ResearchGate

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: https://www.researchgate.net/publication/272085230

I minori stranieri non accompagnati tra trauma e riparazione. Uno studio su disturbo post-traumatico da stress, ansia...

Article · January 2012

CITATIONS
0

READS
1,123

6 authors, including:

Alessandro Taurino
Università degli Studi di Bari Aldo Moro

20 PUBLICATIONS **58** CITATIONS

SEE PROFILE

Paola Bastianoni
University of Ferrara

3 PUBLICATIONS **3** CITATIONS

SEE PROFILE

All content following this page was uploaded by Alessandro Taurino on 10 February 2015.

The user has requested enhancement of the downloaded file.

infanzia e adolescenza
Vol. 11, n. 1, 2012

I minori stranieri non accompagnati tra trauma e riparazione. Uno studio su disturbo post-traumatico da stress, ansia, depressione e tendenze dissociative in giovani migranti residenti in comunità

The unaccompanied foreign minors between trauma and repair interventions. A study on post-traumatic stress disorder, anxiety, depression and dissociative tendencies in young migrants living in community health centers

ALESSANDRO TAURINO,[1] LEONARDA VALENTINA VERGATTI,[1] MARIA TERESA COLAVITTO,[2]
PAOLA BASTIANONI,[3] SILVIA GODELLI,[1] EMANUELE DEL CASTELLO[4]

[1]*Università degli Studi di Bari*
[2]*Psicologa, Psicoterapeuta, Bari*
[3]*Università degli Studi di Ferrara*
[4]*Centro di Salute Mentale di Capua, ASL di Caserta*

RIASSUNTO: **Obiettivo:** L'obiettivo del presente contributo è quello di descrivere i risultati di un'indagine volta ad esplorare la presenza di sintomi inquadrabili o associati al PTSD in un piccolo gruppo di minori stranieri non accompagnati inseriti in centri di pronta accoglienza e comunità residenziali per minori richiedenti asilo politico del territorio barese, focalizzando nel contempo l'attenzione sulla valenza terapeutica dei contesti di comunità relativamente alla configurazione sintomatica in oggetto. Nello specifico, lo studio effettuato ha inteso, in prima istanza, rilevare la presenza di sintomi riferibili a PTSD, Ansia, Depressione e tendenze Dissociative nel campione preso in esame, verificando la relazione, riscontrata in letteratura, tra la condizione di minore straniero non accompagnato e lo sviluppo del PTSD e/o di sintomi ad esso associati. Un secondo obiettivo ha inteso verificare eventuali differenze statisticamente significative relativamente alla presenza di sintomi inerenti o associati al PTSD in funzione del tempo di permanenza dei minori in comunità. **Metodologia e Risultati***:* La testistica proposta ha evidenziato la presenza di una diffusa sintomatologia caratterizzante il PTSD e i quadri depressivi ed ansiosi. Per quanto riguarda i sintomi riferibili al PTSD, l'analisi del Chi-Quadro mostra come tali sintomi si distribuiscano in maniera statisticamente significativa relativamente ai tempi di permanenza in comunità, al contrario dei sintomi depressivi, ansiosi e delle tendenze dissociative che non mostrano significatività nella distribuzione dei punteggi legati ai singoli tempi presi in considerazione. **Conclusioni***:* Lo studio evidenzia la rilevanza clinica di interventi svolti all'interno di contesti residenziali organizzati sul modello dell'ambiente terapeutico globale.

PAROLE CHIAVE: Minori stranieri non accompagnati, PTSD e sintomi correlati, Interventi di comunità.

ABSTRACT: **Background**: The unaccompanied foreign children migrate taking with them traumatic and extremely painful experiences. About the correlation between trauma and subjective psychological state, from a clinical perspective, studies found that the structuring of post-traumatic stress disorder (PTSD) or its associated symptoms (anxiety, depression and dissociative tendencies) is one of the dysfunctional outcomes related to the exposure to traumatic events. **Objective***:* This study aims to evaluate the presence of PTSD or symptoms associated with it (anxiety, depression and dissociative tendencies) within a group of unaccompanied minors living in emergency reception centers and residential communities for minors seeking asylum in Bari. The second aim is to verify the presence of statistically significant differences concerning the presence of symptoms related to or associated with PTSD as a function of the residence time in the community, focusing on the therapeutic value of community settings with respect to the symptomatology referred above. **Methodology and Results:** The data show the presence of symptoms related to PTSD, and the Chi-Square analysis underlines how these are distributed in a statistically significant manner in relation to the time spent in the community. The presence of depressive symptoms changes in relation to the time spent

in the community but its distribution is not significant. Finally, there are no change in data about anxiety and dissociative tendencies in the three times considered. **Conclusions***:* The results of the study show the presence of symptoms related to PTSD, anxiety, depression and dissociation in the research sample. These data underline the potentially stressful effect and the psychopathological risk of child migration, confirming the literature about the correlation between the status of unaccompanied foreign children, the traumatic experiences and the development of symptoms related to PTSD. Furthermore, in the sample, the specific symptomatology emerges in those children who live in communities from more than six months but less than a year, and it declines in minors who stay in residential contexts from more than one year. In conclusion, these data underscore the functional role of prolonged educational interventions acted in communities with respect to the specific symptoms examined. In this way, the permanence in communities organized on the model of the global therapeutic environment has therapeutic effects on pathological experiences of the persons involved.

KEY WORDS: The unaccompanied foreign minors, Post-traumatic stress disorder and correlated symptoms, Community care interventions.

Introduzione

I minori stranieri non accompagnati: dati e legislazione

Secondo l'indicazione contenuta nella norma regolamentare del Comitato per i Minori Stranieri (DPCM 535/99, art.9), per minore straniero non accompagnato (MSNA) si intende "un soggetto minorenne privo di cittadinanza italiana o di altri stati dell'Unione Europea, il quale non avendo provveduto ad una richiesta di asilo politico, è presente per qualsiasi circostanza sul territorio dello Stato, in assenza di soggetti terzi quali genitori o adulti che detengano per conto suo responsabilità legale, assistenza e rappresentanza". Si tratta, pertanto, di minori stranieri che, senza l'accompagnamento di figure genitoriali o di altri adulti significativi, si separano, per necessità o per costrizione, dal contesto in cui sono nati ed arrivano in Europa affrontando viaggi clandestini, traumatici e colmi di insidie, alla ricerca di una nuova vita, non sempre corrispondente a quella immaginata o rappresentata alla partenza.

Il fenomeno dei minori stranieri non accompagnati è divenuto negli ultimi dieci anni sempre più consistente dal punto di vista numerico, generando notevoli preoccupazioni non solo per il peso che ha determinato sui sistemi di accoglienza locali, ma anche per la necessità di strutturare interventi atti a determinare l'effettiva tutela dei loro diritti di minori; minori, spesso in condizione di forte vulnerabilità, accentuata sia dall'assenza di adulti di riferimento, sia dall'esposizione a molteplici rischi inerenti tanto la salute e l'integrità psicofisica, quanto le reali opportunità di sviluppo ed educazione, il possibile coinvolgimento in situazioni di sfruttamento in attività delinquenziali, di assoggettamento da parte di organizzazioni criminali, etc. (Save The Children, 2010a).

Dal punto di vista dei dati numerici, l'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati, nel secondo rapporto statistico annuale "Global Trends" (UNHCR, 2009), indica che, alla fine del 2008, in tutto il mondo, sono circa 42 milioni le persone costrette a lasciare la propria terra (*forcibly displaced people*). Il secondo rapporto dell'*European Migration Network* (Pittau, Ricci e Ildiko Timsa, 2009) rileva che, al 30 settembre 2009, sono 6.587 i minori stranieri non accompagnati in Italia, anche se in realtà il numero risulta di gran lunga maggiore dal momento che, come evidenziato dal Secondo Rapporto Annuale di *Save The Children* (2010b), la situazione di tali minori si caratterizza soprattutto per la loro "invisibilità". In 14 regioni italiane su 20, i minori non identificati rappresentano la maggioranza dell'universo (circa il 77%). Dall'analisi dei dati disponibili, i bambini e gli adolescenti stranieri provengono da 77 Paesi diversi, in prevalenza africani, principalmente dal Marocco, dall'Egitto, dall'Albania, dall'Afghanistan e dalla Palestina e 5.091 sono privi di un documento di riconoscimento e dunque non identificati. Risulta un aumento del flusso dei minori provenienti dall'Afghanistan, fuggiti dalla guerra, e dei minori egiziani, mentre c'è una diminuzione dei minori marocchini, albanesi e palestinesi.

Secondo il *Terzo Rapporto ANCI* sui Minori Stranieri Non Accompagnati (Giovannetti, 2009), nel 2008, ultimo anno preso in riferimento, la maggior parte dei minori stranieri non accompagnati presi in carico dai servizi sociali nel nostro Paese è di genere maschile e prossima alla maggiore età: circa il 74,6% ha un'età compresa tra i 16 e i 17 anni, il 21,8% tra gli 11 ed i

15 anni, mentre solo il 2,2% ha meno di 10 anni. Nel corso del 2009, i minori accolti nelle strutture di prima/pronta accoglienza sono prevalentemente di genere maschile (pari all'87,1% del totale), confermando la distribuzione per genere dei minori contattati complessivamente, anche se i valori relativi evidenziano una maggiore incidenza femminile tra i minori accolti (12,8% contro il 10,2% tra i contattati/presi in carico).

Dal punto di vista legislativo, i minori stranieri, anche se entrati irregolarmente in Italia, sono titolari di tutti i diritti sanciti dalla *Convenzione di New York sui Diritti del Fanciullo* del 1989, ratificata in Italia e resa esecutiva con legge n. 176/91. La Convenzione- che riconosce a tutti i bambini il diritto alla protezione, alla salute, all'istruzione, all'unità familiare, alla tutela dallo sfruttamento, alla partecipazione sociale- stabilisce che in tutte le decisioni riguardanti i minori deve essere tenuto in massimo conto, come considerazione preminente, il "superiore interesse del minore" e che i principi da essa sanciti devono essere applicati a tutti i minori senza discriminazioni (principio di "non discriminazione"). Ai minori migranti si applicano perciò le norme previste in generale dalla legge italiana in materia di assistenza e protezione dei minori; ne consegue che ad essi, anche se clandestini o irregolari, devono essere garantite cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o essenziali, quelle per malattia ed infortunio, i programmi di medicina preventiva (comprese le vaccinazioni), la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive. Una volta ottenuto il permesso di soggiorno, tali minori possono essere iscritti al servizio sanitario nazionale e ottenere la tessera sanitaria. Relativamente ai diritti inerenti l'istruzione, i minori stranieri presenti sul territorio, sono soggetti all'obbligo scolastico, e ad essi si applicano tutte le disposizioni vigenti in materia di accesso ai servizi educativi, di partecipazione alla vita della comunità scolastica. Più nello specifico, in Italia, i diritti sull'immigrazione sono regolamentati dalla legge del 30 Luglio 2002, n.189, modifica del Testo Unico del D. Lgs. 25 luglio 1998, n. 286, comunemente nota come legge "Bossi-Fini" e pienamente attuata nell'aprile del 2005 (D.P.R. 303/2004). Secondo tale legge- la quale ha influito notevolmente sulla materia dell'asilo, anche attraverso la decentralizzazione delle procedure determinata dall'istituzione di Commissioni Territoriali che hanno il compito di esaminare le istanze di riconoscimento della protezione internazionale- "i minori non accompagnati da nessun parente che sono ammessi per almeno tre anni a un progetto di integrazione sociale e civile di un ente pubblico o privato avranno il permesso di soggiorno al compimento dei diciotto anni. Una volta maggiorenne sarà l'ente gestore del progetto a dover garantire e provare che il ragazzo si trovava in Italia da non meno di quattro anni, che aveva seguito il progetto di integrazione da non meno di tre, che ha una casa e che frequenta corsi di studio oppure lavora o, ancora, che è in possesso di un contratto di lavoro anche se non ha ancora iniziato l'attività. I permessi di soggiorno rilasciati a minori ed ex-minori dovranno essere sottratti alle quote d'ingresso definite annualmente". Il Consiglio di Stato, tuttavia, su richiesta del Ministero, ha ritenuto che la norma debba essere interpretata nel senso che i requisiti previsti dalla legge "Bossi-Fini" non sono esclusivi, ma alternativi a quelli preesistenti. La legge "Turco-Napolitano" (Legge 6 marzo 1998, n. 40, art. 30), precedente la Bossi-Fini prevedeva, infatti, per quanto concerne i minori, che al compimento della maggiore età, può essere rilasciato un permesso di soggiorno per motivi di studio, di accesso al lavoro, di lavoro subordinato o autonomo, per esigenze sanitarie o di cura. Come indicato dalla documentazione prodotta all'Alto Commissariato Delle Nazioni Unite Per i Rifugiati, tra il 2005 e il 2008, con il recepimento della normativa europea in materia di asilo, prende forma in Italia la più importante riforma legislativa sull'asilo. Nel 2005 viene recepita la direttiva comunitaria 2003/9 recante le norme minime relative all'accoglienza dei richiedenti asilo negli Stati membri. Il decreto legislativo di attuazione della direttiva (D.lgs. 140/2005) stabilisce le norme sull'accoglienza degli stranieri richiedenti il riconoscimento dello status di rifugiato nel territorio nazionale, in linea con gli standard europei e con il diritto internazionale dei rifugiati. Successive a questa, vi sono altre due direttive che modificano in maniera sostanziale le normative sull'asilo: a) la 2004/83 (recepita nel nostro ordinamento con il D. lgs 251/2007): stabilisce i criteri che gli stati membri dell'Unione devono utilizzare per decidere se un richiedente asilo ha diritto alla protezione internazionale e quale forma di protezione debba ricevere, se lo status di rifugiato o una forma di protezione sussidiaria; b) la 2005/85 (attuata con il D.lgs. 25/08): introduce le norme minime per le procedure applicate negli Stati membri ai fini del riconoscimento e della revoca dello status di rifugiato.

Il recente "Pacchetto Sicurezza" (L. 94 dell'8 Agosto 2009) ha modificato profondamente i presupposti e le garanzie umanitarie di accoglienza nel nostro territorio di una buona parte dei minori stranieri non accom-

pagnati. Esso comprende una serie di provvedimenti normativi presentati in sede di Consiglio dei Ministri nel maggio 2008 e successivamente approvati (Il pacchetto Sicurezza è composto dai seguenti decreti : a) Decreto Legislativo n. 32 del 28 febbraio 2008,"Modifiche e integrazioni al decreto legislativo 6 febbraio 2007, n. 30, recante attuazione della direttiva 2004/38/CE relativa al diritto dei cittadini dell'Unione e loro familiari di circolare e di soggiornare liberamente nel territorio degli Stati membri" ; b) Decreto Legge n. 92 del 23 maggio 2008 recante misure urgenti in materia di sicurezza pubblica convertio in Legge n. 125 del 24 luglio 2008; c) Decreto Legislativo n. 159 del 3 ottobre 2008,"Modifiche ed integrazioni al decreto legislativo 28 gennaio 2008, n. 25, recante attuazione della direttiva 2005/85/CE relati va alle norme minime per le procedure applicate negli Stati membri ai fini del riconoscimento e della revoca dello status di rifugiato" ; d) Decreto Legislativo n. 160 del 3 ottobre 2008,"Modifiche ed integrazioni al decreto legislativo 8 gennaio 2007, n. 5, recante attuazione della direttiva 2003/86/CE relativa al diritto di ricongiungimento familiare Legge n. 94 del 8 agosto 2009recante Disposizioni in materia di sicurezza pubblica).

Integrando e modificando in parte quanto presente nella Bossi-Fini, il Pacchetto afferma che, per poter convertire il permesso di soggiorno ad un minore straniero che diventa maggiorenne, occorre che egli sia ufficialmente sul territorio nazionale da almeno tre anni. Ciò comporta che tutti coloro che sono entrati nel nostro territorio ed hanno già compiuto 15 anni non potranno che godere di una "protezione" fino al diciottesimo anno per poi divenire da un giorno all'altro colpevoli del reato di "clandestinità". L'art. 1 comma 22 della Legge 94 dell'8 agosto 2009 afferma che, al raggiungimento della maggiore età, il permesso di soggiorno può essere convertito in un permesso per motivi di studio, attesa occupazione o lavoro solo per quei minori sottoposti a tutela che siano stati ammessi, per un periodo non inferiore a due anni, in un progetto di integrazione sociale e che siano nel nostro territorio da almeno tre anni. Tenendo in considerazione che la gran parte (circa l'85%) di minori migranti approda sul nostro territorio dopo il compimento del 15° anno d'età, ciò è sufficiente per rendere conto di quali saranno le conseguenze possibili dell'applicazione della legge: aumento della clandestinità, incremento della manodopera "a basso costo" nel mercato del lavoro nero, aumento eventuale della criminalità organizzata e non, etc. Organizzazioni nazionali (*Save the Children Italia*) e internazionali hanno messo in evidenza, anche attraverso audizioni in sede parlamentare, i potenziali rischi di violazione dei diritti dei minori conseguenti all'entrata in vigore di questa Legge.

Aspetti psicologici a medio e a lungo termine correlati alla condizione di minore straniero non accompagnato

Allo stato attuale, anche se la metà dei rifugiati nel mondo sono bambini ed adolescenti (United Nations High Commissioner for Refugees, 2006), tuttavia è possibile rilevare che la letteratura sulla salute mentale dei minori rifugiati e richiedenti asilo è più scarna rispetto a quella relativa agli adulti. Come già affermato, i minori rifugiati migrano portandosi dietro storie di vissuti traumatici estremamente dolorosi (Fazel, Wheeler e Danesh, 2005; Lustig, Kia-Keating, Knight, Geltman, Ellis, Kinzie, Keane e Saxe, 2004; Sinnerbrink, Silove, Field, Steel e Manicavasagar, 1997; Steel, Silove, Brooks, Momartin, Alzuhairi e Susljik, 2006). Da questo punto di vista, è possibile rilevare che l'esistenza di tali minori è costellata da situazioni che ineriscono traumi pre-migratori, migratori e post-migratori (Caldarozzi, 2010). I *traumi pre-migratori* implicano il rimando a situazioni di violenza estesa nel territorio di provenienza o esercitata su gruppi, nuclei o singoli individui insieme a condizioni di notevole riduzione delle speranze di vita (violenza correlata con la guerra, disastri ambientali, carestie, epidemie, persecuzioni, violenze fisiche ed abusi sessuali, deprivazioni e costrizioni, morte violenta di un genitore, perdita di affetti, umiliazioni, torture subite). I *traumi migratori* sono riferibili alle situazioni di esposizione continua a pericoli e traumi (partenze forzate e improvvise, permanenze prolungate in campi profughi, viaggi drammatici, malnutrizione, malattie, aggressioni, morte di compagni di viaggio, sfruttamento e violenze sessuali, detenzione nei paesi di transito, respingimenti). I *traumi post-migratori* ineriscono, infine, le situazioni di impatto con politiche di deterrenza, i fattori di rischio per la salute mentale e la negazione di diritti (respingimenti, rimpatri forzati, rischio detenzione, perdita di libertà, cambiamento di abitudini e stili di vita, shock culturale, disoccupazione, lavoro precario e senza contratto, alloggi di fortuna, povertà, discriminazione e marginalizzazione, barriere all'accessibilità sia alle informazioni e ai diritti sia alla fruibilità dei servizi sanitari, disuguaglianza nelle prestazioni, etc). Considerato tale quadro, non è difficile comprendere che i bambini e gli adolescenti sono particolarmente vul-

nerabili a esperienze di questo tipo, in virtù dell'immaturità del loro sviluppo cognitivo ed emotivo, così come della inevitabile difficoltà ad attivare notevoli e complesse strategie coping (Almqvist e Broberg, 1999). In termini generali, le ricerche che si sono occupate di indagare approfonditamente la correlazione tra trauma e condizione psicologica soggettiva, hanno rilevato, dal punto di vista clinico, che uno degli esiti disfunzionali dell'esposizione ad eventi traumatici, è proprio la strutturazione del disturbo post-traumatico da stress (PTSD) o di sintomi ad esso associati, come il disagio fisico, l'ansia, la depressione, il ritiro sociale, i comportamenti esternalizzanti, i disturbi del sonno, etc (Bronstein e Montgomery, 2011; Daud, Af Klinteberg e Rydelius, 2008; Farbstein, Mansbach-Kleinfeld, Levinson; Goodman, Levav, Vograft, Kanaaneh, Ponizovsky, Brent e Apter, 2010; Hodes, Jagdev, Chandra e Cunniff, 2008; Montgomery, 2011; Pat-Horenczyk, Abramovitz, Peled, Brom, Dale e Chemtob, 2007; Robjant, Hassan, Katona, 2009). In quanto soggetti esposti a situazioni di maltrattamento, trascuratezza e abuso, è possibile ipotizzare, secondo quanto affermato dalla Crittenden (1985), che tali esperienze sfavorevoli infantili possano portare a conseguenze sia a breve termine (quali ritardo nello sviluppo intellettivo; problemi nello sviluppo socio-emotivo, aggressività, passività, deficit di autostima, etc), sia a lungo termine (esiti negativi di devianza e psicopatologia) (Brewin, Andrews e Valentine 2000; Dickie, Brunet, Akerib e Armony, 2008; Dybdahl, 2001; Ehntholt e Yule, 2006; Feeny, Treadwell, Foa e March, 2004; Gudiño, Nadeem, Kataoka e Lau, 2011; Howe, Cicchetti, Toth e Cerrito, 2004; Kroll, Ismail e Fujiwara, 2010; Maughan e Cicchetti, 2002; Peltonen e Punamäki, 2010; Punamäki, Qouta, Montgomery e El Sarraj, 2007; Saigh, Yasik, Oberfield, Halamandaris e Bremner, 2006). Numerosi studi hanno dimostrato che i sintomi conseguenti al trauma sono abbastanza comuni e diffusi nei minori rifugiati (Howard e Hodes, 2000). Huemer e colleghi (Huemer, Karnik, Voel-Kernstock, Granditisch, Plattner, Friedrich e Steiner, 2011) evidenziano come il 56% dei minori africani rifugiati in Austria presentino una patologia mentale, con specifico riferimento alla sfera dei disturbi d'ansia (PTSD), dell'umore (distimia) e dell'adattamento. Più specificamente, quindi, i minori rifugiati presentano elevati punteggi di ansia e depressione (Elbedour, Onwuegbuzie, Ghannam, Whitcome e Hein, 2007; Heidi, MacDonald, Lincoln e Cabral, 2008; Heptinstall, Sethna e Taylor, 2004; Jaycox, Stein, Kataoka, Wong, Fink, Escudero e Zaragoza, 2002; Khamis, 2005; Kashani, Carlson, Beck, Hoeper, Corcoran, McAllister, Fallahi, Rosenberg e Reid, 1987; Papageorgiou, Frangou-Gurunovic, Ioradanidour, Yule, Smith e Vostanis, 2000; Peltonen e Punamäki, 2010; Thabet, Abdel e Vostanis, 2004). Nel dettaglio, nella *review* condotta da Bronstein e Mongomery (2011), si nota come, nel campione considerato, la prevalenza di PTSD e depressione oscilli dal 19 al 54% per la prima, e dal 3 al 10% per la seconda. Molto spesso, si evidenzia un'elevata cooccorrenza di depressione e PTSD (Bleich, Koslowsky, Dolev e Lerer, 1997; Heidi et al., 2008; Mghir, Freed, Raskin e Katon, 1995; Mollica, McInnes, Poole, e Tor, 1998; Pfefferbaum, 1997; Shalev, Freedman, Peri, Brandes, Sahar, Orr e Pitman, 1998; Thabet et al., 2004; Weine, Becker, McGlashan, Laub, Lazrovc, Vojvoda e Hyman, 1995) che può essere spiegata facendo riferimento sia alla similiarità nei sintomi, sia alla causalità comune o sequenziale, nella quale la depressione si presenta secondariamente al PTSD che si prolunga nel tempo (Thabet et al., 2004). Kessler e colleghi (1995) hanno notato come il 78,4% dei soggetti con comorbidità tra depressione maggiore e PTSD riportavano che la manifestazione del disturbo affettivo avveniva a seguito di quella del PTSD (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes e Nelson, 1995). Cercando di differenziare le due patologie, Sack e colleghi (1996), successivamente confermati da Heptinstall e colleghi (Heptinstall et al., 2004), hanno evidenziato che la depressione poteva essere collegata a stress recenti, mentre il PTSD era collegato a precedenti esposizioni traumatiche.

Sebbene non siano numerosi gli studi longitudinali che confermino in modo inequivocabile l'ipotesi che l'esposizione infantile a traumi abbia delle conseguenze anche in età adulta rispetto ai soggetti coinvolti, le ricerche di Sack, Him e Dickason (1999) hanno dimostrato che mentre la severità dei sintomi può diminuire, essi comunque continuano a persistere in più di un terzo dei giovani rifugiati coinvolti nelle indagini effettuate. Anche Savin e colleghi (Savin, Sack, Clarke, Meas e Richard, 1996) hanno verificato, in una serie di studi sui rifugiati cambogiani, come il PTSD persista nel tempo, benchè l'intensità dei sintomi diminuisca in assenza di ulteriori stressor. Sulla stessa scia, Smid e colleghi (Smid, Lensvelt-Mulders, Knipscheer, Gersons e Kleber, 2011) hanno sostenuto come sintomi ansiosi e depressivi possano essere considerati predittori di un esordio tardivo del PTSD (nella ricerca si fa riferimento al tempo 2, cioè due anni dopo la prima rilevazione) nei minori stranieri rifugiati. Thabet e Vostanis (2000) hanno inoltre verificato che nei bam-

bini permangono, nel corso degli anni, problemi emozionali e comportamentali.

Alcuni modelli per la spiegazione del trauma prendono in considerazione la psicopatologia dello sviluppo, secondo la quale il funzionamento del bambino è rappresentato lungo un continuum che si costruisce dalle e sulle esperienze passate/precoci, le quali gettano le basi per la crescita futura (Cicchetti e Rogosch, 2002). Secondo tale prospettiva, la presenza di traumi, unita ad una migrazione dolorosa e non programmata, può essere considerata un fattore di rischio significativo per lo sviluppo individuale. Integrando tale prospettiva, Pynoos e colleghi (Pynoos, Steinberg e Piacentini, 1999) hanno creato un modello per la spiegazione dei traumi nei minori migranti che evidenzia l'importanza di considerare non solo il bambino, ma anche l'ambiente nel quale egli agisce ed interagisce (Belsky, 1980; Bronfenbrenner, 1979). È l'interazione tra il minore e il suo nuovo ambiente al quale si deve adattare che scatena i sintomi postumi al trauma (trauma post-migratorio). Considerando tale prospettiva, ciò che può facilitare un sereno ambientarsi del minore straniero non accompagnato all'interno del nuovo contesto è la disponibilità di relazioni sociali positive, supportive e alcune volte esclusive, garantite all'interno di una struttura che provveda, nel contempo, a dare una sicurezza relativa alla possibilità di pianificare e creare un nuovo futuro, assicurando un miglioramento dello sviluppo psicologico stesso (Steel, Silove, Phan e Bauman, 2002). Da questo punto di vista, pertanto, le comunità che accolgono i minori possono essere considerate come dei fondamentali contesti protettivi in grado di invertire traiettorie disfunzionali legate ad esperienze sfavorevoli o traumatiche.

I minori stranieri in comunità: l'ambiente terapeutico globale

L'inserimento in contesti di comunità di tipo residenziale si configura come un provvedimento imprescindibile nell'ambito degli interventi clinici e psicosociali in grado di strutturare fattori di protezione tesi a contrastare i fattori di rischio legati alla storia di vita dei minori stranieri non accompagnati. I minori stranieri non accompagnati dovrebbero, infatti, ricevere adeguato collocamento immediatamente dopo il loro ingresso sul territorio e la stessa normativa italiana prevede che tali minori non possano essere trattenuti presso centri per migranti (Centri di accoglienza, Centri di Accoglienza per i Richiedenti Asilo, Centri di Identificazione ed Espulsione), ma debbano essere collocati in un luogo sicuro, ossia nelle comunità di accoglienza per minori presenti sul territorio (Save The Children, 2010a). È utile tuttavia ribadire che, quando si parla di comunità, il rimando non deve essere ad un ambito categoriale neutro/generico, privo di connotazioni teorico-metodologiche strettamente connesse alle conseguenti prassi educativo-terapeutiche. Nel nostro approccio, infatti, il modello al quale ci si riferisce è proprio una concezione di comunità come *ambiente terapeutico globale* (Bettelheim, 1967; Bastianoni e Taurino, 2009; Emiliani e Bastianoni, 1993; Redl e Wineman, 1974; Winnicott, 1965). Esplicitando gli elementi concettuali insiti in tale orientamento, è possibile rilevare che l'idea di "ambiente terapeutico globale" chiarisce che in una comunità ciò che svolge funzione terapeutica è la vita quotidiana, da intendersi come luogo strutturato nella sua globalità per la realizzazione dell'intervento riparativo: tutti i momenti della giornata hanno valenza terapeutica, laddove siano presenti situazioni interattive gestite da educatori/professionisti della cura che devono accedere alla dimensione della significatività relazionale per il minore in comunità. Solo in questo modo, la quotidianità può assumere azione strutturante, essendo in grado di supportare, nel minore stesso, processi di costruzione della conoscenza di sé, della propria identità, della realtà circostante, del mondo relazionale. Il quotidiano è il mondo delle abitudini, del familiare, della continua negoziazione di significati, obiettivi e relazioni. Il quotidiano è e deve essere costruito come rassicurante, prevedibile ed impostato su routine regolatorie che creano equilibri riconoscibili e rappresentabili a livello mentale (Bastianoni, 2000).

Nei classici lavori in cui si trova utilizzata la nozione di ambiente terapeutico globale, il quadro concettuale è fornito dalla psicoanalisi, ma è interessante rilevare, facendo riferimento a quegli autori che hanno introdotto in Italia l'operazionalizzazione di tale costrutto attraverso la progettazione di contesti di comunità rispondenti a tale modello, che risulta ancora più idoneo ed incisivo assumere come cornice interpretativa la teoria interattivo-costruzionista dello sviluppo (Emiliani e Bastianoni, 1993). Tale teoria pone al suo centro la nozione di *scaffolding*, da intendersi come l'azione strutturante e supportiva degli adulti, che mettono i minori nelle condizioni di svolgere compiti, superare difficoltà, acquisire conoscenze e competenze, rielaborare vissuti traumatici (Bastianoni, 2000), e ridefinire modelli operativi interni di sé, dell'altro e delle relazioni (Bowlby, 1969, 1973, 1980).

Sulla base di tali presupposti è possibile pertanto osservare che ogni intervento di comunità deve avere come obiettivo quello di utilizzare la quotidianità relazionalmente connotata come contesto d'azione clinico-terapeutica, volta a determinare una perturbazione, un cambiamento nelle aspettative e nella realtà vissuta dal minore ospite (Zullo, Bastianoni e Taurino, 2008). "Perturbare", in questo caso, significa disconfermare una percezione negativa di sé, ingabbiata entro ruoli e codici stereotipati, avvertiti come immutabili, creando le condizioni per un approccio al proprio sé e alla relazione, che sia capace di spezzare antichi cliché, attraverso la trasmissione di aspettative positive che favoriscano l'attivazione di processi di *resilience* (Cicchetti, Rogosh, Lynch e Holt, 1993) e un ritorno di fiducia e di affidamento all'altro (Bastianoni e Taurino, 2007). I processi che agiscono in chiave "perturbativa" e, in questo senso, "protettiva" rispetto al rischio psicosociale in cui i minori stranieri non accompagnati sono incorsi e possono continuare ad incorrere, consentono di identificare quei criteri che permettono di valutare la funzione svolta dalla comunità nella promozione del cambiamento dei giovani utenti. Su questo piano del discorso, la comunità agisce protezione quando è in grado di ridurre l'impatto del fattore rischio tramite la riduzione del tempo di esposizione dei minori stranieri a situazioni che implicano stress e disagio emotivo (Rutter, 1990), limitando nel contempo la catena di reazioni negative legate al trauma. Dalle narrazioni di molti dei giovani migranti incontrati in comunità si colgono, come è stato già evidenziato, storie di abbandoni ripetuti e perpetuati da diverse figure di riferimento, maltrattamenti, sfruttamenti, viaggi verso luoghi sconosciuti e permanenze in posti disastrati e con persone ambigue; storie il cui denominatore comune è il mancato riconoscimento della condizione stessa dell'essere minori e, come tale, bisognosi di cure e di protezione da parte del mondo degli adulti (Bastianoni, Zullo, Fratini e Taurino, 2010). Su tali vissuti la comunità può svolgere funzione terapeutica se interrompe il circuito del trauma, favorendo nei giovani migranti l'instaurarsi di un sentimento positivo relativo alla stima di sé e all'efficacia personale (Winnie e Trang, 2008). Il cambiamento nell'immagine di sé, nella percezione della propria efficacia e competenza, risultato di una co-costruzione di storie affettivamente ricche e solide, richiede alla comunità di farsi garante della stabilità relazionale dell'ambiente, affinché la relazione educativo-terapeutica si caratterizzi come *base sicura* (Ainsworth, Blehar, Waters, e Wall, 1978; Bowlby, 1988) in grado di promuovere in ogni ragazzo una personale capacità progettuale, incrementando la sua sicurezza nel futuro e rendendo manifesti i successi da lui ottenuti con l'approvazione e l'accoglienza; e, infine, rendendo auspicabili nuovi e più complessi obiettivi di vita (Barbanotti e Iacobino, 1999). Tutto ciò diviene possibile soltanto laddove vengano fornite ai minori stranieri opportunità di integrazione sociale e culturale, in grado di attivare nuovi canali di espressione personale, capaci di elicitare vissuti emozionali differenti e variegati in termini di scoperta delle multiformi dimensioni del sé, non più ristrette nell'angusto campo dei vissuti legati al trauma, al rischio e alla deprivazione.

La comunità assume una reale rilevanza trasformativa solo se non collude con i modelli disfunzionali interiorizzati dai minori ospiti. La loro precoce necessità di sopravvivere a tante prove si rivela nell'espressione di un'ostentata autonomia e nella loro insofferenza alle regole e al mondo degli adulti, con i quali risulta difficile instaurare legami di fiducia. La violazione degli altri e delle regole è, infatti, la risposta frequente ai tentativi di vicinanza messi in atto dalle persone che si prendono cura di loro, con una volontà distruttiva, frutto di atteggiamenti interiorizzati che organizzano schemi di comportamento difensivi. D'altra parte, la mutevolezza delle figure di attaccamento alternatesi negli anni, l'assenza di adulti di riferimento o la loro inconsistenza rappresentano i modelli prevalenti di questi ragazzi, per i quali è molto difficile ridefinire nuove immagini di figure significative, ma anche di amici o di pari dei quali avere fiducia. L'intimità e la fiducia sono due aspetti delle relazioni piuttosto sconosciuti e difficilmente accordabili in tali percorsi esistenziali, anche all'interno di incontri con persone attente, sensibili ed adeguate; quasi che la modulazione di distanze e vicinanze costituisse un compito troppo complesso da gestire. L'alternativa è la distanza protettiva affermata a tutti i costi grazie alla quale, probabilmente, alcuni di loro sono ancora vivi o sopravvissuti alle catastrofi che hanno attraversato. Di conseguenza, è difficile apprendere a riconoscere le persone a cui fare affidamento, sulla base di una esperienza in cui ognuno e ogni luogo nasconde o può nascondere un pericolo ed in cui tutto può cambiare imprevedibilmente e senza una ragione. Un'ulteriore difficoltà riguarda, infine, la capacità di pensarsi e di pensare il futuro di questi giovani cresciuti in un mondo di espedienti basati sul *qui ed ora*, sull'immediato bisogno di "arrivare fino al giorno dopo" senza morire, soffrire, essere presi dalla polizia o da altri più pericolosi ancora. Per molti di loro il futuro coincide

con il domani, senza possibilità di pensare e di guardare lontano, ma con una necessaria attenzione ai pochi vantaggi fruibili nel momento attuale. Il senso del tempo e dei tempi (quelli per crescere) è un concetto distorto dall'esperienza di momenti affannosi e senza pensiero; anche perché per un minore è difficile pensare su se stesso e sul proprio tempo di vita, se non c'è qualcuno (adulto significativo) che pensi per lui (Fonagy e Target, 2001), che prepari per lui un'immagine di adolescente e di uomo con la quale potersi confrontare, scontrare e adattare. In altre parole, i processi di protezione richiamano alla possibilità che i minori possano interiorizzare la sicurezza, attivare rilevanti processi di mentalizzazione (Allen e Fonagy, 2006; Fonagy, Steele, Moran, Steele e Higgitt, 1991), attraverso cui tracciare nuove traiettorie esistenziali che, pur partendo da percorsi di vita faticosi, dolorosi e traumatici, si aprano sempre e comunque ad un'auspicabile ed attuabile capacità di ridefinizione.

La ricerca

Obiettivi

Sulla base del riferimento al costrutto di comunità come ambiente terapeutico globale e considerando la prevalenza, evidenziata in letteratura, del Disturbo Post-traumatico da Stress (PTSD) e dei sintomi ad esso correlati in minori stranieri non accompagnati, è stato condotto uno studio correlazionale volto ad esplorare la presenza di sintomi inquadrabili o associati al PTSD o al Disturbo Acuto da Stress (DAS) in un piccolo gruppo di minori stranieri non accompagnati inseriti in centri di pronta accoglienza e comunità residenziali per minori richiedenti asilo politico del territorio barese, focalizzando nel contempo l'attenzione sulla valenza terapeutica dei contesti di comunità relativamente alla configurazione sintomatica in oggetto. La necessità di fare un riferimento specifico alle due sindromi (PTSD e DAS) nasce dalla considerazione che il DSM-IV (APA, 1995), all'interno dei disturbi d'Ansia (Asse I), definisce il Disturbo Acuto da Stress come largamente simile al Disturbo Post-traumatico da Stress; l'unico fattore discriminante è il criterio temporale, dal momento che nel DAS i sintomi si manifestano entro 4 settimane dall'evento traumatico e durano da 2 giorni a 4 settimane. Una persistenza dei sintomi per un periodo successivo alle 4 settimane, consente invece di formulare una diagnosi di PTSD. Nello specifico, lo studio effettuato ha, pertanto, inteso rilevare:

- la presenza di sintomi riferibili al PTSD, DAS, ansia, depressione e tendenze dissociative in minori stranieri non accompagnati inseriti in comunità, verificando la correlazione esistente tra la condizione di minore straniero non accompagnato e lo sviluppo del PTSD o del DAS e/o di sintomi ad esso associati;
- la rilevazione di eventuali differenze statisticamente significative relativamente alla presenza di sintomi inerenti o associati al PTSD e/o al DAS in funzione del tempo di permanenza dei minori in comunità. Questo secondo obiettivo ha inteso verificare se e in che modo la durata dell'inserimento dei minori in comunità possa incidere sui quadri sintomatologici indagati.

Campione

Il campione è costituito da 34 adolescenti, di sesso maschile inseriti in comunità di pronta accoglienza di tipo residenziale e afferenti ad una Cooperativa Sociale del territorio barese. L'età media dei partecipanti è di 18,06 anni (*d.s.*= 0,60) e rispetto al paese d'origine (Grafico n. 1) si nota una maggiore provenienza dei minori da paesi come Afghanistan, Gambia, Egitto e Costa d'Avorio, rispetto ad altri, quali Tunisia, Bangladesh e Iraq.

La maggior parte dei minori, relativamente alle esperienze traumatiche vissute, ha dichiarato di aver subito maltrattamento psicologico e violenza fisica, e di essere stato esposto a situazioni di guerra e conflitti nei territorio di nascita. Si evidenzia, inoltre, come una larga fetta dei partecipanti non sia riuscito o non abbia voluto fornire, per pudore o difficoltà, alcuna informazione riguardo tale aspetto (Grafico n. 2).

Rispetto alla realizzazione delle progettualità educative individualizzate gestite dalla comunità, 30 ragazzi sono inseriti in corsi di alfabetizzazione per l'ottenimento del titolo di scuola media inferiore, 5 hanno già ottenuto tale diploma, 15 sono già inseriti in contesti professionali e 25 sono introdotti in attività volte a costruire occasioni di integrazione sociale.

Grafico n. 1 – *Paese di provenienza del campione.*

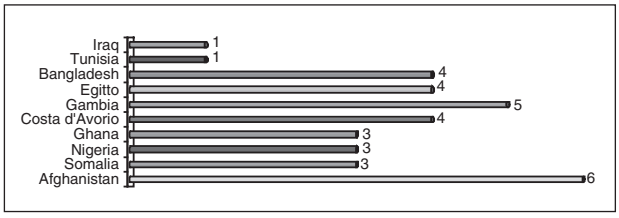
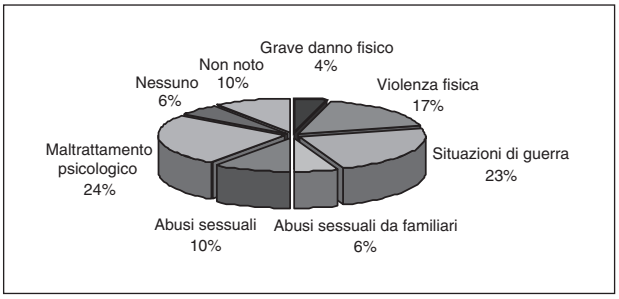


Grafico n. 2 – *Tipologie di esperienze traumatiche vissute.*



Solo 19 ragazzi hanno già completato l'iter per assegnazione del permesso di soggiorno. Più della metà degli stessi (23 ragazzi) ha vissuto precedenti esperienze di istituzionalizzazione. La quasi totalità del campione riceve sostegno psicologico.

Le comunità coinvolte nella ricerca si configurano come contesti ospitanti solo ed esclusivamente minori stranieri non accompagnati e in esse è prevista la realizzazione di incontri di supervisione volti a monitorare e mantenere attive le dimensioni alla base del costrutto di comunità come ambiente terapeutico globale (Taurino e Bastianoni, 2009).

Per la somministrazione degli strumenti, i minori sono stati incontrati ed accolti in ambienti opportunamente illuminati, tranquilli e lontano da fonti di disturbo. L'incontro si è tenuto in presenza dell'educatore di riferimento, in modo tale da mettere il più possibile a proprio agio i minori. In un primo momento, ragazzi ed educatori sono stati informati circa le tematiche della ricerca e hanno firmato (ai sensi del Decreto Legislativo 196/2003) il loro consenso libero ed informato, a partecipare allo studio. Sono stati quindi seguiti tutti i sistemi per garantire l'anonimato e la protezione dei dati raccolti, utilizzati solo ed esclusivamente per fini di ricerca; inoltre i ragazzi sono stati informati circa la possibilità di interrompere, in qualsiasi momento, la loro partecipazione alle diverse fasi del progetto.

Strumenti

Per la verifica degli obiettivi della ricerca, sono stati utilizzati i seguenti strumenti:

– *Scheda di rilevazione dei sintomi riferiti al Disturbo Acuto da Stress (DAS) o Disturbo Post Traumatico da Stress (PTSD).* Per la rilevazione dei sintomi di DAS o PTSD è stata predisposta *ad hoc* una scheda di rilevazione, per facilitare l'educatore di riferimento nel riconoscimento e nella registrazione della presenza/assenza dei sintomi stessi. Sulla base di tale scheda, è stato successivamente possibile giungere alla formulazione di un'eventuale diagnosi di DAS o PTSD sulla base del criterio di differenziazione temporale tra l'evento traumatico e l'emersione del quadro sintomatologico (DAS: sintomi presentati entro le 4 settimane dall'evento traumatico *vs* PTSD: sintomi emersi dopo 4 settimane di tempo rispetto all'esperienza traumatica).

Nello specifico, il presente strumento, sintetizzando le indicazioni del DSM-IV (1995), ha consentito di rilevare i seguenti aspetti:

1) presenza/assenza, nella storia di vita dei soggetti in questione, *di eventi o esperienze che hanno implicato la morte o la minaccia di morte*, oppure *gravi lesioni o la minaccia alla propria o all'altrui integrità fisica*, come violenze e torture, catastrofi e incidenti, situazioni di guerra (criterio A1) alle quali l'individuo reagisce con *paura intensa, orrore e senso di impotenza* (criterio A2);
2) presenza/assenza di almeno tre dei *sintomi dissociativi* (criterio B) di seguito indicati: B1. sensazione soggettiva di insensibilità, distacco o assenza di reattività emozionale; B2. riduzione della consapevolezza dell'ambiente circostante (per es. rimanere storditi); B3. derealizzazione; B4. depersonalizzazione; B5. amnesia dissociativa;
3) presenza/assenza di una persistente *modalità di rivivere l'evento traumatico* in almeno uno dei seguenti modi: immagini, pensieri, sogni, illusioni, flashback o sensazioni di rivivere l'esperienza, oppure disagio all'esposizione a ciò che ricorda l'evento traumatico (criterio C);
4) presenza/assenza di un *marcato evitamento degli stimoli* che evocano ricordi del trauma (per es., pensieri, sensazioni, conversazioni, attività, luoghi, persone) (criterio D);
5) presenza/assenza di *sintomi marcati di ansia o di aumentato arousal* (per es., difficoltà a dormire, irritabilità, scarsa capacità di concentrazione, ipervigilanza, risposte di allarme esagerate, irrequietezza motoria) (criterio E);
6) presenza/assenza di *disagio clinicamente significativo* o *menomazione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti*, oppure *compromissione della capacità dell'individuo di eseguire compiti fondamentali,* come ottenere l'assistenza necessaria o mobilitare le risorse personali

riferendo ai familiari/amici/figure di riferimento l'esperienza traumatica (criterio F).

– *Hamilton Anxiety Scale* (HAM-A, Hamilton, 1959). Si tratta di una scala composta da 15 item ed utilizzata per valutare quantitativamente la gravità della sintomatologia riferibile all'ansia problematica del paziente (scomposta nelle sue componenti di Ansia Somatica e Ansia Psichica). Ciascun item è valutato su di una scala likert con un cut-off di 18 (Cassano, Conti e Levine, 1995a). Tale strumento possiede soddisfacenti proprietà discriminative in termini di validità (0.74-0.79) e di *sensitivity* ai punteggi di cut-off (0.67-0.72) (Leentjens, Dujardin, Marsh, Richard, Starkstein e Martinez-Martin, 2011) come rilevabile da ricerche condotte su campioni di adolescenti (Alfano, Ginsburg e Kingery, 2007).
– *Hamilton Rating Scale for Depression* (HAM-D, Hamilton, 1960). È una scala composta da 21 item valutati su di una scala likert, e impiegata per la definizione dello stato depressivo del soggetto. L'analisi dei punteggi consente di identificare i seguenti quattro livelli di sintomatologia depressiva: assente (cut-off ≤ 7), lieve (cut-off 8-17), moderata (cut-off 18-24), grave (cut-off ≥ 25) (Cassano, Conti e Levine, 1995b; Guy, 1976). Le ricerche sulla validità dello strumento hanno evidenziato buoni livelli di *sensitivity* (0.78) e di *specificity* (0.75) e un'adeguata attendibilità (0.79-0.80) (Bagby, Ryder, Schuller e Marshall, 2004; Cleary e Guy, 1977), come è possibile riscontrare in studi che hanno coinvolto campioni adolescenziali (Klein, Mannuzza, Koplewicz, Tancer, Shah, Liang e Davies, 1998).
– *Dissociation Questionnaire* (DIS-Q, Vanderlinden, Van Dyck, Vandereycken, Vertommen e Verkes, 1993). È un test costituito da 63 item per la valutazione delle diverse esperienze dissociative del soggetto. Nel presente studio, non sono stati utilizzati i punteggi categoriali ottenuti alle singole scale (confusione dell'identità e frammentazione, perdita di controllo, amnesia, assorbimento), bensì i punteggi continui relativi al test complessivo con riferimento al campione normativo (μ = 1,5 e *d.s.* = 0.4) (Vanderlinden et al., 1993). La DIS-Q ha dimostrato una buona *reliability* e *validity* come evidenziato da diversi studi (Vanderlinden, 1993; Vanderlinden et al., 1993; van Ijzendoorn e Schuengel, 1996), con particolare riferimento ad una buona *internal consistency* (0.96) e *test-retest reliability* (0.94).

Analisi dei dati e risultati

Il primo obiettivo si propone di verificare la presenza di sintomatologia riferibile a PTSD, ansia, depressione e tendenze dissociative nei minori appartenenti al campione.

Per quanto riguarda la sintomatologia inquadrabile nel Disturbo Acuto o Post Traumatico da Stress emerge, a livello generale, come nessun partecipante abbia soddisfatto i criteri previsti per la diagnosi di DAS, mentre per 8 partecipanti è stato possibile verificare un numero complessivo di sintomi rilevati in un periodo temporale tale da poter far supporre la presenza di una vera e propria diagnosi di PTSD secondo i criteri del DSM-IV (1995).

Più nello specifico, è stato riscontrato che il 66,7% dei minori, pur non raggiungendo in tutti i casi i criteri per la formulazione di una diagnosi di DAS o PTSD, ha vissuto, ha assistito o si è confrontato con situazioni minacciose per sé o per gli altri (Criterio A1); situazioni che hanno comportato l'attivazione di uno stato di paura intensa (criterio A2 - 64,7%). Considerati solo ed esclusivamente i sintomi rilevati, è possibile osservare come essi siano ampiamente distribuiti all'interno del campione, in particolar modo per quanto riguarda: l'evitamento (criterio D- 52,9%), l'ansia marcata o l'aumento dell'*arousal* (criterio E- 41,2%), la dissociazione (Criterio B – sintomi: B1: 38,2%; B2: 20,6%; B3:23,5%; B4: 11,8%; B5: 14,7%), la presenza di *flashback* e pensieri intrusivi relativi all'evento traumatico (Criterio C - 35,3%) e uno stato di disagio clinicamente significativo (criterio F- 20,6%) (Tabella 1).

Dai dati emersi dalla somministrazione del HAM-A è stato possibile valutare la presenza di ansia problematica solo per 3 minori. La media dei punteggi ottenuta dal campione a questo test è di 7,44 (*d.s.* = 7,11).

L'HAM-D ha evidenziato la presenza di sintomi depressivi in 14 minori rispetto al campione totale e, nello specifico, solo per uno di questi la sintomatologia è riferibile ad una condizione di grave depressione. La media dei punteggi ottenuta dal campione per questo test è di 7,76 (*d.s.* = 6,57).

Infine, a causa delle difficoltà linguistiche, è stato possibile somministrare il DIS-Q solo ad una parte del campione (15 partecipanti) rispetto al quale è stato possibile evidenziare una tendenza a sviluppare una sintomatologia dissociativa unicamente per 3 partecipanti. La media dei punteggi ottenuta dal campione a questo test è di .93 (*d.s.* = 1,24).

Per la verifica del secondo obiettivo, inerente la presenza di eventuali differenze statisticamente signi-

Tabella 1 – *Sintomatologia riferibile al Disturbo Acuto/Disturbo Post Traumatico da Stress*

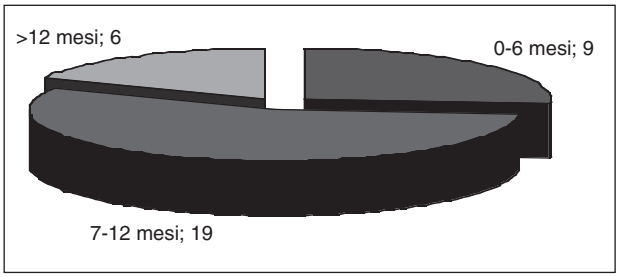
Sintomatologia	**Percentuale**
A1. La persona ha vissuto, ha assistito o si è confrontata con un evento o con eventi che hanno comportato la morte, o una minaccia per la vita, o una grave lesione, o una minaccia all'integrità fisica, propria o di altri.	67,6
A2. La risposta della persona, rispetto all'evento, ha comportato paura intensa, sentimenti di impotenza o di orrore.	64,7
B1. Sensazione soggettiva di insensibilità, distacco o assenza di reattività emozionale (dissociazione)	38,2
B2. Riduzione della consapevolezza dell'ambiente circostante (per es. rimanere storditi) (diss 2)	20,6
B3. Perdita di contatto con la realtà (Derealizzazione)	23,5
B4. Appannamento del senso del sé, sentirsi distaccato o estraneo a se stesso o sentirsi un "osservatore esterno" dei propri processi mentali o del proprio corpo (Depersonalizzazione)	11,8
B5. Incapacità di ricordare qualche aspetto importante del trauma (amnesia dissociativa)	14,7
C. L'evento traumatico viene persistentemente rivissuto in almeno uno dei seguenti modi: immagini, pensieri, sogni illusioni, flashback o sensazioni di rivivere l'esperienza, oppure disagio all'esposizione a ciò che ricorda l'evento traumatico	35,3
D. Marcato evitamento degli stimoli che evocano ricordi del trauma (per es., pensieri, sensazioni, conversazioni, attività, luoghi, persone)	52,9
E. Sintomi marcati di ansia o di aumentato arousal (per es., difficoltà a dormire, irritabilità, scarsa capacità di concentrazione, ipervigilanza, risposte di allarme esagerate, irrequietezza motoria)	41,2
F. Disagio clinicamente significativo o menomazione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti, oppure compromissione della capacità dell'individuo di eseguire compiti fondamentali, come ottenere l'assistenza necessaria o mobilitare le risorse personali riferendo ai familiari/amici/figure di riferimento l'esperienza traumatica	20,6

ficative nelle aree indagate in funzione del tempo di permanenza in comunità, l'analisi della presenza di alcuni sintomi del PTSD e di configurazioni ansiose, depressive o dissociative (risultati dei test somministrati: rispettivamente HAM-A, HAM-D, DIS-Q) è stata differenziata in tre tempi, in riferimento alla durata della permanenza dei minori in comunità (< 6 mesi; 7-12 mesi; > 12 mesi)

La maggior parte dei minori del campione (19 ragazzi) risiede in comunità da più di sei mesi ma da meno di un anno, mentre 9 da meno di sei mesi e, infine, solo 6 partecipanti vive in comunità da più di un anno (Grafico n. 3).

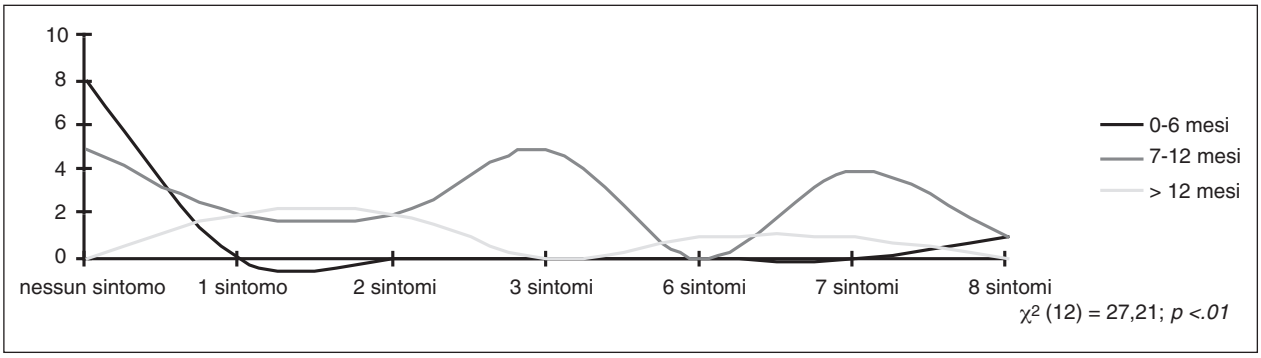
Al fine di osservare come i sintomi del DAS o PTSD si distribuiscano nei tre tempi presi in considerazione è stata condotta un'analisi del Chi-quadro, la quale ha evidenziato differenze statisticamente significative relativamente ai tempi di permanenza in comunità ($\chi^2(12)= 27,21$; $p < .01$) (Grafico n. 4). Nello specifico, dall'analisi dei dati è possibile rilevare che la presenza dei sintomi aumenta nei minori residenti da più di 6 mesi in comunità ma da meno di un anno, per poi diminuire nuovamente nei ragazzi presenti in comunità da più di un anno.

Grafico n. 3 – *Suddivisione del campione in base al tempo di permanenza in comunità.*



Nel campione considerato, inoltre, relativamente ai partecipanti con possibile diagnosi di PTSD, la presenza di tale disturbo risulta maggiore nel sotto-campione dei minori residenti in comunità da più di 6 mesi ma meno di un anno (62,5%); percentuale che poi tende a diminuire notevolmente nei partecipanti residenti da più di un anno (25%), benchè l'analisi del Chi-quadro di tale distribuzione non abbia evidenziato

Grafico n. 4 – *Distribuzione del numero di sintomi riferibili al PTSD in riferimento al tempo di permanenza in comunità.*



una differenza statisticamente significativa ($\chi^2(2)$= 1,17; p = n.s). (Grafico n. 5)

Per verificare in che modo i punteggi dell'HAM-A variano nei 3 tempi presi in esame è stata condotta un'analisi univariata della varianza, utilizzando la permanenza in comunità come variabile indipendente e i punteggi ottenuti dai partecipanti alla scala HAM-A come variabile dipendente. Anche in questo caso non sono stati riscontrati risultati statisticamente significativi (F = 1,17; p = n.s.). La sintomatologia ansiosa non è presente nel campione preso in esame (ad eccezione di 3 partecipanti), indipendentemente dal tempo di permanenza in comunità.

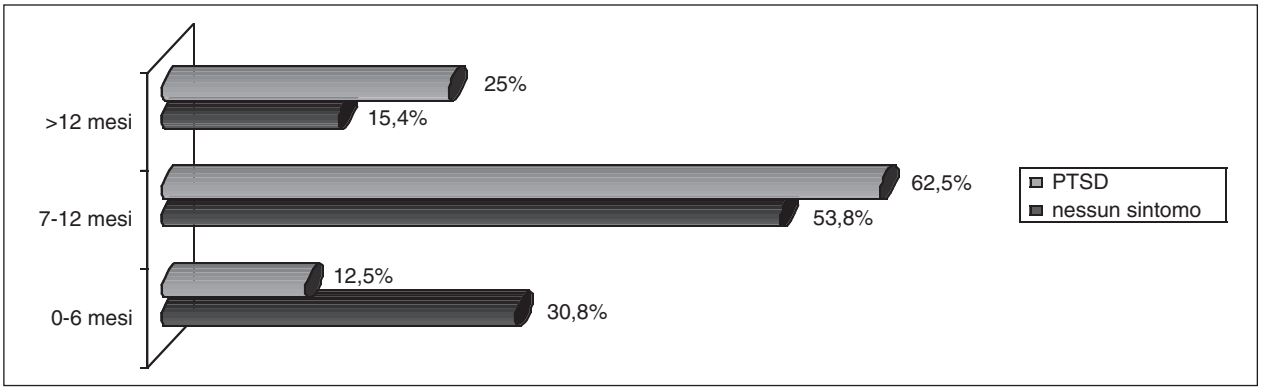
Per verificare in che modo le categorie evidenziate dall'HAM-D (depressione assente, lieve, moderata, grave) si distribuiscono nei 3 tempi considerati è stata condotta un'analisi del Chi-quadro, che non ha evidenziato differenze statisticamente significative ($\chi^2(6)$=10,39; p = n.s.). Nonostante tale assenza di significatività, è tuttavia possibile osservare, ad un livello puramente descrittivo, come la sintomatologia depressiva sia stata rilevata maggiormente nei partecipanti presenti da più di 6 mesi in comunità ma da meno di un anno (lieve nel 50% dei casi, moderata nel 66,7%) e nei ragazzi presenti da più di un anno (lieve nel 40% dei casi, moderata nel 33,3%) (Tabella 2).

Come già evidenziato, a causa delle difficoltà linguistiche relative alla comprensione del test, è stato possibile somministrare il DIS-Q solo a 15 minori dei 34 costituenti il campione. Dato il ridotto numero di sog-

Tabella 2 – *Distribuzione delle categorie dell'HAM-D in riferimento al tempo di permanenza in comunità.*

Tempo	**Categorie Ham-D**			
	Assente	Lieve	Moderata	Grave
0-6 mesi	35%	10%	0	100%
7-12 mesi	60%	50%	66,7%	0
>12 mesi	50%	40%	33,3%	0

Grafico n. 5 – *Distribuzione diagnosi di PTSD in riferimento al tempo di permanenza in comunità.*



getti, al fine di verificare la presenza di differenze significative tra i punteggi ottenuti nel DIS-Q nei tre tempi individuati, è stata effettuata un'analisi non parametrica di Kruskal-Wallis, ponendo il tempo di permanenza in comunità come variabile indipendente e i punteggi ottenuti nel DIS-Q come variabile dipendente. Tale analisi non ha evidenziato differenze statisticamente significative nei punteggi medi dei tre sotto-campioni considerati.

Discussione

I risultati del presente studio, relativamente al primo obiettivo, hanno evidenziato, pur con delle differenze rispetto alle specifiche sintomatologie indagate, la presenza di sintomi riconducibili al PTSD, all'ansia, alla depressione e a tendenze dissociative nei partecipanti della ricerca, come evidenziato dalle precedenti analisi. Viene pertanto confermato sulla base di tali risultati, l'effetto potenzialmente stressante e a rischio psicopatologico della migrazione minorile, essendo più che altro riscontrata la correlazione, evidenziata in letteratura, tra la condizione di minore straniero non accompagnato, l'esperienza di vicende traumatiche e lo sviluppo di sintomi correlati o riferibili al PTSD (Bronstein e Montgomery, 2011; Cicchetti, Rizley, 1981; Daud et al., 2008; Heidi et al., 2008; Heptinstall et al., 2004; Hodes et al., 2008; Huemer et al., 2011; Maughan e Cicchetti, 2002; Montgomery, 2011; Pat-Horenczyk et al., 2007; Thabet et al., 2004).

Il secondo obiettivo intendeva verificare eventuali differenze statisticamente significative relativamente alla presenza di sintomi inerenti o associati al DAS o al PTSD in funzione del tempo di permanenza dei minori in comunità. I risultati ottenuti forniscono interessanti spunti di riflessione. L'ipotesi di partenza relativa a tale obiettivo era la possibilità di osservare una presenza di sintomi correlati o inerenti il DAS o il PTSD nei primi momenti di inserimento dei minori in comunità, per poi registrare una loro graduale riduzione in relazione ad una maggiore permanenza degli stessi nei contesti residenziali. I risultati evidenziano invece come l'effetto della comunità come ambiente terapeutico globale non segua un andamento lineare del tipo sopra descritto. I punteggi ottenuti ai test somministrati consentono di rilevare che le specifiche sintomatologie presenti nel campione (sintomi correlati al DAS o al PTSD, depressione, ansia, dissociazione) non sono presenti nei minori appena entrati in comunità, ma emergono in quei ragazzi che sono in essa da più di 6 mesi ma da meno di un anno, per poi diminuire infine in quelli presenti da più di un anno. Questi dati permettono di osservare, su un primo livello di analisi, che l'intervento educativo prolungato in comunità agisce in modo funzionale rispetto alla specifica sintomatologia presa in esame (riduzione/remissione del quadro sintomatico dopo un anno di permanenza in comunità). Ne consegue che la permanenza in comunità - laddove venga garantita la costruzione e il mantenimento di un ambiente protettivo con funzione regolatoria, che attiva e costruisce processi di accoglienza e sostegno/supporto di adeguati percorsi evolutivi - incide in senso terapeutico rispetto ai vissuti patologici o tendenzialmente patologici dei soggetti coinvolti (nel caso specifico del nostro studio, giovani migranti che hanno vissuto esperienze traumatiche e ad alto rischio).

Il dato più interessante risulta essere tuttavia l'aver riscontrato che i sintomi indagati non sono presenti al momento dell'ingresso dei giovani ospiti in comunità, ma compaiano nei minori presenti da più di 6 mesi e da meno di un anno. Tale dato non va interpretato come un effetto disfunzionale da attribuire all'intervento di comunità, in quanto consente di rilevare che l'emersione del sintomo può verificarsi solo dopo che sono stati costruiti e consolidati processi di significatività emotiva e relazionale nel contesto in oggetto. Si potrebbe pertanto supporre che una presenza nel contesto comunitario superiore ai 6 mesi favorisca il rinforzamento del sistema delle relazioni tra minori e figure educative intese progressivamente come "altri significativi" (Sullivan, 1977), attivando nei minori stessi, proprio all'interno di tale contenimento relazionale, quel processo di rielaborazione della propria storia e del proprio vissuto che passa attraverso l'espressione del sintomo all'interno di un contesto protetto.

La comunità come ambiente terapeutico globale e soprattutto la relazione educatore-minore, così come tutto il contesto interattivo-relazionale della comunità, si configura pertanto come *base sicura* dalla quale l'utente/il minore può partire per esplorare il proprio mondo interiore (Cassibba, 2003). L'esperienza dei minori stranieri in comunità è privata della ricorrenza di relazioni idonee all'interiorizzazione della sicurezza. Essi non sono stati solo esposti a situazioni altamente traumatiche, ma hanno soprattutto vissuto la perdita delle figure di attaccamento, avendo abbandonato paese d'origine, famiglie, affetti, per arrivare in contesti stranieri ed estranei, deprivati di quei legami fondamentali che costituiscono l'asse portante per un adeguato e funzionale sviluppo. Su questo piano del

discorso, il primo compito che l'ambiente comunità deve espletare è proprio quello di consentire ai minori ospiti l'accesso ad un'alternativa relazionale che consenta loro di sperimentare protezione e sicurezza negate nelle precedenti esperienze di vita. Si tratta di un compito che ogni educatore è chiamato a svolgere, rappresentando il primo fondamentale nucleo della professionalità educativa: costruire saldi e rassicuranti legami che possano reggere l'impatto di emozioni ambivalenti e contrastanti, di vissuti emotivi dirompenti, di rappresentazioni fantasmatiche. Secondo questa prospettiva si delinea la complessità del ruolo svolto dalla comunità e dagli educatori nell'incontro con realtà evolutive al limite, laddove sono soprattutto i bisogni di contenimento e di ascolto a dover essere accolti, prima ancora della proposta di qualunque attività, programma o intervento. Gli educatori devono assumersi il rischio e la responsabilità di porsi come adulti significativi, capaci di creare le premesse per la costruzione di una storia comune (con il minore) in cui l'altro (il minore) possa riattraversare la sua stessa storia narrata/vissuta dialogicamente, in uno spazio di rispecchiamento; quel rispecchiamento mancato nelle relazioni precoci. Quel rispecchiamento che può consentire l'emersione di ansie, paure, vissuti depressivi, incidendo in modo positivo anche su vissuti psicopatologici, risultato di esperienze di vita di tipo traumatico. Le comunità che accolgono giovani migranti devono strutturare percorsi di presa in carico mediante la costruzione di spazi di vita relazionalmente ed affettivamente connotati, in grado di attivare strategie protettive orientate a riparare il trauma subito e vissuto, invertendo traiettorie evolutive tendenzialmente esposte ad incorrere in esiti altamente disfunzionali, se non psicopatologici.

I dati del nostro studio consentono di rilevare che all'ingresso in comunità, i minori mantengono una distanza protettiva dettata dalla diffidenza che ha permesso loro di sopravvivere, di arrivare in Italia, affrontando insidie, pericoli, traumi legati al viaggio. Successivamente emergono ansie, vissuti depressivi. La presenza di sintomi dissociativi relativi al criterio B del PTSD, mette in evidenza come nei partecipanti della ricerca vi sia una tendenza dissociativa come meccanismo di difesa diretto a preservare l'integrità del sé e a garantire un senso di sicurezza quando l'individuo si percepisce gravemente minacciato, aiutandolo a proteggersi nei confronti di pericoli esterni (Gabbard, 2004). Tali tendenze dissociative si manifestano maggiormente nel Disturbo Post-Traumatico da Stress attraverso i cosiddetti sintomi "peritraumatici". In particolare, si evidenzia la "dissociazione primaria" (attraverso incubi, flashbacks, etc.) che ha lo scopo di impedire l'integrazione nella memoria del ricordo nella propria storia di vita; il ricordo rimane lì come entità a sé stante, non elaborata, non consapevole. Se il trauma persiste, si sviluppa la "dissociazione secondaria" che implica un'alterazione nella percezione o nella esperienza di sé, tale per cui il soggetto si percepisce come staccato o osservatore esterno di se stesso, del proprio corpo e dei propri pensieri ed emozioni (derealizzazione e depersonalizzazione). Attraverso i risultati del presente studio, si potrebbe supporre che la presenza di meccanismi dissociativi tipici del PTSD (che si differenziano dal disturbo dissociativo vero e proprio) si sia imposta come una forma di difesa e protezione di sé verso un ambiente percepito come estraneo. L'intervento riparativo che la comunità come ambiente terapeutico globale opera va, pertanto, nella direzione di permettere al soggetto di riconoscere e analizzare le sue difese, rendendo possibile una rielaborazione del trauma che ha portato alla formazione di resistenze. Ne consegue che la comunità agisce come ambiente terapeutico globale quando costruisce occasioni di supporto alle funzioni dell'Io in parte compromesse, consentendo che anche le paure più profonde possano esprimersi, essere vissute, condivise e "perturbate" all'interno di relazioni con adulti/altri significativi differenziati, in un'ottica trasformativa e di cambiamento.

In questo senso, accanto agli aspetti di continuità tra il passato sperimentato ed il presente interiorizzato, gli interventi educativi in comunità devono avere come finalità precipua la garanzia di un *holding* in cui sia possibile la modificazione, la rielaborazione e un pensiero riflessivo sul sé nel rapporto con l'esperienza e la sua portata negativa, facendo "guadagnare" una rappresentazione sicura di sé, dell'altro e delle relazioni. Ciò è possibile proprio sulla base delle caratteristiche di un nuovo contesto (la comunità) che consente l'accesso alla pensabilità di modificazioni modulabili sulla capacità di elaborazione del passato, permettendo di cogliere valenze relazionali giocate su affetti diversi da quelli pervasivi che invadono il mondo interno del minore traumatizzato/deprivato/maltrattato (esperienze, quelle della deprivazione, del maltrattamento e del trauma, che accomunano i destini di molti dei giovani migranti). Su questo piano del discorso, è possibile rilevare che la formulazione più esaustiva del concetto di comunità come ambiente terapeutico riprende i temi di Winnicott (1965) relativi alla regressione come elemento di auto-cura e sostie-

ne la necessità di procurare al minore un ambiente adeguato per ritrovare la spontaneità dello sviluppo e la fiducia nel mondo esterno. La regressione rappresenta la speranza dell'individuo che certi aspetti dell'ambiente che in origine fallirono possano essere rivissuti, e che questa volta l'ambiente riesca, invece di fallire, nella sua funzione di favorire la tendenza naturale dell'individuo a maturare ed evolversi. La comunità diventa così un contesto per ridurre l'impatto dei fattori di rischio individuali (esiti psicopatologici a medio e a lungo termine dell'essere minori stranieri non accompagnati), aiutando i minori nella co-costruzione di percorsi di vita caratterizzati dall'integrazione del passato dolorosamente riconosciuto e rielaborato, con un presente ricco di legami ed esperienze a forte valenza emotivo-affettiva e terapeutica, e con uno sguardo verso un futuro pensabile, costellato di progettualità possibili e cambiamenti attuabili.

Conclusioni

Il presente studio, per alcuni aspetti, presenta delle criticità e dei limiti legati soprattutto alla numerosità del campione preso in esame, che, coinvolgendo partecipanti difficili da reclutare, non risulta adeguata a permettere una generalizzazione dei risultati. Questo aspetto si configura come un presupposto fondamentale per gli sviluppi futuri della ricerca su questo specifico ambito di indagine, considerando l'importanza di ampliare il campione di riferimento, effettuando, eventualmente, confronti con specifici gruppi di controllo da individuare sulla base delle variabili oggetto di analisi.

Bibliografia

Alfano CA, Ginsburg GS, Kingery JN (2007), Sleep-related problems among children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 2, 224-232.

Allen JG, Fonagy P (2006) (a cura di), *La mentalizzazione. Psicopatologia e trattamento*. Tr.it. Bologna: Il Mulino.

Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S (1978), *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.

Almqvist K, Broberg AG (1999), Mental health and social adjustment in young refugee children 3½ years after their arrival in Sweden. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 723-730.

American Psychiatric Association (1995), *Manuale diagnostico statistico dei disturbi mentali (DSM-IV)*. Trad.it. Milano: Masson, 1996.

Bagby RM, Ryder AG, Schuller DR, Marshall MB (2004), The Hamilton Depression Rating Scale: has the gold standard become a lead weight?. *American Journal of Psychiatry*, 161, 12, 2163-2177.

Barbanotti G, Iacobino P (1999), *Comunità per minori, pratiche educative e valutazione degli interventi*. Roma: Carocci.

Bastianoni P (2000), *Interazioni in comunità*. Roma: Carocci.

Bastianoni P, Taurino A (2007), Un metodo integrato di formazione e supervisione alle nuove genitorialità. In P Bastianoni e A Taurino (a cura di), *Famiglie e genitorialità oggi: nuovi significati e prospettive*. Milano: Unicopli.

Bastianoni P, Taurino A (2009), *Le comunità per minori. Modelli di formazione e supervisione clinica*. Roma: Carocci.

Bastianoni P, Zullo F, Fratini T, Taurino A (2010), *I minori stranieri non accompagnati diventano maggiorenni. Accoglienza, diritti umani, legalità*. Tricase: Libellula Edizioni.

Belsky J (1980), Child maltreatment: An ecological approach. *American Psychology*, 35, 320-335.

Bettelheim B (1967), *L'amore non basta*. Tr.it. Milano: Ferro Edizioni.

Bleich A, Koslowsky M, Dolev A, Lerer B (1997), Post-traumatic stress disorder and depression. *The British Journal of Psychiatry*, 170, 479-482.

Bowlby J (1969), *Attachment and loss, Vol. 1: Attachment*. New York: Basic Books.

Bowlby J (1973), *Attachment and loss, Vol. 2: Separation*. New York: Basic Books.

Bowlby J (I980), *Attachment and loss, Vol. 3: Loss, sadness and depression*. New York: Basic Books.

Bowlby J (1988), *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.

Brewin CR, Andrews B, Valentine JD (2000), Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psycho*logy, 68, 748-767.

Bronfenbrenner U (1979), *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Bronstein I, Montgomery P (2011) Psychological distress in refugee children: a systematic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14, 1, 44-56.

Caldarozzi A (a cura di) (2010), *Le dimensioni del disagio mentale nei richiedenti asilo e rifugiati. Problemi aperti e strategie di intervento*. Nepi: Varigrafica Alto Lazio.

Cassano GB, Conti L, Levine J (1995a), Hamilton Anxiety Scale (HAS o HAM-A). In L Conti (a cura di), *Repertorio delle Scale di Valutazione in Psichiatria*. Milano: DIGEST Neuropsichiatria, 533-535.

Cassano GB, Conti L, Levine J (1995b), Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D). In L Conti (a cura di), *Repertorio delle Scale di Valutazione in Psichiatria*. Milano: DIGEST Neuropsichiatria, 413-418.

Cassibba R (2003), *Attaccamenti multipl*i. Milano: Unicopli.

Cicchetti D, Rizley R (1981), Developmental perspective on the etiology. Intergenerational trasmission and Sequelae in Child Abuse and Neglect. *Journal of the American Accademy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 541-565.

Cicchetti D, Rogosch FA (2002), A developmental psychopathology perspective on adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 6-20.

Cicchetti D, Rogosch FA, Lynch M, Holt KD (1993), Resilience in maltreated children: Processes leading to adaptive outcome. *Development and Psychopathology*, 5, 629-647.

Cleary P, Guy W (1977), Factor analysis of the Hamilton Depression Scale. *Drugs Under Experimental and Clinical Research*, 1, 115-120.

Crittenden P (1985), Maltreated Infance: Vunerability and Resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 26, 85-96.

Daud A, Af Klinteberg B, Rydelius PA (2008), Trauma, PTSD and personality: the relationship between prolonged traumatisation and personality impairment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22, 3, 331-340.

Dickie EW, Brunet A, Akerib V, Armony JL (2008), An fMRI investigation of memory encoding in PTSD: Influence of symptom severity. *Neuropsychologia*, 46, 5, 1522-1531.

Dybdahl R (2001), A psychosocial support programme for children and mothers in war. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 6, 425-437.

Ehntholt KA, Yule W (2006), Practitioner review: assessment and treatment of refugee children and adolescents who have experienced war-related trauma. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 12, 210-1197.

Elbedour S, Onwuegbuzie AJ, Ghannam J, Whitcome JA, Abu Hein F (2007), Post-traumatic stress disorder, depression, and anxiety among Gaza Strip adolescents in the wake of the second Uprising (Intifada). *Child Abuse and Neglect*, 31, 7, 719-729.

Emiliani F, Bastianoni P (1993), *Una normale solitudine*. Roma: NIS.

Farbstein I, Mansbach-Kleinfeld I, Levinson D, Goodman R, Levav I, Vograft I, Kanaaneh R, Ponizovsky AM, Brent DA, Apter A (2010), Prevalence and correlates of mental disorders in Israeli adolescents: results from a national mental health survey. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51, 5, 9-630.

Fazel M, Wheeler J, Danesh J (2005), Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet*, 365, 9467, 14-1309.

Feeny NC, Treadwell KRH, Foa EB, March J (2004), Posttraumatic stress disorder in youth: A critical review of the cognitive and behavioral treatment outcome literature. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36, 466-476.

Fonagy P, Steele H, Moran G, Steele M, Higgitt A (1991), The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 13, 200-217.

Fonagy P, Target M (2001), *Attaccamento e funzione riflessiva*. Trad.it Milano: Raffaello Cortina Editore.

Gabbard GO (2004), *Introduzione alla psicoterapia psicodinamica*. Trad.it. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2005.

Giovanetti M (a cura di) (2009), *Minori stranieri non accompagnati*. Terzo Rapporto Anci, 2009.

Gudiño OG, Nadeem E, Kataoka SH, Lau AS (2011), Relative impact of violence exposure and immigrant stressors on Latino youth psychopathology. *Journal of Community Psychology*, 39, 3, 316-335.

Guy W (1976), Clinical Global Impression Scale. In W Guy, *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology-Revised*. Rockville MD: US Department of Health Education and Welfare.

Hamilton M (1959), The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32, 50-55.

Hamilton M (1960), A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 56-62.

Heidi EB, MacDonald HZ, Lincoln AK, Cabral HJ (2008), Mental health of Somali adolescent refugees: The role of trauma, stress, and perceived discrimination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 184-193.

Heptinstall E, Sethna V, Taylor E (2004), PTSD and depression in refugee children: Association with pre-migration trauma and post-migration stress. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13, 373-380.

Hodes M, Jagdev D, Chandra N, Cunniff A (2008), Risk and resilience for psychological distress amongst unaccompanied asylum seeking adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychi*atry, 49, 7, 723-732.

Howard M, Hodes M (2000), Psychopathology, adversity, and service utilization of young refugees. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 368-377.

Howe ML, Cicchetti D, Toth SL, Cerrito BM (2004), True and false memories in maltreated children. *Child Developm*ent, 75, 1402-1417.

Huemer J, Karnik N, Voelkl-Kernstock S, Granditsch E, Plattner B, Friedrich M, Steiner H (2011), Psychopathology in African Unaccompanied Refugee Minors in Austria. *Child Psychiatry & Human Development*, 42, 307-319.

Jaycox LH, Stein BD, Kataoka SH, Wong M, Fink A, Escudero P, Zaragoza C (2002), Violence exposure, posttraumatic stress disorder, and depressive symptoms among recent immigrant schoolchildren. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 9, 1104-1110.

Kashani JH, Carlson GA, Beck NC, Hoeper EW, Corcoran CM, McAllister JA, Fallahi C, Rosemberg TK, Reid JC (1987), Depression, depressive symptoms, and depressed mood among a community sample of adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 144, 931-934.

Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB (1995), Post-traumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.

Khamis V (2005), Posttraumatic stress disorder among school-age Palestinian children. *Child Abuse and Neglect,* 29, 81-95.

Klein RG, Mannuzza S, Koplewicz HS, Tancer NK, Shah M, Liang V, Davies M (1998), Adolescent depression: controlled desipramine treatment and atypical features. *Depression and Anxiety*, 7, 15-31.

Kroll J, Yusuf AI, Fujiwara K (2010), Psychoses, PTSD, and depression in Somali refugees in Minnesota. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46, 6, 93-481.

Leentjens AFG, Dujardin K, Marsh L, Richard IH, Starkstein SE, Martinez-Martin P (2011), Anxiety rating scales in Parkinson's disease: a validation study of the Hamilton Anxiety Scale, the Beck Anxiety Inventory and the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Movement Disorders*, 26, 3, 407-415.

Lustig SL, Kia-Keating M, Knight WG, Geltman P, Ellis H, Kinzie JD, Keane T, Saxe GN (2004), Review of child and adolescent refugee mental health. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 1, 24-36.

Maughan A, Cicchetti D (2002), The impact of child maltreatment and interadult violence on children's emotion regulation abilities. *Child Development*, 73, 1525-1542.

Mghir R, Freed W, Raskin A, Katon W (1995), Depression and posttraumatic stress disorder among a community sample of adolescent and young adult Afghan refugees. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 24-30.

Mollica R, McInnes K, Poole C, Tor S (1998), Dose–effect relationships of trauma to symptoms of depression and post-traumatic stress disorder among Cambodian survivors of mass violence. *British Journal of Psychiatry*, 173, 482-488.

Montgomery E (2011), Trauma, exile and mental health in young refugees. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124, 440, 1-46.

Papageorgiou V, Frangou-Garunovic A, Iordanidou R, Yule W, Smith PD, Vostanis P (2000), War trauma and psychopathology in Bosnian refugee children. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 9, 84-90.

Pat-Horenczyk R, Abramovitz R, Peled O, Brom D, Daie A, Chemtob CM (2007), Adolescent exposure to recurrent terrorism in Israel: Posttraumatic distress and functional impairment. *American Journal of Orthopsy*chiatry, 77, 1, 76-85.

Peltonen K, Punamäki RL (2010), Preventive interventions among children exposed to trauma of armed conflict: A literature review. *Aggressive Behavior*, 36, 95-116.

Pfefferbaum B (1997), Posttraumatic stress disorder in children: A review of the past ten years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1503-1511.

Pittau F, Ricci A, Ildiko Timsa L (2009) (a cura di), *Minori non accompagnati: aspetti quantitativi e politiche in materia di accoglienza, rimpatrio e integrazione. Analisi del caso italiano per uno studio comparativo a livello comunitario*. Roma: Centro Studi e Ricerche IDOS (disponibile presso: http://www.emnitaly.it/down/rs-03-01.pdf).

Punamäki RL, Qouta S, Montgomery E, El Sarraj E (2007), Predictors of psychological distress and positive resources among Palestinian adolescents: Trauma, child, and mothering characteristics. *Child Abuse and Neglect*, 31, 345-356.

Pynoos R, Steinberg A, Piacentini JC (1999), A developmental psychopathology model of childhood traumatic stress and intersection with anxiety disorders. *Biological Psychiatry*, 46, 1542-1554.

Redl F, Wineman D (1974), *Bambini che odiano*. Tr. it. Torino: Bollati Boringhieri, 1975.

Robjant K, Hassan R, Katona C (2009), Mental health implications of detaining asylum seekers: systematic review. *The British Journal of Psychi*atry, 194, 306-312.

Rutter M (1990), Psychosocial resilience and protective mechanisms. In J Rolf, AS Masten, D Cicchetti, KH Nuechterlein, S Weintraub (eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. Cambridge: Cambridge University Press, 181-214.

Sack WH, Clarke GN, Seeley J (1996), Multiple forms of stress in Cambodian adolescent refugees. *Child Developme*nt, 67, 107-116.

Sack WH, Him C, Dickason D (1999), Twelve-year follow-up study of Khmer youths who suffered massive war trauma as children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1173-1179.

Saigh PA, Yasik AE, Oberfield RA, Halamandaris PV, Bremner JD (2006), The intellectual performance of traumatized children and adolescents with or without posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psych*ology, 115, 2, 332-340.

Save the Children Italia Onlus (2010a), *I minori stranieri in Italia*. Roma: Arti grafiche Agostini.

Save the Children Italia Onlus (2010b), *L'impatto della legge 94/2009 nei confronti dei minori stranieri non accompagnati: una prima rilevazione in sei città italiane* (disponibile presso http://images.savethechildren.it/IT/f/img_pubblicazioni/img79_b.pdf).

Savin D, Sack W, Clarke G, Meas N, Richart I (1996), The Khmer Adolescent Project: III. A study of trauma from Thailand's site II refugee camp. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 384-391.

Shalev AY, Freedman S, Peri T, Brandes D, Sahar T, Orr SP, Pitman RK (1998), Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. *American Journal of Psychiatry*, 155, 5, 7-630.

Sinnerbrink I, Silove D, Field A, Steel Z, Manicavasagar V (1997), Compounding of pre-migration trauma and post-migration stress in asylum seekers. *American Journal of Psychology*, 131, 70-463.

Smid GE, Lensvelt-Mulders GJLM, Knipscheer JW, Gersons BPR, Kleber RJ (2011), Late-Onset PTSD in Unaccompanied Refugee Minors: Exploring the Predictive Utility of Depression and Anxiety Symptoms. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 40, 5, 742-755.

Steel Z, Silove D, Phan T, Bauman A (2002), Long-term effect of psychological trauma on the mental health of Vietnamese refugees resettled in Australia: a population-based study. *Lance*t, 360, 9339, 62-1056.

Steel Z, Silove D, Brooks R, Momartin S, Alzuhairi B, Susljik I (2006), Impact of immigration detention and temporary protection on the mental health of refugees. *British Journal of Psychiatry*, 188, 58-64.

Sullivan HS (1977), *Teoria interpersonale della psichiatria*. Milano: Feltrinelli.

Taurino A, Bastianoni P (2009), Il modello di formazione-supervisione integrate come metodologia di intevento clinico nel contesto delle comunità per minori. In P Bastianoni e A Taurino (a cura di), *Le comunità per minori. Modelli di formazione e supervisione clinica*. Roma: Carocci, 83-106.

Thabet AAM, Abed Y, Vostanis P (2004), Comorbidity of post-traumatic stress disorder and depression among refugee children during war conflict. *Journal of Child Psychology and Psychiatry,* 45, 533-542.

Thabet AAM, Vostanis P (2000), Post-traumatic stress disorder reactions in children of war: a longitudinal study. *Child Abuse & Negl*et, 24, 2, 291-298.

United Nations High Commissioner for Refugees (2006), *UNHCR Statistical Online Population Database* (disponibile

presso http://www.unhcr.org/statistics/populationdatabase).

United Nations High Commissioner for Refugees (2009), *Global Trends, Refugees, Asylum-seekers, Returnees, Internally Displaced and Stateless Persons* (disponibile presso http://www.unhcr.it/cms/attach/editor/PDF/global%20trends%202009.pdf).

Van IJzendoorn MH, Schuengel C (1996), The measurement of dissociation in normal and clinical populations: meta-analytic validation of the Dissociative Experiences Scale (DES). *Clinical Psychology Review*, 16, 365-382.

Vanderlinden J (1993), *Dissociative experiences, trauma, and hypnosis: Research findings and clinical applications in eating disor*ders. Delft: Eburon.

Vanderlinden J, Van Dyck R, Vandereycken W, Vertommen H, Verkes RJ (1993), The dissociation questionnaire (DIS-Q): Development and characteristics of a new self-report questionnaire. *Clinical Psychology and Psychoth*erapy, 1, 1, 21-27.

Weine S, Becker D, McGlashan T, Laub D, Lazrovc S, Vojvoda D, Hyman L (1995), Psychiatric consequences of ethnic cleansing: Clinical assessments and trauma testimonies of newly resettled Bosnian refugees. *American Journal of Psychiatry*, 152, 536-542.

Winnicott DW (1965), *The Maturational Processes and the Facilitating Environment: Studies in Theory of Emotional Development*. New York: International University Press.

Winnie L, Trang T (2008), Research into the psychological well-being of young refugees. *International Psychiatry*, 5, 60-62.

Zullo F, Bastianoni P, Taurino A (2008), La deistituzionalizzazione dei bambini e degli adolescenti in una prospettiva psicodinamica e psicosociale. Rassegna bibliografica. *Infanzia e Adolescenza*, 3, 3-47.

Indirizzo per la corrispondenza:
Dott. Alessandro Taurino
Via Savoia, 38
73010 Guagnano (Villa Baldassarre), Lecce
E-mail: a.taurino@psico.uniba.it; aletaurino@libero.it

View publication stats