



DIPARTIMENTO  
DI PSICOLOGIA  
DINAMICA E CLINICA  
**SAPIENZA**  
UNIVERSITÀ DI ROMA

## **DIPARTIMENTO DI PSICOLOGIA DINAMICA E CLINICA**

### **DOTTORATO DI RICERCA IN PSICOLOGIA DINAMICA E CLINICA**

XXXII CICLO

Tesi di dottorato

### **IL VIAGGIO MIGRATORIO E LE CONSEGUENZE PSICOLOGICHE: INDAGINE SU UN CAMPIONE DI MIGRANTI NEL COMUNE DI ROMA**

Candidato

Edvaldo Begotaraj

Tutor

Professor Carlo Lai

Co-Tutor

Professor Francesco Dentale

ANNO ACCADEMICO 2018-2019



## INDICE

<b>INTRODUZIONE</b> .....	5
<b>1. LA MIGRAZIONE UMANA E LE CONSEGUENZE PSICOLOGICHE</b> .....	8
<b>Il periodo migratorio e il post-viaggio</b> .....	12
<b>Trattamenti psicologici per i migranti</b> .....	14
<b>Trattamenti del PTSD nei migranti</b> .....	17
<b>La tecnica di Pennebaker</b> .....	18
<b>2. LO STUDIO SPERIMENTALE</b> .....	23
<b>Breve introduzione allo studio</b> .....	23
<b>Metodo</b> .....	25
<i>Campione e criteri di inclusione</i> .....	25
<i>Procedura</i> .....	26
<i>Il trattamento</i> .....	27
<i>Gruppo di scrittura neutra</i> .....	27
<i>Il follow-up</i> .....	28
<i>Strumenti</i> .....	28
Beck Hopelessness Scale (BHS) .....	28
TAS-20 .....	31
SCL-90-R .....	33
IES-R .....	35
SF-12 .....	38
SAAM.....	39
<b>Statistiche descrittive sociodemografiche</b> .....	42
<b>3. RISULTATI</b> .....	45
<b>Discussione</b> .....	50
<b>Commenti finali</b> .....	55
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	59
<b>APPENDICE</b> .....	66
<b>Allegato 1. Scheda anagrafica</b> .....	66
<b>Allegato 2. BHS Beck Hopelessness Scale</b> .....	68
<b>Allegato 3. Symptom CheckList – 90 – R</b> .....	69

**Allegato 4. Impact of events scale .....72**  
**Allegato 5. Toronto Alexithymia scale., TAS-20.....73**  
**Allegato 6. SF-12 Health Survey .....75**  
**Allegato 7. State Adult Attachment Measurement (SAAM) .....77**

## **INTRODUZIONE**

La migrazione è un fenomeno globale e come tale ha sempre avuto una notevole risonanza nel mondo. In più, provoca anche un impatto psicologico rilevante nelle persone che migrano. Gli studi e le ricerche psicologiche focalizzano l'attenzione verso l'esperienza della migrazione, gli effetti sulla salute mentale e le eventuali difficoltà e disagi psicologici, sull'individuo e sul gruppo, pre, durante e post-migrazione. L'esperienza della migrazione, per quanto diversificata per motivi e modi, rimane sempre uno spostamento dalla propria residenza abituale verso un altro posto, dentro e/o fuori lo stesso stato, o continente. La migrazione non si limita solamente ai motivi bellici o economici. Per esempio, in Europa, è in corso il progetto Erasmus che finanzia da anni lo spostamento per lo studio di milioni di giovani. Contemporaneamente, il movimento migratorio implica anche dei cambiamenti negativi e positivi sul versante psicologico, nella persona che si muove. Frattanto che per alcune persone migrare significa lavorare e studiare fuori dalla propria residenza abituale, avendo anche itinerari sicuri per raggiungere il paese di arrivo, non proprio la stessa cosa si può dire per tante persone che sbarcano in UE, e ovviamente anche in Italia, mettendo a rischio la propria vita. L'attraversamento con le imbarcazioni e gommoni del mar Mediterraneo è uno dei percorsi principali dei migranti per arrivare in Italia e purtroppo anche quello con la percentuale più alta di gente dispersa in mare rispetto ad altre rotte mondiali (Kovras & Robins, 2016; [ilbolive.unipd.it/it/quant-immigrati-ci-sono-nel-mondo](http://ilbolive.unipd.it/it/quant-immigrati-ci-sono-nel-mondo), 2018). Secondo l'ultimo censimento di UNCHR (Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati), solo nell'anno 2018 nel mondo si classificavano come persone in fuga nel mondo 74,79 milioni di persone, con 258 milioni di persone in totale che vivono in un paese diverso da quello d'origine (UNHCR, 2018; [repubblica.it](http://repubblica.it), 2019). Ulteriormente, sono 78 milioni i migranti internazionali orientati verso l'Europa (UNHCR, 2018). Secondo la fonte IOM (L'Organizzazione Internazionale delle Migrazioni), l'Europa ospita il 30,2% del totale internazionale dei migranti (Rapporto Immigrazione, 2018; Eurostat, 2019). L'Italia, in qualità di uno dei paesi confine dell'UE, è una destinazione richiesta dai migranti internazionali, risultando così il

quinto paese UE per numero di immigrati (Eurostat, 2014). Secondo i dati UNCHR, nel 2019 sono arrivati in Italia 7923 migranti (UNHCR, 2019). Secondo il Rapporto Immigrazione 2017-2018 ci sono in Italia 5144440 di immigrati regolarmente residenti (ISTAT, 2018), di cui soltanto 4463 arrivati nel primo mese del 2017 (Amnesty International 2018; Lenius, 2017). Le nazionalità più rappresentate, dichiarate al momento dello sbarco per l'anno 2019 sono Tunisia, Pakistan, Costa d'Avorio, Algeria e Iraq (Ministero dell'Interno, 2019). Questi numeri indicano un aumento negli ultimi anni del fenomeno migratorio, per cui si esigono studi e analisi per l'accoglienza, l'inserimento e l'integrazione nel paese di arrivo. Questo lavoro si inserisce nel filone delle ricerche psicologiche sui migranti, la loro esperienza migratoria e le possibili conseguenze psicologiche. È stato ipotizzato di verificare la tecnica della scrittura espressiva di Pennebaker come un metodo di intervento per il trattamento della sintomatologia psicologica. Il presente lavoro è strutturato come segue: inizialmente è stato descritto in modo sintetico che cos'è la migrazione umana nel primo capitolo. Essendo un fenomeno che ha sempre assistito e accompagnato l'essere umano, sarebbe stata un'introduzione molto lunga, perciò ci si è limitati solamente all'era contemporanea, descrivendo brevemente i periodi salienti della migrazione umana fino ai tempi attuali. Poi viene data una breve definizione delle varie categorie delle persone che migrano e delle tipologie che ne derivano. Dopo, è stata fatta una panoramica dell'esperienza del viaggio migratorio e le sue conseguenze, basandosi nella letteratura scientifica. Successivamente sono state descritte la vulnerabilità e i costrutti psicologici che sono stati presi in esame nello studio. Infine, è stata descritta la tecnica della scrittura espressiva di Pennebaker e la letteratura relativa. Nel secondo capitolo viene fatta un'esposizione delle ricerche fatte in Italia riguardo il tema e successivamente viene spiegata questa indagine, illustrando gli obiettivi dello studio, le relative ipotesi, il disegno della ricerca e la procedura. In più viene fatta una descrizione sintetica dei questionari usati nello studio e anche una descrizione del campione. Nel terzo capitolo vengono esposti i risultati con le relative tabelle dei dati, l'analisi dei risultati e la discussione. Infine, vengono tratte le conclusioni riguardo all'utilità della ricerca.

## *Abbreviazioni*

BHS: Beck Hopelessness Scale

SCL-90-R: Symptom Checklist -90-R

TAS-20: Toronto Alexithymia Scale

IES-R: Impact of Events Scale

SF-12: Short Form Survey

SAAM: State Adult Attachment Measure

T0= la prima somministrazione della batteria dei questionari

T1= la seconda somministrazione della batteria

T2= follow-up, la terza somministrazione della batteria

## **1. LA MIGRAZIONE UMANA E LE CONSEGUENZE PSICOLOGICHE**

Una delle peculiarità del genere umano è lo spostamento fisico di una persona o di gruppi dal paese natio ad un altro (Sinha, 2005; Greenwood, 1985). Non si può cercare di comprendere la popolazione umana senza approfondire cosa spinge allo spostamento sin dai tempi più remoti. I motivi che caratterizzano la migrazione degli individui da una regione geografica ad un'altra, sono specifici per ogni periodo storico (Brettell, 2013). Nonostante ciò, ci sono alcune forme di migrazione che sono ricorrenti tra le varie epoche: cause economiche (precarie condizioni di vita e scambi di commercio), cause politiche (guerra e conflitti), cause sociali (aspettative di una vita migliore e persecuzioni religiose). Attualmente, nell'ultima decade, ma anche in tutto il 21-esimo secolo, si potrebbe facilmente assistere ad uno spostamento umano, con dei picchi considerevoli, i quali hanno dato l'allarme per la massiva migrazione e per le conseguenze derivate, nonostante il fenomeno non è per niente sconosciuto nel corso della storia umana. A partire dalla storia recente, con la scoperta dell'America, è possibile trovare diverse testimonianze storiche relative alla migrazione di massa dovuta alla spinta colonizzatrice degli europei. In seguito, i colonizzatori cominciarono a trasportare in America schiavi dall'Africa per motivi commerciali e di manodopera, contribuendo all'instaurarsi di un'altra forma di migrazione, quella forzata. Nei secoli a venire, la migrazione umana è stata sempre presente nelle sue diverse forme mossa da bisogni primari e secondari delle persone. Tali aspetti vengono chiamati "fattori di spinta e di attrazione" (European Asylum Support Office, 2017). Si intende per fattori di spinta quelli che inducono le persone che migrano a lasciare il proprio paese per un altro, per una serie di motivi, principalmente economica. I fattori di attrazione invece attraggono le persone verso un'area determinata per vari motivi, quali il lavoro, il guadagno, la qualità di vita, ecc. La migrazione sarebbe la risultante della combinazione di questi due fattori. Parafrasando Hoerder (2002), "a partire dal Cinquecento, e in modo massiccio dal Seicento in poi, sempre maggiori flussi di persone (circa 50-55 milioni) lasciano i paesi europei diretti in Sud America (spagnoli e portoghesi), Nord America (olandesi, inglesi e francesi), Africa (olandesi, inglesi, francesi, tedeschi



e italiani), e Medio e Estremo oriente (olandesi, francesi e inglesi)”. In seguito, sono da considerare i flussi migratori della rivoluzione industriale, del colonialismo, e la nota migrazione negli Stati Uniti a cavallo tra il 19-esimo secolo e il ventesimo. Inoltre, in conseguenza delle due guerre mondiali si generarono importanti flussi migratori di persone che si spostavano verso territori più sicuri.

Attualmente nel mondo il fenomeno della migrazione è abbastanza presente, gli spostamenti coinvolgono soprattutto gli individui delle regioni asiatiche e africane diretti verso l’Europa, l’America del Nord e l’Australia. Viene così a delinearsi un movimento indirizzato tendenzialmente verso l’emisfero del nord, con l’eccezione dell’Australia. Si potrebbe supporre che le persone stanno migrando dalle regioni più povere del globo verso quelle più benestanti. Per verificare questa supposizione, prima di tutto, serve capire e definire le condizioni per cui una persona diventa un migrante.

Secondo l’Organizzazione Mondiale per le Migrazioni, un migrante è una persona che si sposta dalla sua abituale residenza (dentro e fuori il suo paese), temporaneamente o permanentemente e per una varietà di ragioni. A livello internazionale, non esiste una definizione accettata universalmente. La definizione qui presente è stata creata dalla IOM per i propri motivi e non ha intenzione di creare o di implicare la creazione di una categoria legale. Andando più nello specifico, basandosi sui motivi e sui periodi storici si potrebbero categorizzare i migranti in diverse tipologie, tra cui le più importanti sono (IOM, 2019):

- Il migrante è quella persona che, lascia lo stato in cui è cittadino/a, è di nazionalità o è residente abituale (IMBR, 2013; Cohen, 2009) e “che vive temporaneamente o permanentemente in un paese dove non è nato e in cui ha acquisito legami significativi” (Council of Europe on Migration, 2019).

- Emigrante (dalla prospettiva del paese di provenienza) è quella persona che si muove dal suo paese di nazionalità verso un altro paese, cosicché quest'ultimo effettivamente diventa il suo paese di residenza usuale (UN Department of Economic and Social Affairs, 1998).
- Immigrante (dalla prospettiva del paese di arrivo) è quella persona che si muove verso un paese diverso dal proprio, cosicché il paese di destinazione effettivamente diventa il suo nuovo paese di residenza usuale (UN Department of Economic and Social Affairs, 1998).
- Il richiedente d'asilo sono individui che chiedono protezione internazionale e sono in attesa di regolarizzare tale condizione. Dato che ogni paese ha procedure individualizzate per la richiesta d'asilo, è possibile che non tutti i richiedenti alla fine del processo vengano riconosciuti come rifugiati (United Nations High Commissioner for Refugees, Master Glossary of Terms, 2006);
- Il rifugiato è la persona che si sposta in un nuovo paese a causa di problemi nel suo paese di residenza ed ha ottenuto da parte delle commissioni la protezione internazionale.

In base alle definizioni sopra menzionate, la migrazione umana (National Geographic, 2019) si potrebbe ulteriormente distinguere in:

- Migrazione interna, muoversi entro uno stato, paese o continente;
- Migrazione esterna, muoversi verso uno stato, paese o continente;
- Migrazione di ritorno, tornare indietro nel paese di partenza;
- Migrazione stagionale, muoversi stagionalmente in base alle richieste di lavoro o ai cambiamenti climatici.

Gli effetti della migrazione evidenziano che questo processo, per quanto utile a livello sociopolitico, demografico ed economico, comporta per il singolo individuo anche dei sacrifici e rischi al di sopra della normalità della vita quotidiana. La migrazione umana degli ultimi anni, con la sua fase acuta nel triennio 2013-2016, viene caratterizzata ovviamente da comportamenti e modi di vivere fuori dal normale per un periodo determinato di tempo, in alcune circostanze anche per un lungo tempo. Si

stima che attualmente nel mondo ci sono circa 258 milioni di migranti nel 2017, persone che vivono al di fuori del paese di nascita (Abramitzky, Boustan, Eriksson, 2019; Università di Padova, 2019), di cui 78 milioni in Europa. Due terzi di queste persone in Europa provengono dal continente africano (figura 1).

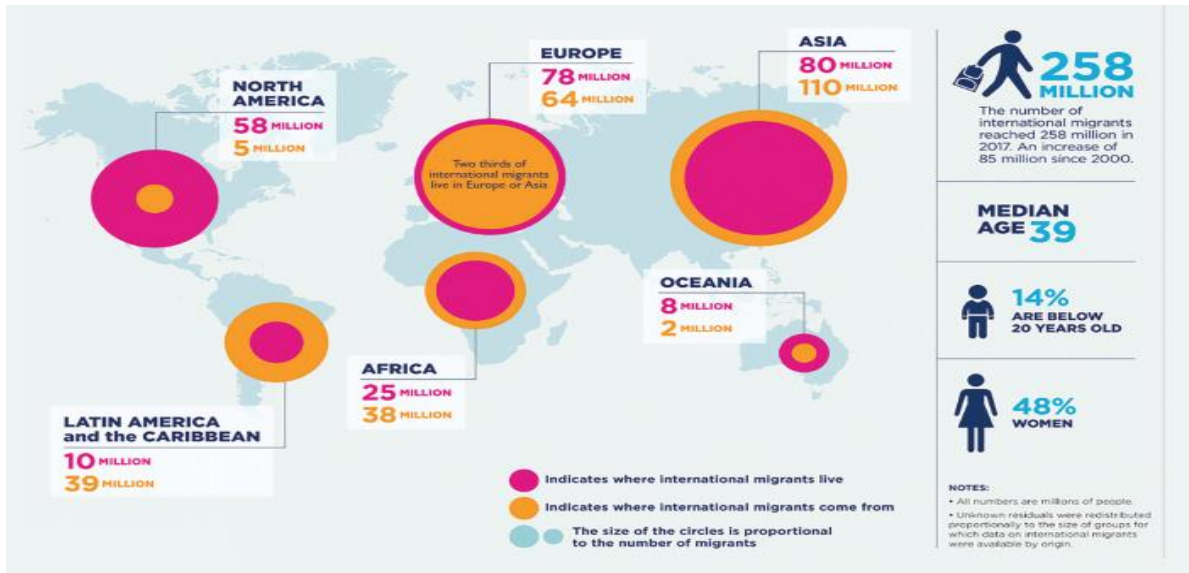


Figura 1. Source: <https://ilbolive.unipd.it/it/quanti-immigrati-ci-sono-nel-mondo>

Secondo i numeri Istat, al 1° gennaio 2018 in Italia risiedono 5,1 milioni di cittadini stranieri, aumentati di 97 mila rispetto al 2017 (ISTAT, 2019). Solo a metà novembre, (UNCHR, 2018), hanno raggiunto l'Italia 22435 migranti e richiedenti asilo via mare. In contrario durante tutto il 2017 sono arrivati 119.369 persone. Questa riduzione è dovuta anche alle misure riprese dal governo italiano per contrastare gli arrivi (Human Rights Watch, 2019). Rispetto ad un anno prima aumentano di 97 mila unità (+1,9%). Solo durante il 2019 sono arrivati in Italia. Secondo i dati UNCHR (2016) nel 2016 sono stati 362 000 rifugiati e migranti che hanno rischiato la vita attraversando il Mediterraneo, con 181400 arrivati in Italia.

Le ricerche e le indagini psicologiche evidenziano che la migrazione pre, durante e post, ha un ruolo rilevante nell'insorgenza di sintomi psicologici e psicopatologici nelle persone che migrano, più specificatamente lo sviluppo dei sintomi depressivi e il PTSD, (Ornelas & Perreira, 2011; 2013),

rischi sulla salute mentale (Gushulak, Weekers & MacPherson, 2009), (Farhat et al, 2018), (Kirmayer et al, 2011) e conseguenze psicologiche del trauma (Shultz et al, 2014).

La migrazione è fortemente associata con disturbi mentali di vari tipi e severità (Bhugra, 2004). Secondo Schweitzer et al., (2006), è stata evidenziata una storia di trauma in questi rifugiati. Meno del 5% hanno riscontrato i criteri per lo stress posttraumatico, invece il 25% hanno riportato clinicamente alti livelli di stress psicologico. Secondo i loro risultati, il supporto sociale, particolarmente il supporto sociale della comunità etnica dei migranti, ha giocato un ruolo significativo nella predizione dei risultati della salute mentale.

Uno spostamento dal proprio paese verso un altro vorrebbe dire, lasciare una forma di vita vecchia per cercarne una nuova. Il processo migratorio si fa portavoce delle caratteristiche di quelle persone che compongono il flusso migratorio, delle loro abitudini, della loro cultura e singolarità. Tuttavia, il processo migratorio è un continuum da una prima base, la quale viene lasciata temporaneamente o definitivamente, verso una nuova base. Le persone che si muovono in questo continuum devono passare in diverse fasi non semplici. Il distacco dalla base originale, per quanto dovuto o voluto, è pur sempre una separazione dolorosa. Diversi studi considerano le difficoltà del viaggio migratorio, cercando di evidenziare le caratteristiche più salienti per comprendere meglio le complessità e le difficoltà incontrate durante il viaggio. In Europa, ma non solo, sono state fatte diverse ricerche sulle problematiche psicologiche.

Di seguito, vengono elencati una serie di studi sintetizzati, raggruppati seguendo una connessione logica e sistemati in categorie, che delineano il panorama scientifico.

### **Il periodo migratorio e il post-viaggio**

Si focalizza adesso l'attenzione sulle conseguenze del viaggio migratorio. Nickerson e colleghi (1992) esaminano il ruolo mediatore della disregolazione emotiva tra l'esperienza dell'essere rifugiato (trauma e le difficoltà post-viaggio) e gli esiti psicologici. I risultati suggeriscono un ruolo

chiave della disregolazione emotiva nella responsività psicologica dei rifugiati e mostravano le possibili direzioni per il trattamento.

Altri studi invece si sono focalizzati nella sintomatologia delle problematiche della salute nei migranti. Carswell, Blackburn & Barker (2011), identificano associazioni tra l'aumento dei sintomi e il numero dei traumi, le difficoltà di adattamento, e la perdita della cultura d'origine. In un'analisi multivariata i problemi post-migrazione si sono associati significativamente con i sintomi PTSD e la vulnerabilità emotiva. Inoltre, non c'è nessuna associazione significativa dei sintomi e il numero dei traumi o il supporto sociale. I risultati suggeriscono che il servizio clinico dovrebbe provvedere interventi olistici già dal momento che i richiedenti asilo arrivano in GB. C'è bisogno di politiche di asilo che riducono le problematiche post-migrazione e nello stesso tempo provvedono supporto per i rifugiati e i richiedenti asilo.

Lacroix & Sabbah, (2011) esaminano lo stress posttraumatico e il suo assestamento constatando che le esperienze difficili di genocidio, violenza organizzata, guerre etniche, spostamenti e varie perdite vengono conservate nel periodo post-migratorio e rallentano i processi dell'integrazione. Due sono i punti dove gli autori si sono focalizzati: a) gli eventi traumatici pre-migratori e il loro impatto nell'esperienza del rifugiato di assestarsi, b) il loro potenziale impatto nell'integrazione successiva del migrante e nella sua esperienza di post-migrazione sociale e psicologica.

Gli stressors sociali post-migratori esacerbarono i sintomi depressivi per quelli esposti a minori livelli di trauma rispetto ad altre difficoltà posttraumatiche o difficoltà somatiche (Bentley et al., 2012), inoltre, i sintomi dei potenziali eventi traumatici e le difficoltà post-migratorie erano presenti su tutto il campione, ma più frequenti nei soggetti con il disturbo post traumatico da stress. Tali sintomi potrebbero essere causa di manifestazioni psicopatologiche nella fase post-migratoria (Aragona et al, 2013).

Pare esserci un aumento dei sintomi in associazione con il numero dei traumi, le difficoltà adattative, la perdita della cultura e la perdita del supporto. In più, i problemi post-migratori sembrano essere associati ai sintomi del disturbo posttraumatico da stress e dello stress emozionale. Gli autori hanno suggerito che i servizi clinici devono provvedere interventi olistici nell'ambito di un approccio graduale quando si lavora con i rifugiati e i richiedenti asilo. Lo studio ha confermato l'esistenza dei problemi post-migratori e la mancanza del supporto per i rifugiati e i richiedenti asilo (Carswell et al, 2011).

Rispetto alla somatizzazione, Aragona et al., (2011), evidenziano alte probabilità di avere una PMLD (*Post Migration Living Difficulties*) grave o molto grave nei soggetti somatizzatori. Inoltre, i risultati suggerivano che gravi traumi pre-migratori aumentavano la sensibilità alle PMLD e che il disagio dovuto alle PMLD amplificava la tendenza a somatizzare". Inoltre, gravi traumi pre-migratori aumentano la sensibilità alle PMLD (le difficoltà post-migratorie) e che il disagio dovuto alle PMLD amplifica la tendenza a somatizzare. Si propone la riduzione della sensibilità al PMLD e il potenziamento della resilienza, e in aggiunta anche compromettendo la competenza di coping rispondendo ai loro bisogni (Aragona et al, 2016).

### **Trattamenti psicologici per i migranti**

La maggior parte degli interventi si sono focalizzati sul trattamento della depressione, dell'ansia, della somatizzazione e del PTSD. Negli ultimi 20 anni diversi tipi di trattamenti psicologici sono stati applicati per trattare la sintomatologia del migrante mostrando una certa efficacia (Mahoney, Karatzias e Hutton, 2019; Gwozdziwycz and Mehl-Madrona; 2013; Slobodin de Jong; 2015). Ad oggi diverse revisioni sistematiche sintetizzano un grande numero di studi che riportano l'efficacia degli interventi psicologici sui sintomi post-migratori.

Una metanalisi in corso di svolgimento (Sambucini et al., 2020) evidenzia l'efficacia del CBT e dei trattamenti psicologici combinati con i trattamenti farmacologici sulla depressione, ansia e somatizzazione. L'effetto principale emerge nella depressione. Questi interventi riscontravano effetti positivi sia nei rifugiati che nei richiedenti asilo.

Il risultato principale di questa metanalisi era che gli interventi psicologici mostrarono un effetto sulla salute mentale dei migranti. L'effetto più evidente dei trattamenti psicologici era sugli esiti della depressione, sebbene la revisione sistematica mostrasse che solo il 50% delle prove di controllo randomizzate pubblicarono una differenza significativa tra il pre e il post-valutazione. Le specifiche metanalisi e sub-metanalisi mostrarono alti livelli di significatività per tutti i tipi di trattamento con l'eccezione delle Terapie con l'Esposizione Narrativa. Che mostrarono effetti ai limiti della significatività. I risultati suggerirono a condurre ulteriori studi sperimentali per confermare l'efficacia della Terapia dell'Esposizione Narrativa sugli esiti della depressione. In aggiunta, i trattamenti combinati (psicologico e farmacologico, così come psicologico e psicologico) sembrano dimostrare un incremento dei benefici rispetto al trattamento singolo.

In più, nelle metanalisi sui migranti con una condizione di status di rifugiato o richiedente asilo, la depressione ha mostrato un effetto significativo solo rispetto allo stato di rifugiato, invece l'effetto era al limite della significatività con un grado di eterogeneità nullo per i migranti con lo stato di richiedente asilo. Questa differenza potrebbe essere dovuta all'attesa dell'applicante per una risposta istituzionale per la richiesta d'asilo. Si potrebbe supporre, per esempio, che i partecipanti hanno condizionato le risposte al questionario per influenzare l'accettazione della loro istanza per ottenere la protezione internazionale (Heeren, Wittmann, Ehlert, Schnyder, Maier, Müller, 2014). Questo bias di desiderabilità sociale potrebbe modulare le differenze pre e post-valutazione o attenuare l'efficacia degli interventi psicologici. Questo risultato suggerisce di considerare con grande attenzione la variabilità dello status e complessivamente la condizione dell'istanza in sospeso dei partecipanti

migranti in studi successivi. Considerando che secondo i dati UNHCR in Italia, nella prima metà del 2017, il numero totale delle applicazioni esaminate ammontava a 41,379, solo 4.3 su 10 ebbero un esito positivo (status di rifugiato: 9%; protezione sussidiaria: 9.8%; permesso per motivi umanitari: 24.5%); e per il 51.7% l'esaminazione ebbe un esito negativo, e 4.9% delle applicazioni sono andate perse (Rapporto sulla protezione internazionale in Italia, 2017). Le metanalisi sui risultati della depressione in studi non randomizzati (disegni di studio di prospettiva singola e multipla) continuarono a dimostrare alti livelli di significatività, in ogni caso, mantenendo alti livelli di eterogeneità.

Diversamente dai risultati sulla depressione, l'ansia ha mostrato minori effetti del trattamento psicologico. Non solo le metanalisi mostrarono una riduzione degli effetti pre-post trattamento sull'ansietà, similmente l'osservazione qualitativa sulle revisioni sistematiche mostrarono la probabilità di avere degli effetti pre-post trattamento con esiti di ansia più bassi di 50%. Ulteriormente, il criterio del numero degli studi ha permesso di includere solamente le metanalisi con i trattamenti combinati psicologici/farmacologici dove l'effetto era significativo. Sembra necessario di pianificare ulteriori studi per testare l'efficacia degli specifici trattamenti psicologici come per i risultati della depressione.

Inoltre, le metanalisi mostravano effetti significativi pre-post trattamento psicologico per la depressione solo su popolazioni del medio-oriente, e gli effetti erano assenti sull'ansia. Questo risultato potrebbe essere spiegato con le caratteristiche culturali di queste popolazioni dove l'espressione dell'ansietà è sottorappresentata, rispetto ad altre culture (Norton, 2017).

Un altro risultato importante di questa metanalisi era, che, al giorno d'oggi, ci sono pochi studi sulle popolazioni africane e asiatiche, rispetto alle popolazioni del Medio Oriente. Negli ultimi anni, viene notata l'entrata in larga scala in Europa, da parte delle popolazioni africane, così come quelle iraniane



e siriane. Sembra doveroso aumentare le ricerche anche su partecipanti che sono stati coinvolti in questa onda di migrazione di popolazioni iraniane, siriane, africane e asiatiche.

Per quanto riguarda gli esiti della somatizzazione, l'osservazione qualitativa nelle revisioni sistematiche ha mostrato la probabilità di avere effetti significativi pre-post trattamento su controlli randomizzati, studi di coorte di 42%, di prospettiva singola e multipla. Tale evidenza qualitativa limitata è stata confermata dalle metanalisi su controlli randomizzati dove l'effetto statistico era significativo. Questo risultato suggerisce di condurre altri studi intenti a testare l'efficacia dei trattamenti psicologici sugli esiti della somatizzazione, complessivamente in considerazione della popolazione mondiale coinvolta nel fenomeno della migrazione, caratterizzata da una cultura dove la somatizzazione potrebbe rappresentare modi privilegiati ad esprimere il proprio disagio psicologico (Rohlf, Knipscheer, Kleber, 2014).

### **Trattamenti del PTSD nei migranti**

Secondo Buhmann, (2014), una riduzione dei sintomi del PTSD è stata verificata quando i pazienti hanno ricevuto assistenza pubblica. Nonostante i risultati, ci sono comunque discrepanze tra le misure del self-ratings che si possono spiegare con i limiti metodologici. Inoltre, i pazienti sono rappresentativi solo per l'immigrazione nel Nord-Europa e i risultati non possono essere generalizzabili.

Lo studio di Kartal & Kiropoulos (2016) ha esaminato l'influenza del trauma e i fattori post-migratori sui sintomi di PTSD, depressione e d'ansia in due campioni di rifugiati bosniaci insediati in due nazioni ospiti, Austria e Australia. Sono stati usati Posttraumatic Diagnostic Scale, Depression and Anxiety Scale (Dass-21), Demands of Immigrations Scale (DI) per misurare lo stress acculturativo, PTSD, l'ansietà e i sintomi depressivi. Lo stress acculturativo associato con le esperienze post-

migratorie ha evidenziato una severità dei sintomi d'ansia e di PTSD, invece i sintomi depressivi sono state evidenziate solo in relazione all'evento traumatico.

In un altro studio, l'insorgenza pre-migrazione del PTSD è stata trovata significativamente più elevata per i rifugiati rispetto ai migranti volontari e invece uguale nel post-migrazione. Questo risultato suggerisce che i rifugiati e i migranti volontari possono essere soggetti di programmi simili per l'assistenza mentale. L'ipotesi che la probabilità dello sviluppo del PTSD e della depressione, presente prima della migrazione nei rifugiati, potrebbe essere cancellata dopo la migrazione, è stata confermata (Rasmussen et al, 2012).

### **La tecnica di Pennebaker**

La tecnica della scrittura espressiva è una forma di scrittura sui propri pensieri, emozioni e sentimenti più profondi. Il termine è stato coniato da J. Pennebaker, in seguito a studi sul trauma, stress e potenziali metodi di riduzione del trauma. La tecnica è stata creata a partire dagli anni '80 e perfezionata nel 1997 dall'autore (Pennebaker, 1997). L'autore affermava che “nell'ultima decade c'è stato un increscioso numero di studi che hanno dimostrato che quando gli individui scrivono sulle proprie esperienze emotive, seguono miglioramenti significativi fisici e mentali. Durante la scrittura, dei cambiamenti nei processi basici cognitivi e linguistici predicono una salute migliore” (Pennebaker, 1997). È una tecnica che si può utilizzare sia per popolazioni cliniche che non cliniche, sia per adulti, anche per minorenni. L'idea originale scaturì dall'assunzione che “non parlare riguardo a fenomeni importanti psicologici è una forma di inibizione” (Pennebaker 1997). Il non parlare per vari motivi creava la sensazione di malessere negli individui, quali, le persone che avevano difficoltà a fare il coming-out, le persone timide, le persone che tenevano segreti traumatici della propria vita. La tecnica della scrittura espressiva si inseriva in questa venatura per dare la possibilità alle persone che per vari motivi non potevano usufruire della terapia tramite il colloquio verbale. Secondo Baikie e Wilhelm (2005) c'è una solida evidenza degli effetti positivi della tecnica della scrittura di

Pennebaker. Gli autori sottolineano che, nonostante non è consigliabile per seri problemi psicologici che necessitano del trattamento psicologico/psichiatrico appropriato, sono stati realizzati degli studi che confermano i benefici sociali, fisici e psicologici ottenuti con l'intervento della scrittura di Pennebaker. Tra i progressi ottenuti, gli autori elencano la riduzione dello stress dalle visite mediche, miglioramento del funzionamento del sistema immunitario, una pressione sanguigna ridotta, miglioramento del funzionamento del polmone e del fegato, riduzione dei giorni in ospedale, miglioramento dell'umore, forte sensazione di benessere psicologico, riduzione dei sintomi depressivi prima delle visite mediche, riduzione dell'assenteismo dal lavoro, veloce ri-assunzione dopo un licenziamento, miglioramento della memoria di lavoro, miglioramento delle prestazioni sportive, incremento della media voto all'università e comportamento linguistico e sociale alterato. Invece Chibici Revneanu, C. (2016) suggerisce che questa tecnica potrebbe essere considerata anche nel contesto migratorio, sottolineando la semplicità d'uso e l'effettività, argomentando che potrebbe essere uno strumento utile in contesti diversificati culturalmente per un incremento del benessere nei migranti.

L'adozione di questa tecnica in questo studio venne fatta per una serie di motivi:

- a) innanzitutto, anche se la scrittura espressiva è stata un modello di terapia in diversi contesti di studio e di ricerca, non era mai sperimentata su un gruppo di migranti;
- b) per ovvie difficoltà di lingua, è stato ipotizzato che, nonostante la presenza di mediatori culturali, per i migranti potrebbe essere difficile creare un'alleanza terapeutica con lo psicologo specialista del Centro di Accoglienza Straordinaria (CAS), nella forma classica di terapia a due;
- c) È stata ipotizzato anche il colloquio psicologico a tre con la presenza della persona bisognosa di aiuto psicologico, dello psicologo/a, e del mediatore culturale che dovrebbe fare anche il traduttore eventualmente;

- d) Anche con la presenza del mediatore culturale, la seduta sarà fatta di interruzioni e frammentazioni che potrebbero non giovare alla seduta e all'obiettivo prefissato;
- e) Le differenze linguistiche potrebbero modificare il messaggio che il mittente invia, e potrebbe trasformare cosa lo specialista riceve.
- f) È stato ipotizzato anche la forma della terapia di gruppo, la quale ha i suoi vantaggi, e inoltre anche i svantaggi, per esempio, una persona non si sentirebbe a suo agio in gruppo, e preferisce parlare in privato con lo psicologo/a.
- g) La scrittura espressiva è stata usata con buoni risultati in diversi contesti. Questo fatto conferma l'idea che la tecnica è adattabile, è flessibile, e facile a modellarla secondo diversi contesti non clinici.

In seguito a queste indicazioni, è stato ipotizzato che esprimersi nella propria madrelingua, in un ambiente tranquillo e riservato, dove si può garantire anche la riservatezza delle frasi che la persona scrive (avendo davanti solo il foglio e la penna), potrebbe essere una tecnica favorevole per esternalizzare le difficoltà del viaggio migratorio. La tecnica consiste semplicemente nello scrivere per tre giorni consecutivi per 20 minuti ciascun giorno sulle proprie emozioni, sentimenti e pensieri più profondi. La tecnica della scrittura espressiva è stata perfezionata nel tempo, dopo vari esperimenti che popolazioni diverse. Inizialmente, (Pennebaker, Beall, 1986), l'autore evidenziò preliminarmente che scrivere, in relazione alle emozioni e i fatti riguardo ad un evento traumatico, si associava ad una più alta pressione sanguigna e ad uno stato umorale negativo in seguito alle tracce scritte. Nonostante l'esito negativo, l'ottimismo degli autori si basava nel fatto che, nonostante tutto, questi risultati riguardavano direttamente a questioni relative al catarsi, ai sintomi psicosomatici basati sull'inibizione comportamentale e all'auto-divulgazione (Pennebaker, Beall, 1986). I risultati successivi hanno dimostrato una correlazione positiva della scrittura espressiva con i benefici fisici e psicologici (Pennebaker, 1997)

Ulteriormente, la tecnica è stata perfezionata e i risultati hanno confermato la validità, con gli effetti che si notano oggettivamente sulla salute e il benessere (Pennebaker & Chung, 2011). La tecnica è stata usata con successo in vari contesti di ricerca. L'autore sostiene che non esiste una teoria unificata per spiegare la sua efficacia e che la scrittura espressiva si accosta alle persone in multipli livelli, cognitivi, emozionali, sociali e biologici (Pennebaker, 2006). In uno studio sulla perdita del lavoro, è stato trovato che le persone che scrivevano le proprie emozioni e pensieri riguardo alla perdita del lavoro, riuscivano a trovare lavoro più velocemente in confronto con il gruppo di controllo che scriveva su argomenti superficiali o non scriveva per niente (Spera, Buhrfeind, & Pennebaker, 1994).

In un altro studio è stata trovata l'efficacia della scrittura espressiva in un gruppo di studenti con sintomi depressivi. Le persone trattate con la scrittura espressiva dopo 6 mesi ebbero una riduzione dei sintomi depressivi (Gortner & Pennebaker, 2006). Sembra che la scrittura espressiva influenza le attitudini delle persone a cercare subito un nuovo lavoro (Pennebaker, 1997). Pennebaker & Slatcher (2006) applicarono la tecnica anche in un contesto di coppie coinvolte sentimentalmente. Gli autori hanno creato due gruppi, uno che scriveva sulle proprie emozioni in relazione alla propria relazione romantica e un altro che scriveva sulle proprie attività quotidiane. I partecipanti che hanno scritto sulla propria relazione in coppia ebbero risultati significativi migliori, nel senso che erano disposti a stare con il proprio partner più che i partecipanti dell'altro gruppo. L'analisi linguistica confermò che le persone del Gruppo Clinico usarono più parole a contenuto emotivo rispetto all'altro gruppo. Altri risultati favorevoli dove la scrittura espressiva è stata utilizzata con successo sono a riguardo la riduzione dei sensazioni di disagio sulle ingiustizie sul posto di lavoro (Barclay & Skarlicki, 2009), sul ruolo moderatore nella relazione tra pensieri intrusivi e sintomi depressivi (Lepore, 1997), sul modello digitale della promozione della salute, della prevenzione e della psicoterapia (De Giacomo et al, 2010), sui miglioramenti scolastici degli adolescenti con problemi emozionali (Travagin, Margola, Revenson, 2015), in psicoterapia dove i clienti che fecero uso della scrittura espressiva mostrarono progresso in terapia e riduzione significativa nei sintomi d'ansia e nei sintomi depressivi,

concludendo che la scrittura espressiva facilita il processo terapeutico e i suoi obiettivi prefissati (Graf, Gaudiano, Geller, 2008).

## **2. LO STUDIO SPERIMENTALE**

l'Italia è uno dei paesi strettamente connesso al fenomeno dell'immigrazione e gioca un ruolo importante come primo paese di approdo prima dell'eventuale smistamento in Europa. A tal proposito, numerose sono le indagini psicologiche riguardo la presenza dei migranti arrivati via mare nel Sud Italia. Le ricerche includono studi sullo stato dei migranti pre, durante e post migrazione in campioni di adulti e minorenni. Il presente studio è inserito in una ricerca più ampia in corso di svolgimento presso il laboratorio di Psicologia Clinica del Dipartimento di Psicologia Clinica e Dinamica, Sapienza. La gestione dello studio è stata fatta direttamente dal sottoscritto con la supervisione del tutor prof C. Lai, e con l'aiuto della dott.ssa C. De Paola. La ricerca è stata condotta dallo stesso, il quale è co-responsabile del reperimento dei dati, il reclutamento, l'immagazzinamento e la conservazione degli stessi. Il tutor, prof. C. Lai è il referente della ricerca e dei contatti con le figure professionali di expertise. C. De Paola è referente dell'accordo di collaborazione con i Centri di Accoglienza ed ha partecipato, in prima persona, assieme al sottoscritto al reclutamento ed alla somministrazione. Il prof. E. Caroppo è stato responsabile dei contatti con i centri di accoglienza ed ha mantenuto i rapporti con diverse figure professionali di expertise. Con la supervisione del prof. C. Lai, il sottoscritto E. Begotaraj e dott.ssa C. De Paola hanno lavorato alla stesura delle tabelle in Microsoft Office e in Statistica Soft 10.

### **Breve introduzione allo studio**

Tessitore & Margherita (2017) hanno rilevato che gli studi psicologici in Italia, sul tema della migrazione, seguono due filoni principali, a) sul versante clinico e della salute mentale, b) sul versante psicosociale e comunitario, suggerendo che la futura ricerca in Italia si dovrebbe indirizzare verso i fattori protettivi riguardanti gli interventi e gli esiti psicopatologici. Un altro studio ha cercato di identificare l'estensione e la natura della ricerca sui disturbi mentali ed il loro trattamento sui migranti

domiciliati in Italia e in altri due grandi paesi europei (Claasen et al, 2005). Altre ricerche si concentrano sulle implicazioni mentali (Turrini et al, 2017) per identificare eventuali disturbi e per implementare gli interventi necessari. Crepet et al., (2015) si sono orientati verso la correlazione tra il trauma e la salute mentale, identificando esperienze traumatiche che coinvolgevano la fase pre, durante e post migrazione verso l'Italia. Sulla scia del filone di ricerca sopra esposta, nasce l'esigenza di individuare un intervento efficace e adattabile al contesto migratorio, in grado di agire sui fattori di rischio ed avere un effetto sulla perdita di speranza, sull'alessitimia, sulla qualità della vita, e sull'attaccamento adulto.

Seguendo la stessa linea, il presente lavoro si propone di verificare l'efficacia di un intervento di scrittura espressiva sui processi elaborativi riguardanti l'esperienza migratoria. Tale tecnica è stata impiegata inizialmente da Pennebaker su un gruppo di studenti (Pennebaker, Beall, 1986), venendo poi impiegata in svariati contesti di ricerca e intervento; in ogni modo non è stato utilizzato nel contesto della migrazione.

A tal proposito, un gruppo di ricercatori, già precedentemente hanno valutato l'efficacia di un intervento sulla scrittura espressiva in migranti donne in Messico (Chibici-Revneanu et al., 2016), dimostrando che chi effettuava il compito di scrittura espressiva mostrava dei benefici psicologici in ottica dell'inclusione sociale e dell'integrazione. Inoltre, lo studio ha dimostrato come le sessioni delle scritture espressive potevano essere un utile strumento di informazione qualitativa sui processi migratori. Complessivamente, lo studio sostiene il miglioramento della condizione emotiva e della qualità della vita in una popolazione di donne migranti applicando l'intervento di scrittura espressiva di Pennebaker.

Il presente studio invece, si propone come obiettivo di verificare gli effetti della tecnica della scrittura espressiva su l'esperienza di viaggio nei migranti che risiedono nel territorio italiano, con un'esperienza di viaggio migratorio difficile.



## **Metodo**

### *Campione e criteri di inclusione*

La ricerca è stata condotta su una popolazione di migranti domiciliati a Roma nei Centri di Accoglienza Straordinaria, strutture pubbliche e private che si occupano di accoglienza di migranti. Ogni partecipante è stato invitato a compilare un modulo di consenso informato. È stato garantito l'anonimato e la privacy. In accordo con il Comitato Etico del Dipartimento, sui dati era garantita la confidenzialità del partecipante e il suo anonimato. Per ogni partecipante, i dati sono stati codificati e conservati nel laboratorio di Psicologia Clinica, Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica. Questo studio non ha conflitti di interessi, è uno studio originale. Per ogni partecipante è stata presa l'informazione relativa all'età, sesso, nazionalità, background familiare, professione, tempo del viaggio migratorio, le rotte seguite, eventuali compagni di viaggio, la vita in Italia, eventuale impiego e scolarità. Sono stati contattati 66 persone presso il "Tre Fontane", una struttura privata attiva nel settore dell'accoglienza dei migranti. Potevano partecipare individui di età adulta (+18 anni), con uno status di migrante economico o rifugiato o richiedente asilo con un viaggio di migrazione di entrata in Italia in condizioni di clandestinità. Inoltre, dovevano parlare e scrivere in modo fluente almeno una delle seguenti lingue: italiano, inglese, francese, turco, tigrino e arabo.

Il campione è stato suddiviso in tre gruppi e l'assegnazione dei soggetti era randomizzata tenendo in considerazione una distribuzione equa della nazionalità.

*Gruppo Clinico:* 24 soggetti che effettuavano l'intervento di scrittura espressiva rispetto ad un evento doloroso strettamente connesso all'esperienza migratoria.

*Gruppo Neutro:* 16 soggetti che erano sottoposti ad un intervento di scrittura descrittiva rispetto ad eventi emotivamente neutri.

*Gruppo di Controllo:* 26 soggetti non sottoposti ad intervento.

Sono stati esclusi dal reclutamento i soggetti che presentavano accertati disturbi clinici e psicopatologici e che facevano utilizzo di sostanze. In più, venivano esclusi quelle persone che erano in trattamento farmacologico o psicologico o psicoterapeutico.

### *Procedura*

Lo screening iniziale veniva fatto dalla psicologa/o del centro, la/il quale informava i ricercatori sulle persone che non potevano partecipare. A novembre 2017, è stato preso l'approvazione dal Comitato Etico del Dipartimento di Psicologia Clinica e Dinamica per svolgere questa ricerca. Successivamente sono stati avviati i contatti con dei Centri di Accoglienza nella città di Roma. Ulteriormente è stato firmato l'Accordo di Collaborazione, tra la Cooperativa Sociale "Tre Fontane" che si occupa di accoglienza dei migranti e dalla direzione del Dipartimento, per la durata di un anno. Inoltre, è stato preso l'approvazione dalla prefettura di Roma, per l'ingresso dei ricercatori nelle sedi dei Centri di Accoglienza Straordinaria. Dopo i colloqui iniziali con i responsabili del centro, sono stati chiamati in causa due mediatori culturali, facenti parte del centro per aiutare i ricercatori nel reclutamento e nel lavoro con i migranti. La fase di reclutamento ha avuto inizio a novembre 2017. La sede delle sessioni delle scritture espressive e descrittive e della somministrazione dei questionari era effettuata negli ambienti interni del centro di accoglienza. Successivamente un altro gruppo è stato reclutato a marzo 2018 fino ad aprile 2019.

L'esperimento è stato suddiviso in tre tempi:

- a) *un tempo T<sub>0</sub>*, ai partecipanti venivano somministrati tutti i questionari proposti per lo studio, entro una settimana dal primo incontro i vari gruppi erano sottoposti a scrittura espressiva o neutra per tre giorni consecutivi. L'esecuzione del compito era di 20 minuti.
- b) *un tempo T<sub>1</sub>*, dopo una settimana dal *T<sub>0</sub>* in cui venivano nuovamente somministrati i questionari

c) un tempo T2, dopo un mese si svolgeva il follow-up e in cui si effettuava una nuova somministrazione della batteria di test.

### *Il trattamento*

Al Gruppo Clinico veniva fornita una traccia di scrittura che potesse implicare le proprie emozioni e pensieri profondi concernenti al viaggio traumatico: *“Per i prossimi tre giorni vorrei che Lei scrivesse i pensieri e i sentimenti più profondi, legati alla sua **esperienza di viaggio per venire in Italia**. Non si preoccupi della grammatica, dell’ortografia e della struttura del periodo, tutto ciò che lei scriverà rimarrà completamente confidenziale. Vorrei che nel suo testo Lei esaminasse i suoi stati d’animo e i suoi pensieri più profondi in merito a tale esperienza. Ad ogni modo, è essenziale che si lasci andare ed entri in contatto con quelle sue emozioni e con quei suoi pensieri più profondi. L’unica regola è che trascorrano 20 minuti da quando Lei comincerà a scrivere<sup>1</sup>.*

### *Gruppo di scrittura neutra*

I partecipanti del gruppo di scrittura neutra erano invitati a descrivere un oggetto presente nella loro abitazione, oppure descrivendo la casa o la città dove risiedeva attualmente seguendo questa traccia: *“Per i prossimi tre giorni vorrei che Lei descrivesse un oggetto che si trova nella sua stanza. Dovrebbe descrivere dettagliatamente l’oggetto specifico senza discutere circa i suoi pensieri o le sue emozioni relative all’argomento. Non si preoccupi della grammatica, dell’ortografia e della*

---

<sup>1</sup> La traccia originale di Pennebaker: “For the next 4 days, I would like you to write your very deepest thoughts and feelings about the most traumatic experience of your entire life or an extremely important emotional issue that has affected you and your life. In your writing, I'd like you to really let go and explore your deepest emotions and thoughts. You might tie your topic to your relationships with others, including parents, lovers, friends or relatives; to your past, your present or your future; or to who you have been, who you would like to be or who you are now. You may write about the same general issues or experiences on all days of writing or about different topics each day. All of your writing will be completely confidential..Don't worry about spelling, grammar or sentence structure. The only rule is that once you begin writing, you continue until the time is up.”, Pennebaker, J. W., & Beall, S. K. (1986). Confronting a traumatic event: toward an understanding of inhibition and disease. *Journal of abnormal psychology*, 95(3), 274.

*struttura del periodo, tutto ciò che lei scriverà rimarrà completamente confidenziale. L'unica regola è che trascorrano 20 minuti da quando Lei comincerà a scrivere”.*

### *Il follow-up*

Dopo aver ottenute le risposte dai partecipanti, si poteva già fare una piccola analisi, per vedere che cosa hanno raggiunto i risultati. Per avere una buona attendibilità e validità dei risultati veniva eseguita una terza somministrazione, in un terzo tempo. L'obiettivo di questo follow-up era di capire se i risultati ottenuti nel T1 potevano essere duraturi e se gli eventuali cambiamenti positivi nel Gruppo Clinico potevano essere stabili nel tempo, e non frutto di una casualità nelle risposte. La terza somministrazione, in altre parole, sanciva l'efficacia della scrittura espressiva. Questa sessione durava sempre circa un'ora con eventuali pause, sono stati invitati tutti i tre i gruppi di persone per compilare la batteria dei questionari. Quest'ultima sessione è stata chiamata T2.

### *Strumenti*

Sono stati misurati i seguenti costrutti:

1. Il livello della mancanza della speranza tramite il Beck Hopelessness Scale;
2. L'alessitimia con il questionario TAS-20;
3. I sintomi psicologici e psicopatologici usando il questionario SCL-90-R;
4. Il trauma, usando la Impact of Events Scale (IES-R);
5. La qualità della vita, usando SF-12.
6. L'attaccamento con il questionario SAAM;

### *Beck Hopelessness Scale (BHS)*

La perdita della speranza viene misurata attualmente quasi unicamente con il questionario Beck Hopelessness Scale (BHS). Gli autori, Beck et al., (1974) per misurare il pessimismo hanno creato questa scala della perdita della speranza negli adulti (Beck et al., 1961). Loro designarono una scala

per quantificare la perdita della speranza con tre specifici componenti, affettivo, motivazionale e cognitivo. La scala ha una consistenza interna pari a 0.93 e viene correlata con il Test di Stuart sul Futuro (SFT) e con l'item del pessimismo della Beck Depression Inventory (Beck et al., 1961; 1978; 1996). La scala è uno strumento di self report per la quantificazione della perdita della speranza in pazienti ospedalizzati e nella popolazione generale (Kocalevent, 2017). Il questionario è composto da 20 items con affermazioni positive e negative, “vedo il futuro con speranza ed entusiasmo”, o “potrei arrendermi perché non potrei migliorare le cose per me”, con il soggetto che deve scegliere cercando “vero” o “falso”. La scala è composta anche da item inversi e ogni risposta scelta “falsa” significa zero punti, per ogni risposta scelta “vera” viene assegnato un punto. Il punteggio finale viene come risultato della somma degli 20 items, con il minimo zero punti e il massimo 20 punti. La persona deve rispondere tenendo in mente la sua settimana passata. In questo studio è stato usato il BHS (Beck et al., 1988) con adattamento italiano a cura di Pompili et al., (2009). La scala è composta da tre dimensioni riguardo alle aspettative sul successo (la motivazione), alle insicurezze riguardo al futuro e all'aspettativa riguardo al fallimento (Dyce, 1996). Più alto è il punteggio, più alta è la perdita della speranza negli intervistati. Per i punteggi da 0-3 il livello della perdita della speranza è nella normalità, da 4-8 si ha a che fare con una lieve perdita di speranza, per punteggi da 9-14 si ha una moderata perdita della speranza, per punteggi più alti di 15 si ha a che fare con una grave perdita di speranza. Il tempo a disposizione delle persone per completarlo è misurato in 5-10 minuti. Anche se la scala nacque come uno strumento per le persone ospedalizzate, altri studi (Steed, 2001) hanno validato la sua utilità anche in popolazioni non cliniche. Come un costrutto psicologico, la speranza viene studiata e analizzata in diversi settori psicologici della ricerca. Secondo Lazarus, (1999) la speranza è un'emozione e una risorsa vitale di coping contro la disperazione. Strettamente legato al concetto della speranza, ugualmente in psicologia si studia il concetto della mancanza della speranza, probabilmente per lo stretto interesse clinico nella depressione (Lazarus, 1999). Secondo l'autore è impossibile parlare della speranza senza considerare le sue controparti negative, la disperazione,

rimanere senza aiuto, la mancanza della speranza e la depressione. Lazarus afferma che la speranza è credere in qualcosa di positivo, la quale anche se non può essere applicata nel presente nella vita della persona, potrebbe comunque materializzarsi. La speranza è una caratteristica molto più forte del desiderio o la motivazione, per il fatto che si basa nel credere nella possibilità di un esito favorevole, il quale dà alla speranza in aspetto cognitivo (Lazarus, 1999). Per le persone che migrano avere speranza è una componente fondamentale per trovare stimoli non percorso scelto. Nel contesto migratorio la speranza come fattore motivante si propone come il tratto principale delle persone che si muovono per iniziare una nuova vita. Le difficoltà incontrate durante il viaggio potrebbero pesare nella quantità della speranza queste persone posseggono. Misurare la speranza o la perdita della speranza in un simile contesto come quello migratorio, potrebbe dare indicazioni importanti verso una migliore interpretazione degli eventuali sintomi psicologici del viaggio migratorio. La speranza come variabile è stata studiata con diverse interviste, questionari qualitativi e quantitativi. Il questionario preso in considerazione in questa ricerca è il BHS (Beck et al., 1993). Nella stessa linea si trovano anche MacInnis & De Mello (2005), per i quali la speranza ha un ruolo moderatorio nella relazione tra il coinvolgimento e le aspettative da una parte e attitudini e soddisfazione dall'altra. Inoltre, Mowrer (1960) mette in relazione la speranza con la paura, concretamente ad un alto livello di speranza, fa riferimento un basso livello della paura, pertanto, secondo l'autore, darsi speranza è un atto di autoguarigione (Mowrer, 1960). La controparte della speranza sarebbe la perdita della speranza, un concetto altrettanto studiato in psicologia. Alloy et al., (1988), lo inquadrano nella teoria della perdita della speranza della depressione. Secondo gli autori esiste in natura un sottotipo, ancora non identificato, della depressione, che loro lo chiamano depressione dalla perdita della speranza. Anche O'Connor et al., (2000) lo considerano la perdita della speranza in correlazione con la depressione. Secondo questi autori, la perdita della speranza viene definita come "il grado al quale un individuo è pessimistico riguardo al futuro" (Alloy et al, 1998). Dunn et al., (2014) hanno

sviluppato una scala sulla perdita della speranza dove la perdita della speranza viene descritta come una risposta temporanea o come un tratto cronico.

### *TAS-20*

Un altro costrutto psicologico parte di questo studio è l'alessitimia. Il campione che è stato scelto, arrivando in un nuovo paese trova delle difficoltà linguistiche e di comprensione. Nonostante questo, si ipotizza anche che per via del viaggio migratorio, a queste naturali difficoltà, si sovrappongono anche quelle correlate al trauma del viaggio. Si presuppone che le persone che migrano potrebbero avere complicazioni nello spiegare le proprie emozioni, avendo difficoltà di espressione, oppure difficoltà a parlare. Si definisce alessitimia la difficoltà che l'individuo ha a sperimentare ed esprimere i sentimenti (Zech et al., 1999). Altri autori aggiungono anche difficoltà nell'autoregolazione emotiva (Larsen et al, 2003) e combina elementi di psicosomatica e psicologia delle emozioni. Sono difficoltà emozionali che si possono constatare in persone ospedalizzate e non. Nemiah et al (1976) definisce l'alessitimia come un fenomeno subclinico che rispecchia un'assenza di consapevolezza emotiva, o più specificatamente, difficoltà a identificare e descrivere i sentimenti e a distinguere i sentimenti dalle sensazioni corporee dell'arousal emozionale (Singer & Tusche, 2013). Secondo Hendrix et al., (1991), l'alessitimia è riconosciuta da queste caratteristiche:

- Riduzione o incapacità a provare emozioni
- Riduzione o incapacità a verbalizzare le emozioni
- Riduzione o incapacità a fantasticare
- Assenza delle tendenze a pensare sulle emozioni altrui
- Difficoltà a identificare le emozioni (Hendryx et al., (1991)

Questa difficoltà non significa anafettività, le persone alessitimiche provano emozioni, ma hanno difficoltà esternalizzarle. La difficoltà ad esternalizzare le emozioni è stata presa in considerazione nella situazione dei migranti, ipotizzando le difficoltà incontrate con una lingua diverse, e inoltre le difficoltà derivate dal trauma del viaggio migratorio. Recentemente è stato suggerito che l'alessitimia potrebbe essere un fattore predisponente per vari problemi psichiatrici come sintomi fisici non spiegabili con la somatizzazione, disturbi alimentari e dipendenze da sostanze (Kooiman et al., 2002; Taylor et al., 1999).

Per misurare il costrutto dell'alessitimia vengono usati questionari quantitativi come il TAS-20, lo TSIA, MMPI scala sull'alessitimia, Bermond- Vorst Alexithymia Questionnaire (BVAQ). Il TAS-20 (Taylor, 1985), è uno degli strumenti più attendibili e validi per misurare diverse caratteristiche dell'alessitimia. Questo strumento è composto di 20 items, alcuni reverse, con le persone che devono cerchiare la risposta che più si adatta a loro, scegliendo in una scala Likert da 1 a 5 dove 1 si riferisce al “fortemente in disaccordo” e 5 al “fortemente d'accordo”. I punteggi vanno dal minimo 20 a 100 punti al massimo. Per i punteggi sotto i 51 punti la persona non risulta alessitimica, per i punteggi da 52 a 60 la persona risulta in una situazione di borderline alessitimica, per punteggi maggiori di 60, si potrebbe dire che la persona è afflitta di alessitimia. Le sotto scale dell'alessitimia sono categorizzate in:

- F1- difficoltà a identificare i sentimenti (DIF )
- F2 – difficoltà nel comunicare i sentimenti agli altri (DDF )
- F3 – pensiero orientato all'esterno (pensiero operatorio) (EOF )



## *SCL-90-R*

La sintomatologia psicologica e psicopatologica ha sempre avuto un occhio di interesse tra gli studiosi. I costrutti psicologici e le variabili psicologiche sono formati dalla miriade dei sintomi che si possono distinguere nell'individuo, formando un segmento che va dalla normalità alla patologia. La costanza e la presenza prolungata sono condizioni necessarie per capire quando un comportamento o un meccanismo di difesa è diventato patologico. Si possono elencare tanti test, interviste e questionari che si usano per la ricerca nel contesto della malattia mentale e nelle difficoltà psicologiche, quali, il 22- Item Scale (Seiler, 1970), il SCL-90-R, oppure il Four Dimensional Symptom Questionnaire (Terluin et al., 2006). In questo studio è stato preso in considerazione il SCL-90-R, uno strumento che viene usato comunemente dai ricercatori da oltre 40 anni.

Il Symptom CheckList 90 Revised (SCL-90-R), (Derogatis et al, 1976; 1999) è un questionario autosomministrato che misura i problemi psicologici e i sintomi psicopatologici in popolazioni cliniche e non cliniche. È composto da 90 items, regolari e reverse, e l'individuo dovrebbe rispondere per un tempo di circa 15 minuti, ma nel nostro campione è durato di circa 30 minuti, accerchiando la propria risposta per ogni affermazione, scegliendo da una scala Likert a 5, dove 0 indica il punteggio minimale, ovvero “per niente”, e 4 quello più alto, “moltissimo”. Elevati punteggi mostrano la presenza di sintomatologia psicopatologica e complicanze psicologiche. Viene composto da 9 dimensioni primarie e 3 indici globali per valutare la gravità o la presenza dei sintomi di disagio psichico relativo all'ultima settimana dell'individuo. I punteggi ottenuti nella scala Likert vengono definiti punteggi grezzi, e vengono convertiti in punteggi quantificabili. I punteggi vanno da un minimo di 30 punti ad un massimo di 75 punti, i quali sono categorizzati in quattro categorie in ordine crescente di punteggio, assente (30-45), normalità (46-55), moderato (56-65), elevato (65-75). Il questionario viene adattato nella versione italiana da Prunas et al., (2012), Settani et al., (2017). Qui sotto vengono spiegate le dimensioni del questionario:

- Somatizzazione (SOM): questo sottoscala descrive disagio derivati da sensazioni corporee, sintomi d'ansia, sintomi respiratori e cardiovascolari;
- Ossessività-Compulsività (O-C): questo sottoscala indaga su presenze comportamentali indesiderate e persistenti negli individui, descrive comportamenti, pensieri, impulsi, azioni riguardo alla sintomatologia clinica dell'ossessività-compulsività;
- Ipersensibilità sensoriale (I-S): questo sottoscala descrive sentimenti di autosvalutazione, di ipersensibilità, di inferiorità e inadeguatezza dell'individuo;
- Depressione (DEP): questo sottoscala viene descritta da items riguardanti alla sintomatologia delle sindromi depressivi, nello specifico allo stato umorale, ai pensieri negativi e ai sentimenti di disperazione;
- Ansia (ANX); questo sottoscala descrive la sintomatologia dell'ansia manifesta, nello specifico paura, panico, tremori, irritazione, ecc.;
- Ostilità (HOS): questo sottoscala descrive i sintomi di una persona facilmente irritabile, con comportamenti aggressivi, rabbia, bassa soglia di risentimento, pensieri aggressivi;
- Ansia fobica (PHOB): questo sottoscala descrive i sintomi di una paura irrazionale persistente dagli altri, fuga ed evitamento di luoghi specifici;
- Ideazione paranoide (PAR): questo sottoscala descrive tendenze di pensiero proiettivo nella persona, delirio, ostilità, comportamenti paranoidei e sospettosi;
- Psicoticismo (PSY): questo sottoscala viene presentata con sintomi ricorrenti di isolamento, di disturbi schizoidi, e comportamenti di ritiro. Nel punteggio elevato vengono classificate anche

forme di allucinazione e pensiero disturbato, che inducono a classificarle anche come sintomi primari schizofrenici.

Di seguito si trovano i tre indici globali atti a misurare la severità del disagio psicologico e psicopatologico:

- Global Severity Index (GSI)- l'indice misura la severità globale del disturbo psicologico dell'individuo;
- Positive Symptom Distress Index (PSDI)- l'indice misura l'intensità dei sintomi
- Positive Symptom Test (PST)- l'indice riporta il numero dei sintomi psicopatologici dell'individuo.

### *IES-R*

Ovviamente un evento intenso e forte emozionalmente, rimane nella memoria per un lungo tempo, probabilmente per sempre. Gli eventi positivi vengono ricordati con piacere e le persone ricorrono con piacere ad evocare quei momenti gradevoli. Piuttosto gli eventi spiacevoli fanno lo stesso strada verso la memoria a lungo termine, per rimanere pronti a intro mettersi nella quotidianità della vita della persona. Gli eventi spiacevoli, se non compresi dalle persona, e elaborati attraverso i meccanismi di difesa, potrebbero ostacolare l'andamento psicologico dell'individuo, fermando o rallentando il benessere psicologico. Un evento non elaborato dalla persona potrebbe diventare un evento traumatico insuperabile che la persona è costretta a portarlo con sé per tutto il tempo, peggiorando la qualità della propria salute mentale. Un viaggio migratorio potrebbe essere difficile da assorbire e comprendere psicologicamente. Dalle testimonianze delle persone che hanno fatto parte di questo studio si venne a conoscenza di percorsi difficili, che sono durati ance anni. Le difficoltà del viaggio migratorio non sono considerate solo lo strappo dal paese di provenienza, ma anche il

tragitto fatto per arrivare nel nuovo paese. Dai racconti delle persone migranti il viaggio migratorio è stato compiuto in solitudine, in gruppo o con un familiare. È durato mesi o anni per arrivare fino in Libia in condizioni difficili di vita, in balia degli scafisti e della polizia del posto che li metteva in prigione. Quasi tutte le persone intervistate hanno attraversato il mare per arrivare in Italia. Queste esperienze sono degli eventi complicati che formano il trauma del viaggio migratorio. Se non si elabora col tempo, questo trauma potrebbe comportare nella persona difficoltà ad autoregolarsi e a relazionarsi nella vita quotidiana, o può sfociare in un disturbo post-traumatico nella circostanza più grave. Per misurare il trauma in questo studio è stato usato la scala dell'impatto dell'evento, IES-R, (Sundin & Horowitz, 2002; Joseph, 2000; Weiss, 2007).

Questa scala è uno strumento autosomministrato usato per misurare l'impatto emotivo di un evento. L'Impact of Events Scale (IES-R) è andato sotto diverse revisioni, attualmente la scala dispone di 22 items, regolari e reverse, si potrebbe usare in popolazioni adulte cliniche e non cliniche, valutando l'impatto di eventi di gravità diversa. Christianson & Marren, (2012) lo descrivono come uno strumento appropriato a misurare uno specifico evento traumatico. L'IES-R ha tre sotto scale che misurano la variabile dell'intrusione, dell'evitamento e dell'ipervigilanza. L'intrusione (INT) viene caratterizzata da

- risposte riguardo i pensieri e sentimenti intrusivi,
- incubi e immagini visuali sul trauma, forti e inaspettati, durante il sonno
- immagini visuali sul trauma dopo la sveglia,
- dissociazione dovuta alla rievocazione del trauma.

L'evitamento (AVD) raccoglie risposte riguardo idee, situazioni e sentimenti che vengono elusi in associazione con un intorpidimento della reattività della persona:

- ripetuti sforzi a non rievocare l'evento,
- sforzi e non parlare sull'argomento,
- evitamento di oggetti, persone o di qualsiasi cosa che fa rievocare l'evento
- tentativi di allontanare residui ricordi dell'evento spostando l'attenzione impegnandosi nel lavoro quotidiano più del dovuto,
- fuggire dal presente, alterando la coscienza con alcool e droghe

L'ipervigilanza (HYP), la terza variabile, introdotta anni dopo nelle successive revisioni, categorizza risposte riguardo,

- ovviamente all'iperarousal,
- alle difficoltà di concentrazione,
- allo spavento,
- l'irritabilità e
- rabbia.

Per ciascun item la persona deve rispondere in relazione all'evento traumatico vissuto, e rievocato negli ultimi 7 giorni. Prima di compilare il questionario, la persona viene invitata a scrivere in tre righe brevemente l'evento traumatico vissuto, nello specifico di questo lavoro, il viaggio migratorio intrapreso. Il tempo totale del completamento dell'auto somministrazione si valuta in circa 10 minuti. Le risposte sono date in una scala Likert a 5, dove 0 implica la risposta minimale "per niente", e 4 indica la risposta massimale "estremamente". I punteggi vanno da 0 a 88. La presenza del PTSD si determina al superamento di 33/88 punti nello score totale.

## *SF-12*

Secondo l’OMS, l’Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 1947; WHO, 1997) la salute viene definita come “uno stato di benessere completo fisico, mentale e sociale”. Lo stato della salute dovrebbe indicare una stima del benessere valutandola tramite il miglioramento della qualità della vita. La qualità della vita insegue proprio questa definizione riguardando la combinazione oggettiva di elementi quali, salute, benessere, cambiamenti nella vita, frequenza e/o severità di eventuali malattie per indicare il benessere psicofisico della persona. Secondo Koot (2001) la qualità della vita comprende tutte i domini della vita di una persona, un concetto multidimensionale, includendo anche diverse menomazioni, handicap e condizioni di vita dell’individuo. Ulteriormente, l’OMS definisce la Qualità della Vita come “la percezione dell’individuo sulla propria posizione nella vita, nel contesto culturale e di valori entro i quali vivono, e in relazione ai propri obiettivi, aspettative, standard e attitudini” (WHO, 1946). Nell’ottica della comprensione di questa definizione bisogna tenere in considerazione:

- Le opinioni e le credenze della persona
- Le relazioni sociali
- L’autonomia della persona
- L’interazione con l’ambiente circostante
- Lo stato fisico della persona
- La salute psicologica

In questo studio per misurare la qualità della vita dei migranti è stato preso in considerazione la SF-12, la Short Form Health Survey (Ware, Kosinski, Keller, 1996). La SF-12 è uno strumento generico

multidimensionale per misurare la percezione soggettiva della persona della propria salute in relazione alla qualità della vita (Brazier & Roberts, 2004). Il questionario è una derivazione della SF-36 (Jenkinson et al, 1997), contiene 12 items regolari e reverse e rispetto alla versione precedente riduce quasi ad un terzo il tempo della compilazione. L'SF-12 è formato da 4 scale (funzionamento fisico, ruolo e salute fisica, ruolo e stato emotivo, salute mentale) misurate da 2 item ciascuna e da 4 scale misurate ognuna da un item (dolore fisico, vitalità, attività sociali e salute in generale), (Ottoboni et al, 2017). Nel complesso valuta 8 aspetti dello stato di salute: percezione generale, vitalità, attività fisica, attività sociali, limitazioni dalla salute fisica, dolori fisici, salute mentale, stato emotivo. L'auto somministrazione dura meno di 6 minuti, e misura il totale della Componente Fisica (PCS) e il totale della Componente Mentale (MPS), le due sotto scale che lo compongono. L'interpretazione dei valori totali e delle due sotto scale viene data in percentuale. Più basso è la percentuale dei valori, più scadente viene indicata la salute della persona, e nello specifico riferendosi agli items, più disagio psicologico, più stanchezza fisica e più complicazioni emotivi. E al contrario un aumento della percentuale dei valori indica migliori condizioni di salute e di stato psico-fisico. L'SF-12 è uno strumento breve, veloce, facile, valido e attendibile che si può usare in adulti per popolazioni cliniche e non cliniche.

### *SAAM*

L'attaccamento è un costrutto psicologico che descrive il legame emozionale profondo e duraturo tra una persona e un'altra attraverso il tempo e lo spazio (Bowlby, 1969). Dal periodo della scoperta della teoria di attaccamento di Bowlby e Ainsworth, gli studi successivi si sono spinti oltre l'attaccamento infantile, sviluppando quello che si definisce l'attaccamento adulto. Si intende per attaccamento adulto “la tendenza stabile di un individuo in cerca di prossimità e contatto con una o più individui specifici che possono garantire il potenziale soggettivo per la sua sicurezza e tranquillità fisica e/o psicologica” (Sperling & Berman, 1994). In questo studio l'attaccamento adulto è stato misurato con

il questionario autosomministrato SAAM (Gillath et al., 2009), versione italiana a cura di Trentini et al., (2015) atto ad indagare le variazioni temporali negli stili di attaccamento adulto in popolazioni non cliniche.

Il questionario contiene 21 items ed è composto da tre sotto scale (7 items per ogni sottoscala) o dimensioni: ansietà (dell'abbandono), evitamento, sicurezza, “con le ultime due correlate negativamente” (Gillath et al., 2009). Le risposte vengono proposte in una scala Likert a 7, con items regolari, non reverse, dove 1 indica “del tutto in disaccordo” e 7 indica “del tutto d'accordo”, con la somma del totale che va in un range 7-144 punti. La persona intervistata deve scegliere quella che la caratterizza di più in quel momento, per ciascuna affermazione nel questionario. Non c'è un livello di cutt-off per questa scala. Secondo Trentini et al (2015), “la versione italiana è una misura valida ed attendibile, mostrando delle buone premesse di uno strumento clinico per cambiamenti di breve termine nello stato dell'attaccamento, anche in contesti non culturalmente inglesi”.

La strumentazione è stata somministrata, quando necessario, con l'aiuto di due mediatori culturali eritrei, che lavoravano al Centro di Accoglienza Straordinaria. Dopo la traduzione in tigrino, i questionari sono stati ritradotti in italiano e sono stati confrontati con la versione originale. Le eventuali differenze trovate tra le due versioni entravano nel range dell'errore consentito, avendo.



Tabella 1. Schematizzazione della procedura di somministrazione del trattamento e self-report

	<i>T0</i> (somministrazione dei test)	<i>T1</i> (dopo una settimana dalla prima somministrazione)	<i>T2</i> (dopo 1 mese dalla prima somministrazione)
	BHS (Beck Hopelessness Scale);  TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale);  SCL-90-R (Symptom Checklist-90-R);  IES- R (Impact of Events Scale- R);  SF-12 Health Survey;  SAAM (State Adult Attachment Measure).	BHS (Beck Hopelessness Scale);  TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale);  SCL-90-R (Symptom Checklist-90-R);  IES- R (Impact of Events Scale- R);  SF-12 Health Survey;  SAAM (State Adult Attachment Measure).	BHS (Beck Hopelessness Scale);  TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale);  SCL-90-R (Symptom Checklist-90-R);  IES- R (Impact of Events Scale- R);  SF-12 Health Survey;  SAAM (State Adult Attachment Measure).
G1	Tecnica Pennebaker tra <i>T0</i> e <i>T1</i>		
G2	Scrittura neutra tra <i>T0</i> e <i>T1</i>		
G3			

## Statistiche descrittive sociodemografiche

Per immagazzinare l'informazione, per la codifica e l'analisi è stato usato il software Statistica Soft 10. Per ogni gruppo sono stati calcolati la nazionalità, l'età e il sesso, la scolarità e la distribuzione tra i sessi. Dopo la raccolta dei dati, i risultati sono stati riportati in un file Excel con i tre tempi descritti. I nomi dei partecipanti sono stati codificati e i dati ottenuti immagazzinati e conservati. Le analisi sono state operate usando il software Statistica Soft 10. Sono state evidenziate le p per ciascuno test e per ciascuna dimensione facente parte del costrutto psicologico in esame.

*Tabella 1.* Medie e deviazioni standard dell'età dei tre sottogruppi (Gruppo Clinico, Gruppo Neutro, Gruppo di Controllo) differenziati per genere (maschi e femmine)

Età	Maschi = 59	Femmine = 7	Totale= 66
Gruppo Clinico 24	27.1 ± 8.3	28.5 ± 3.5	27.2 ± 8.0
Gruppo Neutro 16	26.6 ± 6.2	35.5 ± 17.7	27.7 ± 8.0
Gruppo di Controllo 26	28.2 ± 10.5	26.3 ± 9.2	28.0 ± 10.2
Totale 66	27.4 ± 8.7	29.6 ± 10.0	27.6 ± 8.8

Gruppo  $F(2,60) = 0.4$ ;  $p = 0.676$

Sesso  $F(1,60) = 0.6$ ;  $p = 0.448$

Interazione Gruppo per Sesso  $F(2,60) = 0.8$ ;  $p = 0.467$

Come mostrato in Tabella 1 l'età dei partecipanti era abbastanza omogenea e non mostrava effetti significativi. I partecipanti maschi nello studio sono stati 59/66, e si constata una distribuzione molto minore delle partecipanti femmine (9%). Nelle Tabelle 2 e 3 vengono riportati i partecipanti dello

studio divisi per regione di provenienza. Precisamente la tabella 2 descrive i partecipanti raggruppati in tre grandi macroaree in base alla loro provenienza.

*Tabella 2.* Medie e deviazioni standard dell'età dei tre sottogruppi (Gruppo Clinico, Gruppo Neutro e Gruppo di Controllo) differenziati per macroarea di provenienza (Centro-Ovest Africa, Nord-Est Africa, Asia.)

Età	Centro-Ovest 22	Nord-Est 31	Asia 13	Totale 66
Gruppo Clinico 24	24.1 ± 4.4	25.9 ± 5.6	33.2 ± 12.2	27.2 ± 8.0
Gruppo Neutro 16	26.9 ± 7.4	30.2 ± 9.0	20.0 ± 0.0	27.7 ± 8.0
Gruppo di Controllo 26	26.7 ± 6.7	27.5 ± 11.5	30.7 ± 10.9	28.0 ± 10.2
Totale 66	25.9 ± 6.2	27.4 ± 9.2	31.0 ± 11.1	27.6 ± 8.8

Il primo gruppo contiene persone provenienti dal centro e dall'ovest dell'Africa (n: 22). Il secondo gruppo, il più numeroso (n: 31) raggruppa i migranti provenienti dal nord e dall'est dell'Africa. Il terzo gruppo raccoglie migranti provenienti dall'Asia (n: 13).

Nella tabella 3 vengono riportati i partecipanti allo studio suddivisi per la specifica nazionalità di provenienza.

*Tabella 3.* Distribuzione dei partecipanti allo studio per nazionalità di provenienza

	<b>Provenienza</b>	<b>Numero delle persone</b>
1.	Algeria	1
2.	Burkina Faso	1
3.	Cameroon	2
4.	Congo	1
5.	Congo RD	1
6.	Eritrea	22
7.	Egitto	1
8.	Etiopia	4
9.	Ghana	1
10.	Guinea	5
11.	Costa D'Avorio	1
12.	India	1
13.	Iran	2
14.	Iraq	3
15.	Libia	1
16.	Marocco	1
17.	Mauritania	1
18.	Mali	1
19.	Pakistan	6
20.	Palestina	1
21.	Nigeria	7
22.	Senegal	1
23.	Turchia	1
	<b>Totale</b>	<b>66</b>

Come si evidenzia dalla Tabella 3 i partecipanti sono stati 66 in totale. La nazione più rappresentata è stata l'Eritrea con 22 partecipanti, seguita da Pakistan con 6 partecipanti e Guinea con 5 persone. Si rileva una distribuzione delle nazionalità di provenienza dei migranti estremamente allargata (23 nazionalità con una moda = 1).

### **3. RISULTATI**

Le analisi statistiche sono state effettuate usando il software Statistica Soft 10.0. Per valutare l'efficacia dell'intervento di scrittura espressiva è stata effettuata un'analisi della varianza a misure ripetute (F di Fisher) e confronti pianificati sulle variabili psicologiche, sul fattore Tempo, sul fattore Gruppo e sul fattore Tempo per Gruppo. I tempi presi in considerazione sono stati T0, T1 e T2, e sono state valutate rispettivamente le differenze tra T0, T1 e T2.

Nella Tabella 4 vengono riportate le ANOVA Gruppo (Gruppo Clinico vs. Gruppo Neutro vs. Gruppo di Controllo) per Tempo (T0 vs. T1 vs. T2) e i confronti pianificati (confronto tra i gruppi nello stesso tempo e confronto tra tempi diversi nello stesso gruppo) svolti sulle variabili psicologiche (il livello della speranza, l'alessitimia, i sintomi psicologici e psicopatologici, l'impatto del trauma, la qualità della vita, l'attaccamento) e le loro dimensioni.

Tabella 4. ANOVA Gruppo (Gruppo Clinico (GCI) vs. Gruppo Neutro (GN) vs. Gruppo di Controllo (GC)) per Tempo (T0 vs. T1 vs. T2) e i confronti pianificati svolti sulle variabili psicologiche (BHS, TAS- 20, SCL-90-R, IES-R, SF-12, SAAM)

	<b>Gruppo</b>	<b>Tempo</b>	<b>Gruppo x tempo</b>	<b>Confronti pianificati</b>
	F (2,25)	F (2,50)	F (4,50)	
<b>Futuro BHS</b>	1,1; p= 0,332	2,1, p= 0,133	1,7, p= 0,160	<b>Al T1: GCI &gt; GC; p= 0,0106</b> <b>Al T2: GCI &gt; GN; p= 0,0071</b> <b>Al GCI: T2 &gt; T1; p= 0,0159</b>
<b>Motivazione BHS</b>	4,2; p= 0,026	1,7; p= 0,201	0,9; p= 0,483	<b>Al T0: GCI &gt; GN; p= 0,003</b> <b>Al T0: GCI &gt; GC; p= 0,005</b> <b>Al T1: GCI &gt; GC; p= 0,021</b>
<b>Aspettativa BHS</b>	2,7; p= 0,083	0,6; p= 0,549	1,0; p= 0,402	<b>Al T0: GCI &gt; GC; p= 0,012</b>
<b>Totale BHS</b>	3,9; p= 0,032	2,5; p= 0,091	1,5; p= 0,207	<b>Al T0: GCI &gt; GN; p= 0,004</b> <b>Al T0: GCI &gt; GC; p= 0,018</b> <b>Al T1: GCI &gt; GC; p= 0,005</b> <b>Al GN: T1 &gt; T2; p= 0,007</b>
<b>TAS-20 F1</b>	0,0045; p = 0,996	0,3; p = 0,755	1,9; p = 0,131	
<b>TAS-20 F2</b>	0,2; p= 0,831	0,8; p= 0,467	1,2; p= 0,324	
<b>TAS-20 F3</b>	0,7; p = 0,508	0,2; p= 0,835	1,1; p= 0,375	
<b>TAS-20</b>	0,1; p= 0,906	0,25; p= 0,779	2,2; p= 0,085	
<b>Somatizzazione di SCL-90</b>	0,7; p= 0,502	1,7; p= 0,189	1,02; p= 0,404	<b>Al T0: GCI &gt; GC; p= 0,020</b> <b>Al GCI: T2 &lt; T0; p= 0,0149</b>
<b>Ossessività-Compulsività di SCL-90</b>	0,3; p= 0,745	0,5; p= 0,625	0,6; p= 0,689	
<b>Ipersensibilità di SCL-90</b>	0,02; p= 0,983	0,5; p= 0,588	0,3; p= 0,889	
<b>Depressione di SCL-90</b>	0,4; p= 0,657	1,5; p= 0,235	0,7; p= 0,619	
<b>Ansia di SCL-90</b>	0,1; p= 0,871	0,2; p= 0,846	0,5; p= 0,714	
<b>Ostilità di SCL-90</b>	0,5; p= 0,594	0,3; p= 0,741	0,1; p= 0,979	
<b>Ansia Fobica di SCL-90</b>	1,4; p= 0,258	0,05; p= 0,949	2,3; p= 0,072	<b>Al T0: GCI &gt; GN; p= 0,004</b> <b>Al T0: GCI &gt; GC; p= 0,004</b> <b>Al GCI: T1 &lt; T0, p= 0,0247</b> <b>Al GCI: T2 &lt; T0, p= 0,0324</b>
<b>Ideazione paranoide di SCL-90</b>	0,9; p= 0,390	0,4; p= 0,660	0,3; p= 0,860	
<b>Psicoticismo di SCL-90</b>	0,1; p= 0,888	0,4; p= 0,657	0,4; p= 0,807	
<b>Indice di Gravità Globale di SCL-90</b>	0,1; p= 0,931	0,7; p= 0,502	0,8; p= 0,531	<b>Al GCI: T2 &lt; T0, p= 0,0487</b>

<b>SCL-90 Distress Sintomi Positivi (PSDI)</b>	0,3; p= 0,736	1,2; p= 0,308	0,7; p= 0,576	
<b>Totale sintomi positivi di SCL-90 (PST)</b>	0,6; p= 0,576	0,8; p= 0,463	1,8; p= 0,145	<b>Al GCl: T1 &lt; T0, p= 0,0134</b>
<b>Intrusione dell'IES-R</b>	0,05; p= 0,951	0,2; p= 0,806	1,4; p= 0,259	
<b>Evitamento dell'IES-R</b>	0,3; p= 0,720	0,99; p= 0,380	0,6; p= 0,691	
<b>Iperarousal dell'IES-R</b>	0,05; p= 0,946	0,8; p= 0,443	1,9; p= 0,120	
<b>Totale IES-R</b>	0,04; p= 0,962	0,2; p= 0,823	1,3; p= 0,283	
<b>Componente fisica del SF-12</b>	3,3; p= 0,054	0,6; p= 0,574	0,1; p= 0,974	<b>Al T0: GCl &lt; GC, p= 0,047</b>
<b>Componente mentale del SF-12</b>	0,6; p= 0,549	0,4; p= 0,685	2,2; p= 0,082	<b>Al T1: GC &gt; GCl, p= 0,0375; Al GCl: T0 &gt; T1, p= 0,0217; Al GCl: T0 &gt; T2, p= 0,0499</b>
<b>Totale SF-12</b>	1,1; p= 0,356	0,2; p= 0,812	1,5; p= 0,201	<b>Al T1: GC &gt; GCl, p= 0,0261</b>
<b>Evitamento della SAAM</b>	0,9; p= 0,433	0,6; p= 0,549	0,8; p= 0,527	
<b>Sicurezza della SAAM</b>	0,1; p= 0,929	2,2; p= 0,125	0,5; p= 0,746	
<b>Ansia della SAAM</b>	0,1; p= 0,888	0,5; p= 0,602	0,3; p= 0,852	

Il fattore Gruppo mostra un effetto significativo solo sulla variabile del totale BHS ( $F(2,25) = 3,9; p = 0,032$ ) e sulla sottodimensione del BHS Motivazione BHS ( $F(2,25) = 4,2; p = 0,026$ ). Il fattore ripetuto Tempo e l'interazione Gruppo per Tempo non mostrano effetti significativi su alcuna delle variabili.

Relativamente ai confronti pianificati, nonostante la randomizzazione dell'assegnazione ai tre gruppi, al T0 vi erano delle differenze tra di essi. Specificatamente il Gruppo Clinico presentava più alti livelli di perdita della speranza, somatizzazione, ansia fobica, problematiche fisiche nella qualità della vita in confronto al gruppo di controllo e a quello neutro.

Inoltre, al T1 il Gruppo Clinico presentava più alti valori di BHS Totale, Motivazione e Futuro rispetto al Gruppo di Controllo e al T2 più alti valori di BHS Futuro rispetto al Gruppo Neutro.

Nel Gruppo Clinico al T1, rispetto al T0, era presente una riduzione dei sintomi di Ansia Fobica SCL e dei sintomi Positivi SCL; al T2 rispetto al T0 era presente una riduzione dei sintomi di Somatizzazione SCL, Ansia Fobica SCL e Gravità Globale SCL; al T2 rispetto al T1 era presente un aumento dei valori del BHS Futuro.

Infine, nel Gruppo Neutro al T2 rispetto al T1 era presente un decremento dei valori del BHS Totale.

L'effetto significativo del fattore Gruppo sulla variabile del totale della mancanza della speranza significa che in gruppi diversi la mancanza della speranza è diversa. Inoltre, il fattore Gruppo è diverso tra i gruppi anche nella perdita della motivazione. Le variabili non hanno variazioni dalla combinazione Gruppo per Tempo.

Come si osserva dalla tabella 4, al T0, il Gruppo Clinico incomincia con livelli più alti di mancanza di speranza sul futuro rispetto al Gruppo Neutro. Dopo l'intervento, la mancanza della speranza diviene più alta nel Gruppo Clinico rispetto al Gruppo di Controllo per un  $p = 0,0106$ . Quindi, nel



Gruppo Clinico c'è un cambiamento per quanto riguarda la mancanza della speranza sul futuro. I partecipanti che hanno usato la scrittura espressiva, hanno un punteggio più elevato, nel tempo che intercorre tra il T1 e il follow-up di un mese. In altre parole, nei confronti pianificati si nota una percezione in crescita della perdita della speranza nel Gruppo Clinico rispetto al Gruppo di Controllo dopo l'intervento scritto, un risultato che non viene confermato dopo un mese.

Per quanto riguarda la motivazione al T0, il Gruppo Clinico parte con un punteggio maggiore rispetto al Gruppo di Controllo per quanto riguarda la perdita della motivazione. Questo risultato viene confermato anche al T1, infatti i partecipanti del Gruppo Clinico, dopo l'intervento, hanno conservato la mancanza della motivazione rispetto al Gruppo di Controllo. Sulla stessa linea quindi, le persone del Gruppo Clinico percepiscono un peggioramento, sia prima dell'intervento della scrittura espressiva, che dopo l'intervento, per quanto riguarda la variabile della motivazione, rispetto al Gruppo di Controllo, il quale non viene sottoposto all'intervento scritto.

Al T0, la percezione della mancanza delle aspettative del Gruppo Clinico era maggiore rispetto a quelle del Gruppo di Controllo. Nel complesso della mancanza della speranza, al T0 il Gruppo Clinico mostra punteggi maggiori rispetto al Gruppo di Controllo. Dopo l'intervento della scrittura espressiva, al T1, i partecipanti del Gruppo Clinico mostrano punteggi più alti rispetto al Gruppo di Controllo, mostrando che, dopo l'intervento della scrittura espressiva, c'è un peggioramento nella percezione della mancanza della speranza nelle persone che hanno scritto sulle proprie emozioni per il viaggio, probabilmente ipotizzando che il contatto ravvicinato con le proprie emozioni relativo all'esperienza del difficile viaggio, disturba le persone a livello emozionale. Intanto, dentro il Gruppo Neutrale, si verifica un cambiamento nei punteggi, c'è una riduzione del punteggio dal T1 al T2, sembrerebbe che con il passare del tempo, le persone che hanno scritto, ma non sulle proprie emozioni, bensì una descrizione semplice, percepiscono un aumento del livello della speranza.

## Discussione

Il risultato principale del presente studio era che il gruppo che aveva svolto un trattamento di scrittura espressiva presentava dei miglioramenti già dopo una settimana dei sintomi positivi e di ansia fobica. A tale precoce miglioramento dell'ansia fobica, ad un mese si aggiungeva anche quello della somatizzazione e dell'indice globale di gravità psicopatologica. Tale ritrovamento supporta l'ipotesi per cui la scrittura espressiva è un trattamento efficace nel ridurre il disagio psicologico esperito dai migranti come sottolineato in altri studi come quello di Del Valle, McEachern, Sabina (1999), i quali trovarono che gli studenti rifugiati cubani erano desiderosi di scrivere sulle loro esperienze pre e post-migrazione, le loro paure, preoccupazioni e speranze per il futuro. A tali studenti che avevano vissuto un'esperienza migratoria, la scrittura espressiva poteva aiutare il processo di ricovero e la promozione della crescita personale. Similarmente, i dati ottenuti sull'ansia trovano conferma anche nello studio di Pennebaker & Evans (2014), che indicano la scrittura espressiva come strumento effettivo nella riduzione dell'ansia e dei sintomi depressivi globali.

Sorprendentemente il gruppo trattato, nonostante mostrasse un evidente miglioramento sulle scale cliniche, presentava altresì un peggioramento rispetto alla speranza nel futuro. Una possibile spiegazione di questo risultato potrebbe essere che il Gruppo Clinico, attraverso lo scritto del proprio racconto, riviveva in modo troppo ravvicinato l'esperienza del viaggio, entrando in contatto a fondo con le proprie emozioni, sentimenti e pensieri.

Nonostante la procedura dello studio prevedesse una assegnazione randomizzata ai tre gruppi dello studio dei partecipanti ad esso, al baseline sono state riscontrate delle differenze tra i tre gruppi, dove specificatamente il Gruppo Clinico mostrava maggiore mancanza di speranza e più alti livelli di compromissione psicologica con più alti livelli di somatizzazione e ansia fobica e di compromissione nel sottoscala della componente fisica della SF-12. Tale risultato, nonostante non invalidi i risultati dello studio, ci obbliga tuttavia ad una cautela nell'interpretazione dei dati.

Inoltre, viene rilevato un dato qualitativo dove il focus dei partecipanti era nel descrivere specificatamente le difficoltà psicologiche vissute durante la permanenza in Libia, descritta come di una sofferenza inumana.

Successivamente, i risultati della scala della mancanza di speranza confermano lo studio di Chioqueta & Stiles, (2005), che hanno trovato un'associazione positiva tra la depressione e la mancanza della speranza. La perdita della mancanza della speranza è in associazione con una riduzione della qualità di vita, più demotivati e senza speranza si sentono le persone, più bassa lo percepiscono la qualità di vita, una percezione che si conferma sia a livello della componente fisica, che in quella mentale. Questo risultato parzialmente è in linea con le evidenze trovate da Dueweke, Hurtado & Hovey (2015). Gli autori hanno trovato in un gruppo di lavoratrici migranti un'associazione negativa tra la perdita della speranza e la resilienza. Nel campione del nostro studio 1 partecipante su 66 era un lavoratore. Si ipotizza che la mancanza del lavoro potrebbe influire negativamente sulla percezione dei migranti sul futuro, la perdita della speranza, le aspettative e la motivazione.

I risultati del nostro studio riguardo la mancanza della speranza sono in linea con lo studio realizzato da Sonderegger, Barrett, & Creed, (2004). Gli autori, nel loro studio su giovani migranti cinesi e ex-jugoslavi in Australia, hanno trovato che i dati per la mancanza della speranza non erano associati con l'ansietà e il trauma, suggerendo che le differenze culturali nel loro campione potrebbero aver influito su questo risultato. Per cui avendo nel nostro studio, un campione diversificato per nazionalità, si potrebbe ipotizzare la provenienza culturale come un elemento ostacolante nel verificare l'efficacia dell'intervento della scrittura espressiva sui valori della mancanza della speranza.

Nel costrutto dei sintomi psicologici e psicopatologici c'è un cambiamento per quanto riguarda il sottoscala della somatizzazione. I partecipanti del Gruppo Clinico hanno avuto dei punteggi minori al T2 rispetto al T0, per cui si può ipotizzare che l'intervento della scrittura espressiva ha aiutato a

ridurre i sintomi della somatizzazione in questi partecipanti, un risultato che non viene verificato negli altri gruppi, sia quello che non prevedeva un intervento scritto, sia nell'altro gruppo, con la scrittura neutra.

Altri cambiamenti si sono verificati nel sottoscala dell'ansia fobica dello stesso costrutto psicologico. Al T0 il Gruppo Clinico presentava punteggi maggiori di ansia fobica rispetto al gruppo di controllo, un risultato che non viene confermato nel T1 e nel T2. Nel Gruppo Clinico il livello dell'ansia fobica mostra punteggi più alti nel T0 rispetto al T1, per cui si potrebbe confermare che si verifica un abbassamento dell'ansia fobica in questo gruppo dopo l'intervento della scrittura espressiva. Questo risultato viene confermato anche dai punteggi nel T2 che sono minori rispetto al T1. Si potrebbe affermare che i partecipanti nello studio che hanno usato la scrittura espressiva, hanno avuto una riduzione del livello dell'ansia fobica dopo l'intervento e questo risultato è duraturo (attendibile) nel tempo.

Per quanto riguarda il sottoscala dell'Indice della Gravità Globale, nel Gruppo Clinico c'è una diminuzione dei punteggi dal T0 al T2. Si potrebbe presumere che dopo l'intervento c'è una riduzione dell'intensità del livello di disagio psichico lamentato dai partecipanti.

Inoltre, nel Gruppo Clinico c'è una riduzione dei punteggi del sottoscala del totale dei sintomi positivi psicopatologici dal T0 al T2. Si potrebbe presumere che, dopo l'intervento, c'è una diminuzione del numero dei sintomi riportati dal partecipante.

I risultati ottenuti sulla scala SCI-90-R sulla sintomatologia psicologica non sono particolarmente in linea con lo studio di Pizarro (2004) sull'efficacia della terapia della scrittura in un gruppo di studenti esposti ad esperienze traumatiche. Questo studio ha proposto la terapia dell'arte e la terapia della scrittura, ottenendo che le persone del gruppo della scrittura espressiva dimostravano un miglioramento maggiore durante la terapia dell'arte, rispetto alla scrittura espressiva nella quale

mostravano una riduzione nella disfunzione sociale. Un altro studio (Smyth, Hockemeyer, & Tulloch, 2008) ha investigato l'effetto di un intervento di scrittura espressiva su individui con un disturbo post traumatico. Gli autori non hanno trovato cambiamenti nei sintomi PTSD, ma hanno trovato miglioramenti nell'umore e nella riduzione del cortisolo in risposta ai ricordi sul trauma. I partecipanti dopo la scrittura espressiva mostrarono miglioramenti nella loro capacità responsiva e un miglioramento nel loro recupero. Questo risultato è in linea con l'evidenza del nostro studio sulla riduzione dei sintomi del disagio globale trovato nel sottoscala del GSI (Global Severity Index). Un altro studio che ha utilizzato la scrittura espressiva in relazione al trauma della guerra è stato condotto da Thabet (2006), il quale ha mostrato miglioramenti, dopo l'intervento, nella qualità del sonno e nella riduzione dei sintomi d'ansia, un risultato che conferma la nostra evidenza della riduzione dei sintomi d'ansia psichica nel SCL-90-R.

Per quanto riguarda la qualità della vita, i punteggi al T1 sono maggiori nel Gruppo di Controllo rispetto al Gruppo Clinico nel sottoscala della componente fisica. Si potrebbe dire che i partecipanti che non si sono sottoposti all'intervento scritto, fisicamente percepiscono una riduzione della sintomatologia della componente fisica rispetto al Gruppo di Controllo.

Ulteriormente, nel sottoscala della componente mentale al T1 si verificano punteggi minori al Gruppo Clinico rispetto al Gruppo di Controllo. Similmente, si potrebbe dire che i partecipanti alla scrittura espressiva hanno un aumento dei sintomi dei componenti mentali rispetto al Gruppo di Controllo.

Infine, entro il Gruppo Clinico c'è un cambiamento nei punteggi durante i tempi. Viene constatata una riduzione dei punteggi al T1 rispetto al T0 della componente mentale. Questo conferma che tramite l'intervento scritto i partecipanti non hanno avuto una riduzione dei sintomi della componente mentale. Questo risultato viene confermato anche nel T2. Infatti, nel Gruppo Clinico, i valori della p (probabilità) sono minori nel T2 rispetto al T0, per cui si potrebbe dire che dopo l'intervento e a lungo termine, non c'è stato il risultato sperato della riduzione dei sintomi della componente mentale.

Per di più, nella sua totalità del costrutto psicologico della qualità di vita, subito dopo l'intervento, si potrebbe dire che il Gruppo Clinico, rispetto al Gruppo di Controllo non percepisce un miglioramento nella qualità della vita. Questa affermazione viene supportata dai punteggi della probabilità (p) minore nel Gruppo Clinico in confronto con il Gruppo di Controllo, nel T1, dopo l'intervento scritto.

Ulteriormente, non si sono verificate evidenze significative relative ai confronti pianificati per i dati sull'alessitimia, l'impatto del trauma del viaggio e riguardo al livello dell'attaccamento adulto dopo l'intervento della scrittura espressiva.

Il presente studio presenta diversi limiti. In primis, potrebbe essere limitato a causa del bias nella compilazione dei questionari di autovalutazione, relativamente alla possibilità di voler dare una immagine di sé positiva. Inoltre, un secondo limite potrebbe essere la lunghezza della batteria testologica. Tale lunghezza, nonostante le pause introdotte durante la somministrazione, potrebbe aver causato la perdita di concentrazione o la perdita di interesse da parte dei partecipanti. Un altro limite dello studio potrebbe essere il numero dei drop-out durante la fase del T1 e del T2. Infatti, viene evidenziato che nel T0 sono stati reclutati 59 partecipanti, e di questi, solamente 31 hanno svolto il T1 e 24 anche il T2.

I centri di accoglienza contattati sono stati solamente due, facenti parte della Cooperativa "Tre Fontane", e conseguentemente il campione scelto potrebbe non essere rappresentativo dei migranti che risiedono in tutti i centri di accoglienza in Italia. Il tempo di residenza dei partecipanti non risultava essere omogeneo, questo potrebbe presupporre una diversa elaborazione dell'esperienza migratoria implicando una variabilità dell'impatto del viaggio.

Inoltre, le persone reclutate sono state contattate in Centri di Accoglienza con l'incarico della *relocation*. Per cui le persone presenti nei centri non garantivano la presenza in sede per un lungo periodo, perciò per evitare il naturale drop-out, la ricerca ha adottato il follow-up dopo un mese,

invece di dopo tre mesi, che poteva evidenziare differenti risultati in un lasso di tempo tre volte più lungo.

### **Commenti finali**

Questo lavoro fornisce informazioni relative ai migranti che si trovano nel comune di Roma e le difficoltà psicologiche incontrate durante e dopo il viaggio migratorio. È stata testata la tecnica della scrittura espressiva come un metodo di intervento per diminuire il disagio dell'esperienza del viaggio e i suoi effetti psicologici. (da ripetere anche nell'ipotesi nel capitolo 2). Anche se la tecnica della scrittura espressiva di Pennebaker è stata usata con successo in vari contesti, non esiste uno studio simile nella letteratura scientifica riguardo gli effetti della scrittura espressiva sull'esperienza del viaggio migratorio. Per realizzare questo studio sono stati presi in considerazione variabili come la mancanza della speranza tra i migranti dopo il viaggio migratorio, il livello dell'alessitimia, la sintomatologia psicologica, la qualità di vita, l'impatto del trauma del viaggio e il livello di attaccamento in un campione di adulti che vivono nei Centri di Accoglienza Straordinaria (CAS) a Roma. Secondo lo studio di Briggs, Talbot & Melvin, (2007), il viaggio migratorio è un'esperienza che pone l'individuo di fronte a elevati rischi di disagio mentale. Nella stessa linea, il nostro studio ha confermato che i disagi psicologici dei migranti sono dovuti anche ad un viaggio migratorio difficile e complicato. I risultati di questo lavoro hanno supportato parzialmente le ipotesi iniziali. Le difficoltà del viaggio migratorio influenzano l'integrazione nel nuovo paese e l'inserimento nella vita quotidiana a livello della salute mentale, più specificatamente con un'inibizione emozionale, con il rifacimento del trauma del viaggio, e con la presenza dei sintomi psicologici dell'ansia e somatizzazione. Tali sintomi assieme ad un prolungamento del processo di regolarizzazione in Italia, contribuiscono ad un calo del benessere psicologico delle persone, rendendoli anaffettivi ed emotivamente rigidi e con un alto livello di vulnerabilità, conclusioni che vengono evidenziati dalla perdita della speranza e del disagio vissuto attinente alla qualità di vita. In più, sembrerebbe che, le

persone che scrivono sulle proprie emozioni percepiscono la realtà in maniera peggiore rispetto a quelli che non scrivono. Il contatto diretto con il trauma, potrebbe far rivivere l'esperienza traumatica, e questo riavvicinamento con le emozioni, viene accompagnato da pessimismo e da una susseguente mancanza di speranza. Nonostante ciò, questa evidenza è provvisoria in quanto a lungo termine non viene confermata. L'allontanamento dall'evocazione del trauma in modo scritto, riporta la persona nella normalità quotidiana, un esito che viene confermato dal follow-up, nel quale non c'è nessun cambiamento sintomatico nelle persone che scrivono e quelle che non scrivono. Inoltre, anche riguardo alla perdita della motivazione sembrerebbe che le persone che scrivono soffrono il contatto diretto con le proprie emozioni riguardo all'esperienza del viaggio, cosa che non avviene nel Gruppo di Controllo, per cui le persone che scrivono si sentono demotivate riguardo al futuro. Una volta allontanato dal contatto diretto con le emozioni del viaggio, la situazione si normalizza, non avendo nessuna differenza tra i gruppi, tutte le persone si trovano sulla stessa linea riguardo al futuro. Stessa conclusione consegue anche per la mancanza delle aspettative. Sembrerebbe che il contatto ravvicinato con le proprie emozioni (le persone del Gruppo Clinico), relativo all'esperienza del viaggio migratorio, tormenta le persone a livello emozionale. Questa acutizzazione potrebbe essere un riflesso del contatto ravvicinato con il proprio trauma. In quel momento non c'è la facilitazione sperata, ma, in accordo con i risultati, sembrerebbe che a lungo termine ci sia un attenuazione del disagio. Confrontando le due tipologie di scritture si potrebbe dedurre che malgrado a breve termine si verifica un peggioramento temporaneo, in ogni modo, scrivere aiuta a lungo termine. Questo risultato viene confermato dal Gruppo Neutro dopo un mese, ma anche dal Gruppo Clinico, nel quale si annulla il peggioramento avuto subito dopo l'intervento scritto. Ancorché, la relazione tra la mancanza della speranza e i vari gruppi rimane non chiara e necessita di ulteriori analisi.

Il trauma del viaggio migratorio in questo studio è stato associato ad una riduzione a livello sintomatologico in risposta all'intervento della scrittura espressiva di Pennabacker. Questo risultato evidenzia anche il risultato principale di questo lavoro. Scrivere sulla propria esperienza del viaggio



sembra favorire la diminuzione del livello d'ansia, la riduzione dei sintomi a livello somatico e un riduzione generica del disagio globale. Alla luce di quanto emerso durante lo studio, si potrebbe considerare che l'intervento della scrittura espressiva aiuta ad un'elaborazione efficace del trauma del viaggio migratorio a livello di sintomatologia psicologica. In accordo con Smyth, & Pennebaker (2008), che "l'intervento della scrittura espressiva a volte funziona e a volte no", si potrebbe dire che i risultati di questo studio sono nella stessa linea. Gli autori affermano che "soprattutto per i brevi interventi, avere un effetto significativo alcune settimane dopo è abbastanza difficile". Ciò nonostante le nostre evidenze supportano l'uso del trattamento della scrittura espressiva nei migranti come un metodo efficace a medio termine solo per la sintomatologia psicologica, ma non per la mancanza della speranza e per lo stato della salute mentale. Per cui, anche se parzialmente promettenti parzialmente, sono necessari altri studi per trovare indicazioni sul miglioramento della condizione psicofisica, la riduzione della mancanza della speranza, la riduzione dell'impatto del trauma e sui valori dell'alessitimia.

Nonostante tutto, anche quanto emerso dallo studio di Smyth et al., (2009), i benefici dei risultati non sono evidenti subito, bensì dopo un tempo relativamente più lungo che oltrepassa i confini temporali della nostra ricerca. Smyth et al., (2009), hanno trovato che gran parte degli effetti benefici della scrittura espressiva non si manifestarono nel mese successivo alla scrittura stessa, ma in maniera cumulativa e graduale nei mesi successivi.

In conclusione, si potrebbe dedurre che, nonostante i limiti dello studio qui presentati, è stato raggiunto un risultato importante, che potrebbe dare slancio ed aprire un percorso interessante per ulteriori ricerche nel contesto della migrazione. È da rammentare anche che, avendo individualizzato all'inizio della ricerca, tramite lo screening iniziale, le persone che mostravano disturbi clinici, psicologici, psicopatologici e che durante la ricerca erano sottoposti a terapie farmacologiche, psicoterapeutiche e psicologiche, si potrebbe dire che eventuali cambiamenti evidenziati, non sono

influenzati dai disturbi e dalle terapie sopra descritte. Osservando i dati delle tabelle sembra che i cambiamenti, miglioramenti o peggioramenti, sono dovuti all'uso della tecnica della scrittura espressiva di Pennebaker. Per cui, si potrebbe dire, alla luce di quanto emerso dai risultati, che, la tecnica della scrittura espressiva di Pennebaker sembra produrre una riduzione di alcuni sintomi psicopatologici, specificatamente, quelli della somatizzazione, quelli dell'ansia fobica e sull'intensità del disturbo.

## BIBLIOGRAFIA

1. Abramitzky, R., Boustan, L., & Eriksson, K. (2019). To the new world and back again: Return migrants in the age of mass migration. *ILR Review*, 72(2), 300-322;
2. Adapted from United Nations Department of Economic and Social Affairs, "Long-term migrants", Recommendations on Statistics of International Migration, Revision 1 (1998) p. 18;
3. Adapted from United Nations Department of Economic and Social Affairs, Recommendations on Statistics of International Migration, Revision 1 (1998) p. 10, definition of "long-term migrants";
4. Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Hartlage, S. (1988). The hopelessness theory of depression: Attributional aspects. *British Journal of Clinical Psychology*, 27(1), 5-21;
5. Aragona, M., Pucci, D., Carrer, S., Catino, E., Tomaselli, A., Colosimo, F., ... & Geraci, S. (2011). The role of post-migration living difficulties on somatization among first-generation immigrants visited in a primary care service. *Annali dell'Istituto superiore di sanita*, 47, 207-213;
6. Aragona, M., Pucci, D., Mazzetti, M., Maisano, B., & Geraci, S. (2013). Traumatic events, post-migration living difficulties and post-traumatic symptoms in first generation immigrants: a primary care study. *Annali dell'Istituto superiore di sanita*, 49, 169-175;
7. Bagby, R. M., Parker, J. D., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of psychosomatic research*, 38(1), 23-32;
8. Baikie, K. A., & Wilhelm, K. (2005). Emotional and physical health benefits of expressive writing. *Advances in psychiatric treatment*, 11(5), 338-346;
9. Barclay, L. J., & Skarlicki, D. P. (2009). Healing the wounds of organizational injustice: Examining the benefits of expressive writing. *Journal of Applied Psychology*, 94(2), 511;
10. Beck, A. T., Steer, R. A., & Pompili, M. (1988). BHS, Beck hopelessness scale: Manual. San Antonio, TX: Psychological corporation;
11. Beck, A. T., Steer, R. A., Beck, J. S., & Newman, C. F. (1993). Hopelessness, depression, suicidal ideation, and clinical diagnosis of depression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23(2), 139-14;
12. Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 4(6), 561-571. Spielberger C.D., Gorsuch R.L. Lushene R., Vagg, P.R., Jacobs G.A. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press 1983;
13. Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *Journal of consulting and clinical psychology*, 42(6), 861;
14. Bentley, J. A., Thoburn, J. W., Stewart, D. G., & Boynton, L. D. (2012). Post-migration stress as a moderator between traumatic exposure and self-reported mental health symptoms in a sample of Somali refugees. *Journal of Loss and Trauma*, 17(5), 452-469;
15. Bhugra, D., & Ayonrinde, O. (2004). Depression in migrants and ethnic minorities. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10(1), 13-17;
16. Bowlby, J. (1969). Attachment and loss: volume I: attachment. In *Attachment and Loss: Volume I: Attachment* (pp. 1-401). London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis;
17. Brazier, J. E., & Roberts, J. (2004). The estimation of a preference-based measure of health from the SF-12. *Medical care*, 851-859;
18. Brettell, C. B. (2013). Anthropology of migration. *The encyclopedia of global human migration*;
19. Briggs, L., Talbot, C., & Melvin, K. (2007). Demoralisation and migration experience. *International Review of Modern Sociology*, 193-209;
20. Buhmann, C. B. (2014). Traumatized refugees: morbidity, treatment and predictors of outcome. *Dan Med J*, 61(8), B4871;
21. Bustamante, J. A. (2002). Immigrants' vulnerability as subjects of human rights. *International Migration Review*, 36(2), 333-354;

22. Carswell, K., Blackburn, P., & Barker, C. (2011). *“The relationship between trauma, post-migration problems and the psychological well-being of refugees and asylum seekers”*. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(2), 107-119;
23. Chioqueta, A. P., & Stiles, T. C. (2005). Personality traits and the development of depression, hopelessness, and suicide ideation. *Personality and individual differences*, 38(6), 1283-1291;
24. Christianson, S., & Marren, J. (2012). The impact of event scale-revised (IES-R). *Medsurg Nurs*, 21(5), 321-322;
25. Claassen, D., Ascoli, M., Berhe, T., & Priebe, S. (2005). Research on mental disorders and their care in immigrant populations: a review of publications from Germany, Italy and the UK. *European Psychiatry*, 20(8), 540-549;
26. Cohen, A. (2009). From status to agency: Defining migrants. *Geo. Immigr. LJ*, 24, 617;
27. Crepet, A., Rita, F., Reid, A., Van den Boogaard, W., Deiana, P., Quaranta, G., ... & Di Carlo, S. (2017). Mental health and trauma in asylum seekers landing in Sicily in 2015: a descriptive study of neglected invisible wounds. *Conflict and health*, 11(1), 1;
28. De Giacomo, P., L'Abate, L., Pennebaker, J. W., & Rumbaugh, D. (2010). Amplifications and applications of Pennebaker's analogic to digital model in health promotion, prevention, and psychotherapy. *Clinical psychology & psychotherapy*, 17(5), 355-362;
29. Derogatis, L. R., & Savitz, K. L. (1999). The SCL-90-R, Brief Symptom Inventory, and Matching Clinical Rating Scales;
30. Derogatis, L. R., Rickels, K., & Rock, A. F. (1976). The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of a new self-report scale. *The British Journal of Psychiatry*, 128(3), 280-289;
31. Dueweke, A. R., Hurtado, G., & Hovey, J. D. (2015). Protective psychosocial resources in the lives of Latina migrant farmworkers. *Journal of Rural Mental Health*, 39(3-4), 162;
32. Dunn, S. L., Olamijulo, G. B., Fuglseth, H. L., Holden, T. P., Swieringa, L. L., Sit, M. J., ... & Tintle, N. L. (2014). The State-Trait Hopelessness Scale: Development and Testing. *Western journal of nursing research*, 36(4), 552-570;
33. Dyce, J. A. (1996). Factor structure of the beck hopelessness scale. *Journal of Clinical Psychology*, 52(5), 555-558;
34. European Asylum Support Office (EU body or agency), International Organization for Migration. Global Migration Data Analysis Centre, Maastricht University, (2017), *“Push and pull factors of legal migration related to asylum. A review of the literature”*, <https://www.iom.int/news/ioms-data-analysis-centre-maastricht-university-review-determinants-asylum-related-migration>;
35. Farhat, J. B., Blanchet, K., Bjertrup, P. J., Veizis, A., Perrin, C., Coulborn, R. M., ... & Cohuet, S. (2018). Syrian refugees in Greece: experience with violence, mental health status, and access to information during the journey and while in Greece. *BMC medicine*, 16(1), 40;
36. Gillath, O., Hart, J., Nofle, E. E., & Stockdale, G. D. (2009). Development and validation of a state adult attachment measure (SAAM). *Journal of Research in Personality*, 43(3), 362-373;
37. Graf, M. C., Gaudiano, B. A., & Geller, P. A. (2008). Written emotional disclosure: A controlled study of the benefits of expressive writing homework in outpatient psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 18(4), 389-399;
38. Greenwood, M. J. (1985). Human migration: Theory, models, and empirical studies. *Journal of regional Science*, 25(4), 521-544.
39. Gushulak, B. D., Weekers, J., & MacPherson, D. W. (2009). Migrants and emerging public health issues in a globalized world: threats, risks and challenges, an evidence-based framework. *Emerging health threats journal*, 2(1), 7091;
40. Hendryx, M. S., Haviland, M. G., & Shaw, D. G. (1991). Dimensions of alexithymia and their relationships to anxiety and depression. *Journal of personality assessment*, 56(2), 227-237;

41. Hertz, D. G. (1993). Bio-psycho-social consequences of migration stress: A multidimensional approach. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 30(4), 204-212;
42. Hoerder, D. (2002). *Cultures in contact: World migrations in the second millennium*. Duke University Press.;
43. <http://demo.istat.it/str2015/index.html>;
44. [http://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php/File:Immigration\\_by\\_citizenship\\_2014\\_\(1\)\\_YB16.png](http://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php/File:Immigration_by_citizenship_2014_(1)_YB16.png);
45. [http://popstats.unhcr.org/en/overview#\\_ga=1.74390928.301215982.1491485123](http://popstats.unhcr.org/en/overview#_ga=1.74390928.301215982.1491485123);
46. <http://www.integrazionemigranti.gov.it/Attualita/Approfondimenti/Pagine/Le-comunita-migranti-in-Italia.aspx>;
47. <http://www.integrazionemigranti.gov.it/Attualita/Notizie/Pagine/Noi-Italia-2019,-i-numeri-Istat-immigrazione.aspx>;
48. [http://www.interno.gov.it/sites/default/files/cruscotto\\_statistico\\_giornaliero\\_10-10-2019.pdf](http://www.interno.gov.it/sites/default/files/cruscotto_statistico_giornaliero_10-10-2019.pdf);
49. <http://www.iom.sk/en/about-migration/migration-in-the-world>;
50. <http://www.istat.it/it/archivio/162251>;
51. <http://www.lenius.it/migranti-2017/3/>;
52. [http://www.libertaciviliimmigrazione.dlci.interno.gov.it/sites/default/files/allegati/cruscotto\\_statistico\\_giornaliero\\_31\\_marzo\\_2017.pdf](http://www.libertaciviliimmigrazione.dlci.interno.gov.it/sites/default/files/allegati/cruscotto_statistico_giornaliero_31_marzo_2017.pdf);
53. <http://www.vita.it/it/article/2016/07/05/limmigrazione-in-italia-numero-per-numero/140039/>;
54. <http://www.vita.it/it/article/2018/09/28/rapporto-immigrazione-2017-2018-straniera-l85-della-popolazione-reside/149179/>;
55. <https://archive.is/x3DaR#selection-339.0-349.187>;
56. <https://data2.unhcr.org/en/situations/mediterranean>;
57. [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Migration\\_and\\_migrant\\_population\\_statistics/it](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Migration_and_migrant_population_statistics/it);
58. <https://ilbolive.unipd.it/it/quant-immigrati-ci-sono-nel-mondo>;
59. <https://ilbolive.unipd.it/it/quant-immigrati-ci-sono-nel-mondo>;
60. <https://www.amnesty.it/numeri-immigrazione-agosto-2018/>;
61. [https://www.coe.int/t/democracy/migration/default\\_en.asp](https://www.coe.int/t/democracy/migration/default_en.asp);
62. <https://www.hrw.org/world-report/2019/country-chapters/european-union#1007e1>;
63. <https://www.humanrights.ch/en/standards/un-treaties/migrant-workers/>;
64. <https://www.nationalgeographic.org/activity/introduction>;
65. [https://www.repubblica.it/solidarieta/immigrazione/2017/12/19/news/migranti\\_il\\_dossier\\_onu\\_nel\\_mondo\\_sono\\_258\\_milioni\\_aumento\\_del\\_49\\_per\\_cento\\_dal\\_2000-184550020/](https://www.repubblica.it/solidarieta/immigrazione/2017/12/19/news/migranti_il_dossier_onu_nel_mondo_sono_258_milioni_aumento_del_49_per_cento_dal_2000-184550020/);
66. <https://www.unhcr.it/risorse/carta-di-roma/fact-checking/gli-sbarchi-italia-nel-2016-dati-smentire-lallarmismo>;
67. <https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>;
68. Hyman, I., Vu, N., & Beiser, M. (2000). Post-migration stresses among Southeast Asian refugee youth in Canada: A research note. *Journal of Comparative Family Studies*, 281-293;
69. IMBR art. 1., <http://www.icnl.org/research/library/files/Transnational/IMBR.pdf>;
70. International Convention on the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of Their Families, Dec. 18, 1990, 2220 U.N.T.S. 93, Preamble, art. 68. See, e.g., Jacqueline Bhabha, *Lone Travelers: Rights, Criminalization, and the Transnational Migration of Unaccompanied Children*, 7 U. CHI. L. SCH. ROUNDTABLE 269, 292-93 (2000);
71. International Organization for Migration, IOM, (2019), "Glossary on Migration", nr. 34, ISSN 1813-2278, e-mail: [hq@iom.int](mailto:hq@iom.int), Geneva, Switzerland;

72. Jenkinson, C., Layte, R., Jenkinson, D., Lawrence, K., Petersen, S., Paice, C., & Stradling, J. (1997). A shorter form health survey: can the SF-12 replicate results from the SF-36 in longitudinal studies?. *Journal of Public Health*, 19(2), 179-186;
73. Joseph, S. (2000). Psychometric evaluation of Horowitz's Impact of Event Scale: a review. *Journal of traumatic stress*, 13(1), 101-113;
74. Kartal, D., & Kiropoulos, L. (2016). Effects of acculturative stress on PTSD, depressive, and anxiety symptoms among refugees resettled in Australia and Austria. *European Journal of Psychotraumatology*, 7(1), 28711;
75. Kirmayer, L. J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A. G., Guzder, J., ... & Pottie, K. (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *Cmaj*, 183(12), E959-E967;
76. Steed, L. (2001). Further validity and reliability evidence for Beck Hopelessness Scale scores in a nonclinical sample. *Educational and Psychological Measurement*, 61(2), 303-316;
77. Kocalevent, R. D., Finck, C., Pérez-Trujillo, M., Sautier, L., Zill, J., & Hinz, A. (2017). Standardization of the Beck Hopelessness Scale in the general population. *Journal of mental health*, 26(6), 516-522;
78. Kooiman, C. G., Spinhoven, P., & Trijsburg, R. W. (2002). The assessment of alexithymia: a critical review of the literature and a psychometric study of the Toronto Alexithymia Scale-20. *Journal of psychosomatic research*, 53(6), 1083-1090;
79. Koot, H. M. (2001). The study of quality of life: concepts and methods. *Quality of life in child and adolescent illness: Concepts, methods, and findings*, 3-22;
80. Kovras, I., & Robins, S. (2016). Death as the border: Managing missing migrants and unidentified bodies at the EU's Mediterranean frontier. *Political Geography*, 55, 40-49;
81. Lacroix, M., & Sabbah, C. (2011). Posttraumatic psychological distress and resettlement: The need for a different practice in assisting refugee families. *Journal of Family Social Work*, 14(1), 43-53;
82. Larsen, J. K., Brand, N., Bermond, B., & Hijman, R. (2003). Cognitive and emotional characteristics of alexithymia: a review of neurobiological studies. *Journal of psychosomatic research*, 54(6), 533-541;
83. Lazarus, R. S. (1999). Hope: An emotion and a vital coping resource against despair. *Social Research*, 653-678;
84. Lee, G. A., & Scanlon, A. (2007). The use of the term 'vulnerability' in acute care: why does it differ and what does it mean. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 24(3), 54;
85. Lepore, S. J. (1997). Expressive writing moderates the relation between intrusive thoughts and depressive symptoms. *Journal of personality and social psychology*, 73(5), 1030;
86. Li, S. S., Liddell, B. J., & Nickerson, A. (2016). The relationship between post-migration stress and psychological disorders in refugees and asylum seekers. *Current psychiatry reports*, 18(9), 82.
87. MacInnis, D. J., & De Mello, G. E. (2005). The concept of hope and its relevance to product evaluation and choice. *Journal of Marketing*, 69(1), 1-14;
88. Migration and mental health. *Acta psychiatrica scandinavica*, 109(4), 243-258;
89. Mikal, J. P., & Woodfield, B. (2015). Refugees, post-migration stress, and internet use: a qualitative analysis of intercultural adjustment and internet use among Iraqi and Sudanese refugees to the United States. *Qualitative health research*, 25(10), 1319-1333;
90. Mowrer, O. (1960). *Learning theory and behavior*;
91. Nemiah, J. C., Freyberger, H., Sifneos, P. E., & Hill, O. W. (1976). Modern trends in psychosomatic medicine. *Alexithymia: a view of the psychosomatic process*, 3, 430-9;
92. Nickerson, A., Bryant, R. A., Schnyder, U., Schick, M., Mueller, J., & Morina, N. (2015). Emotion dysregulation mediates the relationship between trauma exposure, post-migration living difficulties and psychological outcomes in traumatized refugees. *Journal of Affective Disorders*, 173, 185-192;
93. O'Connor, R. C., Connery, H., & Cheyne, W. M. (2000). Hopelessness: The role of depression, future directed thinking and cognitive vulnerability. *Psychology, Health & Medicine*, 5(2), 155-161;



94. O'Donnell, C. A., Higgins, M., Chauhan, R., & Mullen, K. (2007). "They think we're OK and we know we're not". A qualitative study of asylum seekers' access, knowledge and views to health care in the UK. *BMC Health Services Research*, 7(1), 75;
95. Ornelas, I. J., & Perreira, K. M. (2011). The role of migration in the development of depressive symptoms among Latino immigrant parents in the USA. *Social science & medicine*, 73(8), 1169-1177;
96. Ottoboni, G., Cherici, A., Marzocchi, M., & Chattat, R. (2017). Algoritmi di calcolo per gli indici PCS e MCS del questionario SF-12;
97. Pennebaker, J. W. (1997). *Opening up: The healing power of expressing emotions*. Guilford Press;
98. Pennebaker, J. W. (1997). Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *Psychological science*, 8(3), 162-166;
99. Pennebaker, J. W. (2004). Theories, therapies, and taxpayers: On the complexities of the expressive writing paradigm. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(2), 138-142.4;
100. Pennebaker, J. W., & Beall, S. K. (1986). Confronting a traumatic event: toward an understanding of inhibition and disease. *Journal of abnormal psychology*, 95(3), 274;
101. Pennebaker, J. W., & Chung, C. K. (2011). Expressive writing: Connections to physical and mental health. *Oxford handbook of health psychology*, 417-437;
102. Pennebaker, J. W., & Slatcher, R. B. (2006). How do I love thee? Let me count the words: the social effects of expressive writing. *Psychological Science*, 17, 660-664;
103. Perreira, K. M., & Ornelas, I. (2013). Painful passages: Traumatic experiences and post-traumatic stress among US immigrant Latino adolescents and their primary caregivers. *International Migration Review*, 47(4), 976-1005;
104. Pizarro, J. (2004). The efficacy of art and writing therapy: Increasing positive mental health outcomes and participant retention after exposure to traumatic experience. *Art Therapy*, 21(1), 5-12;
105. Pompili, M., Iliceto, P., Lester, D., Innamorati, M., Girardi, P., & Tatarelli, R. (2009). *BHS Beck Hopelessness Scale: Manuale*. Firenze: Giunti OS Organizzazioni Speciali;
106. Prunas, A., Sarno, I., Preti, E., Madeddu, F., & Perugini, M. (2012). Psychometric properties of the Italian version of the SCL-90-R: a study on a large community sample. *European psychiatry*, 27(8), 591-597;
107. Rasmussen, A., Crager, M., Baser, R. E., Chu, T., & Gany, F. (2012). Onset of posttraumatic stress disorder and major depression among refugees and voluntary migrants to the United States. *Journal of traumatic stress*, 25(6), 705-712;
108. Ryan, D., Dooley, B., & Benson, C. (2008). Theoretical perspectives on post-migration adaptation and psychological well-being among refugees: Towards a resource-based model. *Journal of Refugee Studies*, 21(1), 1-18;
109. Schweitzer, R., Melville, F., Steel, Z., & Lacherez, P. (2006). Trauma, post-migration living difficulties, and social support as predictors of psychological adjustment in resettled Sudanese refugees. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(2), 179-187;
110. Seiler, L. H. (1973). The 22-item scale used in field studies of mental illness: a question of method, a question of substance, and a question of theory. *Journal of Health and Social Behavior*, 252-264;
111. Shultz, J. M., Garfin, D. R., Espinel, Z., Araya, R., Oquendo, M. A., Wainberg, M. L., ... & Wilson, F. E. (2014). Internally displaced "victims of armed conflict" in Colombia: the trajectory and trauma signature of forced migration. *Current psychiatry reports*, 16(10), 475;
112. Sigvardsson, E., Malm, A., Tinghög, P., Vaez, M., & Saboonchi, F. (2016). Refugee trauma measurement: a review of existing checklists. *Public health reviews*, 37(1), 10;

113. Silove, D., Steel, Z., McGorry, P., & Mohan, P. (1998). Trauma exposure, postmigration stressors, and symptoms of anxiety, depression and post-traumatic stress in Tamil asylum-seekers: comparison with refugees and immigrants. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97(3), 175-181;
114. Singer, T., & Tusche, A. (2013). *Neuroeconomics: Chapter 27. Understanding Others: Brain Mechanisms of Theory of Mind and Empathy*. Elsevier Inc. Chapters;
115. Sinha, B. R. K. (2005). Human migration: concepts and approaches. *Foldrajzi Ertesito*, 3-4.
116. Slobodin, O., & de Jong, J. T. (2015). Mental health interventions for traumatized asylum seekers and refugees: What do we know about their efficacy?. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(1), 17-26;
117. Smyth, J. M., & Pennebaker, J. W. (2008). Exploring the boundary conditions of expressive writing: In search of the right recipe. *British Journal of Health Psychology*, 13(1), 1-7.
118. Smyth, J. M., Hockemeyer, J. R., & Tulloch, H. (2008). Expressive writing and post-traumatic stress disorder: Effects on trauma symptoms, mood states, and cortisol reactivity. *British Journal of Health Psychology*, 13(1), 85-93;
119. Sonderegger, R., Barrett, P. M., & Creed, P. A. (2004). Models of cultural adjustment for child and adolescent migrants to Australia: Internal process and situational factors. *Journal of Child and Family Studies*, 13(3), 357-371;
120. Spera, S. P., Buhrfeind, E. D., & Pennebaker, J. W. (1994). Expressive writing and coping with job loss. *Academy of management journal*, 37(3), 722-733;
121. Sperling, M. B., & Berman, W. H. (Eds.). (1994). *Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives*. Guilford Press;
122. 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. *The Lancet*, 360(9339), 1056-1062;
123. Sundin, E. C., & Horowitz, M. J. (2002). Impact of Event Scale: psychometric properties. *The British Journal of Psychiatry*, 180(3), 205-209;
124. Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. (1999). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge University Press;
125. Taylor, G. J., Ryan, D., & Bagby, M. (1985). Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychotherapy and psychosomatics*, 44(4), 191-199;
126. Terluin, B., van Marwijk, H. W., Adèr, H. J., de Vet, H. C., Penninx, B. W., Hermens, M. L., ... & Stalman, W. A. (2006). The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): a validation study of a multidimensional self-report questionnaire to assess distress, depression, anxiety and somatization. *Bmc Psychiatry*, 6(1), 34;
127. Tessitore, F., & Margherita, G. (2017). A review of Asylum Seekers and Refugees in Italy: Where is the psychological research going?. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 5(2);
128. Thabet, A. A. M., & Psychiatry-Gaza, P. (2006). Expressive Writing therapy for victims of trauma. *Arabpsynet Journal*, 12, 85-88;
129. Travagin, G., Margola, D., & Revenson, T. A. (2015). How effective are expressive writing interventions for adolescents? A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 36, 42-55;
130. Trentini, C., Foschi, R., Lauriola, M., & Tambelli, R. (2015). The State Adult Attachment Measure (SAAM): A construct and incremental validity study. *Personality and Individual Differences*, 85, 251-257;
131. Turrini, G., Purgato, M., Ballette, F., Nosè, M., Ostuzzi, G., & Barbui, C. (2017). Common mental disorders in asylum seekers and refugees: umbrella review of prevalence and intervention studies. *International journal of mental health systems*, 11(1), 51;
132. UNCHR- Alto Commisariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati, [http://www.unhcr.org/the-global-appeal-and-supplementary-appeals.html#\\_ga=1.137885874.301215982.1491485123](http://www.unhcr.org/the-global-appeal-and-supplementary-appeals.html#_ga=1.137885874.301215982.1491485123);



133. United Nations High Commissioner for Refugees, Master Glossary of Terms, 2006;
134. Ware Jr, J. E., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical care*, 220-233;
135. Weiss, D. S. (2007). The impact of event scale: revised. In *Cross-cultural assessment of psychological trauma and PTSD* (pp. 219-238). Springer, Boston, MA;
136. World Health Organisation. (1946). Constitution of the World Health organisation. In *International Health Conference*, New York. Geneva: WHO;
137. Yaser, A., Slewa-Younan, S., Smith, C. A., Olson, R. E., Guajardo, M. G. U., & Mond, J. (2016). Beliefs and knowledge about post-traumatic stress disorder amongst resettled Afghan refugees in Australia. *International journal of mental health systems*, 10(1), 31;
138. Zech, E., Luminet, O., Rimé, B., & Wagner, H. (1999). Alexithymia and its measurement: confirmatory factor analyses of the 20-item Toronto Alexithymia Scale and the Bermond–Vorst Alexithymia Questionnaire. *European Journal of Personality*, 13(6), 511-532;
139. Del Valle, P., McEachern, A. G., & Sabina, M. Q. (1999). Using drawings and writings in a group counseling experience with Cuban rafter children, “los balseritos”. *Guidance and Counseling*, 14, 20-28.
140. Baikie, K. A., & Wilhelm, K. (2005). Emotional and physical health benefits of expressive writing. *Advances in psychiatric treatment*, 11(5), 338-346.
141. Chibici Revneanu, C. (2016). Writing Myself Home: Migrant Well-being and Expressive Writing. *Entreciencias: Diálogos en la Sociedad del Conocimiento*, 4(11).
142. Pennebaker, J. W., & Evans, J. F. (2014). *Expressive Writing: Words that Heal: Using Expressive Writing to Overcome Traumas and Emotional Upheavals, Resolve Issues, Improve Health, and Build Resilience*. Idyll Arbor, Incorporated.
- 143.

## APPENDICE

### Allegato 1. Scheda anagrafica

**Giorno di valutazione:**

**Nome:**

**Cognome:**

**Età:**

**Data di nascita:**

**Genere: M/F**

**Paese di nascita:**

**Stato Civile:**

**Numero di telefono:**

#### *Famiglia*

1. I tuoi genitori, fratelli e sorelle si trovano nel tuo paese di nascita?

---

---

1.2 Anche loro vogliono arrivare in Italia? Si o No

1.3 Sta pensando di ritornare da loro?

---

2. È sposato/a?

---

3. Ha dei bambini?

---

---

#### *Background*

1. Quanti anni ha studiato?

---

2. Lavoro e professione: che tipo di lavoro ha fatto nel suo paese?

---

3. Quali lingue conosci? (includendo la madre lingua)

---

4. Quando ha lasciato il suo paese? Anno \_\_\_\_\_

5. Perché ha lasciato il suo paese?

---

---

6. Ha vissuto in altri paesi oltre il suo paese? Sì o No?

6.1 Dove?

6.2 Quanti mesi?

7. Quali paesi ha attraversato per arrivare in Italia?

---

---

8. Durante la rotta migratoria ha viaggiato:

a. Da solo

b. Con un membro della famiglia

c. Con un conoscente

### *La vita in Italia*

1. Da quanti mesi si trova in Italia?

a. Meno di tre mesi

b. 3-6 mesi

c. 6-12 mesi

d. Più di un anno

2. Dove abita adesso?

---

---

3. Sta lavorando attualmente? Sì o No. Che lavoro?

---

---

4. Qual è il suo attuale status in Italia? (rifugiato, richiedente asilo, ecc)

---

---

5. Quali sono i suoi piani per il futuro? \_\_\_\_\_

5.1 Vuole rimanere in Italia? Sì o No? \_\_\_\_\_

## Allegato 2. BHS Beck Hopelessness Scale

(©A. Beck, 1988 – Adattamento italiano a cura di M. Pompili et al, 2009)

Cognome e nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Data valutazione \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Valutatore \_\_\_\_\_

Qui sotto vi sono 20 affermazioni. Risponda se per Lei siano vere o false, nell'ambito della settimana passata (oggi compreso) segnando una croce nelle caselle corrispondenti. In caso di dubbio, dia la risposta che ritiene più vicina a quello che Lei crede corrisponda meglio a quello che pensa. Abbia cura di segnare uno solo tra VERO e FALSO per tutte le affermazioni.

Affermazioni

V F

1. Vedo il futuro con speranza ed entusiasmo. [ ] [ ]
2. Potrei arrendermi perché non posso migliorare le cose per me. [ ] [ ]
3. Quando le cose vanno male, mi consola sapere che non può durare così in eterno. [ ] [ ]
4. Non posso immaginare quello che sarà della mia vita tra 10 anni. [ ] [ ]
5. Ho abbastanza tempo per realizzare le cose che desidero fare. [ ] [ ]
6. Nel futuro mi aspetto di riuscire in quello che mi interessa di più. [ ] [ ]
7. Il mio futuro mi sembra buio. [ ] [ ]
8. Mi aspetto di ottenere dalla vita più cose buone rispetto alla persona media. [ ] [ ]
9. Semplicemente non riesco ad avere buone occasioni e non c'è motivo per cui ci riesca in futuro.  
[ ] [ ]
10. Le mie esperienze passate mi hanno preparato bene per il futuro. [ ] [ ]
11. Se guardo avanti vedo solo situazioni spiacevoli piuttosto che piacevoli. [ ] [ ]
12. Non mi aspetto di ottenere ciò che voglio veramente. [ ] [ ]
13. Quando guardo al futuro, mi aspetto di essere più felice di adesso. [ ] [ ]
14. Semplicemente, le cose non vanno come io desidero che vadano. [ ] [ ]
15. Ho una grossa fede nel futuro. [ ] [ ]
16. Non ottengo mai ciò che desidero, quindi è sciocco desiderare alcunché. [ ] [ ]
17. È molto inverosimile che nel futuro io ottenga una vera soddisfazione. [ ] [ ]
18. Il futuro mi sembra vago e incerto. [ ] [ ]
19. Posso aspettarmi che arrivino i bei tempi, piuttosto che brutti. [ ] [ ]
20. È inutile provare ad ottenere ciò che voglio perché probabilmente non ci riuscirò. [ ] [ ]

### Allegato 3. Symptom CheckList – 90 – R

Nome.....  
Data .....  
Sessione.....

ISTRUZIONI: Nella lista che segue sono elencati problemi e disturbi che spesso affliggono le persone.

La legga attentamente e cerchi di ricordare se ne ha sofferto NELL'ULTIMA SETTIMANA, OGGI

COMPRESO, e con quale intensità tenendo conto che

0= Per niente;

1= Un poco;

2=Moderatamente;

3= Molto;

4= Moltissimo

Faccia una crocetta sul numero corrispondente all'intensità del disturbo, senza saltarne nessuno.

QUANTO HA SOFFERTO DI:

1. Mal di testa ..... 0 1 2 3 4
2. Nervosismo o agitazione interna ..... 0 1 2 3 4
3. Pensieri spiacevoli che non si riesce a scacciare ..... 0 1 2 3 4
4. Sensazione di svenimento o di vertigini ..... 0 1 2 3 4
5. Perdita dell'interesse o del piacere sessuale ..... 0 1 2 3 4
6. Tendenza a criticare gli altri ..... 0 1 2 3 4
7. Idea che qualcuno possa controllare i suoi pensieri ..... 0 1 2 3 4
8. Sensazione che gli altri siano responsabili dei suoi disturbi ..... 0 1 2 3 4
9. Difficoltà a ricordare le cose ..... 0 1 2 3 4
10. Preoccupazione per la sua negligenza o trascuratezza ..... 0 1 2 3 4
11. Sentirsi facilmente infastidito o irritato ..... 0 1 2 3 4
12. Dolori al cuore o al petto ..... 0 1 2 3 4
13. Paura degli spazi aperti o delle strade ..... 0 1 2 3 4
14. Sentirsi debole o fiacco ..... 0 1 2 3 4
15. Idee di togliersi la vita ..... 0 1 2 3 4
16. Udire voci che le altre persone non sentono ..... 0 1 2 3 4
17. Tremori ..... 0 1 2 3 4
18. Mancanza di fiducia negli altri ..... 0 1 2 3 4
19. Scarso appetito ..... 0 1 2 3 4
20. Facili crisi di pianto ..... 0 1 2 3 4
21. Sentirsi intimidito nei confronti dell'altro sesso ..... 0 1 2 3 4
22. Sensazione di essere preso in trappola ..... 0 1 2 3 4
23. Paure improvvise senza ragione ..... 0 1 2 3 4
24. Scatti d'ira incontrollabili ..... 0 1 2 3 4
25. Paura di uscire da solo ..... 0 1 2 3 4
26. Rimproverarsi per qualsiasi cosa ..... 0 1 2 3 4
27. Dolori alla schiena ..... 0 1 2 3 4
28. Sensi di incapacità a portare a termine le cose ..... 0 1 2 3 4
29. Sentirsi solo ..... 0 1 2 3 4
30. Sentirsi giù di morale ..... 0 1 2 3 4
31. Preoccuparsi troppo per qualunque cosa ..... 0 1 2 3 4
32. Mancanza di interessi ..... 0 1 2 3 4

33. Senso di paura ..... 0 1 2 3 4
34. Sentirsi facilmente ferito o offeso ..... 0 1 2 3 4
35. Idea che gli altri percepiscano i suoi pensieri ..... 0 1 2 3 4
36. Sensazione di non trovare comprensione e simpatia ..... 0 1 2 3 4
37. Sensazione che gli altri non li siano amici o l'abbiano  
in antipatia ..... 0 1 2 3 4
38. Dover fare le cose molto lentamente per essere sicuro di farle  
bene ..... 0 1 2 3 4
39. Palpitazioni o sentirsi il cuore in gola ..... 0 1 2 3 4
40. Senso di nausea o mal di stomaco ..... 0 1 2 3 4
41. Sentimenti di inferiorità ..... 0 1 2 3 4
42. Dolori muscolari ..... 0 1 2 3 4
43. Sensazione che gli altri la guardino o parlino di lei ..... 0 1 2 3 4
44. Difficoltà ad addormentarsi ..... 0 1 2 3 4
45. Bisogno di controllare ripetutamente ciò che fa ..... 0 1 2 3 4
46. Difficoltà a prendere decisioni ..... 0 1 2 3 4
47. Paura di viaggiare in autobus, in treno o nella metropolitana .... 0 1 2 3 4
48. Sentirsi senza fiato ..... 0 1 2 3 4
49. Vampate di calore o brividi di freddo ..... 0 1 2 3 4
50. Necessità di evitare certi oggetti, luoghi o attività perché  
spaventano..... 0 1 2 3 4
51. Senso di vuoto mentale ..... 0 1 2 3 4
52. Intorpidimento o formicolio in qualche parte del corpo ..... 0 1 2 3 4
53. Nodo alla gola ..... 0 1 2 3 4
54. Guardare al futuro senza speranza ..... 0 1 2 3 4
55. Difficoltà a concentrarti ..... 0 1 2 3 4
56. Senso di debolezza in qualche parte del corpo ..... 0 1 2 3 4
57. Sentirsi teso e sulle spine ..... 0 1 2 3 4
58. Senso di pesantezza alle braccia o alle gambe ..... 0 1 2 3 4
59. Pensieri di morte o di morire ..... 0 1 2 3 4
60. Mangiare troppo ..... 0 1 2 3 4
61. Senso di fastidio quando la gente la guarda o parla di lei ..... 0 1 2 3 4
62. Avere pensieri che non sono suoi ..... 0 1 2 3 4
63. Sentire l'impulso di colpire, di ferire o di fare del male a  
qualcuno ..... 0 1 2 3 4
64. Svegliarsi presto al mattino (senza riuscire a riaddormentarsi) 0 1 2 3 4
65. Aver bisogno di ripetere lo stesso atto come toccare, contare,  
lavarsi le mani..... 0 1 2 3 4
66. Sonno inquieto o disturbato ..... 0 1 2 3 4
67. Sentire l'impulso di rompere gli oggetti ..... 0 1 2 3 4
68. Avere idee o convinzioni che gli altri non condividono ..... 0 1 2 3 4
69. Sentirsi molto imbarazzato in presenza di altri ..... 0 1 2 3 4
70. Sensazione di disagio fra la folla, come nei negozi o al  
cinema ..... 0 1 2 3 4
71. Sensazione che tutto richiede uno sforzo ..... 0 1 2 3 4
72. Momenti di terrore o di panico ..... 0 1 2 3 4
73. Sentirsi a disagio quando mangia o beve in presenza degli altri 0 1 2 3 4
74. Ingaggiare frequenti discussioni ..... 0 1 2 3 4
75. Sentirsi a disagio quando è solo ..... 0 1 2 3 4
76. Idea che gli altri non apprezzino il suo lavoro ..... 0 1 2 3 4

77. Sentirsi solo anche in compagnia ..... 0 1 2 3 4
78. Senso di irrequietezza tanto da non poter star seduto ..... 0 1 2 3 4
79. Sentimenti di inutilità ..... 0 1 2 3 4
80. Sensazione che sta per succederle qualcosa di brutto ..... 0 1 2 3 4
81. Urlare o scagliare oggetti ..... 0 1 2 3 4
82. Aver paura di svenire davanti agli altri ..... 0 1 2 3 4
83. Impressione che gli altri possano approfittare di lei o delle sue  
azioni ..... 0 1 2 3 4
84. Pensieri sul sesso che la affliggono ..... 0 1 2 3 4
85. Idea di dovere scontare i propri peccati ..... 0 1 2 3 4
86. Pensieri o immagini che fanno paura ..... 0 1 2 3 4
87. Pensiero di avere una grave malattia ..... 0 1 2 3 4
88. Non sentirsi mai vicino agli altri ..... 0 1 2 3 4
89. Sentirsi in colpa ..... 0 1 2 3 4
90. Idea che qualcosa non vada bene nella sua mente ..... 0 1 2 3 4

#### Allegato 4. Impact of events scale

Scala di impatto dell'evento – rivista (Impact of Event Scale – Revised; IES-R) Daniel S. Weiss & Charles R. Marmar, 1996 Traduzione e adattamento di Michele Giannantonio

Nome e Cognome: \_\_\_\_\_

Codice (se richiesto): \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Descriva brevemente l'evento traumatico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Istruzioni: la seguente è una lista di difficoltà che le persone hanno talvolta in seguito ad eventi stressanti della vita. Legga per favore ogni frase ed indichi quanto l'ha coinvolta ognuna delle difficoltà in questione relativamente agli ultimi sette giorni. Quanto è stato coinvolto da queste difficoltà? 0 = per niente, 1 = un poco, 2 = moderatamente, 3 = abbastanza, 4 = estremamente

1. Ogni cosa che me lo ricordava mi faceva vivere emozioni relative ad esso \_\_\_\_\_
2. Ho avuto difficoltà a restare addormentato \_\_\_\_\_
3. Altre cose hanno continuato a farmici pensare \_\_\_\_\_
4. Mi sono sentito irritabile ed arrabbiato \_\_\_\_\_
5. Ho evitato di lasciarmi sconvolgere quando ci ho pensato o mi è stato ricordato \_\_\_\_\_
6. Ci ho pensato senza averne l'intenzione \_\_\_\_\_
7. Ho avuto la sensazione che non fosse successo o non fosse reale \_\_\_\_\_
8. Sono stato lontano da cose che potevano ricordarmelo \_\_\_\_\_
9. Le immagini di esso mi entravano nella mia mente all'improvviso \_\_\_\_\_
10. Sono stato nervoso e mi sono spaventato facilmente \_\_\_\_\_
11. Ho cercato di non pensarci \_\_\_\_\_
12. Sono stato consapevole di avere ancora molte emozioni su di esso, ma non sono riuscito a gestirle \_\_\_\_\_
13. Le mie emozioni riguardo ad esso sono state una specie di intontimento \_\_\_\_\_
14. Mi sono ritrovato a comportarmi o a provare emozioni come se fossi ritornato indietro a quel momento \_\_\_\_\_
15. Ho avuto difficoltà ad addormentarmi \_\_\_\_\_
16. Ho provato ondate di forti emozioni relative ad esso \_\_\_\_\_
17. Ho cercato di rimuoverlo dalla memoria \_\_\_\_\_
18. Ho avuto difficoltà a concentrarmi \_\_\_\_\_
19. Cose che me lo hanno fatto ricordare mi hanno provocato reazioni fisiche come sudorazione, difficoltà a respirare, nausea o accelerazione del cuore \_\_\_\_\_
20. Ho fatto sogni su di esso \_\_\_\_\_
21. Mi sono ritrovato ad essere guardingo e vigilante rispetto all'ambiente o alle persone \_\_\_\_\_
22. Ho cercato di non parlarne \_\_\_\_\_



### **Allegato 5. Toronto Alexithymia scale., TAS-20**

(Taylor, Bagby, Parker, 1992)

Seguendo le istruzioni sotto elencate indichi quanto è d'accordo o no con ciascuna delle seguenti affermazioni scrivendo il numero corrispondente. Segnare una sola risposta per ciascuna frase.

- (1) non sono per niente d'accordo
- (2) non sono molto d'accordo
- (3) non sono ne d'accordo ne in disaccordo
- (4) sono d'accordo in parte
- (5) sono completamente d'accordo

1. Sono spesso confuse/a circa le emozioni che provo	
2. Mi è difficile trovare le parole giuste per esprimere i miei sentimenti	
3. Provo delle sensazioni fisiche che neanche i medici capiscono	
4. Riesco facilmente a descrivere I miei sentimenti	
5. Preferisco approfondire I problem piuttosto che descriverli semplicemente	
6. Quando sono sconvolto/a non so se sono triste, spaventato/a o arrabbiato/a	
7. Sono spesso disorientate dale sensazioni che provo nel mio corpo	
8. Preferisco lasciare che le cose seguano il loro corso piuttosto che capire perchè sono andate in quell modo	
9. Provo sentimenti che non riesco proprio ad identificare	
10. È essenziale conoscere le proprie emozioni	

11. Mi è difficile descrivere ciò che provo per gli altri	
12. Gli altri mi chiedono di parlare di più dei miei sentimenti	
13. Non capisco cosa stia succedendo dentro di me	
14. Spesso non so perchè mi arrabbio	
15. Con le persone preferisco parlare di cose di tutti i giorni piuttosto che delle loro emozioni	
16. Preferisco vedere spettacoli leggeri, piuttosto che spettacoli a sfondo psicologico	
17. Mi è difficile descrivere ciò che provo per gli altri	
18. Riesco a sentirmi vicino ad una persona, anche se ci capita di stare in silenzio	
19. Trovo che l'esame dei miei sentimenti mi serve a risolvere i miei problemi personali	
20. Cercare significati nascosti in films o commedie distoglie dal piacere dello spettacolo	

## Allegato 6. SF-12 Health Survey

ISTRUZIONI: Questo questionario intende valutare cosa Lei pensa della Sua salute. Le informazioni raccolte permetteranno di essere sempre aggiornati su come si sente e su come riesce a svolgere le Sue attività consuete.

Risponda a ciascuna domanda del questionario indicando la Sua risposta come mostrato di volta in volta. Se non si sente certo della risposta, effettui la scelta che comunque Le sembra migliore.

1. In generale, direbbe che la Sua salute è:

1	2	3	4	5
Eccellente	Molto buona	Buona	Passabile	Scadente

Le seguenti domande riguardano alcune attività che potrebbe svolgere nel corso di una qualsiasi giornata.

La Sua salute La limita attualmente nello svolgimento di queste attività?

	SI, mi limita parecchio	SI, mi limita parzialmente	NO, non mi limita per nulla
2. <b>Attività di moderato impegno fisico</b> , come spostare un tavolo, usare l'aspirapolvere, giocare a bocce o fare un giretto in bicicletta	1	2	3
3. <b>Salire qualche piano di scale</b>	1	2	3

Nelle ultime 4 settimane, ha riscontrato i seguenti problemi sul lavoro o nelle altre attività quotidiane, a causa della Sua salute fisica?

	SI	NO
4. Ha reso meno di quanto avrebbe dovuto	1	2
5. Ha dovuto limitare alcuni tipi di lavoro o di altre attività	1	2

Nelle ultime 4 settimane, ha riscontrato i seguenti problemi sul lavoro o nelle altre attività quotidiane, a causa del Suo stato emotivo (quale il sentirsi depresso o ansioso)?

	SI	NO
6. Ha reso meno di quanto avrebbe voluto		
7. Ha avuto un calo di concentrazione sul lavoro o in altre attività		

8. Nelle ultime 4 settimane, in che misura il dolore l'ha ostacolata nel lavoro che svolge abitualmente (sia in casa sia fuori casa)?

1	2	3	4	5
Per nulla	Molto poco	Un pò	Molto	Moltissimo

Le seguenti domande si riferiscono a come si è sentito nelle ultime 4 settimane. Risponda a ciascuna domanda scegliendo la risposta che più si avvicina al Suo caso. Per quanto tempo nelle ultime 4 settimane si è sentito...

	Sempre	Quasi sempre	Molto tempo	Una parte del tempo	Quasi mai	Mai
9. Calmo e sereno						
10. Pieno di energia						
11. Scoraggiato e triste						

12. Nelle ultime 4 settimane, per quanto tempo la Sua salute fisica o il Suo stato emotivo hanno interferito nelle Sue attività sociali, in famiglia, con gli amici

	Sempre	Quasi sempre	Molto tempo	Una parte del tempo	Quasi mai	Mai

## Allegato 7. State Adult Attachment Measurement (SAAM)

Le affermazioni di sotto riguardano come si sente adesso. Per favore, risponda ad ogni affermazione indicando quanto siete d'accordo o disaccordo per quanto riguarda la riflessione dell'affermazione sui suoi sentimenti. Per favore, segnate il numero corrispondente nella scala da 1-7 che descrive meglio la sua situazione attuale

1	2	3	4	5	6	7
<i>Fortemente in disaccordo</i>	.....	.....	<i>Neutrale</i>	.....	.....	<i>Fortemente in accordo</i>

*Proprio in questo momento...*

1. Mi sento amato
2. In questo momento sento un forte bisogno di essere amato in maniera incondizionata
3. Se qualcuno prova ad avvicinarsi emotivamente a me, cerco di mantenere le distanze
4. Sento di poter fare affidamento su qualcuno
5. In questo momento ho davvero bisogno di sentirmi amato
6. Mi innervosisce l'idea di essere emotivamente vicino alle alter persone
7. Mi sento sicuro e anche emotivamente vicino alle alter persone
8. Sento proprio la necessità di condividere I miei sentimenti con qualcuno
9. Ho timore quando qualcuno vuole legarsi troppo a me
10. Se qualcosa va storto, sento di poter contare su qualcuno
11. Ho bisogno di parlare delle cose che mi preoccupano con qualcuno che si prenda cura di me
12. Mi sento solo, ma non me la sento di avvicinarmi emotivamente agli altri
13. Sono sicuro che gli altri si occupino di me
14. Adesso vorrei che qualcuno si occupasse di me

15. La vicinanza emotiva agli altri mi fa provare sentimenti contrastanti
16. Mi sento tranquillo perché so di avere accanto persone su cui contare
17. Vorrei che qualcuno mi dicesse che mi vuole veramente bene
18. Provo disagio con un amico o il mio partner emotivamente accanto
19. Sento di potermi fidare delle persone che ho accanto
20. Ho molto bisogno di essere sostenuto emotivamente dagli altri
21. Non riesco a sentirmi coinvolto anche se gli altri mi vogliono bene