ripetitive specifiche del trauma* attraverso il gioco. 4) Disagio psicologico intenso all'esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simbolizzano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento traumatico. 5) Reattività fisiologica marcata a fattori scatenanti interni o esterni che simbolizzano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento traumatico.

- C) Evitamento persistente degli stimoli associati con l'evento traumatico, iniziato dopo l'evento/i traumatico/i, come indicato da uno o entrambi i seguenti elementi: 1) Sforzi per evitare pensieri, sensazioni o conversazioni associate con il trauma; 2) Evitare o sforzi per evitare attività, luoghi, persone conversazioni, oggetti e situazioni che evocano ricordi del trauma o sentimenti riguardanti o strettamente correlati con l'evento traumatico.

- D) Alterazioni negative di pensieri ed emozioni associati con l'evento traumatico che sono iniziate o peggiorate dopo l'evento traumatico come provato da due o più dei seguenti: 1) Incapacità di ricordare qualche aspetto importante del trauma, tipicamente conseguente a amnesia dissociativa e non ad altri fattori come alcool, droga o un malattie organiche a carico della testa. 2) Opinioni o aspettative persistenti o esagerate rispetto se stessi, gli altri o il mondo (per esempio: "io sono cattivo", "non ci si può fidare di nessuno", "il mondo è totalmente pericoloso", "il mio intero sistema nervoso è irrimediabilmente compromesso"). 3) Persistenti, distorti pensieri riguardo la causa o la conseguenza dell'evento traumatico che portano l'individuo ad accusare se stesso o gli altri. 4) Sentimenti negativi persistenti (ad esempio: paura, orrore, rabbia, colpevolezza, o vergogna). 5) Riduzione marcata dell'interesse o della partecipazione ad attività significative. 6) Sentimenti di distacco o di estraneità verso gli altri. 7) persistente incapacità di provare emozioni positive (incapacità di provare felicità, soddisfazioni o sentimenti di amore).

- E) Alterazioni marcate dell'*arousal* e della reattività associati con l'evento traumatico e iniziati o peggiorati a seguito dell'evento traumatico stesso come indicato da due o più dei seguenti punti: 1) Comportamento irritabile o scoppi di collera con poca o alcuna provocazione, tipicamente espressi come aggressioni verbali o fisiche contro persone o cose; 2) Comportamenti avventati o autodistruttivi; 3) Ipervigilanza; 4) Esagerate risposte di allarme; 5) Difficoltà a concentrarsi; 6) Disturbi del sonno (per esempio: difficoltà a prendere sonno o ad avere un sonno continuativo o sonno non ristoratore).

- F) La durata dei disturbi (i criteri B, C, D, ed E) è superiore a un mese.

- G) Il disturbo causa disagio clinicamente significativo o menomazione nel funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti.

- H) Il disturbo non è da riferirsi a cause di ordine fisiologico o ad assunzione di sostanze (per es. farmaci, alcool) o ad altre condizioni mediche.

Specificare se: con i sintomi dissociativi: i sintomi dell'individuo soddisfano i criteri del PTSD e in aggiunta in risposta all'evento stressante l'individuo sperimenta sintomi persistenti o ricorrenti di uno dei seguenti punti: 1) Depersonalizzazione: esperienza ricorrente e persistente di sentirsi distaccato, sentirsi come un osservatore esterno dei propri processi mentali o del proprio corpo (ad es. sentirsi come in un sogno; sperimentare sensazioni di irrealtà di se stessi o del proprio corpo o avere la sensazione che il tempo scorre lentamente). 2) Derealizzazione: esperienza persistente o ricorrente dell'irrealtà di ciò che circonda l'individuo (per es. il mondo intorno all'individuo è percepito irrealistico o come un sogno, distante o distorto). *Nota:* per usare questo sottotipo i sintomi dissociativi non devono essere attribuibili ad effetti fisiologici di una sostanza (per es. *blackout*, comportamenti dovuti ad intossicazione da alcool) o ad altre condizioni mediche (per esempio crisi epilettiche parziali complesse).

Specificare se: con espressione ritardata: se i criteri diagnostici non sono soddisfatti appieno entro 6 mesi dall'evento (tuttavia il presentarsi di alcuni sintomi può essere immediato). Se parliamo di percentuale nei pazienti che soddisfano i criteri per il PTSD, essa è variabile¹⁵ nella popolazione mondiale con una prevalenza maggiormente evidente nei soggetti di sesso femminile¹⁶.

E' comune che i soggetti affetti da PTSD presentino altri disturbi in correlazione: tra i principali ritroviamo Disturbi Affettivi¹⁷, Abuso da sostanze¹⁸ e ovviamente disturbi di Ansia¹⁹ con o senza attacco di panico, Disturbi Somatiformi²⁰, Fobie Sociali¹² o Specifiche¹², Disturbi Depressivi²¹, Disturbi di personalità con particolare riferimento al Disturbo Borderline di Personalità²².

Inoltre, tenendo conto dei fattori di vulnerabilità nei soggetti affetti da PTSD, è importante non sottovalutare i tratti relativi alla quota di impulsività che caratterizza spesso questi soggetti e non meno importante eseguire una diagnosi differenziale con gli altri disturbi della sfera psichica.

¹⁵ Cf. KOHRT Brandon *et alii*. Cultural concepts of distress and psychiatric disorders: literature review and research recommendations for global mental health, epidemiology.

¹⁶ HELZER, John; ROBINS, Lee; MCEVOY, Larry. Post-traumatic stress disorder in the general population. Findings of the epidemiologic catchment area survey.

¹⁷ XIONG, Kunlin *et alii*. Negative emotion regulation in patients with posttraumatic stress disorder.

¹⁸ TIPPS, Megan; RAYBUCK, Jonathan; LATTAL, K. Matthew. Substance abuse, memory, and post-traumatic stress disorder; WEISS, Nicole H. *et alii*. The relative and unique contributions of emotion dysregulation and impulsivity to posttraumatic stress disorder among substance dependent inpatients.

¹⁹ PLANA, India *et alii*. A meta-analysis and scoping review of social cognition performance in social phobia, posttraumatic stress disorder and other anxiety disorders.

²⁰ GUPTA, Madhulika A. Review of somatic symptoms in post-traumatic stress disorder.

²¹ RYTWINSKI, Nina K. *et alii*. The co-occurrence of major depressive disorder among individuals with posttraumatic stress disorder: a meta-analysis.

²² MARSHALL-BERENZ, Erin C. *et alii*. Affect intensity and lability: the role of posttraumatic stress disorder symptoms in borderline personality disorder.

Impulsività e PTSD

La letteratura scientifica ha, pertanto, studiato la correlazione tra impulsività e PTSD dimostrando che c'è una stretta correlazione tra multiimpulsività, disregolazione degli affetti e PTSD. In merito a ciò, Nicole H. Weiss²³ e coll. hanno dimostrato in vari articoli che il PTSD è strettamente correlato con comportamenti altamente impulsivi e antisociali, (v. figura), in particolari nei pazienti affetti da PTSD con una storia di uso e abuso di sostanze.

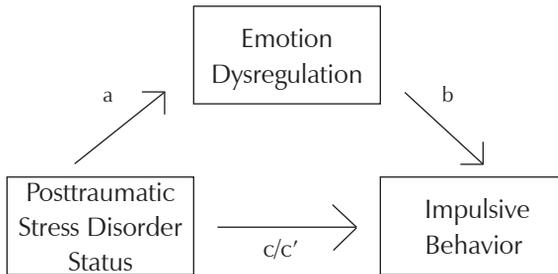


Fig. 1. (p. 456 *Journal of anxiety disorders*, 2012). Proposed mediational model depicting total (c), direct (c'), and indirect effects ($a \times b$) of PTSD status on impulsive behavior.

Sigmund Freud ha definito la pulsione un concetto al confine tra lo psichico e il corporeo. Secondo Otto Kernberg²⁴, i disturbi impulsivi e l'incapacità di controllo costituiscono tipiche debolezze dell'Io. Un Io che ha scarsi confini identitari, frammentato, scisso tra il mondo esterno e il mondo interno, insicuro e dipendente: queste le caratteristiche principali che dominano nei soggetti affetti da PTSD in particolare nei Rifugiati Richiedenti Asilo.

In questi soggetti rabbia e impulsività costituiscono dimensioni psicopatologiche di comune riscontro. I soggetti che ne sono affetti sperimentano perciò ansia, irrequietezza, gesti autolesivi, sintomi dissociativi e sintomi corporei.

E' comune, dunque, nei Richiedenti Asilo riscontrare il PTSD, con difficoltà a gestire i loro stati emotivi e di conseguenza con un alta quota di impulsività. Sono "migranti forzati" che senza possibilità di scelta diventano quasi "oggetti" nella ricerca della loro soggettività e tutto questo attraverso un lungo percorso che è dato tanto dall'attesa dei documenti quanto da un faticoso lavoro interiore che li porta a ricomporre il proprio Sé frammentato. Durante questo cammino sono tanti gli stati emotivi sperimentati che quando mal tollerati esplodono attraverso atti impulsivi, dettati dal solo senso di impotenza e di paura e sono

²³ WEISS, Nicole *et alii*. Impulsive behaviors as an emotion regulation strategy: examining associations between PTSD, emotion dysregulation, and impulsive behaviors among substance dependent inpatients.

²⁴ Cf. KERNBERG, Otto; CLARKIN John; YEOMANS, Frank E. *Psicoterapia della personalità borderline*.

proprio questi sentimenti che inducono questi soggetti talvolta a simulare o a manifestare sintomi fittizi al fine di ottenere ciò che spetta loro di diritto.

E' fondamentale, dunque, stabilire una corretta diagnosi per impostare un percorso di terapia sia farmacologico che psicoterapico.

PTSD e diagnosi differenziali

Come abbiamo sottolineato il PTSD è in comorbidità con altri disturbi psicopatologici: individuarli e saperli trattare è importante per una buona riuscita degli interventi. Le principali diagnosi differenziali si pongono con il Disturbo Fittizio e la Simulazione. Nel DSM-IV-TR i criteri diagnostici per i Disturbi Fittizi sono: produzione o simulazione intenzionali di segni o sintomi fisici o psichici. La motivazione di tale comportamento è di assumere il ruolo del malato. Non ci sono incentivi esterni per questo comportamento (per es. un vantaggio economico, l'evitamento di responsabilità legali, o il miglioramento del proprio benessere fisico, come nella Simulazione).

- Tipo: con segni e sintomi psichici predominanti quando nel quadro clinico predominano i sintomi e i segni clinici.
- Tipo: con segni e sintomi fisici predominanti quando nel quadro clinico predominano i sintomi e i segni fisici.
- Tipo: con segni e sintomi psichici e fisici combinati: quando sono presenti segni sia psichici che fisici, ma nessuno dei due predomina nel quadro clinico.

La Simulazione di una malattia mentale, scrive Fornari Ugo²⁵, è "produzione cosciente ed intenzionale di sintomi e segni psichici amplificati al fine di richiamare l'attenzione ed ottenere benefici lucidamente perseguiti". Secondo il DSM-IV-TR: "La produzione intenzionale di sintomi fisici o psicologici o grossolanamente esagerati, motivata da incentivi esterni come evitare il servizio militare, il lavoro, ottenere risarcimenti finanziari, evitare procedimenti penali, oppure ottenere farmaci". Ci sono casi in cui la simulazione può rappresentare una modalità protettiva come nel caso dei prigionieri di guerra che presi dai nemici simulavano una malattia.

Il DSM-IV-TR differenzia la Simulazione dal Disturbo da Conversione o da altri Disturbi Somatoformi tramite la produzione intenzionale di sintomi e gli evidenti incentivi associati con essa. Mentre nella Simulazione non si ottiene spesso l'alleviamento dei sintomi con suggestione o ipnosi.

Il DSM-IV-TR differenzia la Simulazione dal Disturbo Fittizio in quanto la motivazione alla produzione del sintomo, è nella Simulazione, un incentivo esterno, mentre nel Disturbo Fittizio gli incentivi esterni sono assenti. L'evidenza di un bisogno intrapsichico di mantenere il ruolo di malato depone per un

²⁵ Cf. FORNARI, Ugo. *Trattato di psichiatria forense*.

Disturbo Fittizio. La Simulazione si può correlare alla presenza di un Disturbo Antisociale di Personalità²⁶.

Questi sono stati i principali disturbi di interesse di cui abbiamo tenuto conto nella diagnosi differenziale per la valutazione dei nostri “migranti”, richiedenti protezione internazionale afferenti al centro A.M.I.C.I. (Accogliere, Mediare, Informare, Curare, Integrare).

La differenza tra i migranti e i Richiedenti Protezione Internazionale è correlata alla libertà di poter scegliere di lasciare il proprio paese di origine e nella libertà di scegliere il nuovo paese in cui ci si vuole dirigere. I rifugiati rappresentano tutti quei “migranti” che per motivi religiosi, politici o di guerra sono costretti a lasciare la loro patria, le loro famiglie per potersi salvare o sfuggire alle pratiche persecutorie a cui sono sottoposti o rischiano di subire.

Alcuni tentano di raggiungere altri componenti familiari in altre parti del mondo ma sono costretti dopo breve tempo a lasciare anche questi affetti perché sprovvisti di documenti e secondo il regolamento Dublino II vengono rinviati nel primo paese in cui hanno lasciato le impronte digitali. Tale regolamento (CE) n. 343/2003 del Consiglio, del 18 febbraio 2003, stabilisce i criteri e i meccanismi di determinazione dello Stato membro competente per l’esame di una domanda d’asilo presentata in uno degli Stati membri da un cittadino di un paese terzo. Il regolamento si basa sul principio che un solo Stato membro è competente per l’esame di una domanda di asilo. L’obiettivo è quello di evitare che i richiedenti asilo siano inviati da un paese all’altro, ma anche di prevenire l’abuso del sistema con la presentazione di domande di asilo multiple da parte di una sola persona. Sono pertanto definiti determinati criteri obiettivi e gerarchizzati in modo da individuare, per ciascuna domanda di asilo, lo Stato membro competente.

Lasciano così il loro paese portando con sé un vissuto drammatico, di separazioni, di sofferenze psichiche e fisiche e all’arrivo nel paese destinato a seguire la loro pratica si ritrovano ad affrontare anche le differenze culturali, linguistiche, di relazione. Soggetti resi vulnerabili e fragili dall’esperienza del trauma; soggetti che non hanno più un lavoro, non hanno più la loro casa e molti di loro sono privi dei loro affetti più cari, ma hanno la speranza di riemergere per ricostruirsi un futuro e migliorare la loro condizione.

Il Centro A.M.I.C.I.

Il nostro Centro, A.M.I.C.I. è nato dalla collaborazione tra l’Università Cattolica del Sacro Cuore e Croce Rossa Italiana di concerto con Unione Europea e Ministero dell’Interno.

²⁶ Cf. ANSELMI, Nino; SAVOJA, Valeria. La simulazione della malattia mentale in ambito penitenziario.

Ha ospitato migranti di varie nazionalità con prevalenza di Iraniani, Siriani, Afghani, rappresentando un ponte di unione e di incontro tra svariate culture, lingue, abitudini, religioni che hanno imparato a convivere insieme e hanno creato uno spazio in cui allearsi, aiutarsi e alcune volte scontrarsi. Tuttavia è stato anche attraverso lo scontro che si sono create nuove modalità per potersi incontrare.

Insieme: operatori, mediatori, destinatari, abbiamo collaborato a creare una rete di supporto che ha permesso di integrarci tra tutti noi condividendo una miriade di emozioni che hanno spaziato dalla rabbia, tristezza, dolore, sentimento di impotenza, ma non sono mancati i sorrisi, le soddisfazioni, i momenti di gioco e di scherzo. Non è stato difficile superare quelle barriere empatiche che all'ingresso al centro rendevano diffidenti i nostri destinatari, intimoriti dal non sapere che cosa sarebbe stato di loro. Molti i momenti in cui hanno cercato supporto e certezze, quelle certezze che nessuno aveva il potere di garantirgli, quelle certezze che non hanno origine dalle situazioni esterne ma dapprima dentro ciascuno di noi.

In una fase iniziale della presa in carico hanno dominato sintomi somatici quali: emicrania, gastroenteriti, difficoltà deambulatorie, febbri; sintomi psichici quali ansia, disturbi del sonno, sintomi depressivi, sentimenti di profonda angoscia, in alcuni si sono presentati disturbi dell'adattamento con patomimie.

Emozioni e Rifugiati Richiedenti Protezione Internazionale

Lavorare con queste persone ha significato lavorare sul proprio vissuto, far riemergere quel rimosso difficilmente accessibile alla coscienza. Eppure con duro lavoro, tanta pazienza da parte di tutti è stato possibile toccare ed elaborare quel vissuto dalle caratteristiche fragili che ha contribuito a renderli vulnerabili.

Se intendiamo la vulnerabilità la possibilità di essere particolarmente esposti alla ferite, possiamo allora affermare che i nostri destinatari sono accomunati dall'essere vulnerabili in quanto portatori di esiti di traumi fisici e/o psichici che li espone maggiormente a condizioni di stress.

All'interno del Centro A.M.I.C.I. non sono solo stati accolti, ma hanno avuto la possibilità di cercare e trovare alternative alle loro condizioni, iniziando a pensare come possibile un divenire che sembrava essere stato cancellato nel momento in cui hanno oltrepassato con grandi difficoltà e pericoli le frontiere del proprio paese.

Hanno trovato un luogo dove poter liberare la loro immaginazione, imprigionata da una realtà dura da elaborare. Proprio per questo abbiamo tentato di avviare delle attività ricreative attraverso la rete del sociale: l'esperienza creativa come modalità per cercare di dare forma e significato ai propri vissuti per elaborare quel trauma originario che impedisce lo sviluppo del senso di autonomia e di libertà; Viktor E. Frankl, neurologo e psichiatra austriaco, fondatore della logopedia

afferma: “L’emozione del dolore cessa di essere sofferenza non appena abbiamo una chiara e precisa immagine di essa”²⁷.

Sostenerli nella loro evoluzione è stato un percorso a volte drammatico per la drammaticità della loro storia; del loro essere prima degli eventi traumatici che li hanno visti arrivare in Italia, restavano solo delle foto che alcuni erano riusciti a portare con sé. Tuttavia nel tempo sono riusciti a ritrovare quella forza e quel coraggio per riunire quei frammenti di Sé e ripartire verso un avvenire migliore.

Con il Servizio legale li abbiamo sostenuti e preparati all’incontro con la Commissione territoriale per l’ottenimento dei documenti importanti non solo per riconsegnare loro l’identità che avevano perduto ma anche per potersi sentire di nuovo liberi di raggiungere altri paesi e non sentirsi più in condizioni di illegalità.

In molte occasioni si sono create situazioni di panico tra gli operatori e gli utenti proprio a causa del timore di non riuscire ad avere il diritto di asilo. In tutte queste occasioni noi operatori dell’area tutela della salute abbiamo assistito ad un peggioramento della loro sintomatologia, sia essa psichica che fisica. Tanto è stato l’investimento su quell’incontro che sapevano essere determinante per loro e per la propria dignità.

Trauma e PTSD: criteri diagnostici

Bessel Van Der Kolk²⁸ così parla del trauma: “...il problema centrale è costituito dall’incapacità di assimilare la realtà di specifiche esperienze con la conseguente riattualizzazione ripetitiva del trauma in immagini, comportamenti, stati fisiologici e relazioni interpersonali”²⁹.

Nella sua opera: *Stress traumatico. Gli effetti sulla mente, sul corpo e sulla società delle esperienze intollerabili*, sottolinea l’importanza di stabilire condizioni di sicurezza nella relazione terapeutica e di non forzare l’esplorazione delle vicende traumatiche nel paziente perché “...potrebbe esacerbare piuttosto che alleviare le interferenze traumatiche. Indagare il trauma in quanto tale non porta effetti benefici, a meno che non lo si colleghi ad altre esperienze, come la sensazione di sentirsi compresi, al sicuro, fisicamente forti e integri, o di essere in grado di provare compassione e volere aiutare quanti soffrono”.

Il trauma è legato a sensazioni di impotenza rispetto a situazioni sconvolgenti, incontrollabili e improvvise che suscitano paura, terrore; tutte queste sensazioni vengono rivissute dal soggetto anche mentre prova a raccontarle, o le rivive attraverso *flashbacks*, incubi notturni, rimuginazione del pensiero durante il giorno.

²⁷ Apud SCARAMELLA, Cristina. Il coraggio di sopravvivere.

²⁸ Cf. BESSEL Van Der Kolk. *Stress traumatico. Gli effetti sulla mente, sul corpo e sulla società delle esperienze intollerabili*.

²⁹ *Ibidem*, p. 23.

Per comprendere quanto un evento traumatico può essere intenso, vanno considerate le variabili correlate all'evento traumatico ma anche le caratteristiche del soggetto, in particolare gli aspetti legati alla loro vulnerabilità e alla resilienza.

Affrontare in psicoterapia l'esperienza del trauma è un'esperienza difficile proprio perché difficile da riuscire a verbalizzarlo ed ecco che il corpo si fa voce dell'esperienza traumatica attraverso i gesti, le posture, la mimica facciale.

Il trauma diventa, perciò, la base vulnerabile su cui si sviluppa e alimenta un Disturbo Post-traumatico da Stress, ricordando che il PTSD è stato anche denominato *nevrosi da guerra*, perché inizialmente riscontrato in soldati coinvolti in pesanti combattimenti o in situazioni belliche di particolare drammaticità (con nomi e sottotipi diversi: *Combat Stress Reactions, Battle Fatigue, Shell Shocks, etc.*).

Nella nostra esperienza abbiamo lavorato sugli eventi traumatici dei nostri destinatari ponendo particolare attenzione a tutta quella serie di cambiamenti a cui venivano esposti. I nostri destinatari sono giunti da noi secondo il regolamento Dublino dalla: Svizzera, Danimarca, Svezia, Austria, Norvegia, Paesi Bassi, Finlandia, Inghilterra, Germania e dalla Danimarca, infatti nell'anamnesi clinica il motivo all'ingresso è stata la condizione di Dublino Vulnerabile.

Ripercorrendo quelli che sono i criteri diagnostici del PTSD nelle varie edizioni del DSM fino ad oggi, possiamo affermare che è fondamentale eseguire una buona valutazione dello status psichico del soggetto, considerarne i tratti psicopatologici di personalità e i disturbi dell'adattamento, tutti particolarmente evidenti nella categoria dei Richiedenti Protezione Internazionale.

La nostra esperienza con i Rifugiati Politici

Abbiamo esaminato tutti i nostri destinatari afferenti al centro A.M.I.C.I. con PTSD e comorbidità secondo il DSM IV-TR, sottoponendoli ad una valutazione clinica-anamnestica e terapia psicofarmacologica e supporto psicologico.

La maggior parte dei nostri destinatari sono stati soggetti di sesso maschile soli, con nuclei familiari a carico, o monoparentali. Il nostro obiettivo è stato quello di lavorare sulle loro vulnerabilità al fine di sostenerli nel loro percorso legale e sociale per ottenere i documenti attraverso una costante presa in carico e gestione di emergenze quando è stato necessario. Per raggiungere il nostro obiettivo abbiamo lavorato in maniera integrata tra tutte le nostre aree con beneficio per tutti i nostri utenti.

Il nostro campione è costituito dai 180 Richiedenti Protezione Internazionale afferenti al Centro A.M.I.C.I. dal mese dicembre 2012 fino a gennaio 2014. Di questi il 12% femmine di età compresa tra 0-18 aa; il 18% maschi tra 0-18 aa; il 54% maschi tra i 18-64 aa e il 16% donne tra i 18-64 aa. Inoltre, il 32% Iraniani; il 24% Siriani; il 18% Afghani e il 16% da altre svariate

nazioni. Infine, il 50% con patologia psichica con compromissione organica; il 40% con patologia prevalentemente psichica e il 10% con disturbo da simulazione. Ciascuno dei nostri destinatari con una specifica storia personale.

Discussioni e Conclusioni

Tra i nostri utenti solo una piccola percentuale non ha assunto terapia psicofarmacologica, tutti gli altri hanno effettuato trattamento farmacologico e psicoterapico con monitoraggio continuo delle loro condizioni e solo una minoranza non rispondeva ai criteri di vulnerabilità perché ha simulato patologie fisiche e/o psichiche.

La diagnosi principale è stata: Disturbo Post Traumatico da Stress con o senza correlazioni con Disturbi di Personalità (tratti borderline, dipendente, antisociale), Altri Disturbi di Ansia con o senza attacchi di Panico, Disturbo di Adattamento e Disturbi Somatoformi.

La sinergia tra il trattamento psicofarmacologico con quello psicoterapico ha portato a un miglioramento delle condizioni generali. Gli utenti, ciascuno con le proprie risorse, sono riusciti ad esprimere maggiormente la propria emotività, presentando una maggiore consapevolezza del proprio vissuto in relazione al proprio corpo, spesso marchiato dal trauma.

Abbiamo potuto assistere a una diminuzione dei tratti alessitimici, relativi alla depressione e all'ansia, di conseguenza, attraverso l'espressione e l'elaborazione del proprio vissuto traumatico, sono diminuite anche la quota di impulsività e di aggressività.

Ci sono stati, infatti, ragazzi per i quali è stato più difficile esternare le proprie emozioni, probabilmente ciò è riconducibile alla propria storia personale a contenuto fortemente traumatico. Tuttavia il lavoro condiviso psicoterapico e farmacologico ci hanno permesso di affermare che sono potuti affiorare alla coscienza e si sono potuti finalmente mentalizzare quegli aspetti fino ad allora difficilmente pensabili.

In alcuni ospiti abbiamo potuto assistere ad un crollo delle difese che si potrebbe tradurre in un aumento dei tratti depressivi, ansiosi, impulsivi, con difficoltà, nei momenti di crisi, a riuscire ad esprimere ciò che sentono. Frequenti sono stati i casi in cui si sono evidenziati fenomeni relativi alla rimozione, alla negazione e forme di dissociazione per difendersi dal trauma³⁰.

Alcuni presentavano tendenze ad auto-lesionarsi infliggendosi tagli, seppur in modo superficiale o attraverso l'abuso di farmaci, al momento non sono più presenti questi fenomeni ma sembrano aver trovato una dimensione esterna in cui esprimersi e una dimensione interna dove poter pensare e sostenere un intervento di tipo psicoterapico.

³⁰ Cf. BROMBERG, Philip. *Clinica del trauma e della dissociazione*.

In conclusione, considerata la loro storia, la diagnosi principale di PTSD, l'importanza che riveste il perseguire i documenti, possiamo affermare che tra i criteri di vulnerabilità non si intendono solo la possibilità di essere ferito/leso psicologicamente e/o fisicamente, ma anche e soprattutto il loro *status* legale, la loro storia personale profondamente frammentata, il loro stile di vita, le caratteristiche di personalità e la resilienza ossia la capacità di far fronte in maniera positiva agli eventi traumatici, di riorganizzare positivamente la propria vita dinanzi alle difficoltà.

E' stato importante lavorare sul senso di autonomia, sulla costruzione di un'identità personale e un ruolo sociale che poteva dare loro la possibilità di rimettersi in viaggio verso le mete desiderate, verso i loro affetti ma soprattutto verso se stessi.

L'identità è appartenenza e cambiamento e come cambiamento comporta anche la perdita di strutture precedenti e un lavoro di integrazioni di quelle parti frammentate dal trauma. Tuttavia il cambiamento può suscitare angoscia e paura per ciò che ancora non si conosce.

Maria Gabriella Sartori³¹, in una conferenza del 2011, ha sottolineato che ciò che differenzia la salute mentale dalla sofferenza o malattia mentale è la capacità di integrare le diverse identità parziali, le diverse appartenenze, accettando il cambiamento in una sintesi nuova, creativa, e trasformando le esperienze. Non ripetere ciò che si è subito, negare ciò che si è perso, ma continuare a sentirsi se stesso, pur nel succedersi dei cambiamenti, mantenendo una stabilità nelle diverse circostanze, trasformazioni e cambiamenti della vita, in una sintesi nuova, creativa. Un continuo rinnovarsi, in una continua trasformazione di se stesso nella realtà.

Bibliografia

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV-TR)*. Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali: Text Revision DSM-IV-TR. Milano: Masson, 2000.

_____. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5 edition*. Manuale Diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Quinta edizione. Raffaello Cortina Editore, 2013.

ANSELMINI, Nino; SAVOJA, Valeria. La simulazione della malattia mentale in ambito penitenziario. *Rivista di psichiatria*, v. 39, n. 3, 2004.

ARNETZ, Judith; ROFA, Yoasif; ARNETZ, Bengt; VENTIMIGLIA, Matthew; JAMIL, Hikmet. Resilience as a protective factor against the development of psychopathology among refugees. *J Nerv Ment Dis.*, v. 201, n. 3, 2013, p. 167-172.

BALLERINI, Arnaldo. *Caduto da una Stella*. Figure della identità nella psicos. Roma: Giovanni Fioriti Editore, 2005.

BESSEL Van Der Kolk. *Stress traumatico*. Gli effetti sulla mente, sul corpo e sulla società delle esperienze intollerabili. Roma: Edizione Magi, 2004.

³¹ Cf. SARTORI, Gabriella M. *Identità, appartenenza e cambiamento*.

- BROMBERG, Philip. *Clinica del trauma e della dissociazione*. Milano: Editore Raffaello Cortina, 2007.
- EINAUDI, Luca. *Le Politiche dell'immigrazione in Italia, dall'Unità ad Oggi*. Roma-Bari: Laterza, 2007.
- FORNARI, Ugo. *Trattato di psichiatria forense*. Torino: UTET, 1997, p. 128-138.
- FREUD, Sigmund. *Introduzione alla psicoanalisi (1915-1917)*. Torino: Bollati Boringhieri Editore, 1978.
- GABBARD, Glen O. *Psichiatria psicodinamica*. Milano: Cortina Raffaello, 2007.
- GUPTA, Madhulika A. Review of somatic symptoms in post-traumatic stress disorder. *Int Rev Psychiatry*, v. 25, n. 1, 2013, p. 86-99.
- HELZER, John; ROBINS Lee N.; MCEVOY, Larry. Post-traumatic stress disorder in the general population. Findings of the epidemiologic catchment area survey. *N. Engl. J Med*, v. 317, n. 26, 1987, p. 1630-1634.
- JANIRI, Luigi; CAROPPO, Emanuele; PINTO, Mario; POZZI, Gino (a cura di). *Impulsività e Compulsività: psicopatologia emergente*. Milano: FrancoAngeli Editore, 2006.
- JONES, Edgar; WESSELY, Simon. Psychological trauma: a historical perspective. *Psychiatry*, v. 5, 2006, p. 217-220.
- KERNBERG, Otto; CLARKIN John F.; YEOMANS, Frank E. *Psicoterapia della personalità borderline*. Milano: Cortina, 2000.
- KOHRN Brandon A.; RASMUSSEN, Andrew; KAISER, Bonnie N.; HAROZ Emily E.; MAHARJAN, Sujen M.; MUTAMBA, Byamah B.; de JONG Joop T.; HINTON, Devon. Cultural concepts of distress and psychiatric disorders: literature review and research recommendations for global mental health, epidemiology. *Int J Epidemiol*, v. 43, n. 2, 2014, p. 345-406.
- KOHUT, Heinz. *La ricerca del sé*. Torino: Bollati Boringhieri, 2004.
- KOYUNCU, Ahmet; ERTEKIN Erhan; BINBAY, Zerrin; OZYILDIRIM, Ilker; YÜKSEL, Çağrı; TÜKEL Raşit. The clinical impact of mood disorder comorbidity on social anxiety disorder. *Compr Psychiatry*, v. 55, n. 2, 2013, p. 363-369.
- KRYSTAL, Henry. *Affetto, Trauma, Alessitimia*. Roma: Magi edizione, 2007.
- MARSHALL-BERENZ, Erin C.; MORRISON, Jay A.; SCHUMACHER, Julie A.; COFFEY, Scott F. Affect intensity and lability: the role of posttraumatic stress disorder symptoms in borderline personality disorder. *Depress Anxiety*, v. 28, n. 5, 2011, p. 393-9.
- PLANA, India; LAVOIE, Marie A.; BATTAGLIA, Marco; ACHIM, Amélie M. A meta-analysis and scoping review of social cognition performance in social phobia, posttraumatic stress disorder and other anxiety disorders. *J Anxiety Disord.*, v. 28, n. 2, 2014, p. 169-177.
- RYTWINSKI, Nina K.; SCUR Michael D.; FEENY, Norah C.; YOUNGSTROM, Eric A. The co-occurrence of major depressive disorder among individuals with posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *J Trauma Stress*, v. 26, n. 3, 2013, p. 299-309.
- SARTORI, Gabriella M. *Identità, appartenenza e cambiamento*. 2011 (Conferenza).

- SCARAMELLA, Cristina. Il coraggio di sopravvivere. *DEP*, n. 4, 2006, p. 193-209.
- STANGHELLINI, Giovanni. *Antropologia e Vulnerabilità*. Milano: Feltrinelli, 1997.
- TIPPS, Megan E.; RAYBUCK, Jonathan D.; LATTAL, K. Matthew. Substance abuse, memory, and post-traumatic stress disorder. *Neurobiol Learn Mem*, v. 112, 2013, p. 87-100.
- WEISS, Nicole H.; TULL, Matthew T.; VIANA, Andres G.; ANESTIS, Michael D.; GRATZ, Kim L. Impulsive behaviors as an emotion regulation strategy: examining associations between PTSD, emotion dysregulation, and impulsive behaviors among substance dependent inpatients. *J Anxiety Disord.*, v. 26, n. 3, 2012, p. 453-458.
- WEISS, Nicole H.; TULL, Matthew T.; ANESTIS, Michael D.; GRATZ, Kim L. The relative and unique contributions of emotion dysregulation and impulsivity to posttraumatic stress disorder among substance dependent inpatients. *Drug Alcohol Depend.*, v. 128, n. 1-2, 2012, p. 45-51.
- XIONG, Kunlin; ZHANG, Ye; QIU, Mingguo; ZHANG, Jingna; SANG, Linqiong; WANG, Li; XIE, Bing; WANG, Jian; LI, Min. Negative emotion regulation in patients with posttraumatic stress disorder. *PLoS ONE*, v. 8, n. 12, 2013.

Abstract

Trauma and vulnerability in international protection migrant seekers

Introduction: The refugee international protection seekers show high vulnerability and Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). Objectives: We used an integrated multidisciplinary approach to assess their vulnerability and psychopathology. Methods: 180 refugees were assessed according to the criteria of the DSM-IV-TR. Results: in a high percentage of political refugees the primary diagnosis of PTSD was associated with personality disorders and/or other mental disorders. Conclusion: Political refugees have more difficulty managing their emotions, this is probably due to one's personal history steeped in traumatic experiences, however, through a work both psychotherapeutic and pharmacological, it was possible to improve their conditions.

Keywords: *refugees, vulnerability, trauma, migration, Post-Traumatic Stress Disorder.*

Articolo ricevuto il 26/09/2014.

Accettato per la pubblicazione il 11/11/2014.

Received for publication on September, 26th, 2014.

Accepted for publication on November, 11th, 2014.

ISSN impresso: 1980-8585

ISSN eletrônico: 2237-9843

<http://dx.doi.org/10.1590/1980-85852503880004307>