

Dipartimento di / Department of
Scienze Umane per la Formazione "Riccardo Massa"

Dottorato di Ricerca in / PhD program Educazione nella società contemporanea
Ciclo / Cycle XXXVI

Benessere soggettivo e benessere oggettivo. Una ricerca a matrice mista sulla salute mentale e il benessere psicosociale di richiedenti asilo e rifugiati in territorio nigerino.

Cognome / Surname VIGLIARONI Nome / Name MARZIA

Matricola / Registration number 875105

Tutore / Tutor: Prof. VERONESE Guido

Coordinatore / Coordinator: Prof.ssa ANTONACCI Francesca

ANNO ACCADEMICO / ACADEMIC YEAR 2020-2023

INDICE

INTRODUZIONE.....	4
1- Il ruolo del Niger nelle migrazioni forzate dall'Africa sub-sahariana: risvolti storici e geopolitici	8
1.1 <i>Il Niger: una regione colpita dall'aumento delle migrazioni forzate</i>	8
1.2 <i>Il ruolo dell'UNHCR.....</i>	12
1.3 <i>ETM: un programma di reinsediamento rifugiati</i>	13
2- Tra agio e disagio: le teorie del benessere e salutogenesi della salute mentale nelle migrazioni forzate 17	
2.1 <i>Varie prospettive sul benessere.....</i>	17
2.2 <i>Le cinque dimensioni del benessere soggettivo: il PERMA profiler</i>	20
2.3 <i>La soddisfazione per la vita e la Satisfaction With Life Scale (SWLS).....</i>	22
2.4 <i>Qualità della vita e come misurarla: WHOQoL.....</i>	23
2.5 <i>QoL come determinante della salute mentale.....</i>	25
3- Studio 1 (quantitativo). Benessere soggettivo: la salute mentale, il senso di coerenza, i sintomi di trauma e psicopatologici come predittori in una popolazione di migranti di ritorno, rifugiati e sfollati interni nella regione di Diffa.	28
1. <i>Introduzione</i>	28
2. <i>Lo Studio.....</i>	33
3. <i>Materiali e metodi.....</i>	34
3.1 <i>Background dello studio</i>	34
3.2 <i>Partecipanti.....</i>	36
3.3 <i>Strumenti e procedure</i>	37
3.4 <i>Considerazioni etiche.....</i>	40
3.5 <i>Analisi dei dati.....</i>	41
4. <i>Risultati</i>	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
4.4 <i>Regressione lineare</i>	48
5. <i>Discussione.....</i>	52
6. <i>Limitatazioni e prospettive future.....</i>	57
7. <i>Conclusioni.....</i>	58
4- Studio 2 (quali-quantitativo). La soddisfazione della vita in richiedenti asilo e rifugiati nei programmi UNHCR in Niger: il ruolo del benessere soggettivo e della qualità della vita (benessere oggettivo).	60
1. <i>Obiettivi della Ricerca.....</i>	60
2. <i>Premessa Metodologica: Vantaggi dei Metodi Misti.....</i>	61
3. <i>Materiali e Metodi</i>	62
3.1 <i>Contesto dello Studio</i>	62
3.2 <i>Partecipanti.....</i>	63
3.3 <i>Strumenti e Procedure.....</i>	63

3.4 Analisi dei Dati.....	64
4. Risultati.....	65
4.1 Principali risultati dell'indagine quantitativa.....	66
4.2 Principali risultati dell'indagine qualitativa.....	72
4.2.1 Tema 1: Uno scenario di conflitto e di lutti	75
4.2.2 Tema 2: Una quotidianità all'insegna della violenza e della discriminazione	79
4.2.3 Tema 3: Una salute a rischio	84
4.2.4 Tema 4: In Cerca di Sicurezza	86
5. Discussione	88
6. Limiti della ricerca	92
7. Conclusioni.....	93
CAPITOLO 5. Studio 3 (quali-quantitativo). Benessere e qualità di vita nei migranti parte del meccanismo di transito in emergenza a Niamey, Niger.	96
1. Introduzione	96
1.1 Fattori di rischio e di protezione dei migranti forzati all'interno della prospettiva socio- ecologica	97
1.2 Salute mentale e benessere generale nelle migrazioni forzate.....	101
2. Obiettivo	102
3. Materiali e metodi.....	103
3.1 Background dello studio	103
3.2 Partecipanti.....	105
3.3 Strumenti e procedure.....	106
3.4 Considerazioni etiche.....	108
3.5 Analisi dei dati.....	109
4. Risultati	110
4.1 Variabili socio-demografiche	110
4.2 Principali statistiche descrittive e confronto con campioni normativi	111
4.2.3 I molteplici significati della migrazione forzata.....	133
5. Discussione	135
6. Limitazioni e prospettive future.....	141
7. Conclusioni.....	142
CONCLUSIONE.....	145
Bibliografia.....	150

INTRODUZIONE

La migrazione è, nel suo concetto primario, ricerca di un miglioramento della qualità della vita. Essa inizia come esperienza ricca di aspettative, di preconcetti positivi e negativi e di sogni. Molte volte, però, questi elementi arrivano spesso a scontrarsi con una realtà inaspettata che entra in conflitto con le idee e gli investimenti materiali ed emotivi della persona migrante. Da questo ne può derivare un'influenza negativa sul benessere della persona e possono ugualmente nascere delle difficoltà nella messa in atto di pratiche adeguate di sostegno al benessere psicosociale dell'individuo. È infatti molto importante sottolineare il fatto che la maggior parte dei migranti agiscono seguendo ed inseguendo un sogno e gli interventi clinici e umanitari in generale hanno come base fondante il principio di realtà. Le risposte psicologiche tra le persone in movimento sono intricate, plasmate da una combinazione di vari fattori, rendendo unico il percorso di ciascun individuo. Riconoscere e affrontare le loro esigenze di salute mentale durante la reinstallazione e il processo di acculturazione sono fondamentali per fornire un supporto ed un'assistenza adeguati (LeMaster2017).

Lo scontro tra sogno e realtà ha chiaramente delle ripercussioni sul benessere della persona, sulla sua percezione dello stesso, rispetto a sé e rispetto all'ambiente in cui si ritrova. Una riflessione su questa dicotomia è primordiale e permette di inquadrare meglio l'argomento trattato, di per sé estremamente complesso e ricco di variabili intervenienti, dovuto principalmente al fatto che, come detto, le migrazioni sono realtà fatte di persone che portano con sé aspettative e approcci differenti e che il benessere viene percepito in maniera diversa a seconda del background culturale, religioso ed educativo del migrante. Le esperienze di migrazione non possono essere considerate e trattate in modo uniforme ed è importante non trascurare la complessità. La ricerca sul benessere

soggettivo si concentra principalmente sull'obiettivo di migliorare la vita delle persone, non limitandosi alla semplice eliminazione dell'infelicità.

L'elaborato è composto da tre studi svolti in Niger, Paese nel quale la scrivente lavora da poco più di un decennio e dove opera come responsabile di Salute Mentale e Benessere Psicosociale per l'UNHCR Niger dal 2018.

Nel primo capitolo si è proceduto ad un'analisi del Niger in particolare rispetto al suo ruolo centrale nelle rotte migratorie, essendo un punto nevralgico e di grande passaggio. In effetti il Niger si trova al centro di diversi sistemi migratori, con le principali rotte legate all'Africa costiera e al Nord Africa, in particolare Algeria e Libia. Vi sono anche flussi migratori verso l'Africa centrale, il Medio Oriente e, più recentemente, verso l'Europa e il Nord America. A partire dagli anni '90, il Niger è diventato una tappa fondamentale per la migrazione dall'Africa occidentale e centrale verso la Libia, l'Algeria e, per alcuni, l'Europa (Mounkaila, 2018). È stato definito il ruolo dell'UNHCR, Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati, nella gestione della migrazione mista ed è stato dato risalto in particolare al Meccanismo di Transito di Emergenza, implementato da UNHCR e Governo nigerino dal novembre 2017, volto ad affrontare la crisi dei rifugiati e dei richiedenti asilo intrappolati nei centri di detenzione in Libia, un programma creato per garantire un trattamento umano e adeguato a coloro che erano in situazioni di detenzione estremamente precarie e per fornire loro l'accesso alla protezione internazionale e a soluzioni a lungo termine.

Nel secondo capitolo si è dato spazio alle teorie del benessere e della salutogenesi della salute mentale nelle migrazioni forzate. In effetti, come sottolineato inizialmente, il benessere è un'esperienza soggettiva, ma è possibile misurarne oggettivamente le manifestazioni attraverso il comportamento verbale e non verbale, le azioni, la biologia, l'attenzione e la memoria (Diener e Ryan, 2009). Sono stati quindi proposti vari quadri teorici utilizzati per studiare il benessere, tra cui teorie biologiche che esplorano predisposizioni genetiche alla felicità, teorie degli standard relativi che analizzano come il confronto sociale influenzi la percezione del benessere soggettivo, e teorie cognitive che si concentrano sui processi mentali che influenzano il benessere individuale

(Diener e Ryan, 2009). Sono stati ampiamente descritti il PERMA profiler di Seligman, la Satisfaction With Life Scale (SWLS) (Deiner et al., 1985) e la scala per la Qualità della Vita -WHOQOL, elaborata dall'OMS (2012). In effetti è da considerare il fatto che il benessere soggettivo è una componente essenziale della qualità della vita e la sua misurazione è un aspetto cruciale per comprendere come migliorare la vita delle persone.

Il terzo capitolo espone uno studio quantitativo sul benessere soggettivo (SWB), in particolare ricercando come la salute mentale, il senso di coerenza (SOC), i sintomi di trauma (PTSD) e psicopatologici ne siano predittori. Lo studio è stato svolto su una popolazione di migranti di ritorno, rifugiati e sfollati interni nella regione di Diffa. La ricerca ha voluto esaminare questi predittori della salute mentale analizzando i meccanismi e le circostanze che influenzano l'interazione tra SOC, SWB, PTSD e sintomi psicopatologici, e il loro influsso sul funzionamento psicologico dei rifugiati, delle persone sfollate e dei rimpatriati. In questo modo, si può ottenere una comprensione più approfondita delle dinamiche sottostanti, gettando luce su possibili interventi terapeutici e strategie per individui che hanno subito la migrazione forzata e lo spostamento.

Nel quarto capitolo viene descritto uno studio quali-quantitativo inerente la soddisfazione della vita in richiedenti asilo e rifugiati nei programmi UNHCR in Niger, in particolare analizzando il ruolo del benessere soggettivo e della qualità della vita (benessere oggettivo). Questo studio ha voluto mirare non solo a catturare dati numerici sui livelli di benessere, ma anche a dare voce alle storie di vita e a fornire una visione approfondita della vita dei migranti coinvolti nei processi di evacuazione, con l'obiettivo di fornire dati empirici e una comprensione completa delle loro esperienze, al fine di orientare politiche e interventi mirati per migliorare la qualità della vita, il benessere mentale e la soddisfazione di vita di questa popolazione vulnerabile. In effetti l'analisi delle tematiche trattate evidenzia un profondo legame tra evento traumatico, benessere soggettivo e resilienza, sintetizzato efficacemente nei concetti di realtà, desiderio e vita.

Nel quinto ed ultimo capitolo si è presentato infine, uno studio qualitativo inerente al benessere e alla qualità di vita nei richiedenti asilo facenti parte del meccanismo di transito in emergenza a Niamey, Niger. È necessario sottolineare una volta di più che la migrazione forzata è una sfida significativa per la salute mentale ed il benessere soggettivo dei rifugiati africani. I risultati emersi da questo studio suggeriscono che i migranti forzati in Niger sperimentano un onere psicologico significativo e un'insoddisfazione generale nella vita. Le differenze di genere e le esperienze di migrazione specifiche possono influenzare il benessere dei rifugiati in modi complessi.

1- Il ruolo del Niger nelle migrazioni forzate dall'Africa sub-sahariana: risvolti storici e geopolitici

1.1 Il Niger: una regione colpita dall'aumento delle migrazioni forzate

In generale, le principali organizzazioni internazionali che si occupano delle migrazioni, come l'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati (UNHCR) e l'Organizzazione Internazionale per le Migrazioni (OIM), categorizzano i flussi migratori in base alle motivazioni che spingono le persone a emigrare. Secondo questa suddivisione, esistono tre categorie principali. La prima è la migrazione volontaria, che comprende coloro che scelgono di spostarsi per migliorare le proprie condizioni di vita dal punto di vista sociale ed economico. Questi migranti sono comunemente noti come migranti economici. La categoria più comune è la migrazione mista, che comprende individui che si spostano insieme ma per scopi diversi, includendo sia la migrazione volontaria che quella forzata, che costituisce la terza categoria. I migranti forzati sono coloro che sono costretti a lasciare il proprio luogo d'origine a causa di eventi catastrofici come guerre, carestie, disastri naturali o persecuzioni (OIM, 2019). Il fenomeno migratorio è stato sempre presente nella storia umana, ma negli ultimi anni, secondo i dati dell'UNHCR, è in costante aumento ed è diventato uno dei problemi globali più significativi. Dopo la Seconda Guerra Mondiale, il numero di conflitti armati, sia all'interno che tra le nazioni, è notevolmente aumentato fino al picco nel 1992, diminuendo da allora (Gleditsch et al., 2002). Questo ha comunque portato a un aumento dei richiedenti asilo, dei rifugiati e degli sfollati. Gli studiosi Marshall e Gurr nel 2003 hanno condotto uno studio per analizzare le principali tendenze dei conflitti armati tra il 1946 e il 2022, evidenziando che i conflitti interni, che causano la maggior sofferenza alla popolazione, sono la forma più comune di violenza organizzata nel mondo moderno (Marshall e Gurr, 2003).

Secondo l'UNHCR, alla fine del 2021, c'erano 89,3 milioni di persone in fuga da guerre, violenze, persecuzioni e violazioni dei diritti umani, con un aumento dell'8% rispetto all'anno precedente (UNHCR, 2022). Di questi, 53,2 milioni sono rimasti all'interno dei confini del proprio paese, definiti "sfollati interni"

(IDP), mentre 27,1 milioni sono diventati rifugiati. Oltre alla violenza organizzata, ci sono molti altri fattori che contribuiscono alle migrazioni forzate, tra cui l'accessibilità ai mezzi di trasporto e le politiche governative che regolano l'immigrazione e l'asilo.

Il Niger, con capitale Niamey, è un paese situato nella parte occidentale dell'Africa, che condivide i suoi confini con sette paesi, tra cui Algeria, Libia, Ciad, Nigeria, Benin, Burkina Faso e Mali. Gran parte del suo territorio, che si estende su 1,267,000 km², è costituita da deserti e zone semi-aride. La regione settentrionale del paese è occupata dal deserto del Sahara, mentre quella meridionale è caratterizzata dal Sahel. La popolazione attuale è stimata intorno ai 27,2 milioni di abitanti (UNFPA, 2023), e il 44,5% di essi vive al di sotto della soglia di povertà, posizionando il Niger all'ultimo posto nella classifica globale dell'indice di sviluppo umano (Human Development Report, 2019).

Il Niger si trova al centro di diversi sistemi migratori, con le principali rotte legate all'Africa costiera e al Nord Africa, in particolare Algeria e Libia. Ci sono anche flussi migratori verso l'Africa centrale, il Medio Oriente e, più recentemente, verso l'Europa e il Nord America. A partire dagli anni '90, il Niger è diventato una tappa fondamentale per la migrazione dall'Africa occidentale e centrale verso la Libia, l'Algeria e, per alcuni, l'Europa (Mounkaila, 2018).

Dal 2014, l'Algeria ha espulso migliaia di cittadini del Niger e di altri paesi dell'Africa occidentale. Solitamente, queste persone vengono arrestate, detenute per giorni e poi rilasciate nel Sahel, al confine tra Algeria e Niger, in un'area conosciuta come "Punto zero". Da lì, devono camminare per circa nove miglia per raggiungere il villaggio più vicino, Assamaka, nella regione di Agadez (MSF, 2022). Nel 2021, 27,208 migranti che cercavano di raggiungere l'Europa attraverso il Mar Mediterraneo sono stati espulsi dall'Algeria verso il Niger (MSF, 2022). Inoltre, il Niger sta diventando una zona di accoglienza per i rifugiati maliani e nigeriani, i richiedenti asilo e gli sfollati interni.

Secondo le stime dell'UNHCR (2023), nel giugno 2023, vi erano 916,300 persone bisognose di protezione in Niger, tra cui 477,000 sfollati interni (IDP), 391,300 rifugiati e 5,700 richiedenti asilo. Per monitorare meglio i flussi migratori nella regione, l'OIM ha implementato lo strumento di monitoraggio dei flussi (FM) detto Displacement Tracking Matrix in sette punti di transito chiave in Niger (fig.1). Questi punti di monitoraggio del flusso (FMP) raccolgono dati per identificare le aree soggette alla migrazione transfrontaliera e internazionale (IOM, 2022).

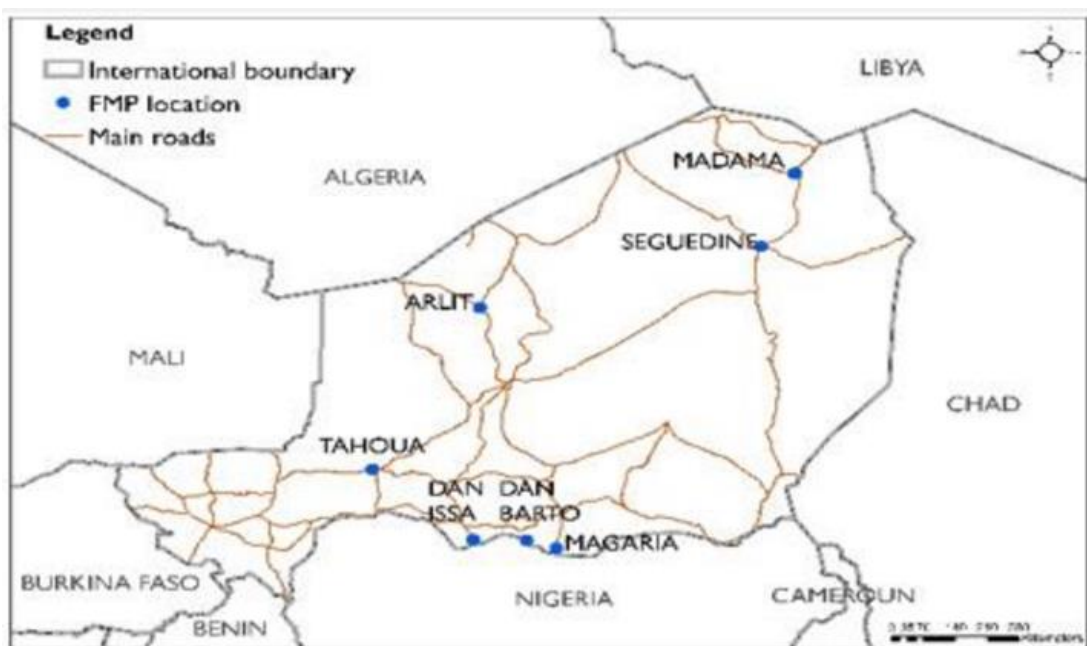


Figura 1. Punti di monitoraggio (FPM) collocati in Niger, (IOM, 2022).

In media, circa 3,155 persone sono state osservate ogni giorno presso i punti di monitoraggio (IOM, 2022). Di queste, il 42% si è spostato internamente, mentre il 58% ha attraversato i confini nazionali. I principali paesi di provenienza e destinazione per questi migranti sono stati Niger, Nigeria, Algeria e Libia. Nel 2023, sono stati attivati tre nuovi punti di monitoraggio in Gaya (al confine con il Benin), Téra (al confine con il Burkina Faso) e Ayorou (al confine con il Mali). Nel mese di febbraio 2023, sono stati osservati complessivamente 131,623 migranti presso i dieci punti di monitoraggio, con il 27% che entrava in Niger,

il 39% in transito all'interno del paese e il 34% in uscita dal Niger (OIM, 2023). La grande maggioranza di questi migranti viaggia per ragioni economiche (85%), mentre altri motivi includono i ricongiungimenti familiari, i matrimoni, la fuga dalla violenza, l'accesso ai servizi, la formazione o la fuga da conflitti (OIM, 2023).

Come già accennato, il Niger è al centro delle rotte migratorie dell'Africa occidentale e centrale ed è diventato uno dei principali paesi di transito per i migranti che si dirigono verso il Nord Africa e oltre, migrando irregolarmente attraverso il Mediterraneo. Nel 2016, è stata introdotta una legge (n° 2015-36) che criminalizza il traffico di migranti. Questa politica restrittiva ha portato a un aumento della clandestinità delle migrazioni, con l'emergere di percorsi alternativi in risposta ai crescenti controlli. Inoltre ciò ha anche aumentato i rischi associati ai viaggi, compresi gli incontri con banditi armati lungo le principali rotte migratorie nel nord del paese (OIM Niger, 2016-2019). Questi nuovi percorsi attraversano zone desertiche estremamente aride e isolate, prive di pozzi e con scarse risorse idriche disponibili. Tra il 2015 e il 2022, si stima che siano morte o scomparse 1,061 persone lungo queste rotte migratorie, soprattutto durante l'attraversamento del deserto del Sahara (OIM, 2014-2022).

Dal 2018, le regioni di Diffa, Maradi, Tahoua e Tillabèri hanno visto grandi spostamenti di sfollati interni a causa di conflitti nei paesi confinanti con il Niger, tra cui gli attacchi jihadisti nell'area del Liptako-Gourma (tra Burkina Faso, Mali e Niger) e le crisi legate ai cambiamenti climatici nel bacino del lago Ciad, che coinvolge anche il Niger (OIM, 2022). Oltre a ciò, migliaia di migranti vengono espulsi dall'Algeria e dalla Libia ogni mese, con un procedimento che li porta ad attraversare zone estremamente remote e aride del del Sahel (MSF, 2022). In questo contesto, secondo le stime dell'UNHCR (2023), il Niger ospita una popolazione in situazioni di sfollamento forzato, tra cui 477,000 sfollati interni (IDP), 391,300 rifugiati e 5,700 richiedenti asilo. ,

Attualmente, il Niger funge da paese di transito, origine e destinazione per le migrazioni. Migranti provenienti da paesi come il Ghana, il Togo e il Benin attraversano il confine con il Benin a Gaya, o si uniscono ai migranti nigeriani e camerunesi in Nigeria, per poi attraversare il Niger in vari punti lungo il

confine. Gli africani occidentali provenienti da paesi come il Senegal, il Gambia, il Mali, la Guinea, la Sierra Leone, la Liberia e la Costa d'Avorio entrano in Niger attraverso il Burkina Faso (OIM, 2016). Allo stesso tempo, i migranti economici nazionali del Niger si uniscono a questi flussi. La migrazione in Niger e nella regione dell'Africa occidentale e centrale è un fenomeno multidimensionale, con diverse forme che includono transumanza, migrazioni stagionali legate al raccolto, viaggi per motivi religiosi, turismo, migrazione economica verso l'Africa settentrionale e occidentale, ricerca di lavoro, spostamenti forzati dovuti a conflitti, disastri naturali o cambiamenti climatici (OIM, 2023).

1.2 Il ruolo dell'UNHCR

L'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati (UNHCR) è un'organizzazione fondamentale nel panorama internazionale per la protezione e l'assistenza dei rifugiati e delle persone sfollate. Fondata nel 1950 dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite, l'UNHCR ha una lunga storia di impegno nell'aiutare coloro che sono costretti a fuggire dalle proprie case a causa di conflitti, persecuzioni e violazioni dei diritti umani.

La Convenzione di Ginevra del 1951 è un pilastro dell'attività dell'UNHCR, in quanto stabilisce lo status giuridico dei rifugiati e i loro diritti fondamentali. Questa Convenzione è ancora oggi il principale strumento normativo che disciplina l'assistenza e la protezione dei rifugiati in tutto il mondo. Attraverso il lavoro dell'UNHCR, questa Convenzione è diventata una guida per garantire che i diritti dei rifugiati siano rispettati ovunque essi si trovino.

Oggi, l'UNHCR opera in 135 paesi in tutto il mondo, affrontando situazioni di emergenza umanitaria e collaborando con governi, organizzazioni internazionali e organizzazioni non governative per fornire assistenza e protezione ai rifugiati e alle persone sfollate. Il Niger è uno dei paesi in cui l'UNHCR svolge un ruolo cruciale.

Il Niger è una nazione al centro di diverse crisi regionali a causa della presenza di gruppi estremisti violenti e dei conflitti in corso in Mali e Nigeria. Questi

conflitti hanno causato importanti spostamenti di popolazione, con persone che cercano rifugio all'interno del paese o attraversano i confini internazionali in cerca di sicurezza. In questo contesto, l'UNHCR svolge un ruolo fondamentale nel sostenere il governo del Niger nella fornitura di protezione internazionale e nel cercare soluzioni efficaci per le persone sfollate, che includono rifugiati, richiedenti asilo, apolidi e sfollati interni.

L'UNHCR non si limita a rispondere alle emergenze, ma lavora anche a lungo termine per migliorare la situazione delle persone sfollate e delle comunità ospitanti. Questo può includere programmi per migliorare l'accesso all'energia per i rifugiati, proteggere l'ambiente nelle aree ospitanti e promuovere l'autosufficienza economica dei rifugiati attraverso trasferimenti di denaro o voucher per l'acquisto di beni e servizi. Inoltre, l'UNHCR lavora attivamente per evitare respingimenti illegali delle persone sfollate attraverso i confini internazionali, garantendo che abbiano una possibilità realistica di ottenere lo status di rifugiati e la protezione internazionale necessaria.

Un elemento chiave del lavoro dell'UNHCR è la capacità di coordinare risposte rapide ed efficaci alle emergenze umanitarie. Questo coinvolge la collaborazione con altri attori umanitari, governi e organizzazioni internazionali per garantire che le persone bisognose ricevano assistenza e protezione in modo tempestivo ed efficiente.

In conclusione, l'UNHCR svolge un ruolo cruciale nel fornire protezione e assistenza ai rifugiati e alle persone sfollate in tutto il mondo. La sua missione di promuovere i diritti umani e il benessere dei rifugiati è resa possibile grazie alla cooperazione internazionale e al coordinamento con altre organizzazioni umanitarie.

1.3 ETM: un programma di reinsediamento rifugiati

A partire da novembre 2017, l'UNHCR ha implementato un Meccanismo di Transito di Emergenza (ETM) per affrontare la crisi dei rifugiati e dei richiedenti asilo intrappolati nei centri di detenzione in Libia. Questo programma è stato creato per garantire un trattamento umano e adeguato a coloro che erano in

situazioni di detenzione estremamente precarie e per fornire loro l'accesso alla protezione internazionale e a soluzioni a lungo termine.

Per rendere possibile questa iniziativa, l'UNHCR ha firmato un memorandum d'intesa con il governo del Niger nel dicembre 2017, che ha temporaneamente esteso lo spazio di asilo del Niger a questi rifugiati e richiedenti asilo. Questo protocollo d'intesa è stato successivamente prorogato nel febbraio 2020, estendendo così la durata del programma per altri due anni. Grazie a questa collaborazione, molte persone vulnerabili sono state in grado di ottenere l'assistenza e la protezione necessarie per iniziare un nuovo capitolo in un ambiente più sicuro e stabile.

L'identificazione dei rifugiati e dei richiedenti asilo in Libia avviene in base alle loro vulnerabilità, al fine di valutare le loro opportunità di soluzioni al di fuori del paese. In passato, la evacuazione avveniva principalmente direttamente dai centri di detenzione o attraverso la Gathering & Departure Facility (GDF), una struttura di raccolta e partenza. Tuttavia, il focus si è spostato verso il selezionare le persone da contesti urbani con una storia di permanenza in centri di accoglienza, al fine di evitare l'adozione di meccanismi di coping negativi e di sostenere la fine della politica di detenzione in Libia.

Una volta selezionate per l'evacuazione, le persone vengono attentamente controllate e le loro informazioni personali sono condivise con l'UNHCR in Niger, dove verranno portate per trovare soluzioni più sicure e sostenibili per il loro futuro. Il primo volo di evacuazione ha avuto luogo l'11 novembre 2017, e da allora, sono stati effettuati altri 28 voli di evacuazione, portando complessivamente 3.361 rifugiati e richiedenti asilo dalla Libia al Niger (UNHCR, 2020). Questo processo di evacuazione rappresenta un passo significativo verso la protezione e la ricerca di soluzioni a lungo termine per coloro che si trovavano in situazioni di estrema vulnerabilità in Libia.

Una volta giunti in Niger, i rifugiati e i richiedenti asilo sono sottoposti a un colloquio di verifica e i loro dati biometrici vengono raccolti. Successivamente, si procede alle procedure di determinazione dello status di rifugiato (RSD), coinvolgendo sia il governo nigerino che l'UNHCR. Questo processo include interviste approfondite per preparare i dossier di reinsediamento, che vengono

poi presentati ai Paesi terzi che potrebbero considerare l'accoglienza di queste persone vulnerabili.

Per garantire un supporto adeguato, l'UNHCR e i suoi partner offrono alloggio nella struttura di transito dell'ETM situata nel comune di Hamdallaye, nella regione di Tillaberi, a circa 40 km da Niamey. Qui, i rifugiati e i richiedenti asilo hanno accesso immediato a cibo, assistenza medica, istruzione e supporto psicosociale. Nel marzo 2019, un primo gruppo di 120 sfollati è stato trasferito nel centro di Hamdallaye, che è stato progettato per ospitare fino a 1.500 persone. Per coloro con esigenze mediche complesse o donne in fase avanzata di gravidanza o madri con neonati, sono disponibili tre strutture di accoglienza nella città di Niamey.

L'UNHCR e i suoi partner stanno ancora lavorando per migliorare e sviluppare ulteriormente la struttura di transito a Hamdallaye, con l'obiettivo di creare una soluzione a lungo termine per garantire il sostegno e l'assistenza adeguata a coloro che si trovano in situazioni di vulnerabilità dopo la loro fuga dalla Libia.

Per affrontare le esigenze educative e professionali dei rifugiati, sono state avviate iniziative educative e formative in collaborazione con diversi partner. Ad esempio, il partner INTERSOS ha fornito opportunità di formazione professionale a 45 minori non accompagnati, mentre il partner Good Neighbors ha avviato un progetto di agricoltura, offrendo formazione nell'orticoltura a 42 rifugiati e 40 membri della comunità ospitante.

Per quanto riguarda il sostegno alimentare, a partire da febbraio 2020 è stato implementato un progetto pilota che offre denaro in cambio di cibo a famiglie con esigenze alimentari specifiche. Questo progetto, che coinvolge l'uso della moneta mobile, mira a garantire un sostegno adeguato alle famiglie vulnerabili e a garantire un accesso dignitoso al cibo.

Per affrontare le esigenze psicologiche e fisiche dei rifugiati, l'UNHCR sta sviluppando una filosofia di cura attraverso diverse attività psico-sociali, di salute mentale e sportive. Queste iniziative includono corsi di danza tradizionale, musica, canto e laboratori teatrali, che mirano a mitigare il disagio e aiutare i rifugiati a far fronte alle esperienze traumatiche.

Complessivamente, il programma di reinsediamento dell'UNHCR, che comprende il reinsediamento dei rifugiati evacuati dalla Libia in Niger, coinvolge anche i rifugiati già presenti in Niger che sono identificati come idonei per il reinsediamento. Questo programma offre loro una possibilità di iniziare una nuova vita sicura e dignitosa. Oltre al reinsediamento, l'UNHCR esamina anche altre opzioni di soluzioni durature, come visti umanitari, visti di studio e il ricongiungimento familiare.

Nonostante le sfide imposte dalla pandemia di COVID-19, l'UNHCR ha continuato a lavorare per garantire che i rifugiati vulnerabili ricevano assistenza e protezione, e ha ottenuto un numero significativo di impegni di reinsediamento da parte di Paesi terzi, dimostrando un impegno concreto nella ricerca di soluzioni a lungo termine per questi individui vulnerabili (UNHCR, 2020).

2- Tra agio e disagio: le teorie del benessere e salutogenesi della salute mentale nelle migrazioni forzate

2.1 Varie prospettive sul benessere

Tradizionalmente, gli operatori della salute mentale si sono concentrati sulle disfunzioni e sul trattamento delle patologie mentali, concentrandosi su ciò che non funziona nell'individuo (Cowen, 1999). Tuttavia, con l'emergere della Psicologia Positiva, c'è stata uno spostamento del focus dalla patologia all'eudaimonia, che è intesa come uno stato di benessere che comprende sia la soddisfazione personale dell'individuo che la sua connessione con il mondo circostante (Laudadio e Mancuso, 2015). Nell'ambito della Psicologia Positiva, il termine "eudaimonia" abbraccia il benessere psicologico, le virtù, l'eccellenza, la motivazione intrinseca, l'autenticità e il senso di scopo nella vita (Wong, 2011). La Psicologia Positiva adotta un approccio basato sulle forze e incoraggia l'esplorazione delle risorse dei pazienti (Rapp, 1998), coinvolgendoli attivamente e sostenendo che tali risorse possano aiutarli a superare le sfide (Brendtro e Ness, 1995). A supporto di ciò, uno studio di Hurlock (1925) ha dimostrato che gli studenti che hanno ricevuto feedback positivi hanno migliorato la loro performance del 71%, rispetto al 19% di quelli che hanno ricevuto critiche. Normann (2000) sostiene che questo approccio sia il più efficace nelle professioni di aiuto.

L'oggetto principale della Psicologia Positiva è il benessere. Molte definizioni di felicità o benessere possono essere raggruppate in tre categorie principali. In primo luogo, il benessere è stato definito in termini di criteri esterni come la virtù o la santità (Coan, 1977). In secondo luogo, gli scienziati sociali si sono concentrati su ciò che porta gli individui a valutare positivamente la propria vita. Questa definizione si basa sulla soddisfazione nella vita e utilizza gli standard personali dell'individuo per valutare cosa costituisca una buona vita. Shin e Johnson (1978) l'hanno definita come una valutazione globale della qualità della vita basata su criteri selezionati personalmente. Altri definiscono il benessere come la soddisfazione dei desideri e degli obiettivi personali (Chekola, 1975). In terzo luogo, il benessere è stato definito come felicità, intesa come la

prevalenza di emozioni positive rispetto a quelle negative (Bradburn, 1969). La soddisfazione nella vita e le emozioni positive sono entrambe aree studiate nella ricerca sul benessere soggettivo.

Secondo Ed Diener (1984), uno dei pionieri nello studio del benessere, il benessere soggettivo ha tre componenti principali.. La prima, soggettiva, si fonda sull'esperienza individuale. La seconda si concentra su misure positive, non limitandosi a eliminare i fattori negativi come molte misure di salute mentale. La terza componente riguarda una valutazione globale di tutti gli aspetti della vita di una persona. Sebbene sia possibile valutare specifiche emozioni o la soddisfazione in aree specifiche, spesso si pone l'accento su una valutazione complessiva della vita dell'individuo. Campbell (1976) condivide questa visione, sottolineando che si basa sull'esperienza personale. Le definizioni di benessere soggettivo non includono necessariamente condizioni oggettive come la salute, il comfort, la virtù o la ricchezza (Kammann, 1983); queste possono influenzarlo, ma non sono considerate parte integrante.

È importante notare che, sebbene il benessere sia un'esperienza soggettiva, è possibile misurarne oggettivamente le manifestazioni attraverso il comportamento verbale e non verbale, le azioni, la biologia, l'attenzione e la memoria (Diener e Ryan, 2009). La ricerca sul benessere soggettivo si concentra principalmente sull'obiettivo di migliorare complessivamente la vita delle persone, non limitandosi alla semplice eliminazione dell'infelicità. Poiché il benessere soggettivo è una componente essenziale della qualità della vita, la sua misurazione è cruciale per comprendere come migliorare la vita delle persone. Inoltre, la ricerca ha dimostrato che livelli più elevati di benessere soggettivo contribuiscono al funzionamento efficace delle società, apportando benefici non solo agli individui ma anche alla collettività nel suo insieme (Diener e Biswas-Diener, 2008; Lyubomirsky et al., 2005).

Esistono vari quadri teorici utilizzati per studiare il benessere, tra cui teorie biologiche che esplorano predisposizioni genetiche alla felicità(citare), teorie degli standard relativi che analizzano come il confronto sociale influenzi la percezione del benessere soggettivo (citare), e teorie cognitive che si

concentrano sui processi mentali che influenzano il benessere individuale (Diener e Ryan, 2009).

Le teorie teliche, per esempio, affermano che la felicità si raggiunge quando si soddisfano obiettivi o bisogni desiderati. Sostengono che le persone cerchino? individuano? specifici obiettivi e, una volta raggiunti, sperimentino un alto benessere (Emmons, 1986; Michalos, 1980). La Teoria dell'Autodeterminazione (Ryan e Deci, 2000) rientra in questa categoria, suggerendo che il benessere psicologico si basa sulla soddisfazione di tre bisogni psicologici di base: competenza, autonomia e relazioni sociali.

Le teorie "top-down" e "bottom-up", invece, esplorano come le esperienze positive e negative influenzino il benessere soggettivo. Le prime affermano che la direzione di causalità va dalla soddisfazione nella vita ai domini specifici, mentre le seconde sostengono che la soddisfazione nella vita sia influenzata dalla soddisfazione in specifici domini della vita (Andrews e Withey, 1976; Brief, Butcher, George e Link, 1993; Heller, Watson e Hies, 2004; Schimmack, Diener e Oishi, 2002).

Le teorie cognitive del benessere si concentrano sui processi mentali che influenzano il benessere individuale. Il modello AIM (Attenzione, Interpretazione e Memoria) suggerisce che le persone con alti livelli di benessere tendano a concentrarsi su stimoli positivi, interpretare gli eventi in modo positivo e ricordare gli eventi passati in modo positivo (Diener et al., 2009). Queste teorie enfatizzano l'importanza dell'attenzione, dell'interpretazione e della memoria nel determinare il benessere individuale.

Infine, le teorie evolutive del benessere suggeriscono che le emozioni positive e il benessere abbiano un valore adattativo, consentendo agli individui di ampliare le risorse personali e affrontare sfide in modo più efficace (Fredrickson, 1998). Inoltre, le teorie degli standard relativi sostengono che il benessere dipenda dal confronto con vari standard, come il passato, gli altri, gli obiettivi e le condizioni reali (Diener e Ryan, 2009).

2.2 Le cinque dimensioni del benessere soggettivo: il PERMA profiler

Nel 2002, lo psicologo Martin Seligman ha formulato la Teoria della Felicità Autentica, secondo la quale la felicità può essere suddivisa in tre elementi distinti che le persone scelgono per il loro valore intrinseco: emozione positiva, coinvolgimento e significato. Tuttavia, circa dieci anni dopo la pubblicazione di questo modello, Seligman ha riconosciuto la necessità di rivedere la teoria poiché risultava incompleta e criticata su vari fronti. La principale critica riguardava il fatto che il modello originale non teneva conto di elementi importanti come il successo e il senso di controllo nella vita. Inoltre, si basava su un concetto riduttivo di felicità e sottolineava l'uso della soddisfazione di vita come misura principale del benessere.

Per affrontare queste critiche, Seligman ha introdotto una nuova teoria che si concentra sul concetto più ampio di "Benessere" e lo ha suddiviso in cinque elementi chiave, rappresentati dall'acronimo PERMA. Ogni elemento contribuisce al benessere complessivo delle persone, e insieme forniscono una visione più completa e articolata del benessere soggettivo.

Emozione Positiva (P): Questo elemento si riferisce a ciò che di positivo le persone provano nelle loro vite. Non si limita alla semplice felicità, ma abbraccia una gamma di emozioni positive come la gioia, la gratitudine, l'amore e lo stupore. Sebbene una parte delle capacità di provare emozioni positive sia innata, è possibile sviluppare l'abilità di generare intenzionalmente più emozioni positive nella propria vita. Le emozioni positive svolgono un ruolo significativo nel modellare l'esperienza di vita complessiva e influenzano il benessere generale dell'individuo.

Coinvolgimento (E): Questo elemento riguarda ciò che le persone scelgono di fare perché sanno che può condurre a esperienze ottimali e gratificanti. Il coinvolgimento si verifica quando si è completamente immersi in un'attività o situazione, sperimentando uno stato di "flusso" in cui il tempo sembra scorrere rapidamente e ci si sente pienamente concentrati e soddisfatti. Il flusso si verifica quando le sfide presentate sono in equilibrio con le competenze dell'individuo,

e questo stato è associato a una maggiore felicità, apprendimento efficace e prestazioni ottimali.

Significato (M): Questo elemento si riferisce alla ricerca di uno scopo più elevato nella vita e al senso di significato personale. Il significato deriva dal riconoscere che la propria esistenza ha un impatto positivo sugli altri o contribuisce a qualcosa di più grande di sé stessi. Vivere una vita significativa va oltre le sfide quotidiane e le routine, conferendo un significato più profondo alle azioni e alle esperienze vissute. Le persone che vivono con uno scopo godono di una maggiore soddisfazione di vita e di una maggiore resilienza.

Realizzazione (A): La realizzazione rappresenta il quarto elemento e si riferisce al perseguimento e al raggiungimento di successi personali e obiettivi. È importante per sé stessi e viene ricercata indipendentemente dalla ricerca di emozioni o significato più positivi. La realizzazione può essere oggettiva, come il riconoscimento da parte degli altri, ma include anche i sentimenti soggettivi di successo e realizzazione personale.

Relazioni Positive (R): Le relazioni con gli altri costituiscono l'ultimo elemento del modello PERMA. Le persone sono essenzialmente orientate alle relazioni, e le reti sociali influiscono sulla loro salute e sul loro benessere fisico e mentale. Avere relazioni positive e costruttive con gli altri è associato a una maggiore felicità, benessere e persino a una maggiore longevità. Gli atti di gentilezza e il sostegno reciproco nelle relazioni possono aumentare il benessere psicologico.

Questi cinque elementi, insieme alla gestione delle emozioni negative e alla salute, costituiscono una panoramica completa del benessere soggettivo di un individuo. Mentre alcuni di questi elementi possono essere misurati soggettivamente attraverso autovalutazioni, altri possono essere valutati oggettivamente. Seligman ha suggerito che, per promuovere il benessere, è necessario concentrarsi su tutti e cinque gli elementi e lavorare su quelli che possono essere sviluppati e migliorati. Questo approccio ha ridefinito l'obiettivo della Psicologia Positiva, passando dall'aumentare la felicità alla promozione di un "funzionamento ottimale" che abbracci tutti gli aspetti del benessere individuale.

Hai descritto i contenuti, ma non dici nulla dello strumento. Come sono rilevate queste dimensioni? Con quale metodologia?

2.3 La soddisfazione per la vita e la Satisfaction With Life Scale (SWLS)

All'interno del campo della ricerca sulla psicologia positiva, come precedentemente menzionato, uno dei temi centrali è il benessere soggettivo (SWB) e, in particolare, la soddisfazione per la vita. Il benessere soggettivo è stato suddiviso in tre componenti principali (Diener, 1984) : affetti positivi, affetti negativi e soddisfazione per la vita. La soddisfazione per la vita rappresenta una valutazione globale e cognitiva della qualità della propria vita. Questo giudizio valutativo è strettamente correlato agli aspetti affettivi del benessere soggettivo.

Le ricerche empiriche (Diener) hanno rivelato che alti livelli di benessere soggettivo e soddisfazione per la vita sono associati a una serie di vantaggi significativi in molteplici aspetti della vita quotidiana. Ad esempio, le persone con livelli elevati di benessere soggettivo tendono a godere di relazioni sociali più appaganti e soddisfacenti. Sono anche inclini a sviluppare e mantenere relazioni positive con gli altri, che si tratti di amicizie, relazioni romantiche o matrimoniali. Inoltre, presentano una maggiore soddisfazione nelle loro relazioni coniugali, suggerendo che il loro benessere emotivo e la loro visione positiva della vita possono influenzare positivamente la qualità delle loro relazioni amorose.

Oltre alle relazioni sociali, l'alto benessere soggettivo e la soddisfazione per la vita sono collegati a maggiori opportunità di successo nel contesto lavorativo. Inoltre, sono associati a una migliore salute fisica, tra cui una maggiore resistenza alle malattie e una maggiore longevità. Le persone con alti livelli di benessere soggettivo sono anche più propense a mantenere una buona salute mentale, riducendo il rischio di depressione, ansia e stress.

Altri studi hanno dimostrato che la soddisfazione per la vita può fungere da fattore predittivo nel ridurre il rischio di suicidio e può persino influenzare positivamente la salute fisica, ad esempio riducendo il rischio di malattie come la calcificazione aortica nelle donne.

Pertanto, dati gli evidenti benefici associati all'alto benessere soggettivo e alla soddisfazione per la vita, investire nel miglioramento dell'aspetto emotivo e nel coltivare una prospettiva positiva sulla vita può comportare significativi miglioramenti in vari aspetti della vita di un individuo.

Nel 1985 è stata sviluppata la Satisfaction With Life Scale (SWLS) allo scopo di misurare il giudizio complessivo di un individuo sulla sua soddisfazione nella vita (Diener, Emmon, Larsen, 1985). Questo strumento è composto da cinque domande con una scala di risposta di tipo Likert a 7 punti. Le ricerche hanno evidenziato che le valutazioni della soddisfazione per la vita possono essere influenzate da fattori sia interni, come le disposizioni personali, sia esterni, come l'umore attuale e le circostanze di vita immediate. Pertanto, la soddisfazione per la vita è una costruzione complessa influenzata da una varietà di fattori, sia interni che esterni, ed è un indicatore significativo del benessere soggettivo complessivo di un individuo.

Tuttavia, va notato che la soddisfazione per la vita rappresenta solo uno degli aspetti che contribuiscono alla valutazione complessiva della qualità della vita di un individuo. Nei paragrafi successivi, esamineremo in dettaglio questo concetto, che abbraccia una serie di dimensioni e indicatori per una comprensione completa della qualità della vita e del modo in cui queste dimensioni interagiscono per influenzare il benessere.

2.4 Qualità della vita e come misurarla: WHOQoL

Negli ultimi decenni, c'è stato un graduale spostamento verso la considerazione del punto di vista del paziente nella valutazione della qualità della vita correlata alla salute. Gli studiosi hanno sviluppato numerosi strumenti self-report per esaminare lo stato di salute e la qualità della vita associata alla salute.

Il concetto di "qualità della vita" è emerso per la prima volta nel 1920 in un libro sul welfare di Pigou e successivamente è stato ampliato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per includere il benessere fisico, emotivo e sociale. Questo cambiamento di prospettiva è stato motivato dalla necessità di andare oltre i tradizionali indicatori di mortalità e morbilità nell'ambito della valutazione della salute. L'OMS ha sottolineato l'importanza di considerare

l'impatto delle malattie e delle disabilità sulle attività quotidiane e sul comportamento delle persone, nonché la percezione soggettiva della salute. Ciò ha portato all'introduzione di strumenti di valutazione specifici per misurare la qualità della vita correlata alla salute.

Il processo di sviluppo del WHOQOL-100, uno strumento dell'OMS per valutare la qualità della vita, ha coinvolto una serie di fasi. Nella prima fase, è stata necessaria una definizione chiara del concetto di qualità della vita (WHOQOL, 1998). Questa definizione è stata elaborata attraverso una revisione collaborativa internazionale e ha portato a una definizione comprensiva: "la percezione che un individuo ha della propria posizione nella vita, nel contesto della cultura e dei sistemi di valori in cui vive e in relazione ai propri obiettivi, aspettative, standard e preoccupazioni."

Nella seconda fase, un progetto pilota qualitativo ha avuto tre obiettivi principali: esplorare il concetto di qualità della vita tra diverse culture, definire le sfaccettature da valutare, generare un pool di domande globali e sviluppare scale di risposta equivalenti per le diverse versioni linguistiche del WHOQOL. Questo è stato fatto attraverso focus group in 12 centri in contesti culturali diversi. Le idee e le opinioni raccolte dai partecipanti hanno contribuito a identificare aspetti importanti della vita da valutare. Dopo discussioni approfondite, sono stati creati elenchi di aspetti significativi della vita, che sono stati organizzati in sfaccettature definite.

In seguito a questo progetto pilota, sono state selezionate 236 domande relative a 29 aspetti della qualità della vita per lo strumento pilota WHOQOL-100. Sono state utilizzate scale Likert a cinque punti per tutti gli item. Tuttavia, ulteriori analisi hanno suggerito che una soluzione a 4 domini (fisico, psicologico, sociale e ambientale) era forse più appropriata rispetto alla soluzione a 6 domini inizialmente proposta.

Di conseguenza, è stata sviluppata una versione più breve chiamata WHOQOL-BREF, composta da 26 domande che coprono i 4 domini principali. Questo strumento è stato progettato per essere utilizzato in situazioni in cui c'è poco tempo disponibile e dove è necessario ottenere una valutazione generale della qualità della vita senza richiedere un questionario lungo e dettagliato.

Ricerche successive hanno confermato le proprietà psicometriche valide del WHOQOL-BREF, dimostrando che è un valido strumento internazionale per valutare la qualità della vita in diversi contesti culturali e linguistici.

Questo strumento multidimensionale offre una comprensione approfondita della qualità della vita di un individuo e dei suoi molteplici aspetti, contribuendo a una visione completa del benessere soggettivo correlato alla salute.

Tabella 1. Domini e sfaccettature della valutazione pilota WHOQOL.

Domain I	Physical		
1	Pain and discomfort		
2	Energy and fatigue		
3	Sexual activity		
4	Sleep and rest		
5	Sensory functions		
Domain II	Psychological		
6	Positive feelings		
7	Thinking, learning, memory and concentration		
8	Self-esteem		
9	Bodily image and appearance		
10	Negative feelings		
Domain III	Level of independence		
11	Mobility		
12	Activities of daily living		
13	Dependence on medicinal substances and medical aids		
14	Dependence on nonmedicinal substances (alcohol, tobacco, drugs)		
15	Communication capacity		
16	Work capacity		
		Domain IV	Social relationships
		17	Personal relationships
		18	Social support
		19	Activities as provider/supporter
		Domain V	Environment
		20	Freedom, physical safety and security
		21	Home environment
		22	Work satisfaction
		23	Financial resources
		24	Health and social care: accessibility and quality
		25	Opportunities for acquiring new information and skills
		26	Participation in and opportunities for recreation/ leisure activities
		27	Physical environment (pollution/noise/traffic/climate)
		28	Transport
		Domain VI	Spirituality/religion/personal beliefs
			Overall quality of life and general health perceptions

(World Health Organization, 1998).

2.5 QoL come determinante della salute mentale

La qualità della vita (QoL) è un concetto complesso e multidimensionale che va oltre la semplice salute e il benessere generale. È influenzata da vari livelli ed ha molteplici sfaccettature che possono variare a seconda dei contesti culturali e individuali. La QoL può essere definita come una valutazione complessiva del benessere che comprende sia elementi oggettivi che valutazioni soggettive, legate al benessere fisico, materiale, sociale ed emotivo. Questa valutazione tiene anche conto dello sviluppo personale e dell'impegno in attività significative, considerati in base a un insieme di valori personali.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), esistono sei domini principali che compongono il benessere generale e influiscono sulla salute delle persone, compresa la salute mentale. Questi domini includono:

Salute fisica: La salute fisica è un elemento cruciale della QoL. Comprende l'assenza di malattie e disabilità, nonché una buona salute generale.

Salute psicologica: Il benessere mentale è altrettanto importante quanto la salute fisica. Include la presenza di emozioni positive, il controllo delle emozioni negative e la resilienza psicologica.

Indipendenza e libertà di movimento: Questo dominio riguarda la capacità di una persona di svolgere attività quotidiane autonomamente e di muoversi liberamente.

Relazioni sociali: La qualità delle relazioni con gli altri è un elemento significativo della QoL. Questo può comprendere il sostegno sociale, l'appartenenza a una comunità e la qualità delle relazioni familiari e amicali.

Ambiente di vita: Questo dominio include le condizioni materiali in cui una persona vive, come la sicurezza dell'ambiente, il livello di inquinamento e l'accesso ai servizi.

Spiritualità e religiosità: Per alcune persone, la loro fede spirituale o religiosa è un aspetto importante della QoL, e può influenzare il loro benessere generale.

È importante riconoscere l'importanza di questi domini nella valutazione della qualità della vita e del benessere generale, soprattutto nelle situazioni in cui le persone hanno subito gravi violazioni dei diritti umani. Esperienze traumatiche possono avere un impatto significativo sulla salute mentale e sul senso di sicurezza delle persone coinvolte.

La ricerca citata ha dimostrato che il benessere generale e la qualità della vita sono fattori chiave che influenzano la salute mentale, soprattutto nelle popolazioni che hanno subito guerre e violenze strutturali. Gli studi citati hanno evidenziato la complessità e la natura dinamica della qualità della vita nel preservare il benessere mentale dei rifugiati e degli sfollati interni. Esistono collegamenti ecologici tra fattori di rischio e di protezione a diversi livelli, dal

micro (individuale) al macro (culturale). Fattori oggettivi (relativi alla QoL) e soggettivi (relativi alla soddisfazione nella vita) sono interconnessi in un processo dinamico che contribuisce all'adattamento all'ambiente nuovo e alle difficoltà passate dei rifugiati e dei richiedenti asilo.

Migliorare la salute mentale e il benessere delle persone coinvolte in situazioni di violenza e sfollamento richiede un approccio olistico che tenga conto della qualità della vita, dell'insicurezza umana e dei diritti umani. Concentrarsi esclusivamente sui sintomi psichiatrici potrebbe non essere sufficiente, e è importante fornire supporto che includa il potenziamento delle capacità, la promozione della sicurezza e l'accesso a risorse che migliorino la QoL delle persone coinvolte.

3- Studio 1 (quantitativo). Benessere soggettivo: la salute mentale, il senso di coerenza, i sintomi di trauma e psicopatologici come predittori in una popolazione di migranti di ritorno, rifugiati e sfollati interni nella regione di Diffa.

1. Introduzione

L'instabilità globale, i conflitti e i cambiamenti climatici hanno reso la migrazione forzata un problema di portata mondiale (Fazet et al., 2012; Tol et al., 2011). Milioni di persone in movimento affrontano stress mentale a causa delle avverse condizioni di vita nei loro paesi d'origine, durante o dopo i loro viaggi (Demurtas, 2018). Numerosi studi citarne qualcuno hanno confermato il compromesso benessere psicologico dei rifugiati e delle persone sfollate in fuga da guerre e carestie, generando una vasta base di letteratura accademica volta a identificare i sintomi e i fattori allevianti in coloro che sono stati esposti a eventi potenzialmente traumatici prima, durante e dopo la loro migrazione (Mellor, 2021). La maggior parte di questi studi ha correlato la migrazione forzata e la condizione di rifugiato con sindromi legate al trauma, come il disturbo da stress post-traumatico (PTSD), la depressione e l'ansia. In generale, come riportato da una revisione della letteratura, il disagio mentale dei rifugiati è stato studiato come particolarmente a rischio e più gravemente compromesso rispetto ad altri gruppi di migranti (Porter & Haslam, 2005).

Studi precedenti hanno mostrato significative variazioni nella prevalenza dei disturbi psicologici tra diversi gruppi di migranti forzati. Ad esempio, si è scoperto che i rifugiati presentano tassi più elevati di ansia e depressione (oltre il 40%) rispetto ai migranti per lavoro (circa il 20%) (Lindert et al., 2009). Nelle popolazioni esposte a conflitti di massa e spostamenti, i tassi di prevalenza non corretti del PTSD e della depressione erano approssimativamente del 30% (Steel et al., 2009). Tuttavia, quando i rifugiati raggiungono e vivono nei paesi occidentali, la prevalenza del PTSD e della depressione scende rispettivamente al 9% e al 5% (Fazel et al., 2005). Tra gli adulti sfollati internamente e i rifugiati in fuga da conflitti armati, la prevalenza del PTSD è variata dal 2,2% all'88,3%, quella dell'ansia dal 1% al 90% e quella della depressione dal 5,1% all'81% (Bogic et al., 2015; Morina et al., 2018).

Queste variazioni nella prevalenza possono essere attribuite a differenze nella dimensione del campione e nei metodi di campionamento, con studi più piccoli e campionamenti misti non probabilistici che riportano tassi più elevati. Tuttavia, la variabilità nei tassi di prevalenza è minore tra bambini e adolescenti, dove il PTSD varia tra il 19% e il 52,7%, i disturbi d'ansia tra l'8,7% e il 31,6%, e i disturbi depressivi tra il 10,3% e il 32,8% (Kien et al., 2018).

Il disagio psicologico sperimentato dai rifugiati e dai migranti forzati è influenzato da vari stressori incontrati durante il loro viaggio migratorio (Zimmerman et al., 2011). Sorprendentemente, le caratteristiche demografiche pre-migrazione come età, sesso, livello di istruzione e status socioeconomico non correlano in modo significativo con il disagio psicologico (Bogic et al., 2015; Porter e Haslam, 2005). Invece, le esperienze post-migrazione sono diventate oggetto di crescente indagine. La vita dopo l'esposizione al conflitto e la migrazione introduce nuove sfide che possono influenzare negativamente la salute mentale tanto quanto, se non di più, gli eventi traumatici stessi (Chen et al., 2017; Fazel, 2018; Hou et al., 2018; Hynie, 2018; Morina et al., 2011; Nickerson et al., 2015, 2011; Steel et al., 2006).

Specifici fattori che contribuiscono a sintomi depressivi e da PTSD più elevati tra i rifugiati includono esperienze di discriminazione, restrizioni alla vita e insediamenti in campi per rifugiati (Bronstein e Montgomery, 2011; Fazel et al., 2012; Porter e Haslam, 2005; Tol et al., 2013).

Secondo il modello dello Stressore Quotidiano proposto da Miller e Rasmussen (2010, 2014), ci sono due categorie di stressori che influenzano la salute mentale dei rifugiati. La prima categoria comprende stressori sociali e materiali a bassa intensità, come la povertà, l'isolamento sociale e i quartieri insicuri, che sono presenti quotidianamente. La seconda categoria comprende stressori potenzialmente traumatici, come conflitti armati, violenza sessuale e perdita dei propri cari, che si verificano occasionalmente e ricorrentemente, anche se non necessariamente quotidianamente.

Si teorizza che l'esposizione precedente al trauma possa portare a esperienze quotidiane più negative (stressori quotidiani più elevati), che, a loro volta, possono predire una peggiore salute mentale durante o dopo i conflitti (Miller e

Rasmussen, 2010, 2014). Questa visione è supportata da un elaborato modello ecologico sociale, che suggerisce che il disagio psicologico sperimentato dai rifugiati sia influenzato sia da stressori continui che da esposizioni precedenti al trauma (Miller e Rasmussen, 2017).

Gli stressori legati allo sfollamento, che originano da conflitti armati e migrazioni forzate, rappresentano una sotto-categoria degli stressori quotidiani affrontati dai rifugiati. Questi stressori combinati, che includono sfide materiali come la povertà e la perdita dei beni, così come difficoltà interpersonali come i conflitti familiari, la violenza e la perdita delle reti di supporto sociale, possono contribuire significativamente a una peggiore salute mentale e al funzionamento familiare nelle popolazioni di rifugiati.

Di conseguenza, la migrazione forzata, anche dopo un lungo periodo di reinsediamento e un miglioramento della qualità della vita economica, potrebbe comportare un declino sostenuto del livello di benessere soggettivo (SWB) tra gli individui reinsediati rispetto alla popolazione autoctona (De Jong, Chamrathirong, & Tran, Hadjar & Baker, 2013; Safi, 2010).

A fronte dell'impatto negativo che le circostanze avverse possono avere sul benessere delle persone rifugiate o sfollate, la ricerca ha evidenziato la presenza di capacità di resilienza e resistenza in queste popolazioni. Nonostante le avverse e spesso deteriorate condizioni di vita che affrontano, gli studi hanno osservato esempi di forza e adattabilità tra i rifugiati e le persone sfollate. Ad esempio, numerose ricerche hanno dimostrato che le strategie di coping basate sulla risoluzione dei problemi e sull'accettazione svolgono un ruolo cruciale nel mitigare l'impatto negativo dello stress finanziario sui sintomi d'ansia e depressione tra i rifugiati e le persone sfollate. Allo stesso modo, le strategie di coping basate sulla risoluzione dei problemi sono state trovate come fattori protettivi contro gli effetti avversi dello stress legato alla competenza nel paese ospitante sull'ansia e la depressione (Mahmood, 2019).

Questi meccanismi di coping agiscono come preziosi ammortizzatori, attenuando le associazioni dannose tra gli stressori sopra menzionati, come lo stress finanziario e lo stress legato alla competenza nel paese ospitante, e la manifestazione di sintomi d'ansia e depressione. La capacità di impegnarsi

efficacemente in strategie di risoluzione dei problemi consente alle persone di affrontare e risolvere le sfide legate alle difficoltà finanziarie, mentre le strategie di coping basate sull'accettazione favoriscono la resilienza psicologica e consentono alle persone di venire a patti con lo stress legato alla competenza nel paese ospitante, riducendo così il peso psicologico dell'ansia e della depressione.

Nel complesso, l'utilizzo di strategie di coping basate sulla risoluzione dei problemi e sull'accettazione mette in mostra la capacità di risorse e resilienza dei rifugiati e delle persone sfollate nel navigare e superare le sfide poste dalle loro circostanze (Solberg, Nissen, & Saboonchi, 2023).

Il senso di coerenza (SOC) è stato studiato come un fattore protettivo rilevante per lo sviluppo del PTSD e per la tutela del benessere mentale delle persone (Kaźmierczak, 2016). Secondo il lavoro fondamentale di Antonovsky (citare) sul SOC, questo costrutto psicologico è composto da tre componenti fondamentali che svolgono un ruolo cruciale nell'aiutare gli individui a fronteggiare esperienze di vita imprevedibili e minacciose. Queste componenti principali sono la comprensibilità, la gestibilità e il significato.

La comprensibilità indica la capacità di un individuo di comprendere gli eventi, le circostanze e le sfide che incontrano nella loro vita, indipendentemente dal fatto che queste situazioni si verifichino in condizioni di incertezza o in contesti più stabili. Questo aspetto del SOC riflette le capacità cognitive e le strategie di coping che consentono agli individui di percepire e interpretare il mondo intorno a loro in modo coerente e razionale.

La gestibilità, d'altra parte, riguarda la capacità di una persona di gestire ed affrontare efficacemente gli stressori e le richieste varie che si presentano nella vita quotidiana. Essa comprende la capacità dell'individuo di utilizzare in modo efficiente le risorse interne ed esterne, di impegnarsi nella risoluzione dei problemi e di esercitare un certo controllo sulle proprie circostanze. Possedendo un forte senso di gestibilità, gli individui possono affrontare le sfide con maggiore efficienza e adattabilità (Dåderman, 2014).

La terza componente principale del SOC, il significato, è intrinsecamente legata alla profonda inclinazione umana a dare un significato e uno scopo alla propria

vita. Questo aspetto implica la capacità dell'individuo di trovare scopo, valore e una direzione nella propria esperienza, anche di fronte all'avversità. Un forte senso di significato fornisce alle persone un quadro guida che favorisce la resilienza e li aiuta a sopportare le circostanze difficili con un senso di scopo più elevato (Burrow & Hill, 2020).

Collettivamente, queste tre componenti del SOC funzionano sinergicamente, dando potere agli individui per far fronte alle incertezze e alle minacce intrinseche alla vita. La *comprensibilità* e la *gestibilità* forniscono alle persone abilità cognitive e di coping per affrontare situazioni ordinarie e straordinarie, mentre il *significato* rafforza la loro capacità di attribuire significato e scopo alle loro esperienze di vita. Comprendendo e promuovendo queste componenti del SOC, ricercatori e operatori possono contribuire a migliorare il benessere individuale e la resilienza di fronte alle complessità e alle sfide della vita.

Una metanalisi condotta da Schäfer et al. (2019) ha rivelato una notevole e statisticamente significativa correlazione negativa tra il Senso di Coerenza (SOC) e la gravità dei sintomi del Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD). I risultati hanno indicato che le persone con livelli più elevati di SOC tendono a mostrare una minore gravità dei sintomi del PTSD.

In uno studio incentrato sulle esperienze pre e post-migrazione dei rifugiati in Germania, le strategie di coping religiose e il SOC sono stati testati come fattori protettivi per la salute mentale degli individui. I risultati dell'analisi di mediazione hanno indicato che esistono percorsi significativi attraverso i quali le strategie di coping religiose negative e il senso di coerenza influenzano la relazione tra la valutazione negativa delle situazioni disfunzionali e il benessere. Sia le strategie di coping religiose negative che il senso di coerenza agiscono da mediatori, sia individualmente che in modo collettivamente in questa relazione. Tuttavia, è stato osservato che il coping religioso positivo non mostrava relazioni statisticamente significative con le variabili prese in considerazione (Skalski-Bednarz et al., 2022).

La nostra ricerca si sforza di esaminare diversi predittori della salute mentale analizzando i meccanismi e le circostanze che influenzano l'interazione tra SOC, SWB, PTSD e sintomi psicopatologici, e il loro influsso sul funzionamento

psicologico dei rifugiati, delle persone sfollate e dei rimpatriati. In questo modo, si può ottenere una comprensione più approfondita delle dinamiche sottostanti, gettando luce su possibili interventi terapeutici e strategie per individui che hanno subito la migrazione forzata e lo spostamento.

2. Lo Studio

In questo studio abbiamo cercato di indagare la relazione tra il benessere soggettivo, il senso di coerenza e i sintomi psicologici sulla salute mentale dei migranti forzati in Niger, esplorando come il BSW sia associato al disagio psicologico. In secondo luogo, testeremo l'impatto del SOC sul disagio psicologico. Infine, verrà esaminata la relazione tra trauma e sintomi psicopatologici e disagio psicologico.

Di conseguenza, abbiamo formulato le seguenti ipotesi: Innanzitutto, ci aspettiamo un'associazione negativa e significativa tra il benessere soggettivo (BSW) e il disagio psicologico tra gli individui sfollati (H1). Inoltre, ipotizziamo che livelli più bassi di BSW saranno associati a livelli più elevati di disagio psicologico in questa popolazione.

In secondo luogo, ipotizziamo un effetto negativo e significativo del senso di coerenza (SOC) sul disagio psicologico tra gli individui sfollati (H2). In altre parole, un SOC più basso sarà associato a livelli più elevati di disagio psicologico in questa popolazione.

Infine, prevediamo un effetto negativo e significativo del trauma e dei sintomi psicopatologici sul disagio psicologico tra gli individui sfollati (H3). Inoltre, livelli più elevati di trauma e sintomi psicopatologici saranno associati a un aumento del disagio psicologico in questa popolazione.

Inoltre, miriamo a esaminare l'associazione tra genere, età, etnia e status di sfollamento con BSW, SOC, sintomi psicologici e disagio psicologico. Lo studio delle relazioni tra queste variabili contribuirà a una migliore comprensione dell'interazione tra BSW, SOC, sintomi psicologici e disagio psicologico tra rifugiati, individui sfollati e rimpatriati in Niger. Inoltre, esplorare l'influenza di età, genere, etnia e status di sfollamento fornirà

informazioni su potenziali fattori contestuali che potrebbero influenzare gli esiti sulla salute mentale in questa popolazione.

3. Materiali e metodi

3.1 Background dello studio

Il Niger è una nazione situata nell'Africa occidentale, caratterizzata dalla sua posizione senza sbocchi sul mare e circondata da diverse nazioni confinanti, tra cui Nigeria, Mali, Burkina Faso, Algeria e Ciad. Questo paese affronta una serie di sfide significative, che includono livelli elevati di povertà, insicurezza alimentare e preoccupazioni costanti per la sicurezza. Secondo i dati riportati dall'Ufficio delle Nazioni Unite per il Coordinamento degli Affari Umanitari (OCHA) nel 2021, il Niger riveste un ruolo di rilievo all'interno delle rotte migratorie dell'Africa occidentale. Si trova infatti lungo una delle principali vie migratorie che si estendono dall'Africa subsahariana al Nord Africa e all'Europa.

Il Niger svolge un ruolo cruciale sia come paese di transito che come destinazione per i migranti provenienti da varie nazioni dell'Africa occidentale e centrale. Questi migranti intraprendono viaggi per diverse ragioni, tra cui la ricerca di opportunità economiche migliori, la fuga da conflitti o persecuzioni nei loro paesi d'origine o l'aspirazione a raggiungere l'Europa in cerca di una vita migliore. La rotta migratoria attraverso il Niger è parte di quella conosciuta come "Rotta del Mediterraneo Centrale". Questa rotta ha attirato l'attenzione a livello internazionale a causa dei pericoli e delle sfide che i migranti affrontano durante il loro percorso (consultare la figura 1).

La posizione geografica strategica del Niger lo rende un punto di convergenza fondamentale per i flussi migratori provenienti da diverse direzioni. Numerose rotte attraversano il paese, passando per città chiave come Agadez e Dirkou (come rappresentato nella figura 1). Queste città sono diventate veri e propri centri focali per le attività legate alla migrazione, compresi i network di

contrabbando che agevolano il movimento dei migranti attraverso il vasto deserto del Sahara.

Negli ultimi anni, il governo del Niger, in collaborazione con organizzazioni internazionali e partner, ha intrapreso una serie di misure per gestire i flussi migratori e affrontare i rischi connessi a essi. Tali iniziative includono l'adozione di leggi e regolamenti finalizzati a contrastare il contrabbando e il traffico di esseri umani, il rafforzamento delle misure di controllo delle frontiere e la fornitura di supporto ai migranti. Questo supporto comprende la creazione di rifugi e programmi di assistenza mirati a mitigare le difficoltà affrontate dai migranti durante il loro percorso.

La situazione migratoria nel Niger è estremamente complessa e sfaccettata, con un impatto significativo sulla popolazione del paese e sulla regione nel suo insieme. La gestione dei flussi migratori e l'attuazione di politiche volte a garantire la sicurezza e il benessere dei migranti rappresentano sfide continue che richiedono un approccio olistico e coordinato da parte delle autorità nigerine e degli attori internazionali coinvolti.

Tuttavia, il ruolo del Niger nella rotta migratoria è complesso, poiché deve bilanciare le preoccupazioni legate alla sicurezza delle frontiere, le considerazioni umanitarie e gli obblighi internazionali. Il paese continua a confrontarsi con sfide nell'efficace gestione della migrazione, nel contempo cercando di affrontare le necessità e le vulnerabilità dei migranti che attraversano il suo territorio. Secondo il Piano di Risposta Umanitaria (HRP) dell'Ufficio delle Nazioni Unite per il Coordinamento degli Affari Umanitari (OCHA) del 2021, nel Niger si stima che vi fossero circa 549.000 persone sfollate, di cui 264.000 sono sfollati interni (IDP), 250.000 sono rifugiati principalmente provenienti da Nigeria e Mali e 35.445 sono nigerini rientrati nel Niger a causa dell'insicurezza prevalente.

Le regioni che ospitano il più alto numero di persone sfollate sono Tillabéri (38%), Diffa (26%), Tahoua (15%), Niamey (15%) e Maradi (6%). La situazione evidenziata da queste cifre riflette la complessità della migrazione nel Niger e la necessità di affrontare una serie di questioni urgenti, comprese quelle legate alla sicurezza, all'assistenza umanitaria e ai diritti dei migranti.

3.2 Partecipanti

Nel presente studio, hanno preso parte 410 persone. Tutti i soggetti inclusi nello studio hanno soddisfatto i seguenti criteri di inclusione: essere forzatamente migranti (cioè sfollati interni, sfollati, rifugiati o rientrati); avere un'età compresa tra 18 e 80 anni.

I partecipanti sono stati reclutati tramite un campionamento per convenienza propositiva nel periodo compreso tra maggio 2021 e aprile 2022 da un'organizzazione non governativa internazionale locale specializzata nel supporto psicosociale e nella protezione dei migranti e dei rifugiati.

Di questi 410 partecipanti, il 28% (n=114) è di sesso maschile e il 72% (n=296) è di sesso femminile. L'età varia tra i 18 e gli 80 anni (M= 38,10; SD= ± 14,56), nello specifico, da 18 a 74 anni per gli uomini (M=38,05; SD= ± 16,15) e da 19 a 80 anni per le donne (M=38,12; SD= ± 13,91).

Le persone affette da gravi disturbi psicologici e dipendenze sono state escluse dallo studio al fine di evitare una polarizzazione estrema dei punteggi delle misure.

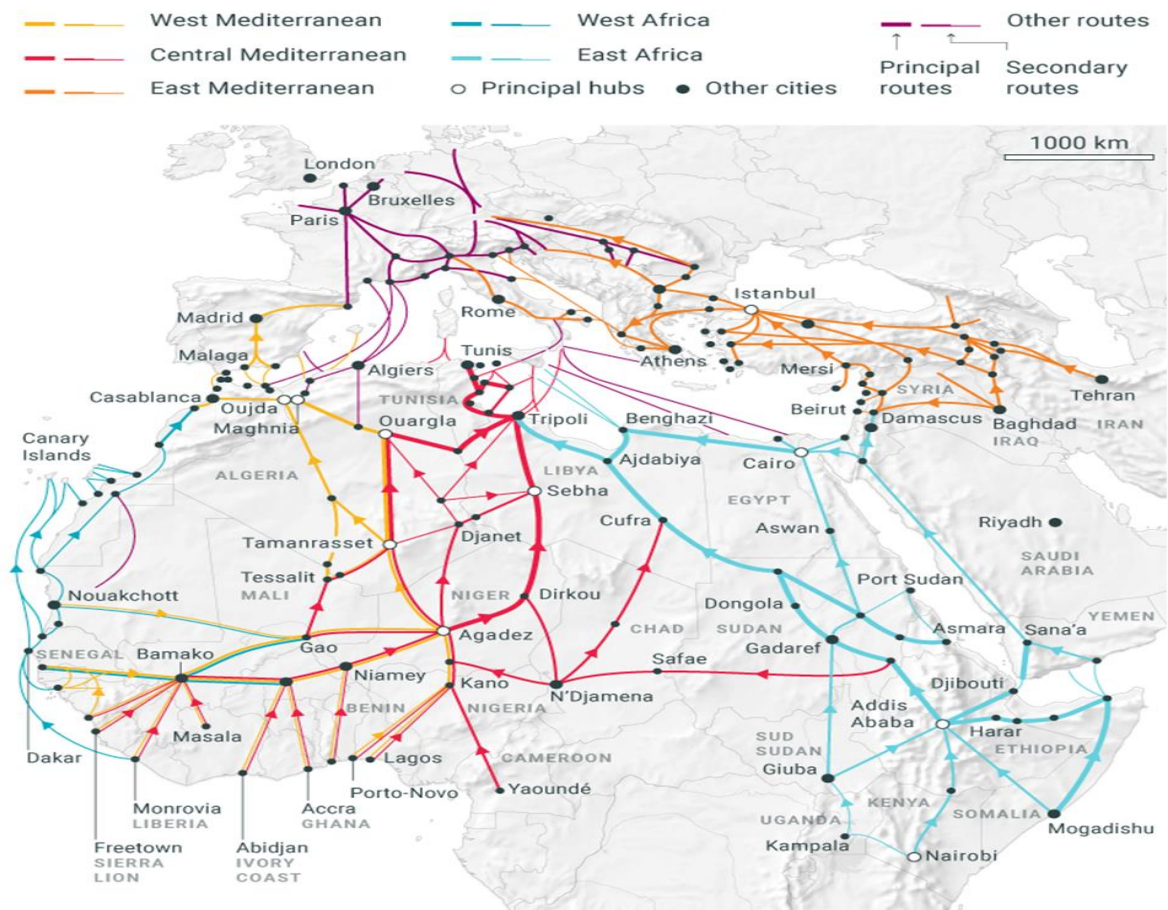


Figura 2. Percorsi migratori nel Mediterraneo e altre vie di viaggio (L. Bagnoli, "Il Mediterraneo: perché così tante morti in mare nel 2016?", Open Migration, 2016)

3.3 Strumenti e procedure

I dati sono stati raccolti presso un ufficio dedicato, dove i partecipanti potevano volontariamente scegliere di partecipare alla ricerca. Dopo aver raccolto le informazioni socio-demografiche (come età, genere, status, gruppo etnico e livello di istruzione), tutti i partecipanti hanno risposto ai seguenti questionari: Il livello di benessere è stato valutato con il l' Indice di Benessere WHO-5; World Health Organization, 1998): Il WHO-5 misura il benessere soggettivo e il funzionamento emotivo. È composto da cinque domande che valutano la frequenza con la quale il partecipante ha sperimentato specifiche emozioni nelle ultime due settimane....l'umore positivo, la vitalità e il benessere generale (ad esempio, "Nelle ultime due settimane, mi sono sentito allegro e di buon

umore."). La scala di risposta varia da 0 (mai) a 5 (sempre). L'indice di benessere, che si ottiene sommando le risposte alle 5 domande, varia da 0 a 25. Un punteggio più alto nel WHO-5 indica un miglior benessere, mentre un punteggio più basso suggerisce un benessere inferiore. Lo strumento ha dimostrato una buona affidabilità e validità in varie popolazioni. L'affidabilità all'interno del nostro campione è stata soddisfacente (i.e., Cronbach's Alpha = 0,875).

- Il grado di sofferenza psicologica è stato valutato con il Questionario Generale di Salute (GHQ-12) Il GHQ-12 è uno strumento di screening utilizzato per valutare la sofferenza psicologica e identificare possibili problemi di salute mentale. È composto da 12 domande che coprono aree come l'ansia, la depressione, il funzionamento sociale e il benessere generale. I partecipanti sono stati invitati a valutare il loro accordo su una scala da 1 (Per niente) a 4 (Molto più del solito). Per il punteggio, a ciascuna delle 12 domande nel questionario è stato assegnato un punteggio di 0 o 1. I punteggi delle 12 domande sono stati quindi sommati per ottenere un punteggio totale, che varia da 0 a 12. Un punteggio totale più alto indica un livello più elevato di sofferenza psicologica o problemi di salute mentale, mentre un punteggio più basso suggerisce una minore sofferenza (Goldberg, 1972). La consistenza interna dello strumento nel nostro campione è risultata forte, come indicato da un elevato valore di affidabilità (Cronbach's Alpha = 0.882).
- Il Senso di coerenza è stato misurato con il questionario SOC_3 (Schumann A, et al., 2003): Il questionario SOC misura il senso di coerenza di un individuo, definito come un orientamento globale che consente alle persone di percepire gli eventi della vita come comprensibili, gestibili e significativi. Il questionario SOC originale consiste in 29 domande che valutano tre componenti: comprensibilità, gestibilità e significatività. Ogni item misura il grado di accordo su una scala Likert a 5 punti (0= fortemente in disaccordo: 4= fortemente d'accordo). Nel presente studio è stata adottata una versione abbreviata dello strumento, il SOC_3, composto di soli 3 domande (Schumann A, et al., 2003).

-
-
- Le prime due domande sono positive e l'ultima è negativa. Per il calcolo del punteggio totale è stato pertanto necessario “rovesciare” il punteggio del terzo item. . Un punteggio complessivo superiore a 6 indica un forte senso di coerenza, mentre se il punteggio è inferiore, indica un senso di coerenza più debole. La consistenza interna dello strumento nel nostro campione è risultata moderata, come evidenziato dal valore di affidabilità (Cronbach's Alpha = 0.643).
- La valutazione della sofferenza soggettiva causata dagli eventi traumatici è stata valutata con la . (Scala dell'Impatto degli Eventi- IES) (Horowitz, Wilner, & Alvarez, 1979): La scala originale consiste in 22 domande e misura la presenza e la gravità di pensieri intrusivi, comportamenti di evitamento e sintomi di iperarousal legati all'evento specifico. Nello studio attuale è stata adottata la versione abbreviata, composta da 13 domande la quale è stata ampiamente utilizzata in ricerche focalizzate sul trauma e che ha dimostrato avere buone proprietà psicometriche (Veronese and Pepe, 2013). I partecipanti sono stati invitati a valutare il loro livello di accordo con ciascuna domanda in base alle loro esperienze legate a un evento traumatico specifico. Le opzioni di risposta variano da 0 (per niente) a 4 (estremamente). Queste domande valutano la gravità dei sintomi di intrusione, evitamento e iperarousal associati a un evento traumatico (Horowitz, Wilner, & Alvarez, 1979).

Punteggi più alti indicano una maggiore sofferenza o gravità dei sintomi. Lo strumento ha mostrato un elevato livello di affidabilità nel nostro campione, come indicato da una forte coerenza interna (Cronbach's Alpha = 0.875).

- La presenza di sintomi psichiatrici e di sofferenza psichica è stata valutataSCL-27 (Symptom Checklist-27) (Derogatis, Lipman, Rickels, Uhlenhuth, & Covi, 1974) : Il SCL-27 è composto da 27 domande che coprono domini come ansia, depressione, somatizzazione, sintomi ossessivo-compulsivi, psicotismo, ostilità, ansia fobica, ideazione

paranoica e sensibilità interpersonale. Ai partecipanti è stato chiesto di valutare il loro livello di sofferenza o gravità dei sintomi per ciascuna domanda basandosi sulle loro esperienze. Le opzioni di risposta variano tipicamente da 0 (per niente) a 4 (estremamente). Le regole di punteggio si basano sul calcolo della somma dei punteggi di diversi livelli di patologia psicologica come segue: Depressione (domande n. 1, 2, 14), Fobia (domande n. 1, 2, 14), Ansia (domande n. 5, 19, 20), Psicosi (domande n. 3, 15, 16), Somatizzazione (domande n. 7, 11, 13), Paranoia (domande n. 10, 25, 26), Ostilità (domande n. 9, 23, 24), Sintomi ossessivo-compulsivi (domande n. 6, 12, 27) e Problemi interpersonali (domande n. 4, 17, 18). Il punteggio totale è ottenuto sommando i punteggi degli item individuali. Punteggi più alti indicano un livello maggiore di sofferenza psicologica o gravità dei sintomi. Il SCL-27 è stato ampiamente utilizzato in contesti clinici e di ricerca e ha dimostrato buona affidabilità e validità. Lo strumento ha mostrato una moderata coerenza interna nel nostro campione, come confermato dal valore di affidabilità (Cronbach's Alpha = 0.685).

I questionari sono stati somministrati da operatori di campo compresi assistenti sociali ed esperti psicologi, che hanno ricevuto una formazione specializzata nella raccolta di dati quantitativi. Gli strumenti utilizzati nello studio sono stati convalidati in diversi contesti culturali e tradotti in molteplici lingue. Per questo studio in particolare, sono state impiegate sia le versioni in inglese che in francese di ciascun protocollo, e la somministrazione dei test è stata effettuata utilizzando metodi cartacei.

3.4 Considerazioni etiche

Prima di iniziare la raccolta dei dati, l'ONG internazionale ha svolto un ruolo fondamentale nell'informare i partecipanti in modo approfondito sulla natura e sugli obiettivi della ricerca. È stata posta un'attenzione particolare al garantire che i partecipanti comprendessero appieno il contesto e lo scopo della ricerca.

A tutti i partecipanti è stata concessa la libertà di scegliere se rispondere o meno ai questionari o se ritirarsi dalle interviste in qualsiasi momento, senza alcuna pressione.

Successivamente a questa fase di informazione, tutti i partecipanti sono stati invitati a leggere attentamente e a firmare un modulo di consenso informato. Questo documento sottolineava la garanzia della riservatezza e dell'anonimato delle loro risposte. L'obiettivo principale era quello di proteggere la privacy dei partecipanti e garantire che si sentissero a loro agio nel condividere informazioni personali sensibili.

Durante tutto il processo di raccolta dei dati, esperti psicologi locali erano presenti per offrire supporto emotivo e psicologico. Questo includeva la possibilità di sessioni di rientro per discutere qualsiasi disagio o domanda che i partecipanti potessero avere. Questo impegno per il benessere dei partecipanti ha rappresentato un elemento centrale nell'approccio etico alla ricerca.

È importante sottolineare che il protocollo di ricerca è stato progettato in linea con gli standard etici internazionali, tra cui i principi etici stabiliti dall'American Psychological Association (APA, 2020) e i principi di Helsinki emanati dalla World Medical Association (2013). Inoltre, il protocollo ha ottenuto l'approvazione da parte del comitato etico dell'Ospedale Generale di Niamey (Niger), garantendo così l'aderenza rigorosa ai principi etici e il rispetto dei diritti e del benessere dei partecipanti.

3.5 Analisi dei dati

Tutti i dati quantitativi raccolti dai questionari sono stati elaborati utilizzando SPSS (versione 28.0.1.1). I partecipanti con più del 20% di dati mancanti sono stati esclusi dall'analisi. Prima di condurre l'analisi statistica, è stata valutata l'ipotesi di normalità esaminando i valori di curtosi e asimmetria, assicurandosi che non superassero i limiti raccomandati di -2 e +2 (George & Mallery, 2009). Tutte le variabili sono state quindi controllate calcolando le distanze di Mahalanobis ($p < 0,001$) per identificare e escludere outlier multivariati. È stata calcolata l'alfa di Cronbach per valutare la coerenza interna delle variabili. Per

indagare le caratteristiche sociodemografiche dei partecipanti e riassumere le loro caratteristiche relative alle variabili di studio, sono state adottate le principali statistiche descrittive. Le statistiche descrittive sono state impiegate anche per descrivere i punteggi dei partecipanti per ciascuna variabile esaminata (ad esempio, benessere soggettivo per WHO-5, distress mentale per GHQ-12, senso di coerenza per SOC-3, pensieri intrusivi, comportamento di evitamento e sintomi di iperattivazione e la gravità generale del trauma per IES-13, ansia, depressione, somatizzazione, sintomi ossessivo-compulsivi, psicotismo, ostilità, fobia, ideazione paranoica e sensibilità interpersonale per SCL-27, nonché il punteggio totale generale). Le età dei partecipanti sono state suddivise in quattro gruppi distinti in base ai seguenti criteri: 18-24 anni, 25-44 anni, 45-64 anni e > 65 anni.

Il test t per campioni indipendenti è stato utilizzato per confrontare le medie dei campioni in base al genere. Dopo avere verificato gli assunti di normalità, multivariata, omoschedasticità, linearità, indipendenza delle osservazioni e assenza di multicollinearità, è stata condotta un'analisi MANOVA per esaminare se esistevano differenze significative in base alle classi di età, allo status e al gruppo etnico su multiple variabili dipendenti (i.e., punteggio totale WHO-5, punteggio totale GHQ-12, punteggio totale SOC-3, punteggio totale IES-13 e sottoscale, punteggio totale SCL-27 e sottoscale). Per l'analisi post hoc, è stato impiegato il test di Tukey con una soglia di significatività fissata a <0,001. Sono stati calcolati i valori di correlazione di Pearson per determinare l'associazione tra le variabili di studio. Infine, sono state eseguite due analisi di regressione lineare per valutare l'effetto del trauma, della sintomatologia psicopatologica, del senso di coerenza e del benessere soggettivo sul distress mentale. Abbiamo eseguito due analisi di regressione diverse a causa della perfetta multicollinearità (tolleranza = 0) tra ansia (SCL-27) e punteggio totale IES-13, il che ha reso impossibile includerli nel primo modello di regressione lineare.

Nella prima consideriamo come variabile dipendente il distress mentale e come possibili predittori il punteggio totale WHO-5, il punteggio totale SOC-3, i sottoscale IES-13, il punteggio totale SCL-27 e i sottoscale. Nella seconda

consideriamo come variabile dipendente il distress mentale e come possibili predittori l'ansia (SCL-27) e il punteggio totale IES-13.

La Tabella 2 illustra le frequenze e le percentuali delle variabili sociodemografiche prese in considerazione nello studio. La maggior parte dei partecipanti è stata classificata come rifugiati (45%) o individui sfollati (27%), con una significativa rappresentanza del gruppo etnico Kanuri (52%). Per quanto riguarda il livello di istruzione, la maggioranza dei partecipanti ha dichiarato di non aver ricevuto un'istruzione formale (90%).

Tabella 2

Caratteristiche socio-demografiche dei partecipanti (N=410)

		Frequenza	%
Genere	<i>Maschio</i>	296	72,2
	<i>Femmina</i>	114	27,8
Età	<i>18-24 anni</i>	72	17,6
	<i>25- 44 anni</i>	204	50,0
	<i>45-64 anni</i>	115	27,7
	<i>>65 anni</i>	19	4,7
Stato	<i>Sfollati interni</i>	90	22,0
	<i>Spostato</i>	110	26,8
	<i>Profugo</i>	185	45,1
	<i>Rimpatriato</i>	25	6,1
Gruppo etnico	<i>Altro</i>	14	3,4
	<i>Hausa</i>	57	13,9
	<i>cantone di Kanuri</i>	215	52,4
	<i>Fulani</i>	124	30,2
Educazione	<i>Nessuno</i>	367	89,5

<i>Educazione prescolare</i>	2	0,5
<i>Scuola primaria</i>	29	7,1
<i>Liceo</i>	12	2,9

La Tabella 2 illustra le frequenze e le percentuali delle variabili sociodemografiche prese in considerazione nello studio. La maggior parte dei partecipanti è stata classificata come rifugiati (45%) o individui sfollati (27%), con una significativa rappresentanza del gruppo etnico Kanuri (52%). Per quanto riguarda il livello di istruzione, la maggioranza dei partecipanti ha dichiarato di non aver ricevuto un'istruzione formale (90%).

La Tabella 3 fornisce un riepilogo delle principali statistiche descrittive per tutte le variabili incluse nello studio (WHO-5, GHQ-12, SOC, IES, SCL-27).

Il test t ha rivelato una differenza significativa nel punteggio totale del GHQ-12 tra i gruppi di genere ($t(406) = 4,595, p < 0,001$), indicando che le donne ($M = 8,25$) avevano punteggi significativamente più alti rispetto agli uomini ($M = 6,42$). La dimensione dell'effetto era moderata (d di Cohen = 0,51).

Tabella 3

Caratteristiche socio-demografiche dei partecipanti (N=410)

	Significatività	SD	Min	Max	Asimmetria	Curtosi
WHO_5_tot	5,70	4,583	0	20	0,444	-0,579
GHQ_tot	7,75	3,676	0	12	-0,748	-0,584
SOC_tot	4,06	2,508	0	12	0,291	-0,589
IES_tot	9,17	4,563	0	16	-0,390	-0,848
<i>Comportamento di evitamento</i>	10,55	4,458	0	20	-0,326	-0,006
<i>Pensieri intrusivi</i>	8,43	4,012	0	16	-0,257	-0,659
<i>Ipereccitazione</i>	28,14	10,866	0	52	-0,586	0,263
SCL_27_tot	4,07	3,303	0	12	0,438	-0,745
<i>Depressione</i>	4,07	3,303	0	12	0,438	-0,745

<i>Ansia</i>	5,99	3,042	0	12	-0,082	-0,862
<i>Somatizzazione</i>	5,37	3,070	0	12	-0,051	-0,633
<i>Ostilità</i>	2,00	2,649	0	12	1,416	1,523
<i>Problema interpersonale</i>	3,28	2,550	0	12	0,724	0,243
<i>Fobia</i>	4,87	2,945	0	12	0,290	-0,471
<i>Psicoticismo</i>	3,44	2,914	0	11	0,745	-0,159
<i>Paranoia</i>	4,09	3,151	0	12	0,513	-0,524
<i>Comportamento ossessivo</i>	6.32	2.904	0	12	-0.350	-0.657

Inoltre, sono state osservate differenze significative nelle sottoscale del SCL-27 relativi all'ansia ($p = 0,029$), alla somatizzazione ($p < 0,001$) e al disturbo ossessivo-compulsivo ($p = 0,004$), delle donne ($M = 5,76$, $M = 2,13$, $M = 6,63$) rispetto agli uomini ($M = 6,42$, $M = 4,29$, $M = 1,47$, $M = 5,54$). La dimensione dell'effetto era piccola per tutte e tre le variabili: ansia (d di Cohen = 0,32), somatizzazione (d di Cohen = 0,38) e disturbo ossessivo-compulsivo (d di Cohen = 0,32).

I risultati dell'analisi MANOVA hanno rivelato una differenza significativa tra i gruppi in termini di età (Wilks' Lambda = 0,072, $F(45, 1159) = 1,853$, $p < 0,001$), status (Wilks' Lambda = 0,062, $F(15, 392) = 0,62$, $p < 0,001$) e gruppo etnico (Wilks' Lambda = 0,082, $F(15, 392) = 0,85$, $p < 0,001$), indicando che almeno una delle variabili dipendenti variava significativamente tra i gruppi.

Per quanto riguarda l'età, i nostri dati hanno evidenziato che i partecipanti più giovani (18-24 anni) hanno mostrato un punteggio totale più elevato dei sintomi ($F(3, 408) = 2,99$, $p < 0,031$), in particolare per quanto riguarda l'ostilità ($F(3, 408) = 5,70$, $p < 0,001$), il psicotismo ($F(3, 408) = 6,61$, $p < 0,001$) e la paranoia ($F(3, 408) = 2,92$, $p < 0,034$). Al contrario, i problemi interpersonali erano più consistenti tra i 25-44 anni ($F(3, 408) = 3,87$, $p < 0,009$).

Per quanto riguarda lo status, è emerso che i rifugiati avevano livelli significativamente più elevati di benessere soggettivo (SWB) ($F(3,408) = 14,07$, $p < 0,001$) e senso di coerenza (SOC) ($F(3) = 6,18$, $p < 0,001$) rispetto agli

individui sfollati, ai rimpatriati e agli individui indigeni. Tuttavia, i rifugiati hanno anche mostrato livelli più elevati di depressione ($F(3,408) = 3,91, p = 0,009$) e sintomi di paranoia ($F(3) = 5,41, p = 0,001$). Gli individui sfollati hanno ottenuto punteggi significativamente più alti nel comportamento di evitamento ($F(3) = 7,42, p < 0,001$), mentre i rimpatriati sembravano essere più colpiti dall'ansia ($F(3) = 4,42, p = 0,004$), dall'ostilità ($F(3) = 8,86, p < 0,001$) e dal psicotismo ($F(3) = 3,27, p = 0,021$). Tuttavia, non ci sono state differenze significative nei punteggi del General Health Questionnaire (GHQ) tra i gruppi ($F(15, 392) = 0,62, p = 0,120$), indicando livelli simili di distress psicologico generale.

Per quanto riguarda i gruppi etnici, gli individui Hausa hanno mostrato livelli significativamente più elevati di depressione ($F(3,390) = 6,66, p < 0,001$) e ostilità ($F(3,390) = 7,22, p < 0,001$) rispetto a Kanuri, Fulani e altri gruppi etnici. Gli individui Kanuri hanno manifestato livelli più elevati di ansia ($F(3,390) = 2,80, p = 0,039$) e livelli più bassi di benessere soggettivo ($F(3,390) = 6,66, p < 0,001$), mentre gli altri gruppi etnici hanno mostrato livelli significativamente più alti di comportamento di evitamento ($F(3,390) = 2,89, p = 0,035$) e pensieri intrusivi ($F(3,390) = 2,77, p = 0,041$). Tuttavia, non ci sono state differenze significative nei punteggi del GHQ tra i gruppi etnici ($F(3,390) = 0,751, p = 0,522$), suggerendo livelli simili di distress psicologico generale tra le diverse etnie.

Il test di Tukey's HSD è stato condotto per effettuare confronti multipli, rivelando differenze significative tra le variabili sopra menzionate, suggerendo che esistono importanti distinzioni tra diversi gruppi di età, etnie e status di sfollamento. In particolare, il valore medio del psicotismo è risultato significativamente più alto nei gruppi di età tra i 12-24 anni rispetto a quelli tra i 46-64 anni ($p < 0,001, 95\% \text{ CI} = [0,64, 2,86]$). Sono stati osservati punteggi significativamente più alti nel valore medio del SWB nel confronto tra gli individui di etnia Hausa e Kanuri ($p < 0,001, 95\% \text{ CI} = [1,15, 4,60]$). Inoltre, il livello di ostilità è risultato significativamente più alto tra gli Hausa rispetto ai Kanuri ($p < 0,001, 95\% \text{ CI} = [0,76, 2,68]$). Inoltre, sono emerse disparità significative nel SWB tra gli individui sfollati internamente e i rifugiati a favore

dei rifugiati ($p < 0,001$, 95% CI = [2,07, 4,97]). Allo stesso modo, il comportamento di evitamento è stato più lento tra gli sfollati internamente rispetto agli sfollati ($p < 0,001$, 95% CI = [1,11, 4,35]). Va notato che i rifugiati sembrano più ostili rispetto agli sfollati ($p < 0,001$, 95% CI = [0,59, 2,15]).

La Tabella 3 presenta le correlazioni tra le variabili di studio. Il benessere soggettivo (SWB) e il senso di coerenza (SOC) sono risultati correlati negativamente con il distress mentale, il trauma e la sintomatologia psicopatologica. Al contrario, il distress mentale, il trauma e la sintomatologia psicopatologica hanno mostrato correlazioni positive tra loro.

In particolare, l'indice WHO_5 ha mostrato una correlazione positiva significativa e forte ($r = 0,73$, $p < 0,01$) con il SOC, suggerendo che livelli più elevati di SWB, misurati dal WHO_5, sono associati a un aumento dei sintomi del senso di coerenza misurati dal SOC. Inoltre, il distress mentale ha mostrato correlazioni positive significative e forti con l'iperarousal ($r = 0,616$, $p < 0,01$) misurato dalla scala IES, il punteggio totale del SCL_27 ($r = 0,574$, $p < 0,01$) e la sintomatologia ossessivo-compulsiva. Questi risultati indicano che livelli più elevati di distress mentale, valutati dal GHQ_12, sono correlati a un aumento dell'iperarousal e dei sintomi psicopatologici, in particolare quelli legati al comportamento ossessivo-compulsivo.

I punteggi IES hanno mostrato correlazioni positive e forti con le relative sottodimensioni, inclusi il comportamento di evitamento ($r = 0,781$, $p < 0,01$), i sintomi intrusivi ($r = 0,905$, $p < 0,01$) e l'iperarousal ($r = 0,815$, $p < 0,01$). Inoltre, hanno mostrato correlazioni positive significative con il punteggio totale del SCL_27 ($r = 0,538$, $p < 0,01$), in particolare per quanto riguarda la fobia e il disturbo ossessivo-compulsivo ($r = 0,571$, $p < 0,01$).

In particolare, la sottoscala IES che misura l'iperarousal ha mostrato una correlazione positiva forte con l'ansia ($r = 0,596$, $p < 0,01$), la depressione ($r = 0,568$, $p < 0,01$) e il comportamento ossessivo-compulsivo ($r = 0,684$, $p < 0,01$). Allo stesso modo, il punteggio totale del SCL_27 ha mostrato correlazioni positive significative e forti con tutte le sue sottodimensioni, inclusa la depressione ($r = 0,593$, $p < 0,01$), l'ansia ($r = 0,736$, $p < 0,01$), la somatizzazione ($r = 0,675$, $p < 0,01$), i sintomi ossessivo-compulsivi ($r = 0,573$, $p < 0,01$), il

psicotismo ($r = 0,713$, $p < 0,01$), l'ostilità ($r = 0,608$, $p < 0,01$), la fobia ($r = 0,610$, $p < 0,01$), l'ideazione paranoica ($r = 0,580$, $p < 0,01$) e la sensibilità interpersonale ($r = 0,750$, $p < 0,01$).

Inoltre, l'ansia ha mostrato correlazioni positive forti con la somatizzazione ($r = 0,503$, $p < 0,01$), l'ansia fobica ($r = 0,509$, $p < 0,01$) e i sintomi ossessivo-compulsivi ($r = 0,638$, $p < 0,01$).

4.4 Regressione lineare

L'analisi di regressione lineare multipla ha rivelato un modello significativo ($F(14,393) = 38,467$, $p < 0,001$), indicando che le variabili predittive (cioè SWB, SOC, trauma e sintomi psicopatologici) hanno collettivamente un impatto significativo sulla variabile di outcome (cioè la salute mentale). Il modello ha spiegato una parte sostanziale della varianza nella variabile di outcome, come indicato dal valore R-quadrato ($R: 0,578$). Ciò suggerisce che circa il 58% della variabilità della variabile di outcome può essere spiegato dalle variabili predittive incluse nel modello.

E' emerso che la variabile predittiva WHO_5 aveva un effetto significativamente negativo sulla variabile di outcome (GHQ_12) ($\beta = -0,110$, $p = 0,017$). Ciò indica che un aumento del WHO_5 era associato a una diminuzione del distress mentale, mantenendo costanti tutte le altre variabili (SOC, IES, SCL_27). Allo stesso modo, la variabile predittiva SOC ha mostrato un effetto significativamente negativo sul distress mentale

Tabella 4

Coefficienti di correlazione delle variabili oggetto di studio (N=410)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
WHO_5_tot	1																
GHQ_tot	-,447**	1															
SOC_tot	,573**	-,539**	1														
IES_tot	-,118*	,499**	-,190**	1													
<i>Comportamento di evitamento</i>	-,150**	,207**	-,092	,781**	1												
<i>Pensieri intrusivi</i>	-,132**	,452**	-,223**	,905**	,552**	1											
<i>Ipereccitazione</i>	-,345**	,616**	-,371**	,815**	,366**	,711**	1										
SCL_27_tot	-,288**	,574**	-,358**	,638**	,323**	,589**	,705**	1									
<i>Depressione</i>	-,057	,354**	-,033	,426**	,375**	,352**	,335**	,593**	1								
<i>Ansia</i>	-,471**	,516**	-,441**	,481**	,203**	,427**	,596**	,736**	,230**	1							
<i>Somatizzazione</i>	-,284**	,483**	-,288**	,421**	,124*	,388**	,568**	,675**	,360**	,503**	1						
<i>Ostilità</i>	-,056	,177**	-,012	,243**	0,088	,230**	,303**	,573**	,324**	,267**	,341**	1					
<i>Problema interpersonale</i>	-,204**	,336**	-,218**	,406**	,154**	,398**	,483**	,713**	,309**	,467**	,384**	,425**	1				
<i>Fobia</i>	-,099*	,375**	-,200**	,538**	,450**	,473**	,420**	,608**	,322**	,509**	,356**	,225**	,272**	1			
<i>Psicoticismo</i>	-,246**	,298**	-,288**	,337**	0,029	,365**	,475**	,610**	,205**	,369**	,371**	,295**	,440**	,161**	1		
<i>Paranoia</i>	-,023	,153**	-,130**	,284**	,162**	,295**	,258**	,580**	,249**	,311**	,111*	,356**	,472**	,282**	,276**	1	
<i>Comportamento ossessivo</i>	-,473**	,641**	-,475**	,571**	,266**	,503**	,684**	,750**	,376**	,638**	,498**	,188**	,475**	,396**	,476**	,317**	1

*** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)*

** Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).*

Al contrario, le variabili predittive legate al trauma e alla sintomatologia psicopatologica hanno mostrato un effetto significativo positivo sui punteggi del GHQ_12. In particolare, l'iperarousal calcolato tramite IES ($\beta = 0,242$, $p < 0,001$) ha indicato che un aumento dell'iperarousal sperimentato da individui traumatizzati era associato a un aumento del distress psicologico delle persone. Inoltre, la depressione ($\beta = 0,162$, $p < 0,001$), il psicotismo ($\beta = -0,092$, $p = 0,025$) e i comportamenti ossessivo-compulsivi ($\beta = 0,229$, $p < 0,001$) calcolati tramite SCL_27 hanno mostrato un effetto significativo positivo sulla variabile di outcome, suggerendo che un aumento della depressione, del psicotismo e dei comportamenti ossessivo-compulsivi era associato a un aumento del distress mentale.

Inoltre, il secondo modello di regressione lineare ha mostrato un esito significativo ($F(df1:2, df2:405, N:408) = 109,380$, $p < 0,001$), indicando che le variabili predittive (ansia e punteggio totale di IES) avevano collettivamente un impatto significativo sul distress mentale. Il modello ha spiegato una parte sostanziale della varianza nel distress mentale, come indicato dal coefficiente di determinazione ($R: 0,348$), ovvero dal valore R-quadrato. Ciò suggerisce che circa il 35% della variabilità nel distress mentale può essere spiegato dalle variabili predittive incluse nel modello.

Esaminando i coefficienti di regressione individuali per questo secondo modello, abbiamo scoperto che entrambi i predittori del modello, l'ansia calcolata tramite SCL_27 ($\beta = 0,360$, $p < 0,001$) e il punteggio totale di IES ($\beta = 0,329$, $p < 0,001$), avevano un effetto significativamente positivo sulla variabile di outcome. Ciò indica che un aumento dell'ansia e del trauma era associato a un aumento del distress mentale.

Tabella 5

Regressione lineare multipla che predice il disagio mentale da SWB, SOC e trauma (N=410)

	B	SE	β	t	Il sig.
WHO_5	-0,088	0,037	-0,110	-2,393	0,017
SOC	-0,403	0,063	-0,275	-6,380	0,000
IES	0,111	0,015	0,329	7,221	0,000
<i>Comportamento di evitamento</i>	0,002	0,037	0,002	0,047	0,962
<i>Pensieri intrusivi</i>	0,024	0,045	0,030	0,548	0,584
<i>Ipereccitazione</i>	0,222	0,056	0,242	4,000	0,000
SCL_27	0,437	0,055	0,360	7,890	0,000
<i>Depressione</i>	0,180	0,045	0,162	4,011	0,000
<i>Ansia</i>	-0,015	0,063	-0,012	-0,242	0,809
<i>Somatizzazione</i>	0,084	0,053	0,070	1,579	0,115
<i>Ostilità</i>	0,034	0,057	0,024	0,599	0,550
<i>Problema interpersonale</i>	-0,017	0,065	-0,011	-0,261	0,794
<i>Fobia</i>	0,080	0,055	0,064	1,459	0,145
<i>Psicoticismo</i>	-0,116	0,052	-0,092	-2,248	0,025
<i>Paranoia</i>	-0,083	0,047	-0,071	-1,770	0,077
<i>Comportamento ossessivo</i>	0,291	0,072	0,229	4,031	0,000

5. Discussione

La nostra ricerca si propone di indagare i potenziali predittori della salute mentale attraverso l'analisi dei meccanismi e delle circostanze che influenzano l'interazione tra SWB (Benessere Soggettivo), SOC (Senso di Coerenza), PTSD (Disturbo da Stress Post-Traumatico) e sintomi psicopatologici tra rifugiati, individui sfollati e rientranti in Niger. Inizialmente, abbiamo esplorato come genere, età, etnia e status giocano un ruolo nella formazione di questi risultati psicologici, al fine di gettare luce sui potenziali fattori che influenzano gli esiti della salute mentale in questa specifica popolazione. Inoltre, ci concentriamo sull'approfondire la comprensione di come SWB, SOC, PTSD e la sintomatologia psicopatologica siano associati al disagio psicologico tra individui che hanno sperimentato lo sfollamento.

Le nostre analisi dei dati suggeriscono che le donne sono più a rischio di sviluppare sintomi ansiosi, somatici e ossessivo-compulsivi rispetto agli uomini (Bhugra, 2004). Questi risultati trovano riscontro anche in studi condotti su popolazioni non migranti (Bahrami & Yousefi, 2011). Questo potrebbe costituire un punto cruciale per ulteriori approfondimenti all'interno della ricerca sulla salute mentale legata alle migrazioni, in quanto potrebbe contribuire a una comprensione più approfondita delle differenze di genere nell'esperienza dei sintomi psicopatologici (Li et al., 2016).

Per quanto riguarda l'età, emergono evidenze che suggeriscono che i gruppi più giovani e quelli di mezza età siano particolarmente a rischio di sviluppare specifici sintomi psicopatologici (Acierno et al., 2006). I nostri dati indicano che gli individui di età compresa tra 18 e 24 anni sembrano essere più vulnerabili a problemi legati all'ostilità, ai sintomi psicotici e alla paranoia. D'altra parte, gli individui di età compresa tra 25 e 44 anni sembrano sperimentare più difficoltà nelle relazioni interpersonali. Altri studi hanno confermato che i migranti più giovani sono più suscettibili a sviluppare problemi di salute mentale, ma, al contempo, sembrano essere più abili nell'adattarsi ai cambiamenti (Bhugra, 2004).

Secondo la letteratura relativa alla salute mentale dei rifugiati, emerge che questi ultimi manifestano livelli più elevati di paranoia e depressione (Lindert et al., 2009), ma presentano maggiori risorse di coping, come indicato da livelli più elevati di SWB e SOC. Questi risultati suggeriscono che, nonostante affrontino sfide psicopatologiche, i rifugiati potrebbero sviluppare una maggiore resilienza e abilità adattive nel gestire circostanze avverse (Obschonka & Hahn, 2018). La presenza di risorse di coping può essere spiegata da vari fattori, tra cui la resilienza e l'adattabilità, le reti di supporto, la crescita post-traumatica e i meccanismi di coping (Moroşanu, 2013). Infatti, molti rifugiati hanno dimostrato una notevole resilienza di fronte all'avversità. La loro capacità di adattarsi a circostanze difficili e la loro determinazione nel superare le difficoltà contribuiscono alle loro risorse di coping (Walther, 2021). Sebbene l'isolamento sociale possa rappresentare una sfida, alcuni rifugiati riescono a costruire nuove reti di supporto nei paesi ospitanti. Queste reti, insieme a un senso di

appartenenza, possono migliorare il loro SWB e SOC (Johnson, 2021). Inoltre, alcuni rifugiati sperimentano una crescita post-traumatica, in cui trovano sviluppo personale e cambiamenti positivi a seguito di un trauma. Questa crescita può contribuire al loro senso di benessere e coerenza (Sapam & Jijina, 2020). Infine, possono sviluppare efficaci meccanismi di coping per affrontare lo stress e le sfide che affrontano. Queste strategie di coping possono contribuire a rafforzare la loro resistenza (Shing et al., 2016).

Gli individui sfollati sembrano mostrare comportamenti di evitamento più pronunciati rispetto agli altri status analizzati. Ciò suggerisce che il trauma dello sfollamento possa influire significativamente sulla loro capacità di far fronte e gestire situazioni stressanti, portandoli a adottare strategie di evitamento come meccanismo di coping (Wittekind et al., 2015). Per quanto riguarda i rientranti, che devono fare ritorno nella loro terra d'origine, si osserva un aumento dei livelli di ansia, ostilità e sintomi psicotici. Questo suggerisce che il ritorno nella terra d'origine dopo un periodo di esilio possa essere particolarmente impegnativo e comportare notevoli difficoltà psicologiche. I rientranti sono individui che hanno cercato di emigrare o cercare rifugio altrove ma, per varie ragioni, non sono riusciti a raggiungere una migrazione di successo e sono finiti per tornare al loro luogo di origine (Cassarino, 2004). L'idea che queste persone abbiano "fallito" nella loro migrazione rappresenta un aspetto critico da considerare quando si cerca di comprendere le loro esperienze e i loro meccanismi di coping (Lietaert, 2014). La migrazione, specialmente quando è causata da conflitti, persecuzioni o disastri ambientali, è spesso un percorso difficile e rischioso. Molti individui affrontano immense sfide e pericoli durante l'esperienza migratoria, e non tutti riescono a raggiungere la loro destinazione prevista (Morales-Muñoz, 2020). Per i rientranti, l'esperienza di una migrazione fallita può amplificare l'esperienza dello sfollamento. Potrebbero aver nutrito speranze ed aspettative di trovare sicurezza, stabilità e una vita migliore in un nuovo luogo, ma incontrano ostacoli o avversità che impediscono loro di raggiungere i loro obiettivi migratori. Questa delusione e frustrazione possono portare a un aumento dello stress e dell'ansia, influenzando la loro capacità di

far fronte efficacemente alle conseguenze dello sfollamento (Makhashvili, N., et al., 2014).

Inoltre, il ritorno nella loro terra d'origine potrebbe non significare necessariamente che le circostanze siano migliorate o che stiano tornando in un ambiente sicuro e stabile. In alcuni casi, i rientranti possono affrontare sfide nell'integrarsi nelle loro comunità, ricostruire le loro vite e affrontare le ragioni che li hanno spinti inizialmente a viaggiare (Xitong, H., 2020).

Per quanto riguarda le diverse etnie, i nostri dati indicano una maggiore prevalenza di depressione tra gli Hausa. Ciò suggerisce che gli individui del gruppo etnico Hausa possono essere più suscettibili a sperimentare sintomi depressivi rispetto ad altri gruppi. Al contrario, sembra che i Kanuri presentino livelli più elevati di ansia e livelli inferiori di SWB. Questi risultati possono essere spiegati da fattori contestuali aggiuntivi e dall'impatto di eventi esterni, come la loro vulnerabilità agli attacchi di Boko Haram (Pieri, Z. P., & Zenn, J. 2017). Tuttavia, le interconnessioni tra salute mentale ed etnia rimangono un argomento che ha ricevuto poca attenzione nella comunità scientifica. Mentre numerosi studi hanno affrontato le disparità nella salute mentale tra varie popolazioni, vi è ancora una carenza di ricerche esaustive sulla complessa interazione tra identità etnica e benessere psicologico.

Nonostante l'assenza di differenze significative riguardo a età, status ed etnia sul distress mentale, esiste una diffusa esperienza di sofferenza psicologica. Questo distress è probabilmente attribuito alle sfide e alle difficoltà affrontate a causa degli stressori quotidiani incontrati durante il viaggio o nei campi di accoglienza in Niger (ad esempio, i bassi stressori sociali e materiali di intensità) sommati agli stressori traumatici potenziali incontrati lungo tutta l'esperienza migratoria (Miller & Rasmussen, 2017). L'esperienza di sfollamento e migrazione precedenti può portare a esperienze quotidiane più negative e a una salute mentale più scarsa durante o dopo i conflitti. Gli stressori legati allo sfollamento, derivanti da conflitti armati e migrazioni forzate, contribuiscono a una scarsa salute mentale e al funzionamento familiare nelle popolazioni sfollate. Anche dopo il reinsediamento, la migrazione forzata può portare a una diminuzione persistente del benessere soggettivo delle persone ricollocate rispetto alla

popolazione indigena (Miller & Rasmussen, 2017). La mancanza di differenze significative tra età, status ed etnia conferma che il distress psicologico è un fenomeno condiviso tra tutte le persone in movimento, indipendentemente dalle loro caratteristiche individuali (Tol, W. A., et al., 2020).

Inoltre, i nostri dati suggeriscono che vari fattori, tra cui SWB, trauma, iperarousal e vari sintomi psicopatologici (depressione, psicosi, sintomi ossessivo-compulsivi e ansia), sono tutti predittori significativi del distress mentale. Questi risultati spiegano che gli individui che sperimentano livelli più bassi di benessere soggettivo (H1) sono più inclini a mostrare un aumento del distress mentale (Heir et al., 2009). Inoltre, la presenza di una storia di trauma e di iperarousal, uniti a sintomi psicopatologici come depressione, psicosi, sintomi ossessivo-compulsivi e ansia, contribuisce anche al distress mentale complessivo sperimentato da questi individui (Walther, 2020) (H3). Il senso di coerenza non è stato identificato come predittore del distress mentale, poiché non è stata riscontrata alcuna associazione significativa tra livelli più elevati di senso di coerenza e livelli ridotti di distress mentale (H2).

Questo modello completo mette in luce la complessità del distress mentale e sottolinea l'importanza di considerare diversi fattori per comprenderne la manifestazione. L'interazione tra benessere soggettivo, trauma, iperarousal e sintomi psicopatologici può influenzare significativamente la salute mentale e il benessere generale di un individuo (Nakash, 2012). Le risposte psicologiche tra le persone in movimento sono intricate, plasmate da una combinazione di vari fattori, rendendo unico il percorso di ciascun individuo. Riconoscere e affrontare le loro esigenze di salute mentale durante il reinsediamento e il processo di acculturazione è fondamentale per fornire un supporto e un'assistenza adeguati (LeMaster, 2017).

D'altro canto, gli autori di questo studio sottolineano l'urgente necessità di indagare e intervenire nei determinanti politici e antecedenti che perpetuano strutturalmente il persistente distress mentale e la sofferenza tra le persone in movimento. Mentre questi aspetti sono stati già esplorati in altre discipline delle scienze sociali come l'antropologia medica e la geografia umana, rimangono in gran parte non trattati in psicologia clinica, comunitaria e sociale. Questo studio

fa appello a un approccio completo che approfondisca i fattori strutturali che contribuiscono alle sfide della salute mentale nelle popolazioni di migranti forzati, invitando a ulteriori ricerche e interventi mirati per affrontare queste complesse questioni.

6. Limitazioni e prospettive future

Il nostro studio mette in evidenza diverse considerazioni critiche riguardo all'uso dei questionari e alla valutazione della salute mentale tra gli individui colpiti dalla migrazione forzata in Niger. In primo luogo, la barriera linguistica rappresenta una sfida significativa, poiché i questionari spesso non sono nelle lingue native dei partecipanti, soprattutto per le persone appartenenti a comunità tribali. Questa limitazione potrebbe ostacolare la comprensione e interferire con il completamento accurato di questi strumenti. Infatti, le validazioni esistenti dei questionari si basano prevalentemente sulle lingue occidentali, che potrebbero non catturare appieno le diverse origini linguistiche e culturali delle popolazioni colpite dalla colonizzazione e dalla migrazione, che oggi sono per lo più costrette a fuggire dai loro paesi. Inoltre, la nostra esperienza sul campo ha dimostrato che fare affidamento esclusivamente su questionari come strumenti di raccolta dati potrebbe non essere culturalmente appropriato, specialmente in culture in cui la comunicazione e la trasmissione delle informazioni sono prevalentemente orali. Le ricerche future devono rivedere criticamente questi strumenti e adattarli alle diverse culture, non solo linguisticamente, ma anche in termini di modalità di somministrazione.

Un'altra significativa limitazione risiede nel fatto che le caratteristiche indagate legate al benessere, alla salute mentale, al trauma e al senso di coerenza sono preziose per rappresentare la salute mentale delle persone in movimento. Tuttavia, potrebbero non catturare sufficientemente i determinanti socio-politici che sottendono a questi risultati sulla salute mentale, in particolare nelle situazioni in cui sono presenti violazioni dei diritti umani. Affrontare questo problema richiede sforzi urgenti per integrare la ricerca e l'intervento focalizzati su questi determinanti insieme alla cura e al supporto individuali.

Infine, il tema della migrazione forzata e della salute mentale rimane in gran parte inesplorato. La migrazione forzata è un processo complesso che si sviluppa in fasi distinte, ciascuna con le sue implicazioni uniche per la salute mentale, potenziali distorsioni psicologiche, eventi traumatici diversi e ambienti e luoghi diversi coinvolti (Tekeli-Yesil, 2018). Comprendere e sviluppare modelli di salute mentale che rispettino questa complessità può gettare luce sul fenomeno e sulle sue conseguenze individuali e collettive (Teodorescu, 2012; Kim, 2016). Può anche contribuire agli sforzi di sensibilizzazione e promozione a vari livelli per affrontare i determinanti socio-politici che contribuiscono alla migrazione forzata (Goodkind, 2014). Sottolineare questo approccio è essenziale per comprendere i diversi percorsi migratori, le loro caratteristiche e i determinanti unici, compreso il potenziale modo di intervenire nelle cause politiche (individualmente e collettivamente). Trascurare questa complessità rischia di semplificare eccessivamente la questione, trattando tutte le esperienze di migrazione in modo uniforme e perdendo importanti intuizioni necessarie per affrontare sia le conseguenze sulla salute mentale della migrazione forzata che i determinanti socio-politici che la sottendono in contesti diversi.

7. Conclusioni

In sintesi, i risultati di questo studio possono contribuire in modo significativo alla ricerca sulla salute mentale, offrendo preziose intuizioni per interventi mirati a supportare le popolazioni vulnerabili. Lo studio mette in evidenza l'importanza di considerare la storia del trauma, il benessere soggettivo e i fattori culturali negli interventi di salute mentale. Tuttavia, ulteriori ricerche sono necessarie per convalidare e approfondire adeguatamente queste associazioni e per affrontare le limitazioni dello studio. Nel complesso, i risultati sottolineano l'urgente necessità di un supporto completo per la salute mentale nei contesti di rifugiati, sfollati e rientrati, tenendo conto delle complessità culturali, linguistiche, socio-politiche e storiche che circondano la migrazione forzata. Adottando questo approccio, possiamo migliorare la nostra comprensione, fornire un migliore supporto e fare da portavoce per le popolazioni colpite, cercando così di attenuare le cause profonde della migrazione forzata.

Inoltre, è importante sottolineare che questo studio rappresenta solo un punto di partenza per una comprensione più approfondita della salute mentale nelle popolazioni colpite dalla migrazione forzata in Niger. Ulteriori ricerche dovrebbero essere condotte per indagare ulteriormente le complesse dinamiche che influenzano la salute mentale in questi contesti. In particolare, è essenziale esaminare in modo più dettagliato i determinanti socio-politici che possono avere un impatto significativo sulla salute mentale, inclusi i diritti umani, le politiche di accoglienza e i conflitti regionali.

Inoltre, è fondamentale considerare l'implementazione di programmi di intervento mirati che tengano conto delle specifiche esigenze delle diverse popolazioni coinvolte nella migrazione forzata. Questi programmi dovrebbero essere culturalmente sensibili e linguisticamente appropriati, in modo da garantire che gli individui ricevano il supporto di cui hanno bisogno in modo efficace ed empatico.

Infine, è necessario un impegno continuo a livello globale per affrontare le cause sottostanti della migrazione forzata, compresi i conflitti armati, le persecuzioni, i cambiamenti climatici e le disuguaglianze socio-economiche. Solo affrontando questi problemi alla radice sarà possibile ridurre la frequenza e l'impatto della migrazione forzata e mitigare gli effetti sulla salute mentale delle persone coinvolte.

In conclusione, questo studio getta le basi per una maggiore comprensione e consapevolezza della salute mentale nelle popolazioni colpite dalla migrazione forzata in Niger. Rappresenta un passo avanti verso un supporto più efficace e mirato per queste popolazioni e un impegno continuo per affrontare le cause profonde della migrazione forzata a livello globale.

4- Studio 2 (quali-quantitativo). La soddisfazione della vita in richiedenti asilo e rifugiati nei programmi UNHCR in Niger: il ruolo del benessere soggettivo e della qualità della vita (benessere oggettivo).

1. Obiettivi della Ricerca

La presente indagine, di natura esplorativa e condotta mediante un approccio misto, mira a condurre un'analisi completa e approfondita sulla qualità della vita, il benessere soggettivo e la soddisfazione nella vita tra i migranti partecipanti al programma ETM e ospitati in un campo profughi situato a Niamey, in Niger. In aggiunta, l'obiettivo è quello di esplorare le percezioni ed esperienze di questi individui attraverso interviste semi-strutturate che raccontino le loro storie di vita, al fine di arricchire le conoscenze sulla loro salute mentale e di acquisire una comprensione più completa e approfondita delle condizioni di vita e del benessere percepito da questa popolazione.

Il primo obiettivo della ricerca è quello di effettuare una valutazione accurata e dettagliata della qualità della vita dei migranti, avvalendosi di strumenti standardizzati quali il World Health Organization Quality of Life-BREF (WHOQoL-BREF). L'obiettivo è ottenere una misurazione oggettiva del loro benessere complessivo. In parallelo, saranno utilizzati il PERMA profiler e la Satisfaction with Life Scale per esplorare il loro benessere soggettivo, consentendo una comprensione più approfondita delle percezioni individuali sulla loro qualità di vita.

Il secondo obiettivo di ricerca è l'esame della soddisfazione nella vita dei migranti coinvolti analizzando se qualità della vita (WB) influenzi positivamente la soddisfazione della vita (SWLS) attraverso il mediatore del

benessere soggettivo (PERMA). Questo aspetto è di fondamentale importanza, poiché ha un impatto diretto sulla loro salute mentale e sul loro adattamento alle nuove circostanze. Attraverso l'uso della Satisfaction with Life Scale e l'analisi qualitativa dei dati raccolti dalle interviste, si mira a ottenere una comprensione approfondita delle fonti di soddisfazione e insoddisfazione nella vita di questi individui, contribuendo così all'identificazione di aree chiave per il miglioramento delle loro condizioni.

Infine, il terzo obiettivo della ricerca è l'indagine delle percezioni ed esperienze dei migranti riguardo alla loro salute mentale. La migrazione forzata e l'esperienza di vivere in un campo profughi possono avere un impatto significativo sulla salute mentale degli individui. Attraverso l'analisi tematica delle narrazioni raccolte, si intende raccogliere dati qualitativi preziosi per una migliore comprensione delle sfide e delle risorse affrontate da questi individui nella gestione del loro benessere mentale. Questa conoscenza contribuirà a migliorare le strategie di supporto psicologico e sociale disponibili per loro.

In sintesi, questo studio mira non solo a catturare dati numerici sui livelli di benessere, ma anche a dare voce alle storie di vita e a fornire una visione approfondita della vita dei migranti coinvolti nei processi di evacuazione dei rifugiati ed etnie miste. L'obiettivo è fornire dati empirici e una comprensione completa delle loro esperienze, al fine di orientare politiche e interventi mirati per migliorare la qualità della vita, il benessere mentale e la soddisfazione di vita di questa popolazione vulnerabile.

2. Premessa Metodologica: Vantaggi dei Metodi Misti

I disegni di ricerca con metodo misto (MM) combinano approcci metodologici qualitativi e quantitativi in uno studio singolo o in una serie di studi (Johnson et al., 2007). Questo approccio integrato offre una migliore comprensione dei problemi di ricerca e dei fenomeni complessi rispetto all'uso isolato di uno dei due approcci (Creswell e Plano Clark, 2007).

L'impiego dei metodi misti nella ricerca comporta numerosi vantaggi significativi. Combinando gli approcci quantitativi e qualitativi, questi metodi

consentono di superare le limitazioni di ciascun approccio singolarmente, fornendo una visione più completa dei fenomeni oggetto di studio. Questo approccio consente di coniugare la ricchezza dei dettagli e delle prospettive offerte dall'approccio qualitativo con la generalizzabilità e l'oggettività dei dati quantitativi. Il risultato è un insieme di risultati più solidi e validi, poiché i dati possono essere integrati e confrontati per fornire una visione più completa e coerente del fenomeno. Inoltre, l'integrazione di dati di diversa natura consente una maggiore validazione incrociata dei risultati, garantendo una conferma più robusta delle conclusioni raggiunte (Creswell e Plano Clark, 2017; Tashakkori e Teddlie, 2010; Johnson e Onwuegbuzie, 2004; Palinkas et al., 2011).

3. Materiali e Metodi

Per la raccolta dei dati, è stato adottato un disegno di ricerca con metodo misto, utilizzando un approccio sequenziale esplorativo. La ricerca è stata condotta su partecipanti rifugiati e richiedenti asilo in Niger. Inizialmente, sono stati raccolti dati quantitativi mediante la somministrazione di tre questionari di autovalutazione che indagano la qualità della vita, il benessere soggettivo e la soddisfazione nella vita. Successivamente, sono stati raccolti dati qualitativi attraverso interviste semi-strutturate, approfondendo i risultati emersi dai questionari. La ricerca è stata condotta in collaborazione con l'UNHCR, l'Agenzia delle Nazioni Unite responsabile della protezione e dell'assistenza ai rifugiati, operante nella capitale del Niger, Niamey.

3.1 Contesto dello Studio

Il Niger, un paese senza sbocco sul mare situato nell'Africa occidentale con la sua capitale a Niamey, è una regione di cruciale importanza geografica. Confina a nord con l'Algeria e la Libia, a est con il Ciad, a sud con la Nigeria e il Benin, e a ovest con il Burkina Faso e il Mali. Nel giugno 2023, il Niger ospitava una notevole quantità di rifugiati, richiedenti asilo e sfollati interni, registrando rispettivamente 251.760, 50.377 e 358.185 individui (UNHCR, 2023). Negli ultimi anni, il Niger è diventato una rotta di passaggio sempre più frequente per

i migranti subsahariani diretti in Europa, consolidando così la sua posizione come un importante punto di transito (Veronese et al., 2021). Nel 2017, l'UNHCR ha lanciato il piano di evacuazione e reinsediamento delle persone richiedenti asilo e rifugiate provenienti dalla Libia al Niger, noto come ETM (UNHCR Niger Factsheet, 2021).

3.2 Partecipanti

Alla ricerca hanno partecipato un totale di 199 soggetti, con una composizione di genere che includeva il 57,3% di uomini, il 25,1% di donne, il 10,1% di partecipanti non binari e un gruppo di 15 partecipanti (7,5%) che non ha fornito informazioni sul proprio genere. L'età dei partecipanti variava da 12 a 66 anni, con una media di 28,98 anni (deviazione standard = $\pm 9,6$). I partecipanti sono stati reclutati tramite un campionamento di convenienza mirato in collaborazione con l'UNHCR-Niger. Tutti i partecipanti soddisfacevano i seguenti criteri di inclusione: essere migranti coinvolti nell'ETM, in attesa di reinsediamento e con un'età superiore ai 12 anni. Sono state escluse dalla ricerca le persone affette da gravi patologie psicologiche e dipendenze.

3.3 Strumenti e Procedure

In una prima fase, sono state raccolte informazioni sociodemografiche dettagliate, inclusi dati sull'età, il genere, la nazionalità, lo stato civile e il livello di istruzione di ciascun soggetto. In una seconda fase, sono stati raccolti dati quantitativi attraverso la compilazione di tre questionari autovalutativi da parte di tutti i partecipanti. La somministrazione dei questionari è stata effettuata da un gruppo di esperti composto da assistenti sociali e psicologi operanti per l'UNHCR Niger.

Gli strumenti utilizzati per la raccolta dei dati quantitativi includono:

- WHOQoL-BREF: un questionario composto da 26 item suddivisi in quattro domini (fisico, psicologico, relazioni sociali ed ambientale) utilizzato per valutare la qualità della vita. Scala di risposta????
- PERMA profiler: un questionario di 23 item che valuta il benessere soggettivo in cinque domini: emozioni positive, impegno, relazioni, significato e realizzazione, oltre a considerare la salute e le emozioni negative.
- SWLS (Satisfaction with Life Scale): uno strumento composto da 5 item utilizzato per valutare il giudizio globale di un individuo sulla propria soddisfazione nella vita.

Le interviste semi-strutturate, condotte in inglese o francese (con l'assistenza di mediatori linguistici, se necessario), coinvolsero casualmente 49 partecipanti selezionati. Queste interviste sono state condotte da un team di psicologi e assistenti sociali locali appositamente formati per la raccolta di dati qualitativi. Ciascuna intervista, della durata di 45-60 minuti, è stata audio-registrata e successivamente trascritta.

3.4 Analisi dei Dati

L'analisi dei dati quantitativi è stata condotta utilizzando il software statistico SPSS (versione 28.0.1.0). La normalità dei dati è stata valutata attraverso l'analisi di curtosi e asimmetria, con l'identificazione e l'esclusione di eventuali outlier. Sono stati rimossi i casi con oltre il 20% di dati mancanti. Sono state eseguite statistiche descrittive per riepilogare le caratteristiche socio-demografiche dei partecipanti e calcolata l'affidabilità di ciascuna scala mediante l'alpha di Cronbach.

Sono state condotte correlazioni di secondo ordine tra i vari domini di WHOQoL-BREF, PERMA e SWLS, con controllo per età e genere. È stata inoltre condotta un'analisi di mediazione per esaminare l'effetto del benessere soggettivo (PERMA) nella relazione tra qualità della vita (WB) e soddisfazione

nella vita (SWLS), utilizzando la macro Process per SPSS (Modello 1; Hayes, 2017).

Per l'analisi dei dati qualitativi, le interviste sono state trascritte e tradotte in italiano. L'analisi tematica del contenuto (TCA) è stata eseguita utilizzando il software Nvivo 12, seguendo una strategia di analisi induttiva, data-driven e grounded (Glaser et al., 2009; Lambert, 2019). I principali temi emersi sono stati individuati e selezionati attraverso una discussione per raggiungere un accordo consensuale.

Il protocollo della ricerca è stato condotto nel rispetto degli standard etici, conformemente ai principi etici e al codice di condotta dell'American Psychological Association (APA) (American Psychological Association, 2020), ed è stato approvato dal comitato etico dell'Ospedale Generale di Niamey.

4. Risultati

La **Tabella 6** mostra le frequenze e le percentuali delle variabili sociodemografiche incluse nello studio.

Tabella 6

Caratteristiche sociodemografiche dei partecipanti (N=199)

		Frequenza	%
Genere	Uomini	114	57,3
	Donne	50	25,1
Nazionalità	Non binari	20	10,1
	Sudan	96	48,2
	Cameroon	32	16,1
	Eritrea	14	7
	Repubblica Centro Africana	6	3
	Costa d'Avorio	3	1,5
	Sud Sudan	1	0,5
	Congo	5	2,5

	Somalia	8	4
	Mali	10	5
	Arabia Saudita	1	0,5
	Ciad	1	0,5
	Etiopia	2	1
	Togo	2	1
	Algeria	1	0,5
	Yemen	1	0,5
	Siria	1	0,5
Livello educativo	Nessuno	24	12,1
	Primaria	72	36,2
	Secondaria	68	34,2
	Terziaria	20	10,1
Stato civile	Single	119	59,8
	Sposato	60	30,2
	Vedovo	4	2
	Divorziato	8	4

4.1 Principali risultati dell'indagine quantitativa

La **tabella 7** riassume le principali statistiche descrittive di ogni dominio di ogni scala utilizzata.

Tabella 7
Principali statistiche descrittive scale

		Min	Max	Media	DS	Asimmetria	Curtosi
WHOQoL	psicologico	3	30	18,42	5,18	-0,34	-0,54
	Fisico	7	35	22,3	5,35	-0,12	-0,09
	Sociale	3	15	8,69	3,19	0,04	-0,72
	ambientale	8	34	18,8	5,21	0,05	-0,29
PERMA	emozioni positive	0	10	4,82	2,32	-0,17	-0,62
	impegno	0	10	5,59	2,17	-0,08	-0,30

	relazioni	0	10	5,06	2,06	-0,02	-0,25
	significato	0	10	5,52	2,56	0,08	-0,77
	realizzazione	0	34	5,38	3,09	4,08	36,37
	Totale	0,67	10,81	5,29	1,79	0,02	-0,15
	emozioni negative	0	10	5,48	2,50	-0,10	-0,78
	Salute	0	10	6,06	2,75	-0,39	-0,7
SWLS	SWLS	5	34	14,52	5,81	0,69	0,64

Nel presente studio, sono state valutate diverse dimensioni del benessere e della qualità della vita attraverso l'utilizzo di tre strumenti di misurazione: la scala WHOQoL-BREF, il PERMA profiler e la scala SWLS. I punteggi medi e le deviazioni standard dei partecipanti in ciascuna di queste scale sono stati calcolati e presentati nei seguenti termini: Per quanto riguarda la scala WHOQoL-BREF, sono stati ottenuti i seguenti punteggi medi e deviazioni standard nei quattro domini: fisico ($M=22,3$, $DS=5,35$), ambientale ($M=18,8$, $DS=5,21$), psicologico ($M=18,42$, $DS=5,18$) e sociale ($M=8,69$, $DS=3,19$). Successivamente, sono stati valutati i risultati ottenuti nel PERMA profiler, che ha fornito punteggi medi e deviazioni standard nelle seguenti dimensioni: emozioni positive ($M=4,82$, $DS=2,32$), impegno ($M=5,59$, $DS=2,17$), relazioni ($M=5,06$, $DS=2,56$), significato ($M=5,52$, $DS=2,56$) e realizzazione ($M=5,38$, $DS=3,09$). Infine, la scala SWLS ha restituito un punteggio medio di $M=14,52$ con una deviazione standard di $DS=5,81$. Per esaminare ulteriormente le relazioni tra queste dimensioni del benessere, sono state condotte analisi di correlazione di secondo ordine, tenendo conto delle variabili demografiche di età e genere. I risultati delle correlazioni sono stati presentati in modo dettagliato nella Tabella 5. In particolare, i seguenti punti chiave emergono dalle correlazioni: Il dominio fisico della scala WHOQoL-BREF (WB fisico) presenta correlazioni positive moderate con tutti gli altri domini di WHOQoL-BREF, nonché con la maggior parte delle dimensioni del PERMA. Inoltre, mostra una correlazione negativa con le emozioni negative del PERMA. Il dominio psicologico del WHOQoL-BREF (WB psicologico) mostra correlazioni positive moderate con il dominio sociale e ambientale di WHOQoL-BREF, insieme a correlazioni significative con diverse dimensioni del PERMA. Il dominio sociale del WHOQoL-BREF (WB sociale) correla positivamente solo con il dominio ambientale di WHOQoL-BREF e con alcune dimensioni del PERMA. Il dominio ambientale del WHOQoL-BREF (WB ambientale) presenta correlazioni positive significative con tutte le dimensioni del PERMA, ad eccezione delle emozioni negative e dell'impegno. Nessuno dei domini della scala WHOQoL-BREF mostra correlazioni significative con la scala SWLS. Le emozioni negative del PERMA sono correlate negativamente con molte dimensioni del PERMA e anche con la scala SWLS. Le emozioni

positive, l'impegno, le relazioni, il significato, la realizzazione e la salute del PERMA mostrano correlazioni positive tra di loro, e quasi tutte queste dimensioni sono anche correlate positivamente con la scala SWLS. Questi risultati suggeriscono l'importanza di considerare diverse dimensioni del benessere e della qualità della vita in modo integrato, poiché ciascuna di esse può influenzare e interagire con le altre. Inoltre, evidenziano l'importanza delle emozioni positive nel promuovere il benessere generale, mentre le emozioni negative possono avere un impatto negativo su diverse dimensioni del benessere.

		WB fisico	WB psicologico	WB sociale	WB ambientale	PERMA em. positive	PERMA impegno	PERMA relazioni	PERMA significativo	PERMA realizzazione	PERMA A	PERMA em. negative	PERMA A salute	SWLS
WB fisico	Pearson Correlazione	1	,530**	,344**	,497**	,276**	,227**	,251**	,338**	,379**	,390**	-,245**	,427**	0,106
WB psicologico	Pearson Correlazione	,530**	1	,365**	,445**	,263**	,210**	,248**	,322**	,308**	,358**	-,216**	,367**	0,135
WB sociale	Pearson Correlazione	,344**	,365**	1	,289**	0,101	0,035	,232**	,170*	0,109	,172*	-0,126	0,135	0,136
WB ambientale	Pearson Correlazione	,497**	,445**	,289**	1	,151*	0,036	,214**	,169*	,232**	,223**	-,291**	,269**	,161*
PERMA em. positive	Pearson Correlazione	,276**	,263**	0,101	,151*	1	,413**	,484**	,526**	,506**	,782**	-,270**	,556**	,226**
PERMA impegno	Pearson Correlazione	,227**	,210**	0,035	0,036	,413**	1	,388**	,541**	,494**	,708**	-0,063	,445**	0,054
PERMA relazioni	Pearson Correlazione	,251**	,248**	,232**	,214**	,484**	,388**	1	,603**	,376**	,728**	-,190**	,488**	,256**
PERMA significativo	Pearson Correlazione	,338**	,322**	,170*	,169*	,526**	,541**	,603**	1	,540**	,835**	-,224**	,634**	,214**
PERMA realizzazione	Pearson Correlazione	,379**	,308**	0,109	,232**	,506**	,494**	,376**	,540**	1	,762**	-,204**	,469**	,273**
PERMA A	Pearson Correlazione	,390**	,358**	,172*	,223**	,782**	,708**	,728**	,835**	,762**	1	-,262**	,685**	,286**
PERMA em. negative	Pearson Correlazione	-,245**	-,216**	-0,126	-,291**	-,270**	-0,063	-,190**	-,224**	-,204**	-,262**	1	-,300**	-,168*
PERMA A salute	Pearson Correlazione	,427**	,367**	0,135	,269**	,556**	,445**	,488**	,634**	,469**	,685**	-,300**	1	,162*
SWLS	Pearson Correlazione	0,106	0,135	0,136	,161*	,226**	0,054	,256**	,214**	,273**	,286**	-,168*	,162*	1

Nel corso della nostra indagine, abbiamo condotto un'analisi di mediazione, un metodo ampiamente utilizzato per comprendere il processo attraverso il quale un effetto si manifesta (Baron, R. M., & Kenny, D. A., 1986). In particolare, abbiamo esaminato l'ipotesi che la qualità della vita (WB) influenzi positivamente la soddisfazione della vita (SWLS) attraverso il mediatore del benessere soggettivo (PERMA), come riportato nella Tabella 6.

I risultati di questa analisi hanno rivelato i seguenti punti chiave:

La qualità della vita (WB) è stata associata positivamente all'aumento del benessere soggettivo (PERMA), con un coefficiente di regressione (b) pari a 0,0477, una deviazione standard standard (SE) di 0,0080, un valore di $t(195)$ di 5,9631 e un valore di $p < 0,000$. Questo suggerisce che un miglioramento nella qualità della vita è correlato positivamente con un aumento del benessere soggettivo.

A sua volta, l'aumento del benessere soggettivo (PERMA) è risultato correlato positivamente con l'aumento della soddisfazione della vita (SWLS), con un coefficiente di regressione (b) di 0,8529, una deviazione standard standard (SE) di 0,2482, un valore di $t(194)$ di 3,4368 e un valore di $p < 0,000$. Ciò indica che un maggiore benessere soggettivo è associato a una maggiore soddisfazione della vita.

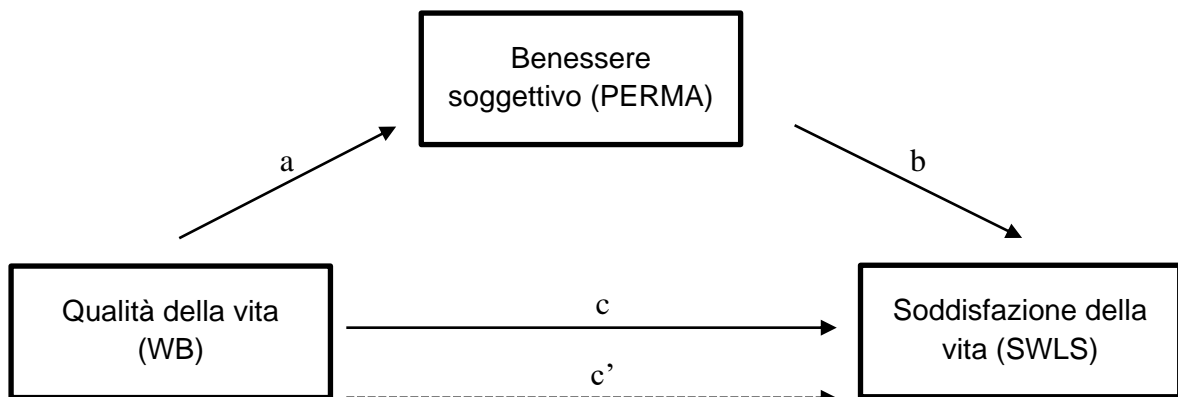
Tuttavia, nell'ambito di questo modello, l'aumento della qualità della vita (WB) non è risultato significativamente associato all'aumento della soddisfazione della vita (SWLS), con un coefficiente di regressione (b) di 0,0306, una deviazione standard standard (SE) di 0,0301, un valore di $t(194)$ di 1,0151 e un valore di $p = 0,3113$. In altre parole, l'effetto diretto della qualità della vita (WB) sulla soddisfazione della vita (SWLS) non è emerso come significativo quando il benessere soggettivo (PERMA) è inserito come mediatore nel modello.

Infine, l'effetto indiretto, che rappresenta il percorso attraverso cui la qualità della vita (WB) influisce sulla soddisfazione della vita (SWLS) attraverso il benessere soggettivo (PERMA), è risultato significativo, con un valore di $ab = 0,26$ e un intervallo di confidenza del 95% che varia da 0,0134 a 0,0754. Questo

indica che il benessere soggettivo (PERMA) funge da mediatore efficace tra la qualità della vita (WB) e la soddisfazione della vita (SWLS).

In sintesi, i nostri risultati suggeriscono che la qualità della vita influisce positivamente sulla soddisfazione della vita attraverso il mediatore del benessere soggettivo. Questa mediazione indica che il benessere soggettivo svolge un ruolo significativo nel collegare la percezione della qualità della vita e il livello di soddisfazione nella vita delle persone oggetto dello studio.

Tabella 8. Modello concettuale



4.2 Principali risultati dell'indagine qualitativa

In questo paragrafo, esploreremo i quattro temi principali e i relativi sotto-temi emersi dall'analisi tematica condotta, al fine di ottenere una visione approfondita delle esperienze dei rifugiati e delle sfide che affrontano nel corso del loro percorso migratorio.

Il primo tema, denominato "Uno scenario di conflitto e di lutti," dipinge il contesto in cui i rifugiati sono immersi durante il loro percorso migratorio. Questo scenario è caratterizzato da guerre e violenze militari persistenti, che hanno causato la perdita di persone care. Inoltre, comprende questioni

complesse legate alla povertà e ai conflitti politici. Sotto questo tema, abbiamo identificato tre sotto-temi chiave: le guerre e le violenze militari, la perdita di persone care e la presenza di povertà e conflitti politici.

Il secondo tema, intitolato "Una quotidianità di violenza e di discriminazione," mette in evidenza le esperienze quotidiane di violenza affrontate dai migranti, che includono situazioni di tortura all'interno delle dinamiche familiari o in contesti di detenzione. Inoltre, sottolinea situazioni di drammatica privazione e discriminazione. I sotto-temi inclusi in questo tema sono la violenza quotidiana, la tortura e la detenzione, nonché la privazione e la discriminazione.

Il terzo tema, "Una salute a rischio," evidenzia come l'accumulo di esperienze di privazione, sofferenza e trauma rappresenti una minaccia per la salute fisica e mentale dei rifugiati. La loro salute è costantemente messa a rischio a causa delle difficoltà incontrate lungo il percorso migratorio. Questo tema si articola in due sotto-temi principali: il rischio per la salute fisica e il rischio per la salute mentale.

Il quarto tema, "In cerca di sicurezza," descrive gli sforzi costanti dei rifugiati nel cercare condizioni di sicurezza e stabilità, che spesso li spingono a migrare dal loro paese d'origine. Tuttavia, si trovano a confrontarsi con i limiti e le risorse disponibili nel sistema di protezione offerto dalle strutture gestite dall'UNHCR. I sotto-temi che compongono questo tema sono la ricerca di sicurezza e stabilità, nonché i limiti e le risorse del sistema di protezione dell'UNHCR.

La Tabella 7 fornisce un dettaglio più completo di questa analisi, illustrando come questi temi e sotto-temi siano presenti nei tre contesti chiave menzionati nelle narrazioni dei migranti: il contesto pre-migratorio, il contesto durante la migrazione e il contesto all'interno delle strutture gestite dall'UNHCR. Questa struttura analitica ci aiuta a comprendere in modo più completo e differenziato le esperienze dei rifugiati lungo il loro percorso migratorio e durante il periodo di accoglienza.

Tabella 9. Risultati emersi dall'analisi tematica

Tabella 9. Risultati emersi dall'analisi tematica

Temi	Sottotemi	Contesti		
		Pre migrazione	Migrazione	Campo UNHCR
Uno scenario di conflitto e di lutti	Guerra e violenza militare	X	X	
	Problemi economici e politici nel paese d'origine	X	X	
Una quotidianità di violenza e discriminazione	Perdita di famigliari e amici	X	X	X
	Violenze sessuali, torture e violenze famigliari	X	X	
	Discriminazione e prigionia	X	X	
	Esperienze di deprivazione		X	X
Una salute a rischio	Impatto psicologico	X	X	X
	Problemi di salute	X	X	
In cerca di sicurezza	Motivazioni della migrazione	X		
	Supporto		X	X

È di fondamentale importanza evidenziare che le interviste condotte sono state influenzate in modo significativo dall'impatto dei traumi subiti dai partecipanti. Questo ha comportato una notevole difficoltà da parte dei partecipanti nel raccontare le proprie esperienze e un limitato desiderio di esporsi completamente. In generale, le interviste hanno prodotto narrazioni brevi di episodi concreti e descrizioni limitate di situazioni specifiche. Questo aspetto può essere considerato come un vantaggio nell'ambito della ricerca, poiché permette di far emergere aspetti della vita e delle esperienze dei partecipanti che altrimenti rimarrebbero nascosti o sottovalutati.

Tuttavia, va notato che sul piano della narrazione, questa condizione ha determinato la produzione di un materiale frammentario e non lineare. In altre parole, le storie raccontate dai partecipanti potrebbero apparire discontinue e prive di una struttura narrativa tradizionale. Ciò è una diretta conseguenza dell'impatto dei traumi sulle loro capacità di esprimersi e di condividere le proprie esperienze in modo coerente.

In definitiva, sebbene questa frammentazione possa presentare sfide nella comprensione e nell'analisi delle narrazioni, essa rappresenta anche un riflesso

autentico delle complesse esperienze vissute dai partecipanti. Pertanto, è importante considerare attentamente il contesto e le circostanze nelle quali sono state condotte le interviste al fine di interpretare correttamente le narrazioni dei partecipanti e ottenere una comprensione più profonda delle loro esperienze e delle sfide che affrontano.

4.2.1 Tema 1: Uno scenario di conflitto e di lutti

La vita dei migranti, sia prima che durante la migrazione, è caratterizzata da una serie di eventi traumatici che rappresentano sfide significative. I partecipanti alle interviste hanno condiviso le loro esperienze riguardo ai Paesi in cui hanno vissuto prima di intraprendere il loro viaggio migratorio. In questi paesi, le sfide quotidiane sono molte e spesso comprendono violenze, attacchi armati e conflitti tra gruppi etnici o politici. Questi eventi possono portare alla perdita di familiari, alla distruzione delle infrastrutture e alla separazione delle famiglie.

Un'organizzazione specializzata nella raccolta di dati, analisi e mappatura dei conflitti nel mondo, l'Armed Conflict Location and Event Data Project (ACLED), ha stimato che, nel periodo da gennaio 2021 ad aprile 2022, ben 12 paesi africani hanno superato la tragica soglia di mille morti a causa di violenze armate. Questi paesi includono Sudan, Somalia, Nigeria, Repubblica Centrafricana, Burkina Faso, Mali, Sud Sudan, Etiopia e Repubblica Democratica del Congo. Complessivamente, solo in Africa sono state registrate oltre 46.000 vittime di conflitti di varia natura secondo i dati di ACLED.

A questi gravi eventi si aggiungono problemi economici come la povertà e le carestie, così come sfide politiche nei paesi d'origine. La combinazione di questi fattori crea un ambiente estremamente difficile in cui i migranti vivono e sopravvivono prima di intraprendere il loro viaggio verso la ricerca di sicurezza e stabilità altrove. È importante riconoscere il contesto difficile che spinge molte persone a cercare rifugio altrove e considerare come tali esperienze traumatiche influenzino profondamente la loro decisione di migrare e le sfide che affrontano nel corso del loro viaggio.

Guerra e violenza militare

Gli intervistati hanno fornito dettagliate descrizioni di vari episodi di guerre civili, attacchi a villaggi e delle conseguenti devastazioni umane e materiali. Questi conflitti e attacchi si distinguono per la commissione di gravi violazioni dei diritti umani, spesso accompagnate da una vasta gamma di violenze militari su diverse scale.

Questi abusi dei diritti umani includono la pratica di saccheggiare e incendiare le abitazioni delle persone coinvolte. Tale comportamento criminale porta a perdite significative di proprietà, causando non solo danni materiali, ma anche profonda sofferenza emotiva e psicologica per le persone coinvolte. La distruzione delle case e delle proprietà personali può rappresentare un trauma duraturo per i sopravvissuti, con conseguenze a lungo termine sulla loro sicurezza e stabilità.

Le descrizioni fornite dagli intervistati illustrano la gravità delle violenze e delle atrocità commesse durante questi conflitti e attacchi, sottolineando l'importanza di affrontare e prevenire tali abusi dei diritti umani in tutto il mondo. Inoltre, queste testimonianze evidenziano il motivo per cui molte persone si vedono costrette a cercare rifugio in luoghi più sicuri, spinti dalla necessità di sfuggire a contesti di violenza e distruzione.

“...anche qui i ribelli saccheggiavano, rapivano, violentavano, giustiziavano, torturavano giorno e notte gli abitanti. Un giorno ci hanno sorpreso al mercato, dove eravamo andati a cercare legna da ardere. Mentre fuggivamo fui colpito da una pallottola di cui porto ancora le cicatrici.”

(30, uomo, 22 anni, Somalia)

La guerra e la violenza militare emergono come elementi ricorrenti nelle testimonianze dei partecipanti, spesso coinvolgendo un considerevole numero di individui all'interno della stessa comunità. Questi eventi drammatici, per la loro portata diffusa, hanno un impatto significativo nel generare traumi collettivi che influenzano profondamente la vita e le relazioni delle persone coinvolte.

I traumi collettivi si verificano quando una comunità o un gruppo di individui è esposto a eventi traumatici condivisi, come la guerra e la violenza militare. Questi eventi possono provocare un senso diffuso di terrore, perdita, disperazione e insicurezza all'interno della comunità stessa. Inoltre, essi possono minare la fiducia reciproca e le dinamiche sociali, mettendo a dura prova i legami tra gli individui.

Le conseguenze di questi traumi collettivi possono perdurare nel tempo e influenzare la salute mentale e il benessere psicologico delle persone coinvolte, causando disturbi come il disturbo da stress post-traumatico collettivo. Questi traumi possono anche avere un impatto duraturo sulla coesione sociale, creando tensioni e conflitti all'interno delle comunità.

Affrontare e mitigare gli effetti dei traumi collettivi richiede un approccio globale che prenda in considerazione non solo il benessere individuale, ma anche la ricostruzione delle comunità e il ripristino delle relazioni sociali. È importante riconoscere la complessità dei traumi collettivi e adottare strategie di supporto a lungo termine per aiutare le comunità a superare gli impatti devastanti della guerra e della violenza militare.

“Nel 2006 era iniziata la guerra nella regione di Darsila. Questi ultimi avevano iniziato a dare fuoco ovunque nel villaggio...”

(Ahmed Aruon Salée (382-19C00060/ 382--00003029), uomo, 31 anni)

Problemi economici e politici nel paese d'origine

I Paesi d'origine dei partecipanti emergono frequentemente come luoghi afflitti da condizioni di povertà e instabilità economica e politica. Le testimonianze

raccolte nelle storie di vita mettono in evidenza l'ampia diffusione di difficoltà economiche all'interno di questi contesti. In alcuni casi, queste difficoltà economiche diventano una spinta motivazionale determinante per avviare il percorso migratorio.

Ad esempio, una partecipante ha condiviso la sua esperienza, dichiarando: *"Ho lasciato il mio paese a causa della situazione precaria della mia famiglia che viveva solo dei propri campi. La mancanza di opportunità è stata un fattore determinante nella mia partenza, i miei genitori erano estremamente poveri"* (Partecipante 76, donna, 24 anni, Eritrea).

Inoltre, dai racconti emerge un quadro complesso di problematiche politiche, con particolare attenzione all'obbligo di servizio militare nei rispettivi stati. Un partecipante ha condiviso la sua esperienza riguardo a questa questione, affermando: *"Da quando ho lasciato il mio paese nel 2015, a seguito della situazione politica nel paese, ci sono stati diversi attentati nel nostro villaggio e c'è anche il servizio militare che era un obbligo nel mio paese, l'Eritrea"* (Partecipante 65, uomo, 28 anni, Eritrea).

Queste testimonianze illustrano chiaramente come le difficoltà economiche e le problematiche politiche nei paesi d'origine dei partecipanti abbiano giocato un ruolo significativo nel motivare la loro decisione di intraprendere il viaggio migratorio. La povertà, l'instabilità politica e le sfide legate al servizio militare obbligatorio rappresentano fattori chiave che spingono molte persone a cercare rifugio e opportunità altrove.

Perdita di familiari e amici

Nelle testimonianze di vita dei partecipanti, è evidente una frequente menzione delle perdite di familiari e persone care. Le circostanze e le ragioni di tali lutti sono diverse e variegate. Alcuni individui raccontano di aver subito tali perdite a causa di atti omicidi, mentre altri narrano la perdita di familiari dovuta a conflitti e attacchi nei loro paesi d'origine. Altri ancora riportano la scomparsa di membri del nucleo familiare durante l'infanzia a causa di condizioni mediche. Un partecipante ha condiviso la sua esperienza, dichiarando: *"Mio fratello*

minore è stato vittima di un assassinio durante un attentato nel nostro villaggio"
(Partecipante 30, uomo, 22 anni, Somalia).

Le esperienze di lutto sono pervasive nelle narrazioni degli individui in tutti e tre i contesti precedentemente delineati, ma tendono a verificarsi prevalentemente prima dell'inizio del processo migratorio. In alcuni casi, queste esperienze di lutto possono persino costituire motivazioni decisive per intraprendere il viaggio verso nuove destinazioni.

Ad esempio, un partecipante ha condiviso la sua storia, spiegando: *"Suo padre, che lo aveva cresciuto, è stato assassinato nell'ottobre 2015 da persone non identificate nel nostro villaggio... È stato così che nel maggio 2017 ha deciso di partire e lasciare tutti i suoi averi, poiché lo zio gli aveva promesso di vendicare la morte del padre"* (Partecipante 56, uomo, Somalia).

Inoltre, alcune persone hanno riferito di aver assistito direttamente a episodi di omicidio, condividendo queste traumatiche esperienze con l'intera comunità e coinvolgendo così tutti nell'elaborazione di traumi collettivi. Un'altra partecipante ha raccontato: *"Molti altri conoscenti e vicini hanno anche perso i loro cari e i loro beni, le case erano bruciate"* (Khadîdja Mohamed Hassan, donna, Sudan).

Queste testimonianze mettono in luce la profonda e diffusa portata del lutto nelle vite dei migranti, evidenziando come le tragedie personali e le perdite abbiano un impatto significativo sulle loro decisioni e sulle esperienze di migrazione.

4.2.2 Tema 2: Una quotidianità all'insegna della violenza e della discriminazione

Dalle narrazioni delle esperienze di vita emerge in modo significativo una serie di episodi quotidiani caratterizzati da violenze e discriminazioni di cui i partecipanti sono stati vittime. Questi atti di violenza possono manifestarsi in diverse situazioni:

- **Violenze familiari:** In molti casi, gli atti di violenza hanno origine all'interno del contesto familiare, perpetrati da conviventi o membri della famiglia.

Queste forme di violenza possono includere violenza psicologica, sessuale o persino atti di tortura. Le vittime di queste violenze spesso devono affrontare un ambiente familiare doloroso e pericoloso.

- Ambienti detentivi: Altre esperienze di violenza e discriminazione si verificano in ambienti detentivi, dove i partecipanti possono essere sottoposti a abusi fisici o psicologici. Questi ambienti possono rappresentare un ulteriore contesto di trauma e sofferenza per coloro che cercano rifugio.
- Discriminazione etnica o religiosa: Alcune delle esperienze di violenza sono inflitte a causa di discriminazioni di natura etnica o religiosa. Queste discriminazioni possono includere persecuzioni basate sull'appartenenza etnica o religiosa e creare ulteriori difficoltà per i migranti nel loro paese d'origine.
- Deprivazione di cure mediche e affettive: Numerose testimonianze menzionano la deprivazione di cure mediche, con la mancanza di accesso a servizi sanitari adeguati, che mettono a rischio la salute dei partecipanti. Inoltre, molti migranti vivono l'assenza di notizie da parte di familiari residenti in luoghi distanti, il che può causare angoscia emotiva e isolamento.

Queste esperienze di violenza e discriminazione fanno emergere la complessità delle sfide affrontate dai migranti nei loro paesi d'origine. Rappresentano un altro importante fattore che influenza le loro decisioni di cercare rifugio altrove, alla ricerca di una vita più sicura e stabile.

Violenze sessuali, torture e violenze familiari

I partecipanti alle interviste hanno condiviso esperienze altamente traumatiche legate a violenze sessuali, torture e abusi all'interno del contesto familiare:

- Violenza sessuale: Le testimonianze delle donne coinvolte indicano che molte di loro hanno subito violenza sessuale perpetrata da individui sconosciuti nei loro paesi d'origine. Un esempio è il seguente: *"Racconta che un giorno dell'anno 2015 (non ricorda la data esatta), sua madre l'ha mandata in un negozio, lungo la strada, tre uomini l'hanno violentata, ha perso conoscenza e al risveglio si è vista in ospedale"* (Donna, 23 anni, Somalia).
- Prostituzione e abusi: Alcune narrazioni hanno rivelato esperienze legate alla prostituzione e agli abusi subiti in contesti simili. Ad esempio: *"Aicha ha subito molti abusi in questa casa di prostituzione come stupri ricorrenti, torture, punizioni corporali"* (Partecipante 39, donna, 35 anni, Algeria).
- Matrimoni forzati: Si è evidenziato che il matrimonio forzato di donne e ragazze è un fenomeno diffuso, spesso motivato da scopi culturali o economici. Un esempio riportato è: *"...a 14 anni è stata promessa in sposa a un uomo, matrimonio che lei considera forzato durante il quale ha avuto una figlia"* (Partecipante 86, donna, 26 anni, Somalia).
- Violenza domestica: Le testimonianze hanno spesso menzionato situazioni di violenza domestica e abusi all'interno delle famiglie. Ad esempio: *"...è cresciuta in una famiglia caratterizzata dalla violenza quotidiana"* (Partecipante 39, donna, 35 anni, Algeria).

Durante il viaggio migratorio, i migranti spesso si trovano ad attraversare territori pericolosi e ad affrontare il rischio di essere vittime di abusi sessuali e violenze fisiche. Le testimonianze hanno descritto il pericolo rappresentato da bande criminali, trafficanti di esseri umani e predatori sessuali, con alcuni migranti che sono stati sequestrati, tenuti in ostaggio e sottoposti a torture come forma di estorsione o ritorsione. Un esempio riportato è: *"...la vita è stata molto difficile nel suo viaggio perché ha subito molte torture da parte degli arabi..."* (Partecipante 58, uomo, 39 anni, Repubblica Centrafricana). Inoltre, alcune testimonianze hanno evidenziato esperienze di abusi e violenze nelle prigioni o nelle mani dei trafficanti di esseri umani. Un partecipante ha raccontato: "A

questo punto abbiamo vissuto altri episodi dolorosi, torture con armi da fuoco, coltelli, stupri sono stati il mio destino quotidiano per diversi mesi e i nostri carcerieri hanno rinnovato le loro richieste di riscatto" (Partecipante 26, donna, 23 anni, Somalia).

Queste testimonianze mettono in evidenza la gravità delle violenze sessuali, delle torture e degli abusi subiti dai migranti nei loro paesi d'origine e durante il loro viaggio, sottolineando la necessità di fornire sostegno e protezione a coloro che cercano rifugio e assistenza.

Discriminazione e prigionia

Durante il complesso processo migratorio, un fenomeno che emerge con notevole frequenza è la discriminazione. Questa forma di emarginazione si manifesta in diverse fasi dell'esperienza migratoria e può essere associata a molteplici caratteristiche individuali, come l'origine etnica, la religione, l'orientamento sessuale, la nazionalità o lo status socioeconomico dei migranti. Ecco alcune testimonianze che illuminano questa problematica:

"Critica negativamente la vita in Darfur e la vita a Khartoum dipingendo problemi di discriminazione etnica che abbracciano vari aspetti della vita: scuola, occupazione, accesso ai servizi amministrativi..."

(Uomo, 23 anni, Darfur)

Durante il percorso migratorio, un altro rischio significativo è rappresentato dalla prigionia. Le persone migranti possono essere detenute per svariate ragioni, come l'assenza di documenti di permesso di soggiorno o altri motivi legati allo status migratorio. Questa prigionia può comportare condizioni estremamente avverse, tra cui la paura, la fame e perfino il ricordo amaro di aver intrapreso il viaggio stesso:

"...avrebbe anche vissuto due mesi di reclusione (per problemi di assenza di un documento di permesso di soggiorno) caratterizzati da paura, fame, bastonate e rimpianto di essere venuti in città."

(Musa Ali Ali (149-18C03300), uomo, 23 anni, Darfur)

Inoltre, alcune storie rivelano il dramma di coloro che sono stati presi in ostaggio da trafficanti di esseri umani o da gruppi criminali lungo il percorso migratorio. Questi episodi possono portare a situazioni di estorsione e sfruttamento, mettendo ulteriormente a repentaglio la vita delle persone in fuga:

"...poi sono stati arrestati e imprigionati da banditi che li hanno portati da un centro di detenzione all'altro."

(64, uomo, 25 anni, Eritrea)

Nelle storie si riferiscono anche esperienze di intercettazione e imprigionamento da parte delle autorità, in cui le persone sospettate di essere migranti irregolari o di cercare di entrare illegalmente in un paese vengono fermate, controllate e talvolta detenute:

"Avrebbe preso in prestito una barca per l'Italia e avrebbe effettuato 6 ore di navigazione prima di essere intercettato e riportato a Tripoli, in una prigione (Taïoura), dalla polizia libica."

(Uomo, 23 anni, Darfur)

Esperienze di deprivazione

Le esperienze di deprivazione coinvolgono situazioni sia legate al processo migratorio che all'ambiente dei campi gestiti dall'UNHCR. Queste situazioni sono caratterizzate da privazioni materiali, affettive e di risorse essenziali, influenzando notevolmente il benessere e le condizioni di vita dei migranti.

Durante il percorso migratorio, emergono problematiche legate all'accesso a risorse fondamentali come cibo, acqua e sicurezza. Alcuni migranti affrontano truffe da parte di contrabbandieri, mentre altri soffrono la sete, la fame e la stanchezza a causa di lunghe camminate e scomparse di guide:

"...il viaggio è stato lungo e doloroso soprattutto a livello del tratto Algeria-Marocco ed è stato caratterizzato da truffe da parte dei contrabbandieri (è stato costretto ad aumentare di 300 dollari le spese di viaggio già pagate), dalla sete, dalla fame, dalla scomparsa delle guide di viaggio, disorientamento, camminate lunghe a piedi, stanchezza e spossatezza."

(53, uomo, 41 anni, Yemen)

Nel contesto dei campi UNHCR, la deprivazione può essere determinata dalla mancanza di riconoscimento come beneficiari dell'UNHCR, il che rende difficile l'accesso alla protezione e ai beni essenziali. Questo può essere ulteriormente complicato dalla burocrazia associata alla pratica di reinsediamento o dalla mancanza di notizie sui familiari lontani:

"Ora sono qui bloccato e ho anche fatto un anno e sei mesi senza avere notizie della mia famiglia..."

(Uomo, 41 anni, Eritrea)

4.2.3 Tema 3: Una salute a rischio

La vita dei rifugiati è costellata da una serie di eventi traumatici che imprimono profonde cicatrici sulla loro salute mentale e benessere generale, iniziando nei loro paesi d'origine e continuando attraverso le fasi della migrazione, fino all'attuale contesto post-migratorio. Questi fattori esercitano un notevole impatto sulla salute psicologica dei partecipanti.

Impatto psicologico

Le testimonianze raccontano di un'ampia gamma di impatti psicologici negativi derivanti dagli eventi traumatici vissuti. Già nei loro paesi d'origine, molti rifugiati sono stati esposti a esperienze traumatiche, causando intense emozioni di avversione, tristezza, senso di colpa e paura. Queste emozioni spesso si trasportano con loro durante il viaggio migratorio:

"...Hamda avrebbe pensato più volte di porre fine alla sua vita..."

(23 anni, donna, Somalia)

Le difficoltà durante il viaggio migratorio e le esperienze traumatiche affrontate prima e durante la migrazione contribuiscono ulteriormente ai problemi di salute mentale. Alcune storie rivelano la presenza di sintomi psichiatrici come allucinazioni e, nei casi più estremi, tentativi di suicidio:

"Nel 2018 ho lasciato il Camerun, sono andato in Costa d'Avorio. Quando sono andato ad Abidjan è andata bene ma ero ancora depresso ed ho effettuato il mio primo tentativo di suicidio farmacologico ma non ha funzionato."

(28 anni, uomo, Camerun)

Le condizioni attuali nei campi UNHCR riflettono un ulteriore peggioramento della salute mentale dei rifugiati. Le narrazioni evidenziano sintomi post-traumatici come la rivisitazione delle esperienze traumatiche, la dissociazione, la depersonalizzazione, il distacco emotivo, i ricordi traumatici e gli incubi:

"Da quando è arrivata ha rivissuto le stesse situazioni ha flash-back e incubi di questi bambini che vengono con il sangue in tutto il corpo e lì quella voce di suo marito che risuona sempre nelle sue orecchie e all'improvviso non riesce più a respirare o lo fa con palpitazioni."

(31 anni, donna,)

Tuttavia, nonostante le sfide e le difficoltà, alcune testimonianze riflettono una speranza verso il futuro, una percezione di sicurezza e un senso di gratitudine all'interno del campo:

"...sono al sicuro qui e ho una buona situazione..."

(64, uomo, 25 anni, Eritrea)

Problemi di salute

Le testimonianze delle esperienze di vita dei rifugiati mettono in luce questioni legate alla salute fisica, sia prima della migrazione che durante il viaggio. Emergono sfide riguardanti l'accesso alle cure mediche, spesso aggravate da maltrattamenti e abusi subiti durante il percorso. Ad esempio:

"...dopo diversi mesi sotto tortura, stupro, si è ammalata così decisero di trasferirla in ospedale."

(86, donna, 26 anni, Somalia)

In conclusione, le vite dei rifugiati sono segnate da esperienze traumatiche e sfide che influenzano profondamente la loro salute mentale e fisica, rendendo imperativo fornire loro un sostegno adeguato per affrontare questi problemi.

4.2.4 Tema 4: In Cerca di Sicurezza

La gravità e la continuità delle drammatiche esperienze vissute hanno spinto i partecipanti a cercare condizioni di sicurezza e supporto. Lo stesso percorso migratorio è stato esplicitamente menzionato come un tentativo di affrontare le difficoltà e un'opportunità per cercare un ambiente più sicuro in cui stabilirsi.

Durante la migrazione e nella situazione attuale presso il campo, i migranti intervistati sono contemporaneamente consapevoli della loro necessità di supporto, come quello fornito da diverse agenzie e organizzazioni, e testimoni dei suoi limiti.

Motivazioni della Migrazione

Nelle storie raccolte emergono le motivazioni e le cause alla base del viaggio migratorio. Si tratta di motivazioni che fanno riferimento al desiderio di fuggire da conflitti, attacchi, situazioni di povertà o mancanza di opportunità all'interno del Paese d'origine.

"...data la gravità della minaccia, ho deciso di lasciare il villaggio per fuggire da questi ultimi."

(Uomo, 40 anni, Camerun)

In altre storie compaiono motivazioni come la ricerca di una vita migliore o di nuove opportunità.

"Spiega di aver lasciato Khartoum per il Cairo nel 2014 con l'obiettivo di ottenere lavoro e assicurarsi una vita migliore."

(Uomo, 23 anni, Darfur)

Altre migrazioni sono motivate dal desiderio di riunirsi con familiari o partner sentimentali che si trovano in altri paesi.

"...la donna lasciò la sua casa per tornare dalla sua numerosa famiglia per diversi mesi."

(54, donna, 43 anni, Togo)

Supporto

Nella maggior parte delle storie si sottolinea l'importanza del supporto fornito dall'UNHCR (Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati), ma anche da OIM (Organizzazione Internazionale per le Migrazioni), UNICEF (Fondo Internazionale di Emergenza delle Nazioni Unite per l'Infanzia) e MSF (Medici Senza Frontiere).

L'UNHCR, l'OIM e l'UNICEF offrono un supporto essenziale ai rifugiati in Niger, che include la registrazione, la fornitura di assistenza umanitaria come cibo, acqua, alloggio e cure mediche, nonché la protezione dei diritti dei rifugiati.

"...era rimasto in un campo profughi (He Tsetse) dove ha beneficiato della protezione dell'UNHCR e di razioni di cibo."

(Uomo, 43 anni, Eritrea).

"...è rimasto per un mese ad Assamaka, cittadina al confine con il Niger, prima di essere assistito da agenti dell'OIM che hanno facilitato il suo viaggio via terra verso Agadez."

(53, uomo)

5. Discussione

La nostra ricerca, condotta mediante un approccio metodologico misto, aveva l'obiettivo di esaminare in dettaglio la qualità della vita, il benessere soggettivo e la soddisfazione di vita dei migranti coinvolti nell'Emergency Transit Mechanism (ETM) e ospitati in un campo profughi a Niamey, in Niger. Poche ricerche sugli immigrati hanno dimostrato empiricamente il legame tra l'esposizione a eventi potenzialmente traumatici nelle diverse fasi del processo di immigrazione e i sintomi attuali di salute mentale (Cleary et al., 2018). Inoltre,

sono ancor meno numerosi gli studi che hanno utilizzato l'analisi delle narrazioni di vita raccontate dai migranti per ulteriori approfondimenti.

Nel nostro studio, abbiamo registrato quantitativamente i livelli di benessere soggettivo e oggettivo e li abbiamo analizzati anche in relazione all'esperienza generale di vita nel paese d'origine e durante il processo di migrazione, ricostruite attraverso le narrazioni delle storie di vita raccolte. Inoltre, abbiamo cercato di delineare un quadro completo del benessere, sia oggettivo che soggettivo, degli sfollati, al fine di approfondire la comprensione dei modelli esistenti tra il benessere e le problematiche sanitarie che caratterizzano questa specifica coorte di individui. Nello specifico, abbiamo indagato sul loro benessere soggettivo e sulla qualità della vita, considerandoli determinanti cruciali della loro soddisfazione di vita. I risultati della nostra analisi quantitativa hanno evidenziato una significativa presenza di stress psicologico diffuso tra i membri della popolazione campionata, influenzando notevolmente il loro benessere soggettivo e la qualità della vita.

In particolare, gran parte del campione sembra essere insoddisfatta della propria esistenza, manifestando un significativo livello di vulnerabilità su vari fronti. Questi dati convergono con ricerche precedenti condotte in contesti diversi (Friedman e Schnurr, 1995; Schnurr, 1996; Fazel, Wheeler e Danesh, 2005; Steel et al., 2009; Taylor et al., 2013). Molti rifugiati sembrano affrontare notevoli difficoltà, come indicato dai punteggi relativamente bassi rilevati nei domini del questionario WHOQoL-BREF. Questo suggerisce che le condizioni di vita affrontate da questi individui nel corso della loro esistenza possono essere estremamente difficili, con conseguenti effetti negativi sia sulla loro salute fisica che sul loro benessere psicologico.

Tuttavia, è importante notare che i partecipanti hanno riportato punteggi non estremamente bassi nel PERMA Profiler, il che, sebbene in media inferiori rispetto ai campioni normativi, denota una ricerca continua di un possibile benessere soggettivo caratterizzato dalla presenza di emozioni positive, desiderio di coinvolgimento e relazioni sociali, un senso sostanziale di significato nella vita e di coinvolgimento personale, oltre alla speranza di una buona salute psicofisica. Questi risultati potrebbero indicare che, nonostante le

avversità e le difficoltà affrontate, una considerevole parte dei rifugiati residenti in Niger è in grado di preservare un senso di benessere soggettivo attraverso la ricerca di significato nella loro esistenza e il mantenimento di relazioni personali gratificanti.

Le correlazioni tra i diversi domini delle scale utilizzate nella ricerca hanno rivelato relazioni interessanti. Ad esempio, la qualità della vita fisica è risultata correlata positivamente con il benessere soggettivo in tutti i suoi aspetti, così come con la soddisfazione di vita. Questi risultati suggeriscono che il miglioramento delle condizioni fisiche potrebbe avere un impatto positivo sulla percezione generale del benessere tra i rifugiati. Per ottenere tale miglioramento, è possibile adottare una serie di strategie e interventi mirati. Ad esempio, si potrebbe fornire assistenza medica di alta qualità, comprese iniziative di prevenzione e trattamento delle malattie, l'accesso a servizi di salute mentale e una gestione efficace delle condizioni mediche croniche. Inoltre, garantire un'adeguata alimentazione, promuovendo l'accesso a cibo fresco e nutrienti nei campi profughi, oppure implementando programmi di attività fisica su misura per le esigenze dei rifugiati, che siano accessibili a persone di diverse età e abilità, può contribuire al miglioramento del loro benessere fisico e mentale.

Nella letteratura scientifica, sono stati riportati dati significativi che indicano che la qualità della vita è un fattore chiave che influisce sulla soddisfazione di vita e sulla salute mentale degli individui (Hartonen et al., 2020). L'analisi di mediazione effettuata nella nostra ricerca conferma quanto trovato in letteratura, dimostrando che il benessere soggettivo (misurato dal PERMA) svolge un ruolo chiave nella mediazione tra la qualità della vita e la soddisfazione di vita. Ciò significa che il modo in cui le persone percepiscono e sperimentano il loro benessere influenza direttamente la loro soddisfazione generale rispetto alla vita, indipendentemente dalle sfide e dalle difficoltà che possono affrontare. In sintesi, l'analisi di mediazione effettuata rivela il ruolo cruciale del benessere soggettivo nel modellare la percezione complessiva della vita delle persone, offrendo una visione più completa su come le persone affrontano le sfide e cercano la felicità e la soddisfazione nelle loro vite, persino in contesti difficili.

Questo risultato mette in luce la resilienza psicologica (Grotberg, 1996) delle persone, la loro straordinaria capacità di adattarsi e trovare la felicità e la soddisfazione anche in situazioni difficili o avverse. La ricerca conferma risultati precedenti in letteratura, estendendoli sia ai giovani che agli adulti, all'interno di un campione che copre un'ampia fascia d'età, compresa tra i 12 e i 66 anni.

I dati acquisiti tramite l'indagine qualitativa ampliano ulteriormente quanto precedentemente evidenziato in letteratura, confermando che i migranti affrontano esperienze traumatiche in modo cumulativo durante tutto il corso della loro vita e in ogni fase del processo migratorio (Lee, 2022). Tali esperienze emergono nei risultati ottenuti dall'analisi tematica condotta, che include categorie come "uno scenario di conflitto e di lutti," "una quotidianità di violenza e discriminazione," "una salute a rischio," e "in cerca di sicurezza." I rifugiati narrano nelle loro storie di vita di aver affrontato molteplici esperienze traumatiche fin dai loro paesi d'origine, tra cui lutti familiari e la perdita di individui significativi a causa di conflitti, condizioni mediche avverse o violenze militari, coerentemente con quanto trovato in letteratura (Mahmoud, 2011). Anche nel corso del loro percorso migratorio, hanno dovuto confrontarsi con situazioni di pericolo e di stress, tra le quali la cattura da parte dei contrabbandieri, la detenzione accompagnata da pratiche di tortura e abusi, e problematiche legate alle leggi sull'immigrazione. Questa lettura dei risultati concorda con altri studi in letteratura condotti in America, Nigeria e Cina (Andreas, 2013; Campana, 2015; Chin, 1999).

Infine, le circostanze attuali dei rifugiati di ETM in Niger sono anch'esse critiche. Principalmente le cause sono l'assenza di notizie da parte dei familiari, la presenza di sintomi psichiatrici derivanti dai traumi vissuti durante il viaggio migratorio, nonché l'incertezza riguardo alla prospettiva di un futuro reinsediamento in un altro paese. È da notare che molti rifugiati, con il passare del tempo, perdono la speranza di essere trasferiti e la fiducia nei confronti dei piani di reinsediamento, poiché trascorrono numerosi anni in Niger senza progressi significativi in tal senso. Gli studi in letteratura sottolineano l'importanza del contesto nella determinazione della fiducia (Castree, 2005;

Simandan, 2019; Withers, 2018). Questo suggerisce un ampio spazio per ulteriori esplorazioni riguardo ai fattori che possono agevolare o erodere la fiducia e la speranza. Tali fattori possono dipendere da una serie di variabili, tra cui le differenze individuali, culturali e linguistiche, le esperienze pre-migrazione e le strutture di supporto al reinsediamento. Queste considerazioni indicano la necessità di studi più approfonditi per comprendere appieno l'interazione complessa tra questi elementi e le implicazioni che essa comporta per la resilienza e il benessere dei rifugiati.

6. Limiti della ricerca

Questa ricerca presenta diverse limitazioni che è fondamentale prendere in considerazione al fine di interpretare correttamente i risultati e valutarne l'applicabilità.

In primo luogo, è importante notare che i questionari utilizzati, inclusi il PERMA Profiler, il WHOQoL-BREF e il SWLS, sono stati originariamente sviluppati e validati in contesti occidentali. Questo solleva una potenziale limitazione significativa, poiché il campione di partecipanti alla ricerca non proviene da contesti occidentali. Di conseguenza, le misurazioni del benessere e della qualità della vita potrebbero non riflettere completamente le prospettive e le esperienze culturali dei partecipanti, potendo introdurre delle distorsioni nei risultati raccolti. Inoltre, la diversità linguistica rappresenta un ulteriore ostacolo. I partecipanti allo studio parlavano lingue diverse da quelle dell'equipe di ricerca, il che potrebbe aver creato delle incomprensioni sia nella compilazione dei questionari sia nello svolgimento delle interviste orali. Le sfumature linguistiche e culturali possono influenzare la traduzione e l'interpretazione delle domande, compromettendo la validità delle risposte.

Un altro limite di questa ricerca riguarda il campionamento cross-section, che è stato circoscritto a un unico campo o contesto specifico. Ciò rende i risultati potenzialmente non rappresentativi di una popolazione più ampia. Gli effetti del contesto particolare in cui è stata condotta la ricerca potrebbero non essere generalizzabili ad altre comunità o situazioni.

Infine, è importante considerare l'effetto della narrazione orientata all'accettazione di sé nelle interviste. I partecipanti potrebbero aver condiviso le loro esperienze in modo selettivo, enfatizzando gli aspetti che favoriscono una percezione positiva di sé stessi e della propria vita. Allo stesso tempo, potrebbero esserci segreti o elementi non detti a causa di timori o vergogna, creando una possibile limitazione nell'acquisizione completa delle esperienze dei partecipanti.

In sintesi, queste limitazioni indicano la necessità di interpretare i risultati della ricerca con cautela e di considerare la possibilità che le differenze culturali, linguistiche e contestuali abbiano influenzato le risposte e le narrazioni dei partecipanti. Le future ricerche potrebbero affrontare queste sfide cercando di sviluppare strumenti e metodi più adattati ai contesti culturali e linguisticamente diversi, nonché ampliando la diversità dei campioni per ottenere una comprensione più completa del benessere e della qualità della vita.

7. Conclusioni

L'analisi delle tematiche trattate evidenzia un profondo legame tra evento traumatico, benessere soggettivo e resilienza, sintetizzato efficacemente nei concetti di realtà, desiderio e vita. Nonostante le avverse condizioni di vita e le potenziali esperienze traumatiche che i rifugiati hanno affrontato, emerge un aspetto sorprendente: la persistenza del benessere soggettivo e dei suoi indicatori, suggerendo la possibilità di una prospettiva di ripresa.

Questo fenomeno solleva importanti riflessioni sulla natura dell'impatto del trauma sulla salute mentale e fisica delle persone. Sembrerebbe che il trauma e i suoi effetti distruttivi non si sviluppino necessariamente quando esistono elementi di supporto affettivo e relazionale nell'ambiente attuale (*hic et nunc*). Inoltre, la presenza di una spinta desiderante, caratterizzata da speranza e nostalgia, sembra mitigare l'impatto del trauma e impedire danni permanenti alla personalità.

Queste considerazioni suggeriscono l'importanza di considerare una categoria diagnostica diversa da quella tradizionalmente associata al Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD). Questa nuova categoria dovrebbe essere ampia e differenziata, ma anche precisa e dettagliata, per comprendere meglio le diverse risposte delle persone ai traumi e ai fattori di resilienza. Tale categorizzazione potrebbe essere fondamentale per sviluppare interventi mirati e politiche di coping più articolate al fine di sostenere la resilienza dei rifugiati.

La ricerca sottolinea inoltre l'importanza della qualità della vita come determinante fondamentale per la soddisfazione di vita e la salute mentale degli individui. Il ruolo mediatore del benessere soggettivo nella relazione tra la qualità della vita e la soddisfazione di vita tra i rifugiati è un risultato significativo, che offre nuove prospettive nella comprensione di questi fattori interconnessi.

Le implicazioni per l'accoglienza e l'integrazione dei rifugiati sono evidenti. È essenziale evitare semplificazioni eccessive e sviluppare interventi che favoriscano la capacità immaginativa e la rinascita delle risorse personali. Inoltre, è cruciale creare politiche incentrate sull'identità collettiva dell'appartenenza e sulla ricomposizione delle relazioni spezzate. La sfida sta nel lavorare sul confine, stimolando la rinascita delle risorse e l'integrazione graduale.

In definitiva, l'esperienza dei rifugiati, se adeguatamente supportata e liberata nelle sue risorse, può non solo contribuire alla ricostruzione di uno sfondo relazionale sicuro ma anche alla creazione di relazioni più autentiche e significative nella società di accoglienza. Potrebbe rappresentare una fonte di stimolo per una maggiore empatia, comprensione reciproca e autenticità nelle relazioni umane.

CAPITOLO 5. Studio 3 (quali-quantitativo). Benessere e qualità di vita nei migranti parte del meccanismo di transito in emergenza a Niamey, Niger.

1.Introduzione

Negli ultimi dieci anni, il numero di persone costrette a fuggire dalle proprie terre è aumentato in modo significativo, passando da 43,3 milioni nel 2009 a ben 79,5 milioni nel 2019, come riportato dall'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati (UNHCR, 2020). Questo drammatico incremento evidenzia una tendenza preoccupante: la migrazione forzata è in costante crescita a livello globale. Tale fenomeno si riferisce a situazioni in cui individui, comunità o addirittura intere popolazioni sono costretti a lasciare il proprio luogo d'origine contro la propria volontà (Reed et al., 2016).

Concentrandoci sulle regioni dell'Africa sub-sahariana, possiamo notare che tra il 2013 e il 2019 più di 600.000 migranti e rifugiati hanno raggiunto l'Italia attraversando il pericoloso Mar Mediterraneo (UNHCR, 2020). Questi individui hanno affrontato tale viaggio estremamente rischioso a causa di persecuzioni, conflitti, violenze, violazioni dei diritti umani e povertà estrema (Barberi, 2021; Veronese, 2021). Quello che caratterizza la migrazione forzata è l'assenza di volontarietà: le persone coinvolte sono costrette a partire e, di conseguenza, aumenta in modo significativo la probabilità di incontrare eventi potenzialmente traumatici lungo il percorso migratorio. Questi eventi traumatici possono aggiungersi a quelli già vissuti nei loro paesi d'origine e nei luoghi in cui si sono rifugiati, creando un carico psicologico significativo (Skoda, 2018).

È importante sottolineare che molti di questi individui hanno affrontato situazioni di intercettazione, detenzione, violenza e abusi durante la loro migrazione, soprattutto lungo la rotta attraverso la Libia (Margherita, 2019; MEDU, 2020). Questi eventi traumatici possono avere un impatto duraturo sulla loro salute mentale e benessere psicologico.

Inoltre, una volta giunti nei paesi di destinazione, si trovano ad affrontare una serie di sfide e stressori legati all'ambiente post-migrazione (Li, 2016). Questi stressori possono includere la difficoltà nell'ottenere asilo, la mancanza di

stabilità abitativa, l'isolamento sociale, le barriere linguistiche e culturali, nonché la discriminazione. Tutti questi fattori possono contribuire ulteriormente alla complessità della loro esperienza migratoria e alla loro salute mentale.

In sintesi, la migrazione forzata è un fenomeno in costante aumento e le persone coinvolte affrontano una serie di sfide e stressori che possono avere un impatto significativo sulla loro salute mentale. È fondamentale comprendere appieno questa realtà complessa al fine di sviluppare strategie di supporto e interventi mirati per sostenere le popolazioni vulnerabili coinvolte nella migrazione forzata.

1.1 Fattori di rischio e di protezione dei migranti forzati all'interno della prospettiva socio-ecologica

L'esperienza della migrazione forzata aumenta significativamente la probabilità di sviluppare disturbi mentali durante i periodi successivi alla migrazione (Porter, 2005), tra cui disturbo da stress post-traumatico e depressione (spesso con elevate percentuali di comorbidità), accompagnati da tassi elevati di suicidio, autolesionismo e ansia (Tessitore, 2023). I fattori di rischio e di protezione includono considerazioni legate alla natura del trauma, al numero di eventi traumatici sperimentati, alla percezione personale della gravità del trauma e alle caratteristiche socio-demografiche delle persone (Porter, 2005; Roberts e Browne, 2011).

L'influenza negativa dell'esposizione a eventi traumatici sulla salute psicologica generale è stata evidenziata da una serie di studi (Roberts, 2011). I migranti forzati provenienti dalle regioni dell'Africa subsahariana possono trovarsi a dover affrontare la morte di familiari o altre persone importanti, violenze sessuali e abusi, diventando disabili a causa della violenza e della mancanza di accesso a cibo, acqua e cure mediche di base (Robert, 2011). Riguardo al genere, diversi studi hanno riportato che le donne presentano una peggiore salute mentale rispetto agli uomini (Roberts, 2011). Inoltre, l'età avanzata, lo stato civile non coniugato e un livello di istruzione inferiore sono anch'essi associati a una peggiore salute mentale (de Jong, 2000; Roberts, 2011). Da un altro punto

di vista, la letteratura ha evidenziato l'influenza negativa della scarsità di cibo e acqua sull'equilibrio psicologico (Araya, 2007).

Tuttavia, i principali fattori di rischio per la salute mentale non sono legati solo alle esperienze estreme che i migranti forzati possono incontrare prima e durante il percorso migratorio, ma anche alla vasta gamma di stress post-migrazione e alle incertezze che affrontano una volta giunti nei paesi ospitanti. Questi includono la mancanza di opportunità di lavoro o studio, l'incertezza del loro status legale e la vita in campi o alloggi per rifugiati (Tessitore, 2023; Veronese et al., 2021). È importante sottolineare che le difficoltà post-migratorie aumentate influenzano significativamente il rischio di sviluppare disturbi mentali (Tessitore, 2023).

D'altro canto, studi sull'individuazione dei fattori di protezione per la salute mentale dei rifugiati hanno dimostrato che nonostante le esperienze potenzialmente traumatiche, molti rifugiati non sviluppano una sintomatologia psicopatologica grazie a caratteristiche individuali, al sostegno familiare, sociale e comunitario e alle relazioni significative (Tessitore, 2023). Ad esempio, uno studio condotto su un gruppo di giovani sfollati internamente (IDP) in Niger ha dimostrato come la speranza per il futuro e un buon funzionamento emotivo siano associati a un risultato migliore per la salute mentale (Veronese et al., 2019; 2020a). Inoltre, un senso di sicurezza auto-percepita, la qualità della vita e la soddisfazione nella vita stanno aiutando i giovani IDP a ristabilire un senso di connessione, capitale sociale e competenze personali che consentono loro di sviluppare fattori di resistenza per adattarsi alla nuova condizione di vita (Veronese et al., 2022).

Le esperienze e gli esiti sulla salute mentale dei migranti forzati possono variare notevolmente tra loro a seconda dell'interazione dei loro ambienti relazionali, culturali e sociali durante il corso della vita (Harney, 2007). Secondo il modello Person Process Context Time (PPCT) di Bronfenbrenner (Bronfenbrenner, 1979), la salute mentale di un individuo non può essere analizzata senza considerare che la persona e l'ambiente costituiscono un sistema (il sistema "persona-in-ambiente"), dove i processi interattivi reciproci tra microsistema, mesosistema, esosistema e macrosistema rappresentano il quadro in cui si

svolgono riflessioni e analisi contestualizzate sulla salute mentale (Xia et al., 2020). Questi livelli del sistema persona-in-ambiente includono l'ambiente sociale più diretto (microsistema), le interconnessioni tra questi ambienti (mesosistema), le relazioni tra l'individuo e gli ambienti in cui ha un ruolo attivo o in cui non ha un ruolo attivo (esosistema) e le strutture culturali più ampie che influenzano l'individuo (macrosistema). Infine, gli eventi che si verificano lungo il corso della vita e le circostanze socio-storiche sono rappresentati dal cronosistema (Bronferbrenner, 1979).

L'adozione di questo approccio complesso e sfaccettato per analizzare le persone in movimento aggiunge un ulteriore livello di complessità, poiché la natura sequenziale dell'esperienza dei migranti è suddivisa in fasi di pre-fuga, fuga, accoglienza e reinsediamento (Arakelyan & Ager, 2021). Questo contesto socio-ecologico ci aiuta a comprendere in modo più completo come gli individui e le loro comunità possano affrontare le sfide legate alla migrazione forzata e come i fattori di rischio e di protezione possano influenzare la loro salute mentale in modo dinamico e interconnesso.

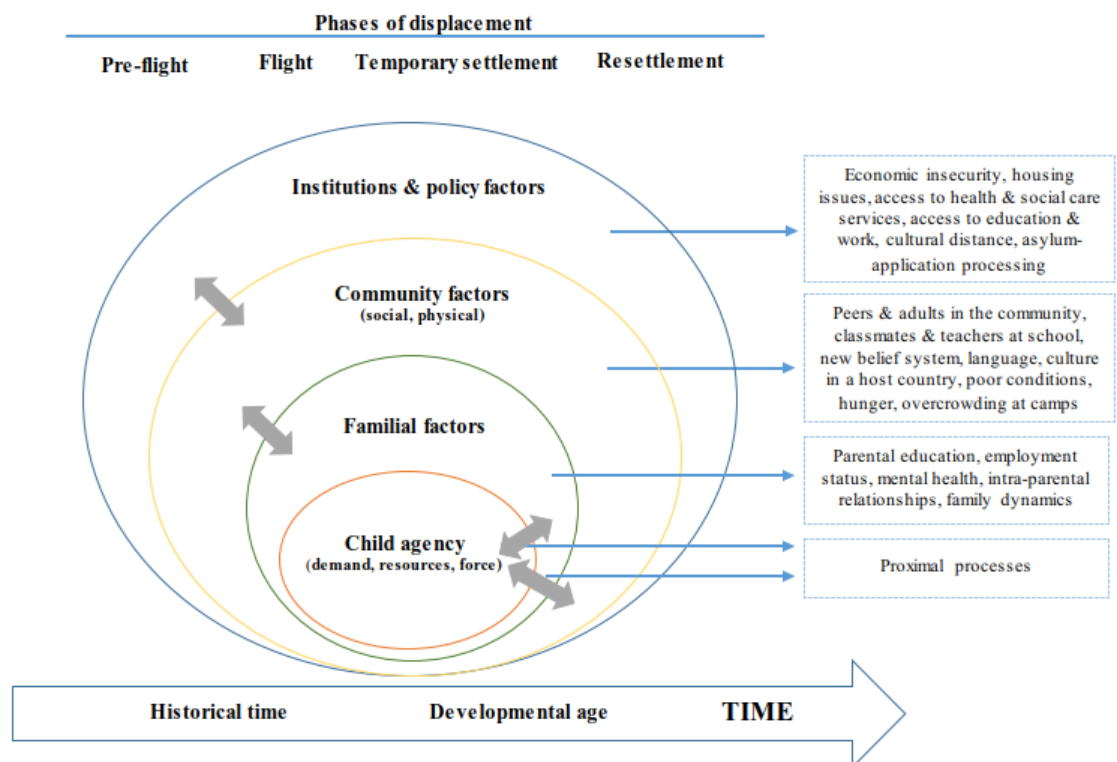


Figura 3. Fattori e processi che plasmano la salute mentale e il benessere psicosociale dei bambini rifugiati secondo una versione semplificata del modello persona-processo-contesto-tempo di Bronfenbrenner applicato all'esperienza dei bambini rifugiati. (Arakelyan & Ager, 2021).

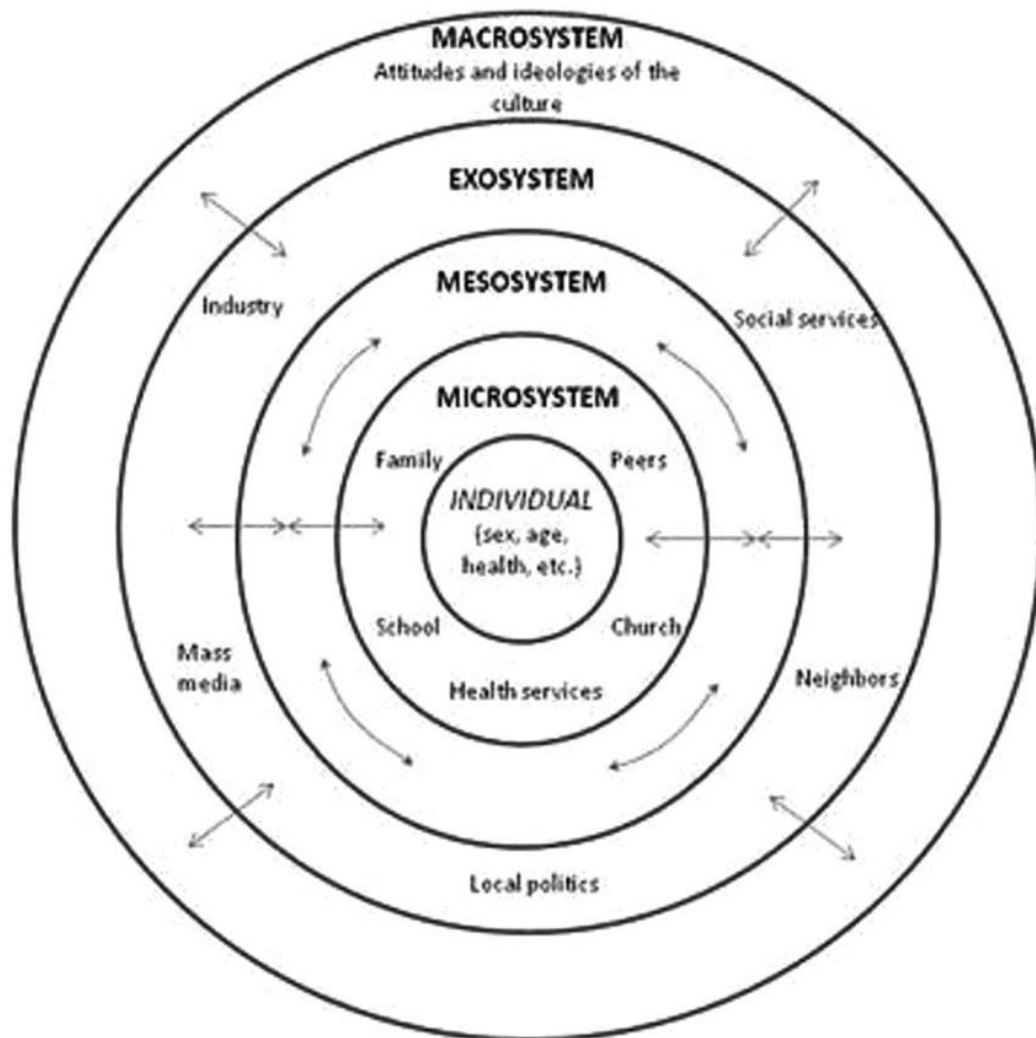


Figura 4. Teoria degli ecosistemi di Bronfenbrenner (Bronfenbrenner, 1979).

1.2 Salute mentale e benessere generale nelle migrazioni forzate

Negli ultimi anni, il dibattito internazionale ha cominciato a spostarsi gradualmente dalla visione biomedica che considera la salute mentale come equivalente alla malattia fisica, un modello binario in cui si è o non si è affetti da una malattia psicologica (Giacaman et al., 2011). Ad esempio, i ricercatori palestinesi hanno sviluppato un approccio alternativo allo studio della salute mentale che si concentra sui sintomi medici e psicologici e sul loro legame con il benessere soggettivo e la qualità della vita, mettendo in discussione l'approccio occidentale predominante (Giacaman et al. 2007, Mataria et al. 2009). Questo nuovo approccio considera la sofferenza lungo un continuum che va dal benessere mentale alla malattia mentale. Individui che vivono in condizioni di grave disagio e sono stati esposti a guerra, violenza militare, insicurezza e umiliazione possono oscillare avanti e indietro lungo questo continuum in base alla natura della violazione (cioè il suo grado, la sua cronicità e gravità), così come alle risorse interne ed esterne disponibili per affrontare la situazione, tra cui la sicurezza finanziaria, la forza personale, la stabilità culturale e il supporto sociale (Figura 2) (Giacaman et al. 2018).

Il benessere è uno stato positivo generato dalla soddisfazione equilibrata dei bisogni fisici e psicologici (Prilleltensky, 2008). Secondo la concezione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), il benessere comprende la qualità della vita (fattori oggettivi) e la capacità delle persone di contribuire attivamente al mondo con un senso di significato e scopo (fattori soggettivi). Studi condotti in zone povere e politicamente instabili hanno dimostrato che fattori oggettivi e soggettivi sono interconnessi in modo ecologico a diversi livelli in un processo interattivo che crea fattori di adattamento a nuovi ambienti e ad avversità passate (Prilleltensky, 2008; Veronese et al., 2021).

I ricercatori palestinesi suggeriscono di adottare un approccio misto per valutare i fattori di rischio e protezione lungo il continuum che va dal benessere alla malattia: strumenti quantitativi per valutare la presenza e la qualità della qualità della vita (QoL) e del benessere soggettivo (SBW), e strumenti qualitativi per contestualizzare i risultati quantitativi secondo il contesto socio-politico e storico dei partecipanti allo studio (Giacaman et al. 2018). Riconoscere la

sofferenza sociale come una questione di salute mentale pubblica e adottare un approccio socio-ecologico richiede di reinterpretare le condizioni psicopatologiche dei migranti forzati e i loro fattori di adattamento alla luce della mancanza di sicurezza e delle violazioni dei diritti umani (Giacaman et al., 2011), considerando l'interazione dei loro ambienti a diversi livelli, contestualizzati nella loro storia di migrazione forzata. Tuttavia, la maggior parte degli studi sulla salute mentale dei migranti forzati tendeva a considerarli omogeneamente e quindi non ha contribuito a una comprensione più profonda dei diversi modi in cui queste persone possono sperimentare le avversità in base all'etnia, alla cultura e alle specificità legate al loro contesto di origine, alla rotta migratoria e al paese di accoglienza (Tessitore, 2023). Pertanto, c'è un urgente bisogno di arricchire la letteratura scientifica con studi culturalmente sensibili nell'ambito di ricerche quantitative e qualitative sulle questioni legate alla salute mentale dei migranti forzati.

2. Obiettivo

Lo scopo di questo studio è esaminare la qualità della vita (QoL) e il benessere soggettivo (SWB) tra i migranti forzati provenienti dall'Africa subsahariana e coinvolte in un campo profughi a Niamey (Niger). Inoltre, abbiamo esplorato le loro percezioni ed esperienze al fine di aumentare la conoscenza sulla salute mentale dei migranti forzati provenienti dall'Africa subsahariana e la sua connessione con il benessere personale e la soddisfazione nella vita dei partecipan

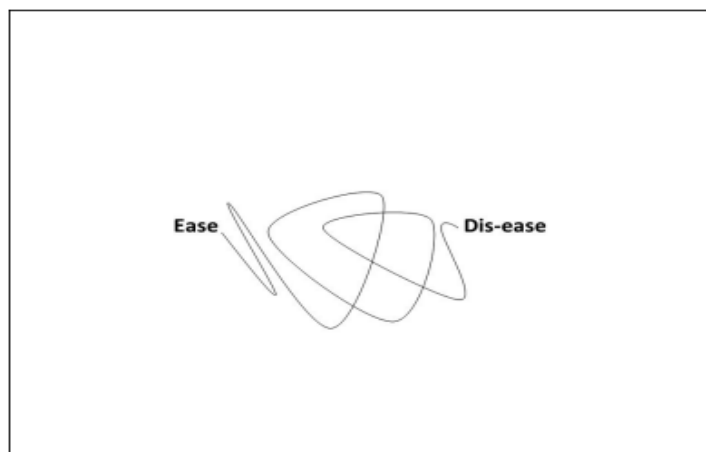


Figura 5. Modello di salute mentale per chi vive in condizioni di grave disagio ed è stato esposto a guerra, violenza militare, insicurezza e umiliazione (Giacaman et al. 2018).

3. Materiali e metodi

Questa è una ricerca esplorativa pilota condotta in modalità mista con rifugiati e richiedenti asilo in Niger. I design misti sono utilizzati per ottenere una comprensione più approfondita degli obiettivi di ricerca, raccogliendo e analizzando dati quantitativi e qualitativi (McKim, 2015). In questa ricerca, i due approcci sono stati integrati e discussi nelle sezioni successive (Johnson & Onwuegbuzie, 2004). Abbiamo raccolto dati quantitativi attraverso tre questionari convalidati che indagano sulla qualità della vita, sul benessere soggettivo e sulla soddisfazione nella vita. Inoltre, abbiamo ottenuto dati qualitativi tramite interviste semistrutturate, che ci hanno permesso di approfondire ulteriormente i risultati emersi dai questionari. Questa ricerca è stata condotta in collaborazione con l'Agenzia delle Nazioni Unite per i Rifugiati (UNHCR), che opera a Niamey e si impegna nella tutela dei diritti e del benessere dei rifugiati e dei richiedenti asilo, oltre a essere supportata da un'organizzazione internazionale specializzata nel supporto psicosociale e nella protezione in loco.

3.1 Background dello studio

Il Niger è un paese situato nell'Africa occidentale, senza sbocco sul mare, che nel dicembre del 2022 ospitava una considerevole popolazione di 716.444 migranti forzati (UNHCR Niger - Mappa della Popolazione di Interesse - Dicembre 2022, s.d.). Questo numero indica chiaramente l'entità del fenomeno dei migranti forzati nella regione. Nel corso degli ultimi anni, il Niger è diventato un punto di transito fondamentale per i migranti provenienti dal Sub-Sahara, che stanno cercando di raggiungere l'Europa (Veronese et al., 2021). Questo flusso migratorio in costante aumento è il risultato di una serie di fattori,

tra cui conflitti, instabilità politica, violenza, violazioni dei diritti umani e povertà nelle regioni di provenienza.

Molti dei rifugiati e dei richiedenti asilo provenienti dalle regioni dell'Africa sub-sahariana hanno affrontato esperienze estremamente traumatiche prima di arrivare in Niger. Queste esperienze includono la detenzione in paesi come la Libia, dove le condizioni nelle strutture di detenzione sono state ampiamente condannate per le violazioni dei diritti umani e gli abusi che vi avvengono (MEDU, 2020). È importante sottolineare che questi migranti forzati sono spesso costretti a fuggire dalle loro terre d'origine a causa di conflitti, persecuzioni e violenza, e intraprendono un viaggio pericoloso attraverso il deserto e il Mediterraneo nella speranza di raggiungere un luogo sicuro.

Nel 2017, l'UNHCR ha istituito un programma noto come "Emergency Transit Mechanism" (ETM), che mira all'evacuazione dei rifugiati e dei richiedenti asilo detenuti in Libia verso il Niger (UNHCR Niger Factsheet, 2021). Questo programma inizia in Libia, dove il personale dell'UNHCR identifica i migranti forzati che hanno subito detenzione, violenza e abusi e che sono in cerca di protezione internazionale. Dopo aver vagliato le persone e verificato la loro idoneità per l'evacuazione, queste vengono trasferite in Niger.

Una volta giunti in Niger, i migranti forzati iniziano un processo di valutazione del caso, condotto dall'UNHCR, per determinare se soddisfano i requisiti per il reinsediamento in un terzo paese. Questo processo inizia al loro arrivo in Niger, quando vengono sottoposti a un'intervista di verifica e registrazione biometrica. Successivamente, si sottopongono alle procedure di determinazione dello status di rifugiato condotte dal governo del Niger e dall'UNHCR. Una volta completate queste procedure, l'UNHCR intervista i migranti per preparare i loro dossier di reinsediamento. Questi dossier vengono quindi presentati ai paesi disposti a ricevere i rifugiati attraverso il programma ETM. Se un paese terzo accetta di reinsediare i rifugiati ETM, questi vengono trasferiti in quel paese.

Durante il periodo in cui i migranti forzati partecipano al procedimento ETM, l'UNHCR li ospita e fornisce loro sostegno nella comune di Hamdallaye, nella regione di Tillaberi, che si trova a circa 40 km da Niamey, la capitale del Niger.

Qui, vengono forniti loro alimenti, assistenza medica, opportunità di educazione e supporto psicosociale (UNHCR Niger Factsheet, 2021).

Questo programma svolge un ruolo cruciale nel fornire una via di fuga e protezione per i migranti forzati che hanno subito esperienze terribili in Libia e che cercano asilo e reinsediamento in paesi più sicuri. Tuttavia, è importante sottolineare che il processo di evacuazione e reinsediamento è complesso e richiede la cooperazione tra l'UNHCR, i governi dei paesi terzi disposti a ricevere i rifugiati e altre organizzazioni internazionali. Inoltre, rimangono sfide significative nel garantire il benessere e la protezione dei migranti forzati lungo tutto il loro percorso, dal momento della loro detenzione fino al loro reinsediamento finale.

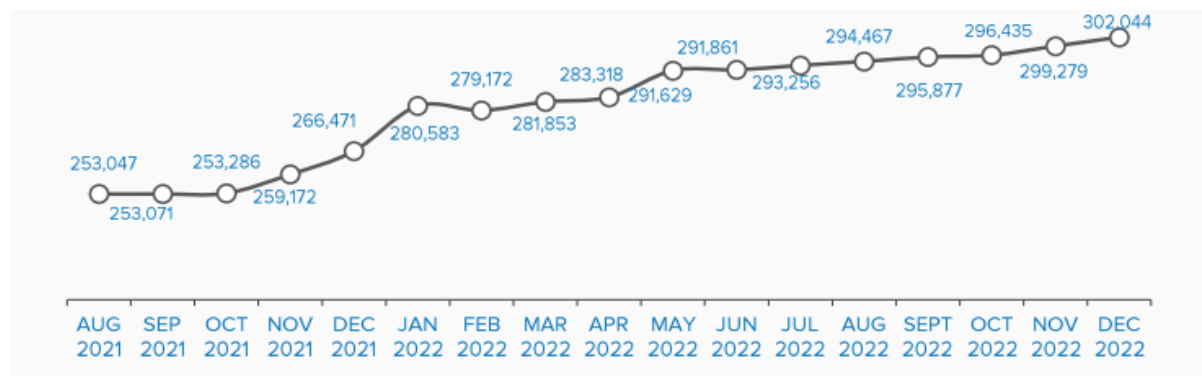


Figure 7. General trend of refugee and asylum seekers in Niger from August 2021 until December 2022 (UNHCR Niger - Map Population of Concern - December 2022, s.d.).

3. 2 Partecipanti

Hanno preso parte a questo studio un totale di 119 partecipanti, di cui il 66% (n=79) erano maschi, il 17% (n=20) erano femmine, mentre un ulteriore 17% (n=20) si identificava come non binario. L'età dei partecipanti è stata compresa tra i 12 e i 58 anni, con una media di 26 anni e una deviazione standard di $\pm 7,8$. Per quanto riguarda il dettaglio per genere, gli uomini avevano un'età compresa

tra 12 e 58 anni, con una media di 26,19 anni e una deviazione standard di $\pm 7,81$. Le donne avevano un'età tra 14 e 42 anni, con una media di 28,21 anni e una deviazione standard di $\pm 8,46$, mentre i partecipanti non binari avevano un'età compresa tra 18 e 39 anni, con una media di 25,8 anni e una deviazione standard di $\pm 4,97$.

I partecipanti sono stati reclutati tramite campionamento propositivo basato sulla convenienza, in collaborazione con l'UNHCR-Niger, e facevano parte del programma di Supporto Psicosociale e di Salute Mentale, il cui obiettivo è promuovere il benessere e prevenire o trattare disturbi mentali tra i rifugiati e i richiedenti asilo.

Per essere inclusi nello studio, i partecipanti dovevano soddisfare i seguenti criteri:

- Essere migranti coinvolti nel programma ETM e in attesa di reinsediamento.
- Avere un'età compresa tra 12 e 60 anni.

Le persone affette da gravi disturbi psicologici e da dipendenze sono state escluse dalla partecipazione allo studio.

3.3 Strumenti e procedure

Dopo aver raccolto informazioni sociodemografiche, come età, genere, nazionalità, stato civile e livello di istruzione, tutti i partecipanti sono stati sottoposti a un protocollo che comprendeva tre questionari validati e autoamministrati: la Valutazione della Qualità della Vita dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHOQoL) (Skevington, Lotfy, O'Connell, et al., 2004), il Profilo PERMA (Butler & Kern, 2016) e la Scala di Soddisfazione della Vita (SWLS) (Pavot & Diener, 2008). Questi strumenti erano progettati per indagare rispettivamente la qualità della vita (o il benessere oggettivo), il benessere soggettivo e la soddisfazione nella vita.

L'amministrazione dei questionari è stata condotta da un team di assistenti sociali ed esperti psicologi appositamente formati per la raccolta di dati quantitativi e che lavoravano per l'UNHCR-Niger. Tutti gli strumenti sono stati

validati in vari contesti culturali e tradotti in diverse lingue. In questo studio, sono state utilizzate le versioni in inglese e francese di ciascun protocollo, e i test sono stati somministrati su carta.

- WHOQoL-BREF. In questa ricerca è stata adottata la versione breve (WHOQoL-BREF) (The WHOQOL Group, 1998), composta da 26 domande che indagano la qualità della vita in quattro diverse dimensioni: fisica (ad esempio, "In che misura senti che il dolore fisico ti impedisce di fare ciò che devi fare?"), psicologica (ad esempio, "Quanto sei soddisfatto/a di te stesso/a?"), relazioni sociali (ad esempio, "Quanto sei soddisfatto/a delle tue relazioni personali?") e ambiente (ad esempio, "Quanto sei soddisfatto/a delle condizioni del luogo in cui vivi?"). Lo strumento fornisce una misura per ciascuna delle quattro dimensioni sommando i punteggi delle domande relative a ciascuna dimensione (cioè, punteggi grezzi) e trasformandoli in una scala da 4 a 20 (The WHOQOL Group, 1998). Inoltre, due domande relative alla qualità della vita complessiva e alla salute generale sono incluse nel test. I partecipanti hanno valutato ciascuna affermazione utilizzando una scala Likert a 5 punti, che va da 1 (molto scarso) a 5 (molto buono). In questo studio sono stati considerati i punteggi delle quattro diverse dimensioni trasformati in scala da 4 a 20, come indicato nel Manuale del test (The WHOQOL Group, 1998). Punteggi più alti indicano una migliore qualità della vita.
- Profilo PERMA. Si tratta di un questionario autoamministrato composto da 23 domande che indagano il benessere soggettivo in base a cinque diverse dimensioni (Butler & Kern, 2016): emozioni positive (ad esempio, "In generale, quanto spesso ti senti gioioso/a?"), impegno (ad esempio, "Quanto spesso ti assorbi in ciò che stai facendo?"), relazioni (ad esempio, "In che misura ricevi aiuto e sostegno dagli altri quando ne hai bisogno?"), significato (ad esempio, "In che misura generalmente senti di avere un senso di direzione nella tua vita?") e realizzazione (ad esempio, "Quanto del tempo senti di fare progressi verso il raggiungimento dei tuoi obiettivi?"). Sono incluse anche le dimensioni salute (ad esempio, "Quanto sei soddisfatto/a della tua salute fisica attuale?") ed emozioni negative (ad esempio, "In generale, quanto spesso ti senti arrabbiato/a?"). Lo strumento fornisce una misura per tutte e sette le dimensioni e un punteggio

generale del benessere soggettivo (cioè, PERMA). Nella presente studio sono stati considerati i punteggi grezzi di tutte le misure fornite dallo strumento. Le domande sono valutate su una scala da 0 (per niente) a 10 (completamente).

- SWLS. Lo strumento è stato sviluppato per valutare giudizi cognitivi globali sulla propria vita (Diener et al., 1985). Si tratta di una scala composta da 5 item che fornisce una misura generale della soddisfazione nella vita (ad esempio, "In molti modi, la mia vita è vicina al mio ideale"). Ai partecipanti è stato chiesto di indicare il loro grado di accordo con ciascuna affermazione utilizzando una scala Likert a 7 punti, che va da 1 (fortemente in disaccordo) a 7 (fortemente d'accordo).

Inoltre, sono stati selezionati casualmente 20 partecipanti per partecipare a un'intervista semistrutturata. Le interviste sono state condotte da un team di psicologi locali e assistenti sociali appositamente addestrati per raccogliere dati qualitativi. Le interviste hanno esplorato vari aspetti, tra cui lo stato psicologico dei migranti, le loro storie di vita, le preoccupazioni e le emozioni.

I dati, sia quantitativi che qualitativi, sono stati raccolti tra aprile 2022 e novembre 2022 in un ufficio dedicato, dove i partecipanti potevano decidere volontariamente di partecipare alla ricerca.

3.4 Considerazioni etiche

Prima di iniziare la raccolta dei dati, l'Ufficiale di Supporto alla Salute Mentale e Psicosociale dell'UNHCR ha informato i partecipanti sulla natura della ricerca e gli obiettivi della stessa, dando loro la possibilità di non rispondere ai questionari e/o di ritirarsi dalle interviste in qualsiasi momento. Dopo questa spiegazione, tutti i partecipanti hanno letto e firmato un consenso informato che garantiva la riservatezza e l'anonimato. Psicologi locali erano disponibili durante tutto il periodo di raccolta dei dati per fornire supporto e intervenire in caso di disagio dei partecipanti, garantendo un'assistenza personalizzata. Inoltre, esperti psicopedagogici erano disponibili in caso di presenza di minori.

Il protocollo ha rispettato gli standard etici in conformità con i principi etici e il codice di condotta dell'American Psychological Association (APA) (Associazione Psicologica Americana, 2020), i principi di Helsinki

(Associazione Medica Mondiale, 2013) ed è stato approvato dal comitato etico dell'ospedale generale di Niamey.

3.5 Analisi dei dati

Tutti i dati quantitativi raccolti dai questionari sono stati elaborati utilizzando il software R (versione 4.2.3). Prima di condurre l'analisi statistica, è stata effettuata una verifica dell'ipotesi di normalità dei dati (cioè, i valori di curtosi e asimmetria non hanno superato i limiti raccomandati di -2; +2) (George & Mallery, 2009). I casi con più del 20% di dati mancanti sono stati esclusi dall'analisi. Per esaminare le caratteristiche sociodemografiche dei partecipanti e riassumerne le principali features sulle variabili in studio, sono state utilizzate le statistiche descrittive principali. Inoltre, le statistiche descrittive sono state utilizzate per presentare i punteggi ottenuti dai partecipanti per ciascuna variabile esaminata (come la salute fisica, la salute psicologica, le relazioni sociali e l'ambiente misurati tramite il WHOQoL-BREF; le emozioni positive, l'engagement, le relazioni, il significato, il conseguimento, la salute, le emozioni negative e il PERMA misurati tramite il Profilo PERMA; la soddisfazione nella vita misurata tramite il SWLS), fornendo un confronto preliminare delle statistiche descrittive principali tra i gruppi suddivisi per genere.

Dato le limitate dimensioni del campione, abbiamo scelto di non eseguire alcuna analisi statistica inferenziale. Pertanto, i dati quantitativi sono stati principalmente elaborati a fini clinici e di utilizzo, confrontando i punteggi delle variabili ottenuti dai questionari con le rispettive medie dei campioni normativi selezionati dalle popolazioni africane limitrofe. In particolare, le medie delle variabili esaminate sono state confrontate con le medie dei campioni normativi relativi a ciascun questionario utilizzato nel protocollo dello studio. Basandoci sui dati normativi (ovvero media e deviazione standard) forniti dagli autori dei test, i punteggi dei partecipanti per ciascuna variabile sono stati trasformati in due categorie: al di sotto della media del campione normativo e al di sopra della

media del campione normativo. Abbiamo quindi calcolato la frequenza dei partecipanti il cui punteggio era al di sotto della media del campione normativo. Per il confronto, abbiamo utilizzato dati normativi relativi alle popolazioni africane (Butler & Kern, 2016; Pavot & Diener, 2008; Skevington, Lotfy, O'Connell, et al., 2004).

I dati qualitativi raccolti attraverso le interviste semistrutturate sono stati trascritti e, quando necessario, tradotti in inglese da un assistente di ricerca bilingue. Le interviste si sono concentrate sugli eventi di vita dei partecipanti, sulla loro storia e sulle loro percezioni del benessere personale e della qualità della vita sia nei loro paesi d'origine che nelle diverse fasi del viaggio. Le trascrizioni sono state quindi analizzate da tre ricercatori indipendenti. È stata applicata un'analisi del contenuto tematico (TCA) ai materiali scritti utilizzando il software Nvivo 12, seguendo una strategia di analisi basata sui dati e induttiva, secondo un approccio grounded (Glaser et al., 2009; Lambert, 2019). I principali temi sono stati selezionati dopo un processo di discussione che ha portato al raggiungimento di un consenso tra i ricercatori.

4. Risultati

4.1 Variabili socio-demografiche

La Tabella 9 mostra le frequenze e le percentuali delle variabili sociodemografiche incluse nello studio. Principalmente, i partecipanti erano sudanesi (66%) e camerunesi (24%). Per quanto riguarda lo stato civile, la maggioranza era single (77%) e per quanto riguarda le qualifiche educative, la maggior parte di loro aveva completato l'istruzione primaria (35%) e quella secondaria (36%).

Tabella 10
Caratteristiche socio-demografiche dei partecipanti (N=119)

		Frequenza	%
Genere	Maschio	79	65,5
	Femmina	20	16,8
	Non binario	20	16,8
Nazionalità	Sudan	79	66,4
	Camerun	29	24,4
	Eritrea	2	1,7
	Repubblica Centrafricana	1	0,8
	Costa d'Avorio	3	2,5
	Sud Sudan	1	0,8
	Congo	1	0,8
	Gibuti	1	0,8
	Somalia	1	0,8
	Mali	1	0,8
	Educazione	Nessuno	10
Primario		42	35,3
Secondario		43	36,1
Terziario		9	7,6
Stato civile	Singolo	92	77,3
	Sposato	18	15,1
	Vedovo	1	0,8
	Divorziato	2	1,7

4.2 Principali statistiche descrittive e confronto con campioni normativi

La Tabella 11 fornisce un riassunto delle principali statistiche descrittive per tutte le variabili incluse nello studio, principalmente per l'intera popolazione campione e poi suddivise per genere. Tutte le variabili esaminate erano distribuite normalmente (cioè, i valori di curtosi e asimmetria non superavano i limiti raccomandati -2; +2).

Tabella 11

Principali statistiche descrittive e confronto di gruppo definiti per genere
(N=119)

		Signifi- care	SD	Median o	Mi- n	Max a	Asimmetri Curtosi	
WHOQol_BR EF					4,0			
	<i>Fisico</i>	12,78	3,29	13,00	0	20,00	-0,27	-0,41
					4,0			
	Maschio	13,08	3,30	13,00	0	20,00	-0,46	-0,01
					8,0			
	Femmina	13,65	3,05	13,00	0	18,00	-0,04	-1,32
					6,0			
	Non binario	11,00	2,87	11,00	0	15,00	-0,04	-1,31
					4,0			
	<i>Psicologico</i>	12,61	3,58	13,00	0	20,00	-0,36	-0,57
					7,0			
	Maschio	13,12	3,40	14,00	0	20,00	-0,28	-0,78
					4,0			
	Femmina	12,20	4,35	13,50	0	19,00	-0,59	-0,77
					7,0			
	Non binario	11,45	2,86	11,50	0	16,00	-0,02	-1,33
				4,0				
<i>Relazioni sociali</i>	11,62	4,47	12,00	0	20,00	-0,04	-0,96	
				4,0				
Maschio	12,14	4,62	13,00	0	20,00	-0,23	-1,06	
				4,0				
Femmina	11,10	4,83	11,00	0	20,00	0,16	-0,89	
				7,0				
Non binario	10,50	2,89	11,00	0	16,00	0,37	-1,23	
				4,0				
<i>Ambiente</i>	9,29	2,79	9,00	0	17,00	0,23	-0,35	
				4,0				
Maschio	9,40	2,89	10,00	0	17,00	0,06	-0,75	
				6,0				
Femmina	9,60	2,06	9,50	0	15,00	0,62	0,38	
				5,0				
Non binario	8,85	2,91	8,00	0	17,00	0,97	0,71	
				0,0				
PERMA positive	<i>Emozioni</i>	4,92	2,56	5,00	0	10,00	-0,21	-0,88
					0,0			
	Maschio	4,77	2,52	5,00	0	10,00	-0,28	-0,89
					0,3			
Femmina	5,81	2,02	5,67	3	8,67	-0,71	0,40	

				0,0				
Non binario	4,35	2,89	3,17	0	10,00	0,45	-1,22	
				0,0				
Fidanzamento	6,33	2,24	6,67	0	10,00	-0,63	0,19	
				0,0				
Maschio	6,26	2,37	6,67	0	10,00	-0,71	0,12	
				1,6				
Femmina	6,36	1,95	6,67	7	10,00	-0,28	-0,13	
				3,3				
Non binario	6,58	2,09	6,83	3	10,00	-0,14	-1,07	
				0,0				
Relazioni	5,31	2,29	5,33	0	10,00	-0,06	-0,73	
				0,6				
Maschio	5,36	2,22	6,00	7	10,00	-0,15	-0,66	
				1,0				
Femmina	5,69	2,32	6,00	0	9,00	-0,27	-1,08	
				0,0				
Non binario	4,69	2,50	3,67	0	10,00	0,58	-0,41	
				0,3				
Significato	6,30	2,71	6,67	3	10,00	-0,33	-0,95	
				0,3				
Maschio	6,60	2,71	6,83	3	10,00	-0,57	-0,69	
				1,0				
Femmina	6,43	2,74	6,17	0	10,00	-0,15	-1,10	
				1,3				
Non binario	4,83	2,25	4,83	3	9,00	0,23	-1,16	
				0,0				
Realizzazione	5,66	2,67	5,67	0	10,00	-0,14	-0,80	
				0,3				
Maschio	5,80	2,78	6,33	3	10,00	-0,23	-0,94	
				0,3				
Femmina	5,40	2,40	5,17	3	10,00	0,03	-0,32	
				0,0				
Non binario	5,42	2,65	5,33	0	10,00	0,01	-0,94	
				0,6				
PERMA	5,69	1,89	5,94	7	9,31	-0,46	-0,36	
				0,6				
Maschio	5,77	1,92	6,16	7	9,31	-0,72	-0,01	
				1,8				
Femmina	5,89	1,69	6,06	1	8,46	-0,46	-0,21	
				2,5				
Non binario	5,10	1,94	4,59	0	8,91	0,67	-0,92	

				0,0					
	<i>Emozioni negative</i>	5,65	2,66	6,00	0	10,00	-0,17	-0,88	
				0,0					
	Maschio	5,16	2,68	5,33	0	10,00	0,01	-0,84	
				2,3					
	Femmina	5,83	2,40	5,83	3	9,33	-0,09	-1,56	
				4,6					
	Non binario	7,58	1,77	7,67	7	10,00	-0,17	-1,24	
				0,0					
	<i>Salute</i>	6,35	3,02	7,00	0	10,00	-0,54	-0,86	
				0,0					
	Maschio	6,43	2,97	7,00	0	10,00	-0,55	-0,85	
				0,3					
	Femmina	7,23	2,82	7,67	3	10,00	-0,77	-0,41	
				0,0					
	Non binario	5,11	3,26	5,17	0	10,00	-0,13	-1,46	
	<i>Soddisfazione di vita</i>								
SWLS		14,42	6,82	14,00	5,0	0	34,00	0,70	-0,03
					5,0				
	Maschio	14,18	6,67	14,00	0	34,00	0,75	0,25	
					5,0				
	Femmina	11,25	4,82	10,00	0	21,00	0,71	-0,57	
					6,0				
	Non binario	17,95	7,01	17,00	0	31,00	0,29	-1,03	

I partecipanti non binari hanno ottenuto un punteggio più basso in tutti e quattro i domini del WHOQoL-BREF, così come nel risultato generale del PERMA profiler e nelle dimensioni di meaning, positive emotions, negative emotions e health (fisica M=11, sd=2,87; psicologica M=11,45, sd=2,86; social relationships M=10,50, sd=2,89; environment M= 8,85, sd=2,91; PERMA M= 5,10, sd=1,94; PERMA-meaning M= 4,83, sd=2,25; PERMA-positive emotions M= 4,85, sd=2,89; PERMA-negative emotions M= 7,58, sd=1,77; PERMA-health M= 5,51, sd=3,26).

D'altra parte, considerando tutte le altre dimensioni coinvolte nel PERMA profiler, gli uomini hanno mostrato un punteggio più basso nell'engagement e nelle relationships (engagement M= 6,26, sd=2,37; relationships M= 5,36, sd=

2,22), mentre le donne hanno ottenuto un punteggio più basso nell'accomplishment e nel punteggio SWLS (PERMA-accomplishment $M=5,40$, $sd=2,40$; SWLS $M=11,25$, $sd= 4,82$).

La Tabella 3 illustra il confronto con i dati relativi alle popolazioni normative, mostrando punteggi costantemente più bassi per tutte le variabili esaminate. I domini fisici e ambientali del WHOQoL-BREF hanno registrato fino all'80% dei partecipanti che hanno ottenuto punteggi al di sotto della media dei campioni normativi (physical $M=12,78$, $Mn=15,4$; environment $M= 9,29$, $Mn=12,8$). Per quanto riguarda le dimensioni del PERMA profiler, particolare attenzione è data alle positive emotions, relationships e accomplishment, in cui i soggetti che hanno ottenuto punteggi al di sotto della media dei campioni normativi sono rispettivamente l'81,5%, il 79% e il 74,8% del campione di studio (positive emotions $M=4,92$, $Mn= 7,03$; relationships $M=5,3$, $Mn=7,14$; accomplishment $M=5,66$, $Mn=7,41$). La satisfaction with life è il punteggio più basso ottenuto in tutto il campione e il confronto con i dati normativi rivela che più del 90% dei soggetti ha ottenuto punteggi al di sotto della media normativa (SWLS $M=14,42$, $Mn= 27$).

Tabella 12

Confronto tra media campionaria e media normativa di WHOQoL-BREF, PERMA Profiler e SWLS (N=119)

		Media campionaria	Media della norma	Al di sotto della media della norma (%)
WHOQoL_BREF	Fisico	12,78	15,4	80,7
	Psicologico	12,61	13,9	52,1
	Relazioni sociali	11,62	13,3	64,7
	Ambiente	9,29	12,8	86,6
PERMA	Emozioni positive	4,92	7,03	81,5
	Fidanzamento	6,33	7,42	68,9
	Relazioni	5,3	7,14	79
	Significato	6,3	7,39	62,2

	Realizzazione	5,66	7,41	74,8
	PERMA	5,69	7,27	79,8
	Emozioni negative	5,65	4,49	33,6
	Salute	6,35	7,09	53,8
SWLS	Soddisfazione di vita	14,42	27	92,4

4.3 Analisi tematica dei contenuti

Tre temi principali sono emersi dall'analisi dei contenuti tematici (TCA): eventi potenzialmente stressanti o traumatici che si sono verificati nei migranti e nei rifugiati, il benessere come un continuum e i molteplici significati della migrazione forzata. L'area degli eventi potenzialmente stressanti o traumatici evidenzia gli eventi che i partecipanti hanno riportato come parte della loro intera esperienza migratoria, dall'inizio nel paese d'origine fino al loro arrivo in Niger.

L'area del benessere come un continuum definisce le diverse sfaccettature riportate dai partecipanti riguardo al loro benessere generale contestualizzato nella loro storia di migrazione forzata. Queste sfaccettature includono specifiche sintomatologie psicologiche così come i fattori protettivi. Infine, viene fornita una definizione dei significati dell'esperienza di migrazione forzata per i partecipanti.

4.2.1 Eventi potenzialmente stressanti o traumatici si sono verificati per migranti e rifugiati

La tabella 4 delinea i codici e i temi emersi nel corso delle interviste relativi agli eventi potenzialmente stressanti o traumatici che si verificano a migranti e rifugiati.

I partecipanti hanno riferito di aver sperimentato: *perdita di membri della famiglia e / o altre persone significative, discriminazione, esperienze di violenza e tortura, separazione forzata dalla famiglia, conflitti intra-familiari e inter-*

familiari e tribali e guerra e violenza militare, migrazione forzata e stress legati al paese di destinazione.

Perdita di familiari e/o altre persone significative

Nelle loro storie di vita, le persone hanno regolarmente riportato diverse perdite che si sono verificate nel loro paese di origine. Queste perdite sono legate alle loro famiglie o ad altre persone significative appartenenti alle loro vite. La perdita è avvenuta a causa di ragioni mediche, circostanze di guerra e omicidi, tra gli altri.

"Sono orfano, sono nato il 23 aprile 1981 e mia madre è morta il 23 aprile 1981. Non ho avuto la possibilità di conoscere mia madre..."

(40 anni, femmina, Camerun)

"... Hanno molestato il mio fratellino e poi lo hanno portato con loro al campo. Nonostante tutto, ho combattuto con loro fino a rompermi la mano. Il giorno in cui ho trovato il corpo del mio fratellino all'incrocio. Quando ho visto il suo corpo, ho pianto intensamente e mi ha scioccato".

(40 anni, femmina, Camerun)

Discriminazione

Alcuni intervistati hanno riferito di essere stati discriminati a causa del loro genere, etnia e razza.

"Non posso più tollerare le azioni delle persone nella capanna. La gente mi insulta e pronuncia parole spiacevoli su di me. A causa di queste umiliazioni che subisco, preferirei morire o tornare in Libia piuttosto che continuare a vivere questa vita".

(19 anni, LGBTQIA+, Sudan)

"La vita in Darfur e a Khartoum era piena di problemi di discriminazione etnica che abbracciavano vari aspetti della vita: scuola, lavoro, accesso ai servizi amministrativi..."

(23 anni, uomo, Sudan)

Esperienze di violenza e tortura

Le esperienze di violenza e tortura descritte dai partecipanti comprendono una vasta gamma di situazioni, comprese quelle fisiche ed emotive.

"Di giorno tutto è normale, ma di notte sono violenti (alcol, droghe) e si sfogano su di noi (torture, percosse, abusi). Dopo un tentativo di fuga con altre ragazze, ci hanno raggiunto e ci hanno riportato al posto iniziale. Ci hanno chiesto di spogliarci, urlando contro di noi e sparando in aria. Ero così spaventata che sono svenuta e poi non ho dormito la notte".

(22 anni, femmina, Eritrea)

Le donne intervistate hanno riferito di essere state vittime di violenze sessuali perpetrate dal marito all'interno dell'ambiente domestico o dai militari all'interno delle carceri.

"... Uno di loro ha cercato di violentarmi, mi ha completamente spogliato con la forza. Ho gridato, l'ho implorato. Non si era fermato; Dopo un po', chiese ai suoi compagni di unirsi a lui... "

(25 anni, femmina, Sudan)

Separazione forzata dalla propria famiglia

Molti partecipanti hanno descritto la loro preoccupazione a causa della separazione dalle loro famiglie.

"... Ora sono bloccato qui, ed è 1 anno e 6 mesi senza avere notizie dalla mia famiglia" (41 anni, maschio, Eritrea)

Conflitti intrafamiliari

I conflitti intra-familiari dovuti a problemi finanziari, comportamenti non convenzionali e problemi matrimoniali sono spesso descritti durante le interviste.

"Sono originario di Gibuti, sono cresciuto con mio padre perché sono il suo unico figlio. Ho incontrato il mio ex a Dakar quando ero studente. L'ho sposato nel 2011 nonostante il vincolo della nostra tradizione che ci impedisce di sposare un uomo che non è della nostra origine"

(40 anni, femmina, Gibuti)

A volte, le persone descrivono la sensazione di essere stigmatizzate o rifiutate dalle loro famiglie perché erano state vittime di violenza di genere (GVB). *"Secondo lui [zio paterno], io sono la vergogna della famiglia". (23 anni, femmina, Somalia)*

"Dopo la morte di mia madre, mio zio che vive in Francia e tutta la mia famiglia sapevano del mio orientamento sessuale. Mio zio non si fidava più di me. Non si prendeva più cura di me, è così che sono finito da solo".

(27 anni, LGBTQIA+, Cameroon)

Alcuni di loro hanno riferito una sensazione di mancanza di fiducia da parte di diversi membri della famiglia.

"Se informeremo mia madre, lei ci crederà. Un giorno, un mio amico venne a dirmi che mio suocero aveva flirtato con lei e io tornai a casa per dirgli tutto quello che pensavo. Mi ha colpito, poi mia madre mi ha cacciato a causa sua".

(27 anni, LGBTQIA+, Cameroon)

Inoltre, alcune donne hanno descritto conflitti con i loro mariti che in alcuni casi hanno portato a violenze e rapimenti di minori.

"Ho passato quattro mesi della mia vita a piangere. Non ho bisogno di un marito che mi picchi. Anche se portavo in grembo suo figlio, mi minacciava di morte, mi molestava, mi insultava e mi picchiava. Ha detto che avrebbe posto fine alla mia vita se avessi avuto il coraggio di parlare con l'UNHCR".

(23 anni, femmina, Somalia)

Tabella 12

Eventi potenzialmente stressanti o traumatici si sono verificati per migranti e rifugiati (N=20)

Temi	Codici
<i>Perdita di familiari e/o altre persone significative</i>	Decesso dei genitori Morte della madre Morte del padre per motivi medici La morte del padre durante la guerra L'omicidio del padre Uccisione del fratello minore Omicidio della fidanzata

Discriminazione

La morte del fidanzato
Perdita di figli
Discriminazione di genere
Discriminazione etnica
Discriminazione razziale

Esperienze di violenza e tortura

Abuso emotivo
Violenza sessuale in carcere
Violenza sessuale durante
l'adolescenza
Ripetute violenze sessuali
nell'infanzia
Violenza domestica
La violenza contro il bambino
Tortura fisica
Tortura fisica ed emotiva
Tortura correlata alla condizione di
schiavitù

Separazione forzata dalla famiglia

Separazione dei genitori dai figli
Separazione familiare
Assenza di notizie dalla famiglia
Assenza di contatto con i bambini
Preoccupazione per i loro figli

Conflitti intrafamiliari

Padre e fratello non sono d'accordo
Matrimonio con stupratore
Matrimonio non convenzionale
Madre sepolta in discarica
Problemi economici
Separazione
Sentirsi rifiutati dalla famiglia
Matrimonio forzato
Stigmatizzazione
Minacce dal marito
Sentirsi rifiutati dalla famiglia a
causa del loro orientamento
sessuale
Famiglia ricomposta-secondo

	matrimonio
	Mancanza di fiducia
<i>Conflitti interfamiliari e tribali</i>	Minacce dalla famiglia dell'ex marito
	Minacce dall'ex marito
	Pubblicazione di fotografie private su internet
	Casa bruciata
<i>Guerra e violenza militare</i>	Guerra civile in Darfur (Sudan)
	Guerra civile ad Azrak (Sudan)
	Conflitto armato a Bansa (Camerun)
	Guerra civile a Darsila (Ciad)
	Guerra civile a Bergè (Sudan)
	Minacce dai separatisti
	Saccheggio
	Ferita da arma da fuoco
	Casa bruciata
	Testimone di uccisioni
	Trauma collettivo
<i>Migrazione forzata</i>	Ansia (Libia)
	Perdita della dignità
	Schiavitù sessuale
	Reclusione (Libia)
	Prigionia (Tozorba)
	Imprigionamento e tortura in tenera età
	Viaggio doloroso
	Insicurezza (Libia)
	Tortura (in Libia)
	Tortura (Algeria)
	Intercettazione (Libia)
	Sete insopportabile
	Condizioni di viaggio difficili
<i>Stress legato al paese di destinazione</i>	Ansia da reinsediamento

Sentirsi non considerati
Vita stressante in Niger
Condizioni difficili ad Agadez
Aspettative di migrazione non soddisfatte
Lussazione
Malattie stigmatizzanti/malattie non trasmissibili

Conflitti interfamiliari e tribali

In alcuni casi, i conflitti intra-familiari hanno prodotto conflitti interfamiliari e tribali che hanno portato a diversi tipi di ritorsioni e azioni di vendetta come bruciare le case, fare violenza o pubblicare fotografie private sui social media.

"La mia ex famiglia era venuta a trovarmi nella casa dove eravamo. Mi hanno cacciato, hanno gettato le mie cose, mi hanno picchiato e minacciato di morte".

(27 anni, LGBTQIA+, Cameroon)

"Dopo di che, nel 2020, ha continuato a minacciarmi fino a mandare i banditi che erano venuti nella notte, alle 3 del mattino, a bruciare la mia casa. In quel momento, stavo dormendo con mio figlio e una ragazza di 15 anni era con noi in casa".

(40 anni, femmina, Gibuti)

"Un figlio del cugino del mio ex è andato sui social media, ha pubblicato le mie foto, ha scritto cose su di me per rovinare il mio nome perché sa che sono popolare".

(27 anni, LGBTQIA+, Cameroon)

Guerra e violenza militare

C'è una vasta gamma di guerre civili descritte dagli intervistati per quanto riguarda diversi luoghi come Darfur, Azrak e Bergè in Sudan, Bansa in Camerun e Darsila in Ciad.

"Nel 2006 è iniziata la guerra nella regione di Darsila con i Janjaweed ciadiani. Avevano iniziato a dare fuoco in tutto il villaggio. Come risultato di questa situazione, la mia famiglia è stata separata a causa della guerra, una parte in Ciad e un'altra in Sudan".

(31 anni, maschio, Sudan)

Queste guerre sono caratterizzate dalla perpetrazione di violenze militari a vari livelli, come saccheggi e incendi di case.

"Quando sono tornato dal villaggio, sono stati informati, poi hanno approfittato della notte pensando che fossi dentro per bruciare la casa. Ero a casa dei vicini in quel momento. A causa della gravità della minaccia, ho deciso di lasciare il villaggio, per fuggire da loro".

(40 anni, femmina, Camerun)

Alcune persone dichiarano di essere state testimoni di uccisioni e c'erano sottostanti come queste esperienze traumatiche collettive vengano poi condivise con l'intera comunità.

"Sapete che c'è un trattamento disumano che ho visto: un giorno gli etiopi si sono staccati e hanno cercato di scappare da Binwalid, purtroppo un contrabbandiere li ha visti e ha allertato gli altri che erano venuti a sparare loro come mosche, molti sono morti, lì davanti a noi e altri sono rimasti

gravemente feriti, ero molto spaventato. Quando si sono resi conto che non avevo soldi e che stavo soffrendo troppo, hanno deciso di lasciarmi andare".

(23 anni, femmina, Somalia)

"Molte altre persone che conosco e vicini hanno perso i loro cari e le loro cose ..."

(25 anni, femmina, Sudan)

Migrazione forzata

Durante la *migrazione forzata*, si sono verificati eventi imprevisti come intercettazioni da parte della polizia libica o esperienze paramilitari e di prigionia. Quindi, il più delle volte il viaggio dei nostri intervistati è costellato da sentimenti di ansia e un continuo senso di insicurezza.

"Sono rimasto 3 o 4 giorni ad Amsaa (Libia) prima di arrivare a destinazione. La vita a Tabruk è una vita piena di ansia perché le persone hanno armi e potrebbero facilmente derubarci o portarci in prigione per chiedere un riscatto alla mia famiglia".

(23 anni, uomo, Sudan)

"Abbiamo vissuto un anno in Libia, un anno durante ho vissuto molte atrocità, non eravamo più al sicuro, anche quando eravamo a casa, gli uomini armati ci hanno attaccato per torturarci ... "

(25 anni, femmina, Sudan)

"... Un giorno, mentre mio marito era via, sono venuti a saccheggiare tutte le nostre cose, mi hanno picchiato, mi hanno bruciato i seni con un cucchiaino arrossato nel fuoco..."

(25 anni, femmina, Sudan)

Stress legato al paese di destinazione

Una volta arrivati in Niger, diversi partecipanti hanno descritto l'ansia da reinsediamento e le difficoltà prodotte dall'essere sfollati. Inoltre, molti partecipanti hanno riferito la sensazione di non essere considerati dalle diverse istituzioni e il mancato rispetto delle aspettative migratorie.

"A Hamdallaye, pensiamo a quando lasciare il Niger; Ci sono molte preoccupazioni, ansia legata al reinsediamento".

(23 anni, uomo, Sudan)

"Sono in Niger da 5 anni, e non ho ricevuto i documenti dei rifugiati. Inoltre non ho ricevuto alcun rispetto dal personale. Da quando ho passato tre mesi a passare le notti davanti al bancone, ha raggiunto un livello in cui nessuno vuole ricevermi. Anche la sicurezza mi impedisce di entrare nel bancone. Non ho mangiato né mi sono vestito e non sono stati fatti progressi nella procedura di reinsediamento. Vivo nella disperazione più totale. La mia vita non ha ragione di esistere".

(27 anni, uomo, Sudan)

"Ho lasciato il mio paese per cercare una vita migliore e ora questo è ciò che la vita mi sta dando..."

(27 anni, uomo, Sudan)

Inoltre, un intervistato ha dichiarato di essere stato diagnosticato con l'HIV.

"Ma sapevo che ero malato anche io perché avevo perso peso, [...] I brufoli erano usciti sul mio corpo. Uno dei miei cugini mi aveva consigliato di andare in ospedale e quando sono arrivato in ospedale, è stato lì che mi è stato confermato che avevo l'HIV. Nel marzo 2020 sono stato messo in trattamento. Ho iniziato a sentirmi di nuovo depresso".

(27 anni, LGBTQIA+, Cameroon)

4.2.2 Il benessere come continuum

In questa sezione sono presenti i temi e i codici relativi al benessere della popolazione campione, contestualizzati nella loro esperienza migratoria. Secondo le parole degli intervistati è possibile osservare la presenza di *sintomatologia post-traumatica, umore basso, alterazione della percezione e reazioni psicotiche, pensieri persecutori, comportamenti antisociali, benessere soggettivo / emozioni e altri sintomi psicologici*. Ci sono anche fattori emergenti di *resistenza e resilienza*.

Sintomatologia post-traumatica

Le storie di vita hanno mostrato una vasta gamma di sintomatologia post-traumatica come la rivisitazione di esperienze traumatiche, la dissociazione, la depersonalizzazione, il distacco emotivo, i ricordi traumatici e gli incubi.

"Sono successe molte cose nella mia vita, vedi il mio braccio, si muove. È stato quando ho cercato di salvare mio fratello che è stato ucciso dai militari. Quando guardo il mio braccio lì, rivivo la situazione".

(40 anni, femmina, Camerun)

"Ultimamente non so cosa mi stia succedendo, non mi capisco, mi sento un estraneo... Un sopravvissuto... L'omicidio della mia giovane ragazza è dove la mia vita è stata sconvolta..."

(40 anni, femmina, Camerun)

"Ho bruciato tutti i miei documenti la scorsa settimana, non so davvero cosa mi sia successo. Questo è ciò che mi ha fatto capire che c'era qualcosa che non andava in me, ecco perché ho informato l'UNHCR".

(40 anni, femmina, Camerun)

Queste persone hanno riferito difficoltà prolungate nel dormire, mangiare e percepire il loro ambiente quotidiano come fonte di stress.

"Vedo nuovi rifugiati, che sono venuti dopo di me, sono stati reinsediati e non ho alcun seguito. Sono un padre, ho una moglie e quattro figli che sono in campagna. Da quando il Canada ha respinto la mia domanda, non riesco a dormire bene, non riesco a mangiare correttamente, sono sempre stressato, questo ambiente mi stressa"

(41 anni, uomo, Eritrea)

Alcune persone hanno riportato episodi di perdita di coscienza mentre ricordavano le loro esperienze traumatiche.

"Quando penso troppo a quello che mi sta succedendo, alle situazioni difficili che ho vissuto e in cui mi trovo attualmente, perdo conoscenza e cado"

(23 anni, femmina, Somalia)

Umore basso

I partecipanti hanno descritto diversi sintomi come senso di abbandono, umore depresso, rallentamento del linguaggio, pensiero frammentato, memoria infedele, difficoltà a concentrarsi, dimenticare tutto, mancanza di energia, ritiro

sociale, disorientamento. In generale, c'è la sensazione di percepire la propria vita come inutile, sentirsi non ascoltati e perdere la speranza.

"Ho preso in considerazione altre soluzioni, ma ho scoperto che tutti mi voltano le spalle e mi hanno detto di aspettare. Ho capito che i rifugiati non sono considerati. L'ultima volta, giovedì 05/2022, c'è stato un rifugiato che è stato investito da un veicolo e nessun funzionario è venuto a salvare questo rifugiato. È stata questa situazione che mi ha permesso di confermare che la nostra vita è inutile e volevo farla finita".

(27 anni, uomo, Sudan)

Alcuni intervistati hanno riferito che preferiscono morire e hanno tentato il suicidio. I loro discorsi erano caratterizzati da un tono suicida.

"Nel 2018 ho lasciato il Camerun, sono andato in Costa d'Avorio. Quando sono andato ad Abidjan è andata bene, ma ero ancora depresso e ho fatto il mio primo tentativo di suicidio medico, ma non ha funzionato".

(27 anni, LGBTQIA+, Cameroon)

Inoltre, molti partecipanti hanno riferito di soffrire di mal di testa, mancanza di appetito, insonnia prolungata e ritiro sociale.

"... Sono ancora isolato perché non voglio stare con gli altri rifugiati a parlare del loro futuro e del loro viaggio perché mi sentivo a disagio quando parlavano così".

(41 anni, uomo, Eritrea)

Alterazione della percezione e reazioni psicotiche

Alcuni intervistati hanno riferito di aver sperimentato intrusioni e allucinazioni visive e uditive.

"Tutto il mio problema è iniziato quando sono arrivato in Niger ad Agadez. Quando sono solo, penso molto, sento voci che mi dicono di tornare in Algeria. Sono stressato, anche se voglio riflettere sul mio passato, non posso. A volte mi provoca un forte mal di testa".

(22 anni, femmina, Repubblica Centrafricana)

"A volte, quando guardo la mia pelle, mi sento come se fossi bianca. A volte, anche se ti parlo, la mia mente è molto lontana, il mio spirito non è con te. Dr, so che non sta andando bene nella mia vita, voglio trovare una vita normale come le altre"

(22 anni, femmina, Repubblica Centrafricana)

Pensieri persecutori

Diverse idee di persecuzione, ad esempio legate alla paura di essere avvelenati, sono emerse dalle storie di vita.

"In Uganda nel 2014 i sudanesi mi hanno fatto prendere le sigarette (Nesgai). Queste sigarette erano la radice del mio problema di salute mentale e mi hanno fatto non conoscere me stesso al punto che sono andato da uno psichiatra.

(31 anni, maschio, Sudan)

Comportamenti a rischio

Gli intervistati hanno dichiarato di usare alcol e hashish.

"Sono abituato al consumo di alcol per alleviare la sofferenza"

(24 anni, uomo, Somalia)

"Ho un problema di relazione con gli altri e l'unico modo per sentirmi meglio è fumare hashish"

(30 anni, uomo, Sudan)

Some females talked about their prostitution history.

"Ho iniziato la mia prima esperienza sessuale all'età di 11 anni a Sokoto, in Nigeria. Alcune persone hanno cercato di aiutarmi a tornare a una vita normale ma ero piccola, non sapevo dove mi avrebbe portato questa vita. Poi sono nato in Camerun da una donna che mi sfruttava nella prostituzione".

(22 anni, femmina, Repubblica Centrafricana)

Benessere/emozioni soggettive

Molti intervistati hanno sottolineato di provare l'emozione della paura e della frustrazione. Alcuni di loro hanno condiviso di aver perso la fiducia in se stessi e generalmente non si fidano degli altri.

"Le situazioni discriminatorie che ho sofferto in Sudan mi hanno causato molta frustrazione e paura nella mia anima"

(23 anni, uomo, Sudan)

"È perché sono il presidente dei rifugiati nel campo di Hamdalley. [...]. Le mie immagini sono finite sui media. È così che ho ricevuto una telefonata: diceva che era nel campo profughi. Mi spaventa con una voce minacciosa. Non pensavo che sarei stato localizzato, sono ricercato, mi troveranno, ho ricevuto chiamate sconosciute ogni giorno. Non mi sento al sicuro. Ci sono molti servizi

segreti camerunesi qui. Non ho mai avuto paura così. Dal collo sono diventato sospettoso, non ho più fiducia in me stesso e negli altri"

(40 anni, uomo, Camerun)

Altri sintomi psicologici

Altri sintomi psicologici riportati erano fobia e impulsività.

"Ho la fobia di vedere una bombola di gas, ogni volta che ho visto una bombola di gas, devo assicurarmi che sia chiusa"

(40 anni, femmina, Gibuti)

"Spesso mi arrabbio rapidamente e agisco, cioè faccio tutto. Mi sono fatto male alla testa e poi me ne pento"

(22 anni, femmina, Repubblica Centrafricana)

Fattori di resistenza

I partecipanti hanno identificato una certa misura di aggiustamento utile per mantenere la QoL come forma di fattore di resistenza. Ad esempio, dichiarano la volontà di parlare e di essere ascoltati, nonché di richiedere e cercare assistenza.

"Sono molto felice di questa opportunità che mi hai dato perché ho chiesto di vedere uno psicologo per 1 anno. Ora mi sento sollevato".

(41 anni, uomo, Eritrea)

"In relazione a quanto accaduto, non voglio tornare su questo, voglio raccontarvi i motivi che mi hanno spinto a fare questo tentativo"

(27 anni, uomo, Sudan)

"Ho chiesto di incontrare uno psicologo molto tempo fa, ho cercato anche in privato ma non ho trovato, quelli che ho trovato non erano professionisti"

(40 anni, femmina, Gibuti)

Alcuni intervistati hanno dichiarato il desiderio di finire se stessi e di combattere la depressione.

"Voglio costruire, voglio ritrovare la mia autostima che ho perso. Voglio riprendermi la mia vita".

(27 anni, LGBTQIA+, Cameroon)

Alla fine, un partecipante ha parlato della sua esperienza di esorcismo come un modo per sentirsi meglio.

"... Faccio l'esorcismo per sentirmi liberato..."

(40 anni, femmina, Gibuti)

4.2.3 I molteplici significati della migrazione forzata

La migrazione forzata può avere significati diversi per le persone coinvolte. Durante le interviste sono emersi due significati diversi: la necessità di *fuggire* e la *migrazione economica*.

Fuga

Fuggire dalle minacce, dall'insicurezza, dalla schiavitù, dall'evitare i servizi militari, dalla disperazione e dal rischio di perdita dei figli sono le ragioni

riportate dall'intervistato che hanno fatto iniziare il viaggio di migrazione forzata (Tabella 12).

Data la gravità della minaccia, ho deciso di lasciare il villaggio per fuggire da loro".

(40 anni, femmina, Camerun)

"Ho deciso, nel 2019, di lasciare il mio paese all'insaputa dei miei genitori, a causa del servizio militare forzato"

(22 anni, maschio, Eritrea)

Migrazione economica

Inoltre, la migrazione forzata è considerata anche come un modo per superare le difficoltà economiche e avere una vita migliore in termini di dignità (Tabella 5).

"Ho lasciato Khartoum per il Cairo nel 2014 per trovare un lavoro, sicurezza e una vita migliore".

(23 anni, uomo, Sudan)

Tabella 13

I significati di migrazione forzata (N=20)

Tem	Codici
Fuga	Minaccia nel villaggio
	Disperazione
	Insicurezza
	Rischio di perdita del

	figlio
	Evitare il servizio militare
	Schiavitù
Migrazione economica	Ricerca di lavoro e vita migliore
	Stipendi miserabili

5. Discussione

Nonostante l'impatto delle migrazioni forzate su scala globale (Silove et al., 2017) e la loro intersezione con la salute mentale, esiste ancora una carenza di studi che indaghino sulle particolarità e le conseguenze del benessere dei rifugiati in relazione alle diverse traiettorie di migrazione forzata. Un numero crescente di ricerche sta esaminando la salute mentale dei migranti africani in diversi paesi ospitanti occidentali (Redko et al., 2015; Zou et al., 2021), ma ancora pochi studi stanno esaminando l'impatto della migrazione forzata sulla salute mentale dei migranti forzati africani in Africa, in particolare in Niger (Veronese et al., 2019, 2020a, b, 2021, 2022). Inoltre, mancano studi che investigano la salute mentale dei rifugiati coinvolti nel processo di ETM. Il nostro lavoro aveva l'obiettivo di esplorare il benessere soggettivo e la qualità della vita tra i migranti ospitati in un campo profughi a Niamey (Niger), adottando un approccio misto. Per perseguire il nostro obiettivo, abbiamo somministrato inizialmente tre questionari validati che indagavano sulle costruzioni menzionate in precedenza e successivamente abbiamo intervistato alcuni dei partecipanti per arricchire la conoscenza sulla salute mentale dei rifugiati e la sua connessione al loro benessere personale e alla soddisfazione nella vita, contestualizzata nella loro storia di migrazione forzata.

Radicati in una prospettiva socio-ecologica e considerando che la salute mentale non dipende esclusivamente dai sintomi psicologici, ma anche dalle sue

connessioni con il benessere soggettivo e la qualità della vita, consideriamo la sofferenza sociale all'interno di un continuum dall'agevolezza alla malattia mentale (Giacaman et al., 2007). A seconda del contesto, le persone che vivono in condizioni di grave disagio oscillano continuamente tra l'agevolezza e la malattia (Giacaman et al., 2011). Di fatto, questi rifugiati coinvolti nel processo di ETM, lungo tutta la loro esperienza migratoria, oscillano su questo continuum, sviluppando sintomi psicologici e allo stesso tempo cercando di adattarsi (Giacaman et al., 2018).

I nostri risultati quantitativi hanno mostrato un'onere psicologico generalizzato in termini di benessere soggettivo e qualità della vita tra tutti i partecipanti del campione. In particolare, quasi tutto il campione sembra insoddisfatto della propria vita, raffigurando una grave vulnerabilità a vari livelli. Questa vulnerabilità, come suggeriscono i nostri risultati quantitativi, potrebbe essere influenzata principalmente dall'ambiente in cui si trovano i rifugiati, che include anche la sicurezza fisica (Afifi & Jäger, 2014; Redko et al., 2015). Gli ambienti dei migranti forzati sono il palcoscenico di varie esperienze potenzialmente stressanti o traumatiche, che vanno dal paese d'origine fino al paese ospitante (Black, 1994). Questi eventi possono includere diverse situazioni, a livello individuale, familiare, comunitario, istituzionale e politico, nonché le interazioni reciproche tra questi livelli (Arakelyan & Ager, 2021; Bronfenbrenner, 2004). Ad esempio, nel loro paese d'origine, i rifugiati coinvolti nel processo di ETM possono vivere la perdita di familiari e/o persone significative a causa di motivi medici o violenza bellica (Gangamma, 2018), la discriminazione a vari livelli (ad esempio, razziale, etnica e basata sul genere) (Alessi, 2018), così come conflitti intra e inter-familiari spesso legati a regole tribali e codici di condotta (De Haas & Fokkema, 2010). Durante il viaggio, possono affrontare esperienze di intercettazione, dove vengono temporaneamente detenuti a causa delle leggi sul controllo dell'immigrazione (Zimmerman et al., 2011). La detenzione può essere caratterizzata da abusi sessuali e fisici e molestie da parte del personale e degli altri detenuti (Alessi et al., 2018a), e nel paese ospitante possono trovarsi in diverse situazioni che generano stress legato all'insediamento, come l'affrontare la durata delle procedure burocratiche per gli insediamenti e la difficoltà nell'ottenere i documenti (Ellis et al., 2008). Tutti questi fattori

interagiscono dinamicamente tra di loro, producendo un'oscillazione continua tra agevolezza e malattia lungo tutta l'esperienza migratoria, che ha inizio dalla fase pre-migratoria (cioè, nel paese d'origine), continua nella fase migratoria (cioè, durante lo spostamento) e considera come ultimo passo la fase post-migratoria (cioè, una volta arrivati nel paese ospitante) (Wessels, 2014).

Tuttavia, per i rifugiati coinvolti nel processo di ETM, considerando il Niger come ambiente per la loro fase post-migratoria, la situazione è piuttosto controversa, poiché si suppone che dovrebbero essere ricollocati in un altro paese. Tuttavia, come emerge anche dai nostri risultati qualitativi, molti dei partecipanti trascorrono molti anni in Niger, perdendo la speranza di essere reinsediati. Continuando a concentrarsi sull'ambiente come fattore di rischio per lo sviluppo del disagio psicologico, è importante notare che lungo tutta l'esperienza migratoria l'accesso alle risorse è limitato (Ryan, 2008). Un altro fattore cruciale è rappresentato dalle istituzioni internazionali (ad esempio, ONG, Nazioni Unite, ecc.). Queste istituzioni non sempre soddisfano le aspettative dei migranti, diventando una possibile fonte di stress e frustrazione come sottolineato dai nostri partecipanti. Questi sentimenti sono spesso exacerbati dall'atteggiamento degli operatori che lavorano in queste istituzioni, che a vari livelli operano all'interno di queste istituzioni, facendo sentire i rifugiati non supportati e trascurati. Le difficoltà legate alle relazioni sembrano orientarsi anche verso gli altri rifugiati all'interno del campo. Questo può essere spiegato a diversi livelli: in primo luogo, molti dei partecipanti hanno descritto di soffrire di sintomi depressivi e post-traumatici, nonché di pensieri persecutori che possono portare al ritiro sociale; in secondo luogo, questi disturbi psicologici devono essere interpretati alla luce delle molteplici esperienze traumatiche che possono anche exacerbare questo tipo di isolamento. Infatti, alcuni dei nostri partecipanti descrivono diverse situazioni conflittuali all'interno del campo, nonché il sentimento di percepire le voci e la presenza degli altri rifugiati come fonte di stress. Altri fattori che contribuiscono a rendere l'ambiente ostile (fisicamente e psicologicamente) possono essere legati alla mancata realizzazione delle aspettative di viaggio. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), l'ambiente è rappresentato dall'accesso alle risorse finanziarie, dalla libertà, dalla sicurezza fisica, dall'assistenza sanitaria e

sociale, dall'ambiente domestico, dalle opportunità per acquisire nuove informazioni e competenze, dalla partecipazione e dalle opportunità di svago, nonché dall'ambiente fisico (ad esempio, inquinamento, rumore, traffico, clima e trasporti) (Afifi & Jäger, 2014; Redko et al., 2015). Considerando la persona in una relazione reciproca con tutti i sistemi appartenenti al suo ambiente (Bronfenbrenner, 2004) e anche l'approccio strutturale che descrive la migrazione di ritorno, che analizza il successo o il fallimento della migrazione non solo in base all'esperienza individuale del migrante, ma anche facendo riferimento ai fattori sociali e istituzionali nei paesi d'origine e d'accoglienza, è evidente che le aspettative di migrazione sono strettamente connesse all'ambiente dei migranti (Cerase, 1974; Cassarino, 2004). Queste aspettative sono spesso legate al desiderio dei migranti di un "cambiamento di status", alimentato da un senso di responsabilità verso la famiglia ma anche dalla mancanza di opportunità nel loro territorio d'origine (Veronese et al., 2021). Tuttavia, una volta arrivati in Niger, i partecipanti riferiscono difficoltà nell'ottenere lo status di rifugiato come uno dei fattori più importanti alla base della loro insoddisfazione di vita (Boon & Ahenkan, 2012). Infatti, tenendo conto dei fattori di spinta e attrazione delle migrazioni (Krishnakumar & Indumathi, 2014), ottenere lo status di rifugiato e di conseguenza ricevere la documentazione correlata contribuisce in modo significativo a soddisfare o non soddisfare la maggior parte dei fattori di attrazione (cioè, economici, sociali e politici) (Gonzalez-Gorman, 2022; Urbański, 2022). Diversi studi stanno identificando l'esperienza dell'attesa dello status di rifugiato come un predittore dell'ansia da reinsediamento (Novara et al., 2021, Henkelmann et al., 2020). Inoltre, la mancata realizzazione delle aspettative di migrazione, così come le difficoltà nell'ottenere i documenti e lo status (Clare et al., 2014), possono exacerbare il disagio emotivo e il sentimento di non aver raggiunto i propri obiettivi e di conseguenza produrre il sentimento di non essere soddisfatti della propria vita (Diener et al., 1985). Nel nostro studio, i dati sono stati raccolti quando i migranti si trovavano in Niger, quindi nella loro fase post-migratoria. La sintomatologia psicologica associata e riferita dai partecipanti è principalmente legata alla fase post-migratoria e correlata al momento della raccolta delle interviste. Tuttavia, molti fattori alla base del benessere

soggettivo, come le emozioni, in particolare le emozioni negative, vengono segnalati come sperimentati anche nel loro paese d'origine e durante la fase migratoria, come paura e ansia dovute a minacce, intercettazioni, imprigionamento e violenza militare a vari livelli. I nostri risultati qualitativi mettono in luce il ruolo dell'ambiente fisico del campo profughi come fonte di stress. Il campo, caratterizzato dai suoi suoni, luci, affollamento e rumore, può interferire con la salute mentale dei rifugiati, in quanto è percepito come un ambiente ricco di molti stimoli disturbanti. Inoltre, la mancanza di approvvigionamento idrico e servizi igienici, così come le condizioni di vita affollate, potrebbero facilmente produrre conseguenze sulla salute, come la diffusione di infezioni respiratorie, gastroenteriti e scabbia, senza un accesso rapido alle cure mediche (Dhesi, 2018).

Nel nostro studio, la salute psicologica non sembra essere compromessa in modo coerente come le altre dimensioni della qualità della vita. Ciò potrebbe essere spiegato dal fatto che il nostro campione è composto da rifugiati coinvolti nel meccanismo di ETM, caratterizzati da un lato dalla speranza di essere reinsediati e dall'altro dalla delusione dovuta al fatto che il reinsediamento spesso non avviene. La speranza di essere reinsediati, direttamente collegata alla speranza di un futuro migliore, potrebbe rappresentare una fonte di adattamento, come già sottolineato in altri studi che analizzano diverse traiettorie di migrazione (D'Abreu, 2021). La speranza, definita come un insieme cognitivo basato su una percezione reciproca di efficacia (cioè, determinazione orientata agli obiettivi) e percorsi (cioè, pianificazione dei modi per raggiungere gli obiettivi) (Snyder et al., 1997), è tipicamente legata a risultati migliori per la salute fisica e l'adattamento psicologico (Snyder, 2002), contribuendo a produrre un senso di scopo nella vita (cioè, un senso che la vita ha significato) e di conseguenza il sentimento di essere impegnati e coinvolti nella vita quotidiana, come dimostrano anche i nostri risultati quantitativi.

Per quanto riguarda la distribuzione di genere, i nostri risultati quantitativi suggeriscono differenze tra i fattori che influenzano il benessere generale e la soddisfazione nella vita. La maggior parte è rappresentata da giovani maschi, che è il profilo tipico dei migranti africani (Nazioni Unite, Dipartimento degli

Affari Economici e Sociali, Divisione della Popolazione, 2019). Appaiono particolarmente sensibili nel loro benessere soggettivo, influenzato in modo specifico dalle difficoltà a sentirsi coinvolti, interessati e impegnati nelle attività quotidiane e nel sentirsi amati, supportati e valorizzati dagli altri (Butler & Kern, 2016). Le femmine sembrano essere il gruppo più insoddisfatto della propria vita. Tuttavia, i nostri risultati qualitativi mostrano il ruolo cruciale dei figli come fattore protettivo per le madri. Avere un figlio può rappresentare una fonte di resistenza che dà alle madri la forza di reagire e resistere alle esperienze e agli ambienti ostili della migrazione forzata (Babatunde-Sowole, 2016). Una particolare attenzione è dedicata al gruppo non-binario, che sembra più vulnerabile in termini di qualità della vita e benessere soggettivo rispetto a maschi e femmine. La definizione di "non-binario" può essere considerata un termine ombrello che comprende una vasta gamma di identità di genere (ad esempio, lesbiche, gay, bisessuali, transgender, queer, intersex, asessuali) (Rosati et al., 2021), in contrasto con le altre due categorie di genere incluse nel nostro campione (cioè, maschi e femmine). Questo gruppo di genere potrebbe sperimentare un maggiore stress lungo tutta l'esperienza migratoria. Nel loro paese d'origine, potrebbero affrontare una serie di eventi potenzialmente traumatici, non solo legati alla guerra o alle difficili condizioni di vita, ma anche alla persecuzione e alla stigmatizzazione legate alla loro identità di genere e orientamento sessuale (Alessi et al., 2021). I partecipanti LGBTQIA+ hanno segnalato numerosi episodi legati alla discriminazione di genere, così come conflitti intrafamiliari nel loro paese d'origine, poiché le loro famiglie non accettano il loro genere e orientamento sessuale, considerandoli non convenzionali e non convenienti. Questi due elementi, aggiunti agli altri fattori legati alla situazione politica nel loro paese d'origine, rappresentavano un fattore di spinta per iniziare il viaggio migratorio per molti partecipanti non-binari (Alessi et al., 2018a). Inoltre, nel paese ospitante, l'intersezione di almeno due identità di minoranza (ad esempio, genere ed etnia) potrebbe influenzare significativamente il loro benessere generale (Cyrus, 2017), producendo spesso un senso di isolamento da entrambe le loro comunità (cioè, la comunità di origine etnica e la comunità LGBTQIA+ del paese ospitante) (Alessi et al., 2021; Khan & Mulé, 2021; Rosati et al., 2021).

Infine, l'esperienza migratoria caratterizzata da eventi potenzialmente traumatici e le loro influenze sul benessere e sulla qualità della vita dei rifugiati sembrano essere intrecciate con i significati che i migranti attribuiscono all'esperienza di migrazione forzata, considerandola come l'intersezione dei fattori di spinta e attrazione delle migrazioni (Krishnakumar & Indumathi, 2014). Nel nostro studio, i partecipanti attribuiscono due significati alla loro esperienza di migrazione forzata: la fuga da diversi tipi di minacce, violenza e sofferenza e la cosiddetta "migrazione economica" come modo per superare la povertà e le condizioni di vita insicure. Questi due significati riflettono le condizioni di insicurezza umana dei rifugiati. È stato riscontrato che l'insicurezza umana è correlata alla soddisfazione di vita (Veonese, 2021). In particolare, la perdita di reddito, la paura per il futuro a livello personale e familiare sono le principali condizioni di insicurezza umana che influenzano principalmente la soddisfazione di vita (Veronese, 2021), come evidenziano anche i nostri dati quantitativi.

6. Limitazioni e prospettive future

Le variabili demografiche prese in considerazione per il confronto dei dati non sono bilanciate, il che rende difficile fornire informazioni affidabili. Considerando la variabile di genere, la maggior parte dei partecipanti era di sesso maschile. Inoltre, il campione è caratterizzato da una significativa eterogeneità nella distribuzione di genere e altre variabili demografiche, il che rende difficile stabilire delle conclusioni generalizzabili. Inoltre, non sono state incluse variabili socio-economiche (ad esempio, istruzione, occupazione) che potrebbero influenzare il benessere soggettivo e la qualità della vita. In futuro, potrebbe essere utile condurre ricerche più ampie e bilanciate dal punto di vista demografico per analizzare in modo più accurato le differenze di genere e di altre variabili.

Inoltre, il campione è composto principalmente da migranti coinvolti nel processo di ETM, il che potrebbe influenzare i risultati. Le aspettative di

reinsediamento possono essere una fonte di speranza e adattamento, ma allo stesso tempo possono portare a delusione e insoddisfazione se non si realizzano. Studi futuri potrebbero confrontare i migranti coinvolti nel processo di ETM con altri gruppi di migranti per esaminare le differenze nel benessere soggettivo e nella qualità della vita.

Infine, i dati sono stati raccolti in un campo profughi in Niger, e i risultati potrebbero non essere generalizzabili a tutti i rifugiati africani o a tutte le situazioni di migrazione forzata. Sono necessarie ulteriori ricerche in diverse regioni e contesti per comprendere appieno l'impatto della migrazione forzata sulla salute mentale e il benessere soggettivo dei rifugiati africani.

In conclusione, la migrazione forzata è una sfida significativa per la salute mentale e il benessere soggettivo dei rifugiati africani. I risultati di questo studio suggeriscono che i migranti forzati in Niger sperimentano un'onere psicologico significativo e un'insoddisfazione generale nella vita. Le differenze di genere e le esperienze di migrazione specifiche possono influenzare il benessere dei rifugiati in modi complessi. È importante riconoscere queste sfide e lavorare per fornire supporto e risorse ai rifugiati africani per migliorare la loro salute mentale e il loro benessere soggettivo durante e dopo l'esperienza di migrazione forzata..

7. Conclusioni

I migranti forzati provenienti dalle regioni dell'Africa subsahariana e coinvolti nel processo di Evacuazione Transit Mechanism (ETM) sono soggetti a un costante stato di angoscia fisica e psicologica lungo tutto il loro percorso migratorio (Silove et al., 2017). In particolare, i fattori oggettivi di rischio e adattamento, rientranti nel continuo tra comfort e malattia, possono essere strettamente legati all'ambiente in cui i rifugiati si trovano, comprendendo sia il contesto fisico che l'accesso alle risorse, lo sviluppo di nuove competenze, la sicurezza fisica e l'assistenza sanitaria e sociale (Afifi & Jäger, 2014; Redko et al., 2015). Questi fattori riflettono l'interconnessione tra le aspettative dei migranti forzati e le condizioni ambientali in cui si trovano.

La salute psicologica dei migranti sembra beneficiare della speranza di un futuro migliore, un aspetto rilevante nell'esperienza di molti migranti ETM in alcune fasi del loro percorso migratorio (D'Abreu, 2021). Tuttavia, è importante sottolineare che, in determinati momenti della fase pre-insediamento, molti rifugiati ETM possono sviluppare un profondo senso di delusione associato a pesi psicologici significativi, soprattutto quando le procedure di reinsediamento richiedono troppo tempo per essere completate o vengono addirittura respinte (Boon & Ahenkan, 2012).

Nel contesto dei fattori soggettivi di rischio e protezione, i risultati indicano che i partecipanti generalmente esprimono un diffuso senso di insoddisfazione verso la propria vita (Veronese, 2021). Ciò è accompagnato da una costante presenza di emozioni negative, tra cui paura e ansia, spesso causate da minacce, situazioni di intercettazione, detenzione e violenza militare a vari livelli durante il loro percorso migratorio. Inoltre, le persone non binarie sembrano essere particolarmente vulnerabili all'esposizione a eventi traumatici a livello familiare, comunitario e sociale (Alessi et al., 2021).

Riflettendo su questi aspetti e considerando il benessere come una risorsa chiave per l'adattamento alle nuove condizioni di vita (Veronese & Pepe, 2017), emerge la necessità di intervenire sia nelle fasi pre-insediamento che post-insediamento, anziché concentrarsi esclusivamente sulle conseguenze degli eventi traumatici (Veronese, 2019). Inoltre, è fondamentale adottare una prospettiva più ampia sul concetto di "sofferenza sociale" come questione di salute mentale pubblica e responsabilità collettiva. Tale visione dovrebbe spostare l'attenzione dall'analisi prevalentemente basata sugli indicatori psicopatologici e medici a una maggiore preoccupazione per la mancanza di sicurezza umana e le violazioni dei diritti umani sperimentate da tutte le persone coinvolte in situazioni di guerra, violenza militare, insicurezza e umiliazione, come accade per i migranti forzati coinvolti nel processo di ETM provenienti dalle regioni dell'Africa subsahariana (Giacaman et al., 2018).

CONCLUSIONE

Tutte le ricerche presentate hanno mostrato come il benessere soggettivo sia una componente essenziale della qualità della vita e la sua misurazione cruciale per comprendere come migliorare la vita delle persone, obiettivo primario dell'elaborato. Sappiamo infatti che livelli più elevati di benessere soggettivo contribuiscono al funzionamento efficace della società, apportando benefici non solo agli individui, ma alla collettività nel suo insieme (Diener e Biswas-Diener, 2008; Lyubomirsky et al., 2005).

Il benessere generale e la qualità della vita influenzano la salute mentale, in particolare nelle popolazioni che hanno subito guerre e violenze strutturali. Per migliorare la salute mentale e il benessere delle persone coinvolte in situazioni di violenza e sfollamento è necessario un approccio olistico che tenga in considerazione la qualità della vita, l'insicurezza umana, i diritti umani. È assolutamente indispensabile andare oltre i sintomi psicopatologici, cercare di dare spazio all'ascolto, alla comprensione, alla rielaborazione condivisa. È indispensabile fornire un supporto che includa il potenziamento delle capacità, la promozione della sicurezza e l'accesso a risorse che possano migliorare la qualità della vita delle persone coinvolte. Un aspetto fondamentale è quello psicoeducativo, favorire e sostenere l'implementazione di attività che permettano di comprendere i propri talenti ed allo stesso tempo di poterli realizzare, in modo che il sentimento di soddisfazione per la propria vita possa aumentare.

È indispensabile contribuire ad un cambio di narrativa, affinché non vi sia una categorizzazione del rifugiato e/o del richiedente asilo come una persona senza risorse, senza talenti, senza capacità, senza niente né nessuno e si proceda verso l'assunzione di una reciprocità di conoscenze, di saperi, nata dalla condivisione degli stessi e soprattutto da una capacità sociale di andare oltre pregiudizi e stereotipi. A tal proposito è importante sottolineare come le esperienze post migrazione siano diventate oggetto di indagine crescente proprio perché è evidente che la vita dopo l'esposizione al conflitto e la migrazione conducono a nuove sfide che possono influenzare negativamente la salute mentale, tanto quanto, se non più, gli eventi traumatici stessi (Chen et al., 2017; Fazel, 2018;

Hou et al., 2018; Hynie, 2018; Morina et al., 2011; Nickerson et al., 2015, 2011; Steel et al., 2006). Esperienze di discriminazione sono fattori specifici che contribuiscono a sintomi depressivi più elevati tra i rifugiati e questo è un aspetto da tenere ampiamente in considerazione nella progettazione di programmi per l'incremento del benessere psicosociale dei rifugiati e della popolazione migrante in termini più generali.

È altresì molto importante prendere in considerazione il fatto che, contrariamente alle difficili circostanze affrontate dai rifugiati e dalle persone sfollate, la ricerca ha evidenziato la presenza di capacità di resilienza e resistenza in queste popolazioni. Nonostante le avverse e spesso deteriorate condizioni di vita che affrontano, gli studi hanno osservato esempi di forza e adattabilità tra i rifugiati e le persone sfollate. Ad esempio, numerose ricerche hanno dimostrato che le strategie di *coping* basate sulla risoluzione dei problemi e sull'accettazione svolgono un ruolo cruciale nel mitigare l'impatto negativo dello stress finanziario sui sintomi d'ansia e depressione tra i rifugiati e le persone sfollate. Allo stesso modo, le strategie di *coping* basate sulla risoluzione dei problemi sono state trovate come fattori protettivi contro gli effetti avversi dello stress legato alla competenza nel paese ospitante sull'ansia e la depressione (Mahmood, 2019). Questi meccanismi di *coping* agiscono come preziosi ammortizzatori, attenuando le associazioni dannose tra gli stressori sopra menzionati, come lo stress finanziario e lo stress legato alla competenza nel paese ospitante, e la manifestazione di sintomi d'ansia e depressione. Compito degli interventi psicosociali potrebbe essere dunque quello di favorire le strategie di *coping* positive già messe in atto dai rifugiati, rinforzandole e non discriminandole per una mancata comprensione e presa in considerazione delle stesse. Le strategie di *coping* fanno parte, come abbiamo visto, del senso di coerenza (SOC), in particolare di una sua componente principale: la comprensibilità, definita come la capacità di un individuo di comprendere gli eventi, le circostanze e le sfide che incontrano nella loro vita, in modo che gli individui possano percepire e interpretare il mondo intorno a loro in modo coerente e razionale. Questo ci porta di fronte ad una grande sfida che è rappresentata dalla capacità di ascoltare, senza giudizio, la storia di vita dei rifugiati e di saper quindi identificare ed analizzare i loro meccanismi di *coping*.

Capire in che modo sostenerli nel creare coerenza interna al fine di affrontare le sfide quotidiane dovrebbe essere uno degli aspetti chiave dell'intervento con questa popolazione di riferimento. Per poter procedere in tale senso e altresì fondamentale che l'operatore conosca e abbia grande consapevolezza dei suoi pregiudizi e degli stereotipi che lo abitano, in modo che possa fare da ponte con l'altro e possa essere strumento di benessere e non di discriminazione, involontaria, ma pur sempre tale e chiaramente non protettiva per il rifugiato.

A tal proposito, se si prendono in considerazione i fattori di protezione psicosociale, cioè tutte quelle circostanze che diminuiscono la probabilità che una persona sviluppi qualche problema psicologico e o sociale e che incrementi le possibilità di sperimentare maggiori livelli di salute psicologica, troviamo la capacità di divertirsi, la possibilità di mettere in pratica i propri talenti e potenzialità, avere una buona rete di supporto sociale, avere degli scopi, obiettivi chiari e percepire il controllo delle situazioni che comprendono questi diversi elementi. Le potenzialità personali implicano una capacità di sentire, di pensare e di agire in modo da poter raggiungere un funzionamento ottimale nell'ottenimento di obiettivi importanti (Linley e Harrington 2007). Le potenzialità si possono concepire anche come comportamenti dove la persona emerge per la sua eccellenza. Allo stesso tempo i rischi psicosociali sono tutte quelle circostanze che aumentano le probabilità che una persona sviluppi un problema psicologico e o sociale e fattori di rischio sono la non conoscenza del potenziale e dei punti di forza delle persone, un elevato livello di stress, un basso livello di motivazione, l'impegno e il coinvolgimento, il fatto di avere una cerchia sociale ridotta e ostile ed una mancanza di scopo nella vita.

Un modello integrale di promozione del benessere psicosociale deve comprendere obiettivi sia per diminuire l'impatto dei fattori di rischio sia per incrementare i fattori di protezione.

Le analisi che abbiamo effettuato nelle ricerche confermano quanto presente in letteratura e dimostrano che il benessere soggettivo svolge un ruolo chiave nella mediazione tra la qualità della vita e la soddisfazione di vita. Ciò significa che il modo in cui le persone percepiscono e sperimentano il loro benessere influenza direttamente la loro soddisfazione generale rispetto alla vita,

indipendentemente dalle difficoltà e dalle sfide che possono affrontare. Il benessere soggettivo riveste un ruolo cruciale nel modellare la percezione complessiva della vita delle persone, offrendo anche una visione più completa su come le persone affrontano le sfide e cercano la felicità e la soddisfazione nelle loro vite, persino in contesti difficili. In effetti anche in tali contesti, nonostante le condizioni avverse di vita emerge la persistenza del benessere soggettivo e dei suoi indicatori, suggerendo una prospettiva di ripresa. Sembrerebbe che il trauma e i suoi effetti distruttivi non si sviluppino necessariamente quando sono presenti elementi di supporto affettivo e relazionale nell'ambiente di vita attuale (*hic et nunc*) e che la presenza di una spinta desiderante possa mitigare l'impatto del trauma e impedire danni permanenti. Questo permette di aprire aree di intervento psicosociale fondamentali per il benessere dei rifugiati e sottolineano una volta di più quanto sia importante andare oltre diagnosi e trattamento del PTSD, facilmente diagnosticabile ad una percentuale elevata di rifugiati e/o richiedenti asilo, viste le atrocità subite. Si potrebbero comprendere meglio le diverse risposte delle persone ai traumi e come già detto analizzare le risposte di *coping* positivo già messe in atto dagli stessi che andrebbero assolutamente sostenute. È da sottolineare quanto gli interventi debbano essere mirati a comprendere l'altro, ad accettarne la sua alterità nella sua essenza più profonda, al di là di pregiudizi e giudizi, spesso alla base di interventi che risultano inadeguati ed inefficaci. Riconoscere l'alterità e riconoscerne la sua preziosità è un cammino fondamentale da percorrere per coloro che desiderano sostenere, a vari livelli, dei programmi di integrazione che prendano in considerazione il benessere soggettivo come centrale. Rinforzare capacità e talenti, non solo accogliere, assistere, ma conoscere, condividere, apprendere, permettere all'altro di potersi mostrare in tutte le sue sfaccettature, senza opprimerlo in partenza con categorizzazioni che, la maggior parte delle volte, non permettono di vederlo, ma solo, appunto di giudicarlo.

Se il benessere viene considerato come una risorsa chiave per l'adattamento alle nuove condizioni di vita (Veronese & Pepe, 2017) emerge quanto sia importante intervenire sia nelle fasi di pre- insediamento che post-insediamento, smettendo di concentrarsi esclusivamente sulle conseguenze degli eventi traumatici,

portando erroneamente l'attenzione solo sulla psicopatologia. È fondamentale prendere in considerazione inoltre i traumi collettivi che si verificano quando una comunità o un gruppo di individui esposto a eventi traumatici condivisi, come la guerra e la violenza militare. Questi eventi possono provocare un senso diffuso di terrore, perdita, disperazione e insicurezza e minare le dinamiche sociali, mettendo a dura prova i legami tra gli individui. Le conseguenze di questi traumi possono perdurare nel tempo e influenzare il benessere delle persone coinvolte. Questi traumi possono avere anche un impatto duraturo sulla coesione sociale, creando tensioni e conflitto all'interno della comunità. Per affrontare e mitigare gli effetti dei traumi collettivi è necessario un approccio globale che prenda in considerazione non solo il benessere individuale, ma anche la ricostruzione della comunità e il ripristino delle relazioni sociali. Al fine di migliorare il benessere è importante riconoscere la complessità dei traumi collettivi e adottare delle strategie a lungo termine che permettano di aiutare la comunità a superare gli impatti devastanti della guerra e della violenza militare.

Non possiamo infine non sottolineare il fatto che è assolutamente indispensabile affrontare le cause sottostanti della migrazione forzata, compresi i conflitti armati, le persecuzioni, i cambiamenti climatici e le disuguaglianze socio economiche al fine di ridurre la frequenza e l'impatto della migrazione forzata e mitigare gli effetti sulla salute mentale delle persone coinvolte.

Bibliografia

- Acierno, R., Ruggiero, K. J., Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., & Galea, S. (2006). Risk and protective factors for psychopathology among older versus younger adults after the 2004 Florida hurricanes. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(12), 1051-1059.
- Aitken, K., & Trevarthen, C. (1997). Self/other organization in human psychological development. *Development and Psychopathology*, 9(4), 653-677. doi:10.1017/S0954579497001387
- Akokpari, J. (2007). *The Political Economy of Human Insecurity in Sub-Saharan Africa*. Tokyo: Institute for Developing Economies. <http://hdl.handle.net/11427/25240>
- Alessi, E. J., Kahn, S., Woolner, L., & Van Der Horn, R. (2018a). Traumatic Stress Among Sexual and Gender Minority Refugees From the Middle East, North Africa, and Asia Who Fled to the European Union. *Journal of Traumatic Stress*, 31(6), 805–815. <https://doi.org/10.1002/jts.22346>
- Alessi, E. J., Kahn, S., Woolner, L., & Van Der Horn, R. (2018b). Traumatic Stress Among Sexual and Gender Minority Refugees From the Middle East, North Africa, and Asia Who Fled to the European Union. *Journal of Traumatic Stress*, 31(6), 805–815. <https://doi.org/10.1002/jts.22346>
- Alexander, J. C. (2004). Cultural Pragmatics: Social Performance between Ritual and Strategy. *Sociological Theory*, 22(4), 527–573. <https://doi.org/10.1111/j.0735-2751.2004.00233.x>
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition*. Washington, DC, American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth edition (DSM-5)*. Washington: American Psychiatric

Association. Trad. ital.: DSM-5, Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2014.

American psychological association, E. date. (2020). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. <https://www.apa.org/ethics/code>

Andreas, P. (2013). *Smuggler nation: how illicit trade made America*. Oxford University Press, USA.

Andrews, F. M., & Withey, S. B. (1976). *Social Indicators of Well-Being*. New York: Plenum Press. <https://doi.org/10.1007/978-1-4684-2253-5>

Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. Jossey-Bass.

Arakelyan, S. and Ager, A. (2021), Annual Research Review: A multilevel bioecological analysis of factors influencing the mental health and psychosocial well-being of refugee children. *J. Child Psychol. Psychiatr.*, 62: 484-509. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13355>

Araya M, Chotai J, Komproe IH, de Jong JT. Effect of trauma on quality of life as mediated by mental distress and moderated by coping and social support among postconflict displaced Ethiopians. *Qual Life Res.* 2007 Aug;16(6):915-27. doi: 10.1007/s11136-007-9201-9. Epub 2007 Apr 12. PMID: 17440829.

Arieli A, Aycheh S. Psicopatologia tra gli ebrei etiopi immigrati in Israele. *J Nerv Ment Dis.* 1992;180(7):465-6.

Arthaud-Day, M. L., Rode, J. C., Mooney, C. H., & Near, J. P. (2005). The subjective well-being construct: A test of its convergent, discriminant, and factorial validity. *Social Indicators Research*, 74(3), 445–476. <https://doi.org/10.1007/s11205-004-8209-6>

ASGI. (2023, aprile 18). ETM: Quali soluzioni per le persone evacuate dalla Libia e bloccate in Niger? - Lettera aperta dell'ASGI a UNHCR. Asgi. <https://www.asgi.it/notizie/etm-quali-soluzioni-per-le-persone-evacuate-dalla-libia-e-bloccate-in-niger-lettera-aperta-dellasgi-a-unhcr/>

Babatunde-Sowole, O., Power, T., Jackson, D., Davidson, P. M., & DiGiacomo, M. (2016). Resilience of African migrants: An integrative review. *Health care for women international*, 37(9), 946-963.

Bahrami, F., & Yousefi, N. (2011). Females are more anxious than males: a metacognitive perspective. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences*, 5(2), 83.

Ballenger, J. C., Davidson, J. R., Lecrubier, Y., Nutt, D. J., Marshall, R. D., Nemeroff, C. B., Shalev, A. Y., & Yehuda, R. (2004). Consensus statement update on posttraumatic stress disorder from the international consensus group on depression and anxiety. *The Journal of clinical psychiatry*, 65 Suppl 1, 55–62.

Barbieri A, Visco-Comandini F, Alunni Fegatelli D, Dessì A, Cannella G, Stellacci A, Pirchio S. Patterns and predictors of PTSD in treatment-seeking African refugees and asylum seekers: A latent class analysis. *Int J Soc Psychiatry*. 2021 Jun;67(4):386-396. doi: 10.1177/0020764020959095. Epub 2020 Sep 22. PMID: 32962504.

Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173–1182. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.51.6.1173>

Bartolini, S., (2010). *Manifesto Per La Felicità: Come Passare Dalla Società Del Ben-Avere A Quella Del Ben -Essere*. Milano: Donzelli.

Bergner, M., Bobbitt, R. A., Carter, W. B., & Gilson, B. S. (1981). The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. *Medical care*, 19(8), 787–805. <https://doi.org/10.1097/00005650-198108000-00001>

Berry, J. W., & Worthington, E. L., Jr. (2001). Forgiveness, relationship quality, stress while imagining relationship events, and physical and mental health. *Journal of Counseling Psychology*, 48(4), 447–455. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.48.4.447>

Bhugra D. (2004). Migration and mental health. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 109(4), 243–258. <https://doi.org/10.1046/j.0001-690x.2003.00246.x>

Black, R. (1994). Forced Migration and Environmental Change: The Impact of Refugees on Host Environments. *Journal of Environmental Management*, 42(3), 261–277. <https://doi.org/10.1006/jema.1994.1072>

Bodkin, J.A., Pope, H.G., Detke, M.J., Hudson, J.I. (2007). Is PTSD Caused By Traumatic

Bonanno, G. A., Westphal, M., & Mancini, A. D. (2011). Resilience to loss and potential trauma. *Annual review of clinical psychology*, 7, 511–535. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104526>.

Boon, E., & Ahenkan, A. (2012). The Socio-economic Contribution of African Migrants to their Home and Host Countries: The Case of Ghanaian Residents in Flanders, Belgium. *Journal of International Migration and Integration*, 13(3), 343–363. <https://doi.org/10.1007/s12134-011-0201-9>

Bracken, P. J. (2001). Post-modernity and post-traumatic stress disorder. *Social Science & Medicine*, 53(6), 733–743. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00385-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00385-3)

Bracken, P. J., Giller, J. E., & Summerfield, D. (1995). Psychological responses to war and atrocity: the limitations of current concepts. *Social science & medicine* (1982), 40(8), 1073–1082. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)00181-r](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)00181-r)

Bradburn, N. M. (1969). *The Structure of Psychological Well-Being*. Oxford: Aldine

Brendtro, Larry & Caslor, Michael. (2019). The Effectiveness of Positive Peer Culture with Youth at Risk. *Global Journal of Human-Social Science*. 7-14. 10.34257/GJHSSAVOL19IS10PG7.

Breslau N, Davis GC. (1987). Posttraumatic stress disorder: the stressor criterion.

Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P., & Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of general psychiatry*, 48(3), 216–222. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1991.01810270028003>

Brickman, P., Coates, D., & Janoff-Bulman, R. (1978). Lottery winners and accident victims: Is happiness relative? *Journal of Personality and Social Psychology*, 36(8), 917–927. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.36.8.917>

Brief, A., Butcher, A., George, J. and Link, K. (1993) Integrating Bottom-Up and Top-Down Theories of Subjective Well-Being: The Case of Health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 646-653. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.64.4.646>

Brit J Clin Psychol. 33: 71–4.

Bronfenbrenner, D. U. (2004). *Making Human Beings Human: Bioecological Perspectives on Human Development* (1° edizione). SAGE Publications, Inc.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard university press.

Brummett, B. H., Barefoot, J. C., Siegler, I. C., Clapp-Channing, N. E., Lytle, B. L., Bosworth, H. B., Williams, R. B., Jr, & Mark, D. B. (2001). Characteristics of socially isolated patients with coronary artery disease who are at elevated risk for mortality. *Psychosomatic medicine*, 63(2), 267–272. <https://doi.org/10.1097/00006842-200103000-00010>

Bryant, R. A. (2004). In the aftermath of trauma: Normative reactions and early interventions. In G. M. Rosen (Ed.), *Posttraumatic stress disorder: Issues and controversies* (pp. 187–211). John Wiley & Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/9780470713570.ch10>

Burri, A., & Maercker, A. (2014). Differences in prevalence rates of PTSD in various European countries explained by war exposure, other trauma and cultural value orientation. *BMC research notes*, 7, 407. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-7-407>

- Burrow, A., & Hill, P. (2020). Purpose by design or disaster: Preserving a sense of purpose amid environmental uncertainty. *Journal of Environmental Psychology*, 69, 101436 - 101436. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2020.101436>.
- Bustamante, L. H. U., Cerqueira, R. O., Leclerc, E., & Brietzke, E. (2017). Stress, trauma, and posttraumatic stress disorder in migrants: a comprehensive review. *Revista brasileira de psiquiatria* (Sao Paulo, Brazil : 1999), 40(2), 220–225. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2017-2290>
- Butler, J., & Kern, M. L. (2016). The PERMA-Profil: A brief multidimensional measure of flourishing. *International Journal of Wellbeing*, 6(3), Articolo 3. <https://doi.org/10.5502/ijw.v6i3.526>
- Cantor-Graae, E., & Selten, J. P. (2005). Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *The American journal of psychiatry*, 162(1), 12–24. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.1.12>
- Cantor-Graae, E., Pedersen, C. B., McNeil, T. F., & Mortensen, P. B. (2003). Migration as a risk factor for schizophrenia: a Danish population-based cohort study. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 182, 117–122. <https://doi.org/10.1192/bjp.182.2.117>
- Carp, F. M., & Carp, A. (1982). Test of a Model of Domain Satisfaction and Well-Being: Equity Considerations. *Research on Aging*, 4(4), 503–522. <https://doi.org/10.1177/0164027582004004005>
- Cassarino, J. P. (2004). Theorising return migration: The conceptual approach to return migrants revisited. *International Journal on Multicultural Societies (IJMS)*, 6(2), 253-279.
- Castree, N. (2005). The epistemology of particulars: Human geography, case studies and ‘context’. *Geoforum*, 36(5), 541–544.
- Center for Community Health and Development. (2019). Understanding risk and protective factors: Their use in selecting potential targets and promising strategies for intervention. *University of Kansas*.

Cerese, F. P. (1974). Expectations and reality: a case study of return migration from the United States to Southern Italy. *International migration review*, 8(2), 245-262.

Chekola, M. G. (1975). The concept of happiness. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 35(7-A), 4609.

Chiara, G., & Romaioli, D. (2021). The challenge of migratory flows in the mediterranean sea to psychology: A single case study from a social constructionist perspective. *Journal of Constructivist Psychology*, 34(1), 98–115. <https://doi.org/10.1080/10720537.2019.1701591>

Chin, K. L. (1999). *Smuggled Chinese: clandestine immigration to the United States*. Temple University Press.

Christakis, N. A., & Fowler, J. H. (2007). The spread of obesity in a large social network over 32 years. *The New England journal of medicine*, 357(4), 370–379. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa066082>

Clare, M., Goodman, S., Liebling, H., & Laing, H. (2014). «You Keep Yourself Strong»: A Discourse Analysis of African Women Asylum Seekers' Talk about Emotions. *Journal of International Women's Studies*, 15(1), 83–95.

Cleary, S. D., Snead, R., Dietz-Chavez, D., Rivera, I., & Edberg, M. C. (2018). Immigrant Trauma and Mental Health Outcomes Among Latino Youth. *Journal of immigrant and minority health*, 20(5), 1053–1059. <https://doi.org/10.1007/s10903-017-0673-6>

Coan, R. W. (1977). *Hero, artist, sage, or saint? A survey of views on what is variously called mental health, normality, maturity, self-actualization, and human fulfillment*. Columbia U Press.

Cohen, L., Manion, L., & Morrison, K. (2017). *Research Methods in Education*. Routledge.

Cohen, S., & Pressman, S. D. (2006). Positive Affect and Health. *Current Directions in Psychological Science*, 15(3), 122–125. <https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2006.00420.x>

Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357.

<https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>

Cohen, S., Doyle, W. J., Turner, R. B., Alper, C. M., & Skoner, D. P. (2003). Emotional style and susceptibility to the common cold. *Psychosomatic medicine*, 65(4), 652–657.

<https://doi.org/10.1097/01.psy.0000077508.57784.da>

Contardi, R. (2023). *Prosciugare lo Zuiderzee. Lavoro sulla cultura ed elaborazione*

Cowen, M.E. and Zodet, M.W. (1999), Methods for Analyzing Referral Patterns. *Journal of General Internal Medicine*, 14: 474-480.

<https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.1999.06368.x>

Crepet A, Rita F, Reid A, Van den Boogaard W, Deiana P, Quaranta G, Barbieri A, Bongiorno F, Di Carlo S. (2017) Mental health and trauma in asylum seekers landing in Sicily in 2015: a descriptive study of neglected invisible wounds. *Confl Health*, 11:1.

Creswell, J. W., & Clark, V. L. P. (2017). *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: The Psychology of Optimal Experience*. New York: Harper and Row.

Cyrus, K. (2017). Multiple minorities as multiply marginalized: Applying the minority stress theory to LGBTQ people of color. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 21(3), 194–202.

<https://doi.org/10.1080/19359705.2017.1320739>

D’Abreu, A., Castro-Olivo, S., Ura, S. K., & Furrer, J. (2021). Hope for the future: A qualitative analysis of the resettlement experience of Syrian refugee adolescents and parents. *School Psychology International*, 42(2), 132-156.

Dåderman, A., & Colli, D. (2014). The significance of the sense of coherence for various coping resources in stress situations used by police officers in on-

the-beat service. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 27, 3-15. <https://doi.org/10.2478/s13382-014-0227-2>.

Dana, Richard & Allen, James. (2009). Globalization: Psychological Problems and Social Needs. 10.1007/978-0-387-79822-6_2.

Danner, D. D., Snowdon, D. A., & Friesen, W. V. (2001). Positive emotions in early life and longevity: Findings from the nun study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(5), 804–813. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.80.5.804>

Danon, M., & Miltenburg, A. (2001). *Rifugiati politici e salute mentale. Intervento Tratto Dagli Atti Della Conferenza Internazionale Una Città Interculturale Da Inventare Esperienze Europee a Confronto*. Padova.

De Haas, H., & Fokkema, T. (2010). Intra-household conflicts in migration decisionmaking: Return and pendulum migration in Morocco. *Population and Development Review*, 36(3), 541-561.

De Jong GF, Chamrathirong A, Tran QG. For better, for worse: life satisfaction consequences of migration. *Int Migr Rev*. 2002;36(3):838–63

de Jong JP, Scholte WF, Koeter MW, Hart AA. The prevalence of mental health problems in Rwandan and Burundese refugee camps. *Acta Psychiatr Scand*. 2000 Sep;102(3):171-7. doi: 10.1034/j.1600-0447.2000.102003171.x. PMID: 11008851.

dell'adolescente. Roma: Franco Angeli.

Demurtas, P., Vitiello, M., Accorinti, M., Skoda, A., Perillo, C., & Emigrazione—Roma, F. C. S. (2018). In search of protection: Unaccompanied minors in Italy. *2018 International Migration Policy Report Perspectives on the Content and Implementation of the Global Compact for Safe, Orderly, and Regular Migration*, 27.

Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H., & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behavioral Science*, 19(1), 1-15

Dhesi, S., Isakjee, A., & Davies, T. (2018). Public health in the Calais refugee camp: environment, health and exclusion. *Critical Public Health*, 28(2), 140–152.

Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542–575. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.95.3.542>

Diener, E., & Biswas-Diener, R. (2008). Happiness: Unlocking the mysteries of psychological wealth. *Blackwell Publishing*.
<https://doi.org/10.1002/9781444305159>

Diener, E., & Ryan, K. (2009). Subjective well-being: A general overview. *South African Journal of Psychology*, 39(4), 391–406.
<https://doi.org/10.1177/008124630903900402>

Diener, E., & Seligman, M. E. P. (2002). Very Happy People. *Psychological Science*, 13(1), 81–84. <https://doi.org/10.1111/1467-9280.00415>

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71–75.

Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276–302.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.2.276>

disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychol Bull.* 129: 52–73.
 doi: 10.1016/j.neuron.2012.02.004. Erratum in: *Neuron*. 2012 Mar 8;73(5):1052. PMID: 22365542; PMCID: PMC3625946.
 doi: 10.3389/fnint.2013.00063. PMID: 23986665; PMCID: PMC3753453.
 doi:10.1001/archpsyc.1974.01760080051008

Domino, M. L., & Boccaccini, M. T. (2000). Doubting Thomas: Should family members of victims watch executions? *Law & Psychology Review*, 24, 59–75.

Duncan, Renae & Ph.D, Benjamin & Kilpatrick, Dean & Hanson, Rochelle & Resnick, Heidi. (2010). "Childhood physical assault as a risk factor for PTSD, depression, and substance abuse: Findings from a national survey". *Erratum: American Journal of Orthopsychiatry*. 66. 437 - 448. 10.1037/h0080194.

Earley, L., & Cushway, D. (2002). *The parentified child. Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7(2), 163–178.

<https://doi.org/10.1177/1359104502007002005>

Edelman, G. M., Gally, J. A. (2013). Reentry: a key mechanism for integration of brain function. *Front Integr. Neurosci.* 27, 7-63.

Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 38, 319–345.

Eid, M., & Diener, E. (2004). Global judgments of subjective well-being: Situational variability and long-term stability. *Social Indicators Research*, 65(3), 245–277. <https://doi.org/10.1023/B:SOCI.0000003801.89195.bc>

Elhai, J. D., Grubaugh, A. L., Kashdan, T. B., & Frueh, B. C. (2008). Esame empirico di una proposta di perfezionamento dei criteri sintomatici del disturbo post-traumatico da stress del DSM-IV utilizzando i dati della National Comorbidity Survey Replication. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 597-602.

Eli, T., Alex, M., Wood, John, Maltby, Jennifer Fox Eades & P. Alex Linley (2011). Strengths Gym: The impact of a character strengths-based intervention on the life satisfaction and well-being of adolescents. *The Journal of Positive Psychology*. <https://doi.org/10.1080/17439760.2011.594079>

Ellis, B. H., MacDonald, H. Z., Lincoln, A. K., & Cabral, H. J. (2008). Mental health of Somali adolescent refugees: the role of trauma, stress, and perceived discrimination. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(2), 184.

Emanuel, E. J., Grady, C. C., Crouch, R. A., Lie, R. K., Miller, F. G., & Wendler, D. D. (2008). *The Oxford Textbook of Clinical Research Ethics*. Oxford University Press.

Emmons, R. A. (1986). Personal strivings: An approach to personality and subjective well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(5), 1058–1068. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.51.5.1058>

Erwin, B.A., Heimberg, R.G., Marx, B.P., Franklin, M.E. (2006). Traumatic and socially

Evans-Campbell T. (2008). Historical trauma in American Indian/Native Alaska communities: a multilevel framework for exploring impacts on individuals, families, and communities. *Journal of interpersonal violence*, 23(3), 316–338.
<https://doi.org/10.1177/0886260507312290>

Falkenburger, E., Arena, O., & Wolin, J. (2018). *Trauma-informed community building and engagement*. Urban Institute. <https://urbn.is/2sORHiv>;

Fast, Elizabeth & Collin-Vézina, Delphine. (2019). Historical Trauma, Race-Based Trauma, and Resilience of Indigenous Peoples: A Literature Review. *First Peoples Child & Family Review: An Interdisciplinary Journal Honouring the Voices, Perspectives, and Knowledges of First Peoples*. 14. 166. 10.7202/1071294ar.

Fazel M, Wheeler J, Danesh J: Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet*. 2005, 365 (9467): 1309-1314. 10.1016/S0140-6736(05)61027-6.

Felce, D., & Perry, J. (1995). Quality of life: Its definition and measurement. *Research in Developmental Disabilities*, 16(1), 51–74.
[https://doi.org/10.1016/0891-4222\(94\)00028-8](https://doi.org/10.1016/0891-4222(94)00028-8)

Fenta, H., Hyman, I., & Noh, S. (2006). Mental health service utilization by Ethiopian immigrants and refugees in Toronto. *The Journal of nervous and mental disease*, 194(12), 925–934.
<https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000249109.71776.58>

Feyissa, A. and Horn, R. (2008) ‘Feyissa, A. & Horn, R. (2008) There is more than one way of dying: An Ethiopian perspective of the effects of long stays in refugee camps’, in D. Hollenbach (ed.) *Ethical Responsibilities towards Forced Migrants as a Framework for Advocacy: African Perspectives*. Boston College Center for Human Rights and International Justice.

First, J.M., Houston, J.B. The Mental Health Impacts of Successive Disasters: Examining the Roles of Individual and Community Resilience Following a Tornado and COVID-19. *Clin Soc Work J* 50, 124–134 (2022).
<https://doi.org/10.1007/s10615-021-00830-y>

Fredrickson, B. L. (2003). The Value of Positive Emotions: The Emerging Science of Positive Psychology Is Coming to Understand Why It's Good to Feel Good. *American Scientist*, 91, 330-335.

Fredrickson, B. L., & Branigan, C. (2005). Positive emotions broaden the scope of attention and thought-action repertoires. *Cognition and Emotion*, 19(3), 313–332. <https://doi.org/10.1080/02699930441000238>

Fredrickson, B. L., & Levenson, R. W. (1998). Positive emotions speed recovery from the cardiovascular sequelae of negative emotions. *Cognition and Emotion*, 12(2), 191–220. <https://doi.org/10.1080/026999398379718>

Friedman MJ, Schnurr PP. The relationship between trauma, posttraumatic stress disorder, and physical health. In: Friedman MJ, Charney DS, Deutch AY, eds. *Neurobiological and Clinical Consequences of Stress: From Normal Adaptation to PTSD*. Philadelphia, Pa: Lippincott-Raven; 1995:507-524.

Frueh, B. C., Elhai, J. D., & Kaloupek, D. G. (2004). Unresolved issues in the assessment of trauma exposure and posttraumatic reactions. In G. M. Rosen (Ed.), *Posttraumatic stress disorder: Issues and controversies* (pp. 63–84). *John Wiley & Sons Ltd*. <https://doi.org/10.1002/9780470713570.ch4>

Galea S, Ahern J, Rudenstine S, Wallace Z, Vlahov D. Urban built environment and depression: a multilevel analysis. *J Epidemiol Community Health*. 2005 Oct;59(10):822-7. doi: 10.1136/jech.2005.033084. PMID: 16166352; PMCID: PMC1732922.

Gangamma, R. (2018). A phenomenological study of family experiences of resettled Iraqi refugees. *Journal of Marital and Family Therapy*, 44(2), 323-335.

Garland EL, Fredrickson B, Kring AM, Johnson DP, Meyer PS, Penn DL. Upward spirals of positive emotions counter downward spirals of negativity: insights from the broaden-and-build theory and affective neuroscience on the treatment of emotion dysfunctions and deficits in psychopathology. *Clin Psychol Rev*. 2010 Nov;30(7):849-64. doi: 10.1016/j.cpr.2010.03.002. Epub 2010 Mar 12. PMID: 20363063; PMCID: PMC2908186.

George, D., & Mallery, P. (2009). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Study Guide and Reference, 17.0 Update* (10th edition). Allyn & Bacon.

Gerald, M. Rosen, Robert, L. Spitzer and Paul, R., McHugh.(2008). *Problems with the post-traumatic stress disorder diagnosis and its future in DSM–V*. The British Journal of Psychiatry.

Getanda, E.M., Papadopoulos, C. & Evans, H. The mental health, quality of life and life satisfaction of internally displaced persons living in Nakuru County, Kenya. *BMC Public Health* 15, 755 (2015). <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2085-7>

Giacaman R, Mataria A, Nguyen-Gillham V, Safieh RA, Stefanini A, Chatterji S. Quality of life in the Palestinian context: an inquiry in war-like conditions. *Health Policy*. 2007 Apr;81(1):68-84. doi: 10.1016/j.healthpol.2006.05.011. Epub 2006 Jun 22. PMID: 16797776.

Giacaman, R. (2018). Reframing public health in wartime: From the biomedical model to the “wounds inside”. *Journal of Palestine Studies*, 47(2), 9-27.

Giacaman, R. e al., 2007; Skevington, S.M. e al., (2004). *Quality Of Life In The Palestinian Context: An Inquiry In War-Like Conditions*. a Institute of Community and Public Health, Birzeit University, West Bank, Occupied Palestinian Territory, Box 154, Ramallah, West Bank, Israel.

Giacaman, R., Rabaia, Y., Nguyen-Gillham, V., Batniji, R., Punamäki, R.-L., & Summerfield, D. (2011). Mental health, social distress and political oppression: The case of the occupied Palestinian territory. *Global Public Health*, 6(5), 547–559. <https://doi.org/10.1080/17441692.2010.528443>

Giannopoulou, C., Andersen, E., Brochut, P., Plagnat, D., & Mombelli, A. (2006). Enamel matrix derivative and systemic antibiotics as adjuncts to non-surgical periodontal treatment: biologic response. *Journal of periodontology*, 77(4), 707–713. <https://doi.org/10.1902/jop.2006.050166>

Glaser, B. G., Strauss, A. L., & Strati, A. (2009). *La scoperta della grounded theory. Strategie per la ricerca qualitativa*. Armando Editore.

Gleditsch, N. P., Wallensteen, P., Eriksson, M., Sollenberg, M., & Strand, H. (2002). Armed Conflict 1946-2001: A New Dataset. *Journal of Peace Research*, 39(5), 615–637. <http://www.jstor.org/stable/1555346>

Glenn, N. D., & Weaver, C. N. (1981). The contribution of marital happiness to global happiness. *Journal of Marriage and the Family*, 43(2), 161–168. <https://doi.org/10.2307/351426>

Goldberg, D. P. (1972). The detection of psychiatric illness by questionnaire: A technique for the identification and assessment of non-psychotic psychiatric illness. Oxford University Press.

Gonzalez-Gorman, S. (2022). Underlying push and pull factors in undocumented immigration in the United States. *Policy Studies*, 43(5), 920–942. <https://doi.org/10.1080/01442872.2021.1880560>

Goodkind, J., Hess, J., Isakson, B., LaNoue, M., Githinji, A., Roche, N., Vadnais, K., & Parker, D. (2014). Reducing refugee mental health disparities: a community-based intervention to address postmigration stressors with African adults. *Psychological services*, 11 3, 333-46 . <https://doi.org/10.1037/a0035081>.

Grazzani Gavazzi, I., Ornaghi, V., Antoniotti, C. (2011). *La competenza emotiva dei Bambini*. Trento: Erikson.

Grol, M., Koster, E. H. W., Bruyneel, L., & De Raedt, R. (2014). Effects of positive mood on attention broadening for self-related information. *Psychological Research*, 78(4), 566–573. <https://doi.org/10.1007/s00426-013-0508-6>

Grotberg, Edith, Nestor Suárez (trad.). “Guía de promoción de la resiliencia en los niños para fortalecer el espíritu humano”. Working Papers in Early Childhood Development, 18. Bernard Van Leer Foundation, June 1996, reviewed on August 16, 2015.

Hadjar A, Backes S. Migration background and subjective wellbeing a multilevel analysis based on the European social survey. *Comp Sociol.* 2013;12(5):645–76.

Halbwachs, M., (1949). *La memoria collettiva*. Milano: Unicopli.

Haley, SA. (1974). When the Patient Reports Atrocities: Specific Treatment Considerations of the Vietnam Veteran. *Arch Gen Psychiatry*, 30, 191–196.

Hampel, P., Petermann, F. Age and Gender Effects on Coping in Children and Adolescents. (2005). *J Youth Adolescence* 34, 73–83. <https://doi.org/10.1007/s10964-005-3207-9>

Harney, P. A. (2007). Resilience processes in context: Contributions and implications of Bronfenbrenner's person-process-context model. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 14(3), 73-87.

Hartonen, V. R., Väisänen, P., Karlsson, L., & Pöllänen, S. (2022). A stage of limbo: A meta-synthesis of refugees' liminality. *Applied Psychology*, 71(3), 1132–1167. <https://doi.org/10.1111/apps.12349>

Hauff E, Vaglum P. (1994). Disturbo post-traumatico cronico da stress nei rifugiati vietnamiti. Uno studio prospettico di comunità su prevalenza, decorso, psicopatologia e fattori di stress. *J Nerv Ment Dis*. 182(2):85-90.

Hayes, A.F. (2017) Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: A Regression-Based Approach. Guilford Press, New York.

Headey, B., Veenhoven, R., & Wearing, A. (1991). Top-down versus bottom-up theories of subjective well-being. *Social Indicators Research*, 24(1), 81–100. <https://doi.org/10.1007/BF00292652>

Heir, T., Sandvik, L., & Weisæth, L. (2009). Hallmarks of Posttraumatic Stress: Symptom Z-Scores in a Tsunami-Affected Tourist Population. *Psychopathology*, 42, 157 - 164. <https://doi.org/10.1159/000207457>.

Heller, D., Watson, D., & Hies, R. (2004). The role of person versus situation in life satisfaction: a critical examination. *Psychological bulletin*, 130(4), 574–600. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.4.574>

Henkelmann, J.-R., Best, S. de, Deckers, C., Jensen, K., Shahab, M., Elzinga, B., & Molendijk, M. (2020). Anxiety, depression and post-traumatic stress disorder in refugees resettling in high-income countries: Systematic review and meta-analysis. *BJPsych Open*, 6(4), e68. <https://doi.org/10.1192/bjo.2020.54>

Hirschberger, G., (2018). Collective Trauma and the Social Construction of Meaning. *Frontiers in Psychology* DOI=10.3389/fpsyg.2018.01441

Horowitz, M., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41(3), 209-218.

Houston, J. B., First, J., Spialek, M. L., Sorenson, M. E., Mills-Sandoval, T., Lockett, M., First, N. L., Nitiéma, P., Allen, S. F., & Pfefferbaum, B. (2017). Randomized controlled trial of the Resilience and Coping Intervention (RCI) with undergraduate university students. *Journal of American college health : J of ACH*, 65(1), 1–9. <https://doi.org/10.1080/07448481.2016.1227826>

HRP, OCHA. (2021). Humanitarian Response Plan Niger. Retrieved from [https://www.humanitarianresponse.info/en/operations/niger/ 2021] <http://dx.doi.org/10.3102/0013189X033007014>
<https://doi.org/10.1097/00005053-199202000-00008>

Hull, C. L. (1943). *Principles of Behavior: An Introduction to Behavior Theory*. New York: Appleton-Century-Crofts.

Hunt, S. M., McKenna, S. P., McEwen, J., Williams, J., & Papp, E. (1981). The Nottingham Health Profile: subjective health status and medical consultations. *Social science & medicine. Part A, Medical sociology*, 15(3 Pt 1), 221–229. [https://doi.org/10.1016/0271-7123\(81\)90005-5](https://doi.org/10.1016/0271-7123(81)90005-5)

Hynie M. The Social Determinants of Refugee Mental Health in the Post-Migration Context: A Critical Review. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2018;63(5):297-303. doi:10.1177/0706743717746666

Immordino Yang, M.E. (2017). *Neuroscienza affettive ed educazione*. Milano: Cortina ed.

Immordino-Yang, M. H., & Gotlieb, R. (2017). Embodied Brains, Social Minds, Cultural Meaning: Integrating Neuroscientific and Educational Research on Social-Affective Development. *American Educational Research Journal*, 54(1_suppl), 344S-367S. <https://doi.org/10.3102/0002831216669780>

Institute of Medicine. (2006). *Posttraumatic stress disorder: Diagnosis and assessment*. The National Academies Press.

International Migration 2019: Wall Chart - Università di Genova. (s.d.).
 Recuperato 22 aprile 2023, da <https://unopertutto.unige.net>

J Nerv Ment Dis. 175: 255–64.

Jayasuriya, W. J., Wanigatunge, C. A., Fernando, G. H., Abeytunga, D. T., & Suresh, T. S. (2015). Hypoglycaemic activity of culinary *Pleurotus ostreatus* and *P. cystidiosus* mushrooms in healthy volunteers and type 2 diabetic patients on diet control and the possible mechanisms of action. *Phytotherapy research : PTR*, 29(2), 303–309. <https://doi.org/10.1002/ptr.5255>

Jennifer L. e al., (2016). *Trauma Sensitive Theology: Thinking Theologically in the Era of Trauma.* England: Cascade Books.

Jibeen, T. (2019). Subjective well-being of Afghan refugees in Pakistan: The moderating role of perceived control in married men. *Community Mental Health Journal*, 55(1), 144–155. <https://doi.org/10.1007/s10597-018-0342-9>

Johnson, R. & Onwuegbuzie, Anthony & Turner, Lisa. (2007). Toward a Definition of Mixed Methods Research. *Journal of Mixed Methods Research*, 1, 112-133. *Journal of Mixed Methods Research*. 1. 112 -133. [10.1177/1558689806298224](https://doi.org/10.1177/1558689806298224).

Johnson, R. B., & Onwuegbuzie, A. J. (2004). Mixed Methods Research: A Research Paradigm Whose Time Has Come. *Educational Researcher*, 33(7), 14–26. <https://doi.org/10.3102/0013189X033007014>

Johnson, R.B. and Onwuegbuzie, A.J. (2004) Mixed Methods Research: A Research Paradigm Whose Time Has Come. *Educational Researcher*, 33, 14-26.

Johnson, S., Bacsu, J., McIntosh, T., Jeffery, B., & Novik, N. (2021, September). Competing challenges for immigrant seniors: Social isolation and the pandemic. *In Healthcare Management Forum* (Vol. 34, No. 5, pp. 266-271). Sage CA: Los Angeles, CA: SAGE Publications.

Julia Shekunov, M.D. (2016). Immigration and Risk of Psychiatric Disorders: A Review of Existing Literature. *American Journal of Psychiatry Residents' Journal*

- Kammann, R. (1983). Objective circumstances, life satisfactions, and sense of well-being: Consistencies across time and place. *New Zealand Journal of Psychology*, 12(1), 14–22.
- Kardiner, A. (1941). *The Traumatic Neuroses Of War*. Washington, DC: National Research Council.
- Kashdan, T. B., & McKnight, P. E. (2009). Origins of purpose in life: Refining our understanding of a life well lived. *Psihologijske Teme*, 18(2), 303–316.
- Kathryn, M. Connor, M.D., and Marian, I. Butterfield, M.D., M.P.H. (2003). Posttraumatic Stress Disorder
- Kaźmierczak, I., Strelau, J., & Zawadzki, B. (2016). Post-traumatic cognitions as a mediator of the relationship between sense of coherence and post-traumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *Transportation Research Part F-traffic Psychology and Behaviour*, 41, 38-44. <https://doi.org/10.1016/J.TRF.2016.06.014>.
- Kelberer, L. J. A., Kraines, M. A., & Wells, T. T. (2018). Optimism, hope, and attention for emotional stimuli. *Personality and Individual Differences*, 124, 84–90. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.12.003>
- Kessler R. C. (2000). Posttraumatic stress disorder: the burden to the individual and to society. *The Journal of clinical psychiatry*, 61 Suppl 5, 4–14.
- Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, et al. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 52:1048–1060.
- Khan, M., & Mulé, N. J. (2021). Voices of Resistance and Agency: LBTQ Muslim Women Living Out Intersectional Lives in North America. *Journal of Homosexuality*, 68(7), 1144–1168. <https://doi.org/10.1080/00918369.2021.1888583>
- Kim, I. (2016). Beyond Trauma: Post-resettlement Factors and Mental Health Outcomes Among Latino and Asian Refugees in the United States. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 18, 740-748. <https://doi.org/10.1007/s10903-015-0251-8>.

King, L. A., Hicks, J. A., Krull, J. L., & Del Gaiso, A. K. (2006). Positive affect and the experience of meaning in life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90(1), 179–196. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.90.1.179>

King, R. U., Heinonen, T., Uwabor, M., & Adeleye-Olusae, A. (2017). The Psychosocial Well-Being of African Refugees in Winnipeg: Critical Stressors and Coping Strategies. *Journal of Immigrant & Refugee Studies*, 15(4), 345–365. <https://doi.org/10.1080/15562948.2016.1186770>

Koivumaa-Honkanen, H., Honkanen, R., Antikainen, R., Hintikka, J., Laukkanen, E., Honkalampi, K. and Viinamäki, H. (2001), Self-reported life satisfaction and recovery from depression in a 1-year prospective study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103: 38-44. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2001.00046.x>

Krishnakumar, P., & Indumathi, T. (2014). Pull and Push Factors of Migration. *Global Management Review*, 8(4), 8–13.

Kübler-Ross E. e Kessler, D., (2007). *Life Lessons*. UK: Simon & Schuster Audio.

Kübler-Ross, E., Kessler, D. (2007). On Grief And Grieving: Finding The 15 Reifels.

Kulka, R. A., Schlenger, W. E., Fairbank, J. A., Hough, R. L., Jordan, B. K., Marmar, C. R., & Weiss, D. S. (1990). Trauma and the Vietnam war generation: Report of findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study. *Brunner/Mazel*.

Kutchins, H., Kirk, S. (2003). *Ci fanno passare per matti - DSM: la bibbia della psichiatria e la creazione dei disturbi mentali*. Milano: Fioriti Editore.

Kyle Jurado & Sydney C. Ludvigson & Serena Ng, 2015. "Measuring Uncertainty," *American Economic Review*, American Economic Association, vol. 105(3), pages 1177-1216, March.

Lambert, M. (2019). Grounded theory. In *Practical Research Methods in Education*. Routledge.

Laudadio, A. & Mancuso, S., (2015). *Manuale Di Psicologia Positiva*. Milano: Franco Angeli.

Lavelli, M. (2007). *Intersoggettività. Origini e primi sviluppi*. Milano: Cortina ed.

Lazali, K. (2022). *Il Trauma Coloniale: Indagine Psicopolitica Della Colonialità In Algeria*. Toscana: Astarte.

LeDoux, J. (2012). Rethinking the emotional brain. *Neuron*, 73, 653-76.

Lee, J. H. (2022). The Effects of Trauma Types at Pre-Migration, Transit, and Post-Migration Stages on Depression and PTSD among North Korean Refugees in South Korea. *Challenges*, 13(2), 31. <https://doi.org/10.3390/challe13020031>

Lehrner, A., & Yehuda, R. (2018). Cultural trauma and epigenetic inheritance. *Development and psychopathology*, 30(5), 1763–1777. <https://doi.org/10.1017/S0954579418001153>

Lehrner, A., & Yehuda, R. (2018). Trauma across generations and paths to adaptation and resilience. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 10(1), 22-29.

LeMaster, J., Broadbridge, C., Lumley, M., Arnetz, J., Arfken, C., Feters, M., Jamil, H., Pole, N., & Arnetz, B. (2017). Acculturation and Post-Migration Psychological Symptoms Among Iraqi Refugees: A Path Analysis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 88, 38–47. <https://doi.org/10.1037/ort0000240>.

Levine, P. A. (2014). *Somatic Experiencing. Esperienze somatiche nella risoluzione del trauma*. Roma: Casa Editrice Astrolabio-Ubal dini Editore.

Levy, B. R., Slade, M. D., Kunkel, S. R., & Kasl, S. V. (2002). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(2), 261–270. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.83.2.261>

Li SS, Liddell BJ, Nickerson A. The Relationship Between Post-Migration Stress and Psychological Disorders in Refugees and Asylum Seekers. *Curr Psychiatry Rep*. 2016 Sep;18(9):82. doi: 10.1007/s11920-016-0723-0. PMID: 27436307.

Lietaert, I., Derluyn, I., & Broekaert, E. (2014). Returnees' Perspectives on Their Re-migration Processes. *International Migration*, 52, 144-158. <https://doi.org/10.1111/IMIG.12052>.

Lifton, R.J. Vietnam: Betrayal and self-betrayal. *Trans-action* 6, 6–7 (1969). <https://doi.org/10.1007/BF03180452>

Losi, N. (2020). *Critica del trauma*. Milano: Quodlibet.

Lowen, A. (1985). *Physical dynamics of characterructure (The language of the Body)*.

Lucas, R. E., Diener, E., & Suh, E. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(3), 616–628. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.71.3.616>

Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The Benefits of Frequent Positive Affect: Does Happiness Lead to Success? *Psychological Bulletin*, 131(6), 803–855. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.6.803>

Mahmood, H., Ibrahim, H., Goessmann, K., Ismail, A., & Neuner, F. (2019). Post-traumatic stress disorder and depression among Syrian refugees residing in the Kurdistan region of Iraq. *Conflict and Health*, 13. <https://doi.org/10.1186/s13031-019-0238-5>.

Mahmoud, H.W. (2011), “Conflict defines origins”: Identity transformations of Sudanese refugees in Cairo. *Conflict Resolution Quarterly*, 28: 263-289. <https://doi.org/10.1002/crq.20023>

Mak, I. W., Chu, C. M., Pan, P. C., Yiu, M. G., & Chan, V. L. (2009). Long-term psychiatric morbidities among SARS survivors. *General hospital psychiatry*, 31(4), 318–326. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2009.03.001>

Makhashvili, N., Chikovani, I., McKee, M., Bisson, J., Patel, V., & Roberts, B. (2014). Mental disorders and their association with disability among internally displaced persons and returnees in Georgia. *Journal of traumatic stress*, 27(5), 509-518.

Margherita, G., & Tessitore, F. (2019). From individual to social and relational dimensions in asylum-seekers' narratives: A multidimensional approach. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 21(2), 96-111.

Marshall, M. G., & Gurr, T. R. (2003). *Peace and conflict 2003: A global survey of armed conflicts, self-determination movements, and democracy*. College Park, MD: Center for International Development & Conflict Management.

Mataria A, Giacaman R, Stefanini A, Naidoo N, Kowal P, Chatterji S. The quality of life of Palestinians living in chronic conflict: assessment and determinants. *Eur J Health Econ*. 2009 Feb;10(1):93-101. doi: 10.1007/s10198-008-0106-5. Epub 2008 Apr 25. PMID: 18437435.

Mather, P.M. (2004) *Computer Processing of Remotely-Sensed Images: An Introduction*. 3rd Edition, *John Wiley & Sons, Chichester*, 442 p.

McCarthy C, Marks DF. Exploring the Health and Well-being of Refugee and Asylum Seeking Children. *Journal of Health Psychology*. 2010;15(4):586-595. doi:[10.1177/1359105309353644](https://doi.org/10.1177/1359105309353644)

McFarlane, A. C., & Papay, P. (1992). Multiple diagnoses in posttraumatic stress disorder in the victims of a natural disaster. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180(8), 498–504. <https://doi.org/10.1097/00005053-199208000-00004>

McKim, C. (2015). The Value of Mixed Methods Research: A Mixed Methods Study. *Journal of Mixed Methods Research*, 11. <https://doi.org/10.1177/1558689815607096>

McNally, R. J. (2003). *Remembering trauma*. Belknap Press/Harvard University Press.

Medici per i Diritti Umani (MEDU). (2020). *The Torture Factory (Report on human rights violations against migrants and refugees in Libya (2014–2020))*. https://mediciperidirittiumani.org/medu/wpcontent/uploads/2020/03/report_medu_2020_ing_web.pdf

Mellor, R., Werner, A., Moussa, B., Mohsin, M., Jayasuriya, R., & Tay, A. K. (2021). Prevalence, predictors and associations of complex post-traumatic stress

disorder with common mental disorders in refugees and forcibly displaced populations: a systematic review. *European journal of psychotraumatology*, 12(1), 1863579.

Michalos, A.C. Satisfaction and happiness. *Soc Indic Res* 8, 385–422 (1980).
<https://doi.org/10.1007/BF00461152>

Mollica, R. F., Caspi-Yavin, Y., Bollini, P., Truong, T., Tor, S., & Lavelle, J. (1992). The Harvard Trauma Questionnaire: Validating a Cross-Cultural Instrument for Measuring Torture, Trauma, and Posttraumatic Stress Disorder in Indochinese Refugees. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 111-116.

Morales-Muñoz, H., Jha, S., Bonatti, M., Alff, H., Kurtenbach, S., & Sieber, S. (2020). Exploring Connections—Environmental Change, Food Security and Violence as Drivers of Migration—A Critical Review of Research. *Sustainability*. <https://doi.org/10.3390/su12145702>.

Moroşanu, L., & Fox, J. (2013). ‘No smoke without fire’: Strategies of coping with stigmatised migrant identities. *Ethnicities*, 13, 438 - 456.
<https://doi.org/10.1177/1468796813483730>.

Mounkaila, H., (2018). Le conseguenze delle politiche migratorie sulla libertà di movimento in Niger.

Nakamura, J., & Csikszentmihalyi, M. (2002). The concept of flow. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 89–105). Oxford University Press.

Nakamura, J., & Csikszentmihalyi, M. (2009). Flow theory and research. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.), *Oxford handbook of positive psychology* (pp. 195–206). Oxford University Press.

Nakash, O., Nagar, M., Shoshani, A., Zubida, H., & Harper, R. (2012). The effect of acculturation and discrimination on mental health symptoms and risk behaviors among adolescent migrants in Israel. *Cultural diversity & ethnic minority psychology*, 18 3, 228-38. <https://doi.org/10.1037/a0027659>.

New York: Grune and Stratton.

Norris, F. H. (1992). Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(3), 409–418. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.60.3.409>

Norris, F. H., Friedman, M. J., Watson, P. J., Byrne, C. M., Diaz, E., & Kaniasty, K. (2002). 60,000 disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981-2001. *Psychiatry*, 65(3), 207–239. <https://doi.org/10.1521/psyc.65.3.207.20173>

Norris, F.H., Kaniasty, K., Conrad, M.L. et al. Placing Age Differences in Cultural Context: A Comparison of the Effects of Age on PTSD After Disasters in the United States, Mexico, and Poland. *Journal of Clinical Geropsychology* 8, 153–173 (2002). <https://doi.org/10.1023/A:1015940126474>

Norris, F.H., Stevens, S.P., Pfefferbaum, B. et al. Community Resilience as a Metaphor, Theory, Set of Capacities, and Strategy for Disaster Readiness. *Am J Community Psychol* 41, 127–150 (2008). <https://doi.org/10.1007/s10464-007-9156-6>

Novara, C., Moscato, G., Gomez-Jacinto, L., Hombrados-Mendieta, I., Varveri, L., Rochira, A., & Garro, M. (2021). Life Satisfaction and Psychological Distress of African Immigrants in Italy and Spain: The Protective Role of Social Support and Sense of Community. *Journal of Immigrant & Refugee Studies*, 0(0), 1–18. <https://doi.org/10.1080/15562948.2021.1995923>

Obschonka, M., & Hahn, E. (2018). Personal agency in newly arrived refugees: The role of personality, entrepreneurial cognitions and intentions, and career adaptability. *Journal of Vocational Behavior*, 105, 173-184.

OCHA. (2021). Niger. Retrieved from [<https://www.unocha.org/niger>]

Ogden, P., Goldstein, B., Perez, E. (2020). *Sensorimotor Psychotherapy*. WW Norton & Co.

Oishi, S. (2002). The experiencing and remembering of well-being: A cross-cultural analysis. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28(10), 1398–1406. <https://doi.org/10.1177/014616702236871>

Opaas, M., & Varvin, S. (2015). Relationships of childhood adverse experiences with mental health and quality of life at treatment start for adult refugees traumatized by pre-flight experiences of war and human rights violations. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(9), 684–695. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000330>

Oppenheim, H. (1889). *Die traumatischen Neurosen nach den in der Nervenkinik der Charité in den letzten 5 Jahren gesammelten Beobachtungen*. Berlino: Beobachtungen.

Otake K, Shimai S, Tanaka-Matsumi J, Otsui K, Fredrickson BL. Happy People Become Happier Through Kindness: A Counting Kindnesses Intervention. *J Happiness Stud.* (2006) Sep;7(3):361-375. doi: 10.1007/s10902-005-3650-z. PMID: 17356687; PMCID: PMC1820947.

Ozer, E.J., Best, S.R., Lipsey, T.L., Weiss, D.S. (2003). Predictors of posttraumatic stress

Palinkas, L. A., Aarons, G. A., Horwitz, S., Chamberlain, P., Hurlburt, M., & Landsverk, J. (2011). Mixed method designs in implementation research. *Administration and policy in mental health*, 38(1), 44–53. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0314-z>

Paolo Campana, The Structure of Human Trafficking: Lifting the Bonnet on a Nigerian Transnational Network, *The British Journal of Criminology*, Volume 56, Issue 1, January 2016, Pages 68–86, <https://doi.org/10.1093/bjc/azv027>

Paradies, Y. Colonisation, racism and indigenous health. *J Pop Research* 33, 83–96 (2016). <https://doi.org/10.1007/s12546-016-9159-y>

Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., Chisholm, D., Collins, P. Y., Cooper, J. L., Eaton, J., Herrman, H., Herzallah, M. M., Huang, Y., Jordans, M. J. D., Kleinman, A., Medina-Mora, M. E., Morgan, E., Niaz, U., Omigbodun, O., Prince, M., ... Unützer, J. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet* (London, England), 392(10157), 1553–1598. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X)

Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction With Life Scale. *Psychological Assessment*, 5(2), 164–172. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.5.2.164>

Pavot, W., & Diener, E. (2008). The Satisfaction With Life Scale and the emerging construct of life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology*, 3, 137–152. <https://doi.org/10.1080/17439760701756946>

Perrin, S., Smith, P., & Yule, W. (2000). The assessment and treatment of Post-traumatic Stress Disorder in children and adolescents. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 41(3), 277–289.

Persike, Daniele & Alkass, Suad. (2020). Challenges of post-traumatic stress disorder (PTSD) in Iraq: biochemical network and methodologies. A brief review. *Hormone Molecular Biology and Clinical Investigation*. 41. 10.1515/hmbci-2020-0037.

Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. Oxford University Press; American Psychological Association.

Pieri, Z. P., & Zenn, J. (2017). The Boko Haram paradox: Ethnicity, religion and historical memory in pursuit of a Caliphate. *In Understanding Boko Haram* (pp. 41-64). Routledge.

Pietrantonio, L., Prati, G., Kim, Y., Kilpatrick, D.G., et al. (2013). *Meaning Of Grief Through The Five Stages Of Loss*. 98: 980-981.

Pinderhughes H. The social implications of global health disparities in aging. *Innov Aging*. 2017 Jun 30;1(Suppl 1):922. doi: 10.1093/geroni/igx004.3300. PMID: PMC6184800.

Pinderhughes, H. (2017). *The interplay of community trauma, diet, and physical activity: Solutions for public health*. National Academy of Medicine.

Pinderhughes, H., Davis, R. A., & Williams, M., (2015). Adverse community experiences and resilience: a framework for addressing and preventing. *Community trauma. Prevention institute*.

Pine, D. S., & Cohen, J. A. (2002). Trauma in children and adolescents: risk and treatment of psychiatric sequelae. *Biological psychiatry*, 51(7), 519–531.

[https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(01\)01352-x](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(01)01352-x)

Porges, S.W., e al (1994). “Vagal tone and the physiological regulation of emotion” in Fox N.A. (a cura di), *The development of emotion regulation: biological and behavioral considerations*, Monographs of the Society for Research in *Child Development*, 59 (240), pp. 167-186

Porter M, Haslam N. Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis. *JAMA*. 2005 Aug 3;294(5):602-12. doi: 10.1001/jama.294.5.602. PMID: 16077055.

Priebe, S., Giacco, D., El-Nagib, R., (2016). Public Health Aspects of Mental Health Among Migrants and Refugees: A Review of the Evidence on Mental Health Care for Refugees, Asylum Seekers and Irregular Migrants in the WHO European Region. *Health Evidence Network Synthesis Report*, No. 47. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Priebe, S., Savill, M., Wykes, T., Bentall, R. P., Reininghaus, U., Lauber, C., Bremner, S., Eldridge, S., & Röhrich, F. (2016). Effectiveness of group body psychotherapy for negative symptoms of schizophrenia: multicentre randomised controlled trial. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 209(1), 54–61. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.171397>

Prilleltensky I. Migrant well-being is a multilevel, dynamic, value dependent phenomenon. *Am J Community Psychol*. 2008 Dec;42(3-4):359-64. doi: 10.1007/s10464-008-9196-6. PMID: 18923898

Prilleltensky, I. (2008). The role of power in wellness, oppression, and liberation: The promise of psychopolitical validity. *Journal of Community Psychology*, 36(2), 116–136. <https://doi.org/10.1002/jcop.20225>

Proctor, C. L., Linley, P. A., & Maltby, J. (2009). Youth life satisfaction: A review of the literature. *Journal of Happiness Studies: An Interdisciplinary Forum on Subjective Well-Being*, 10(5), 583–630. <https://doi.org/10.1007/s10902-008-9110-9>

Puliatti, M. (2017). *La psicotraumatologia nella pratica clinica*. Milano: ed. Mimesis.

R: The R Project for Statistical Computing. (s.d.). Recuperato 22 aprile 2023, da <https://www.r-project.org/>

Rachman, S. (1980). Emotional processing. *Behaviour Research and Therapy*, 18(1), 51–60. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(80\)90069-8](https://doi.org/10.1016/0005-7967(80)90069-8)

Rapp, C. A. (1998). *The strengths model: Case management with people suffering from severe and persistent mental illness*. Oxford University Press.

Rath, T., & Harter, J. (2010). *Wellbeing: The five essential elements*. Gallup Press.

Rauch, S. L., van der Kolk, B. A., Fisler, R. E., Alpert, N. M., Orr, S. P., Savage, C. R., Fischman, A. J., Jenike, M. A., & Pitman, R. K. (1996). A symptom provocation study of posttraumatic stress disorder using positron emission tomography and script-driven imagery. *Archives of general psychiatry*, 53(5), 380–387. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1996.01830050014003>

Recounted in Post-modern Society. Milano: Franco Angeli.

Redko, C., Rogers, N., Bule, L. et al. Development and validation of the Somali WHOQOL-BREF among refugees living in the USA. *Qual Life Res* 24, 1503–1513 (2015). <https://doi.org/10.1007/s11136-014-0877-3>

Redko, C., Rogers, N., Bule, L., Siad, H., & Choh, A. (2015). Development and validation of the Somali WHOQOL-BREF among refugees living in the USA. *Quality of Life Research*, 24(6), 1503–1513. <https://doi.org/10.1007/s11136-014-0877-3>

Reed, H. E., Ludwig, B., & Braslow, L. (2016). Forced migration. *International handbook of migration and population distribution*, 605-625.

Roberts B, Browne J. A systematic review of factors influencing the psychological health of conflict-affected populations in low- and middle-income countries. *Glob Public Health*. 2011;6(8):814-29. doi: 10.1080/17441692.2010.511625. Epub 2011 Jun 1. PMID: 20859816.

Rooszendaal, B., McEwen, B. S., & Chattarji, S. (2009). Stress, memory and the amygdala. *Nature reviews. Neuroscience*, 10(6), 423–433.

<https://doi.org/10.1038/nrn2651>

Rosati, F., Coletta, V., Pistella, J., Scandurra, C., Laghi, F., & Baiocco, R. (2021). Experiences of Life and Intersectionality of Transgender Refugees Living in Italy: A Qualitative Approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(23), Articolo 23.

<https://doi.org/10.3390/ijerph182312385>

Routledge.

Russ, H. (2022). *Fare ACT (Acceptance and Commitment Therapy)*. Milano: Franco Angeli.

Ryan, Dermot A. PhD; Benson, Ciarán A. PhD; Dooley, Barbara A. PhD. Psychological Distress and the Asylum Process: A Longitudinal Study of Forced Migrants in Ireland. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 196(1):p 37-45, January 2008. | DOI: 10.1097/NMD.0b013e31815fa51c

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68–78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>

Sociol Rev. 2010;26(2):159–76.

Safi, M. (2010). Immigrants' Life Satisfaction in Europe: Between Assimilation and Discrimination. *European Sociological Review*, 26(2), 159–176.

<https://doi.org/10.1093/esr/jcp013>

Samarasinghe, K. and Arvidsson, B. (2002), 'It is a different war to fight here in Sweden'– the impact of involuntary migration on the health of refugee families in transition. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16: 292-301.

<https://doi.org/10.1046/j.1471-6712.2002.00089.x>

Santone G., Gnolfo F. (2008) "Immigrazione e salute mentale. Eventi psicotraumatici nel percorso migratorio". Conferenza europea SMES, Roma 22- 23 gennaio 2008.

Sapam, K. D., & Jijina, P. (2020). Facing challenges and drawing strength from adversity: Lived experiences of Tibetan refugee youth in exile in India. *Indo-Pacific Journal of Phenomenology*, 20(1), e1850489.

Schäfer, S. K., Becker, N., King, L., Horsch, A., & Michael, T. (2019). The relationship between sense of coherence and post-traumatic stress: a meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1562839.

Schimmack, U., Diener, E., & Oishi, S. (2002). Life-satisfaction is a momentary judgment and a stable personality characteristic: the use of chronically accessible and stable sources. *Journal of personality*, 70(3), 345–384.
<https://doi.org/10.1111/1467-6494.05008>

Schnurr PP. Trauma, PTSD, and physical health. *PTSD Res Q.*1996;7:1-6.

Schueller, S. M., & Seligman, M. E. P. (2010). Pursuit of pleasure, engagement, and meaning: Relationships to subjective and objective measures of well-being. *The Journal of Positive Psychology*, 5(4), 253–263.
<https://doi.org/10.1080/17439761003794130>

Schuengel, C., Oosterman, M. & Sterkenburg, P.S. Children with disrupted attachment histories: Interventions and psychophysiological indices of effects. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 3, 26 (2009).
<https://doi.org/10.1186/1753-2000-3-26>

Schumann A, Hapke U, Meyer C, Rumpf HJ, John U. Measuring sense of coherence with only three items: a useful tool for population surveys. *Br J Health Psychol.* 2003 Nov;8(Pt 4):409-21. doi: 10.1348/135910703770238275. PMID: 14614789.

Scott, M.J., Stradling, S.G. (1994). Post-traumatic stress disorder without the trauma.

Seligman, M. E. P. (2003). Positive psychology: Fundamental assumptions [Editorial]. *The Psychologist*, 16(3), 126–127.

Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. Free Press. Atria: Reprint edizione.

Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5–14.

<https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>

Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive Psychology Progress: Empirical Validation of Interventions. *American Psychologist*, 60(5), 410–421. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.5.410>

Selten, J. P., Cantor-Graae, E., Slaets, J., & Kahn, R. S. (2002). Ødegaard's selection hypothesis revisited: schizophrenia in Surinamese immigrants to The Netherlands. *The American journal of psychiatry*, 159(4), 669–671.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.4.669>

Shapiro F., Forrest M. S. (1998). *EMDR. Una terapia innovativa per il superamento dell'ansia, dello stress e dei disturbi di origine traumatica*. Roma: Astrolabio Ubaldini.

Shin, D.C., Johnson, D.M. Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life. *Social Indicators Research* 5, 475–492 (1978).

<https://doi.org/10.1007/BF00352944>

Shing, E. Z., Jayawickreme, E., & Waugh, C. E. (2016). Contextual positive coping as a factor contributing to resilience after disasters. *Journal of clinical psychology*, 72(12), 1287–1306.

Silove, D., Ventevogel, P., & Rees, S. (2017). The contemporary refugee crisis: An overview of mental health challenges. *World Psychiatry*, 16(2), 130–139.

<https://doi.org/10.1002/wps.20438>

Simandan, D. (2019). Revisiting positionality and the thesis of situated knowledge. *Dialogues in Human Geography*, 9(2), 129–149.

simbolica in psicoanalisi. Roma: ed. Alpes.

Skalski-Bednarz, S. B., Konaszewski, K., Muszyńska, J., Maier, K., & Surzykiewicz, J. (2022). Negative situation appraisal and mental well-being among refugees in Germany: Serial mediation by religious coping and sense of coherence. *International Migration*.

Skevington, S. M., Lotfy, M., O'Connell, K. A., & WHOQOL Group. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 13(2), 299–310. <https://doi.org/10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00>

Sky L. (2022), *Trauma Recovery: il lavoro Corpo-Mente-Cervello per ristabilire relazioni sicure*, Convegno al Teatro Quirino di Roma, 23 giugno 2022

Smallwood R, Woods C, Power T, Usher K. Understanding the Impact of Historical Trauma Due to Colonization on the Health and Well-Being of Indigenous Young Peoples: A Systematic Scoping Review. *Journal of Transcultural Nursing*. 2021;32(1):59-68. doi:10.1177/1043659620935955

Smith Ely Jelliffe, (2019). *The Journal of Nervous and Mental Disease, 1914, Vol. 41: An American Journal of Neurology and Psychiatry*. Londra: Forgotten Books.

Snyder CR, Hoza B, Pelham WE, Rapoff M, Ware L, Danovsky M, Highberger L, Rubinstein H, Stahl KJ. The development and validation of the Children's Hope Scale. *J Pediatr Psychol*. 1997 Jun;22(3):399-421. doi: 10.1093/jpepsy/22.3.399. PMID: 9212556.

Snyder, C. R. (2002). Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological inquiry*, 13(4), 249-275.

Solberg, Ø., Nissen, A., & Saboonchi, F. (2023). Post-migration stressors, mental health and well-being in resettled refugees from Syria: Do individuals' coping strategies matter?. *Research Square* <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-2915042/v1>

Spagnuolo Lobb, M. (2013). *The Now-for-next in Psychotherapy. Gestalt Therapy*

Steel Z, Chey T, Silove D, Marnane C, Bryant RA, van Ommeren M: Association of torture and other potentially traumatic events with mental health

outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2009, 302 (5): 537-549. 10.1001/jama.2009.1132.

Steel, J. L., Dunlavy, A. C., Harding, C. E., & Theorell, T. (2017). The Psychological Consequences of Pre-Emigration Trauma and Post-Migration Stress in Refugees and Immigrants from Africa. *Journal of immigrant and minority health*, 19(3), 523–532. <https://doi.org/10.1007/s10903-016-0478-z>

Steel, Z., Silove, D., Bird, K. et al. Pathways from War Trauma to Posttraumatic Stress Symptoms Among Tamil Asylum Seekers, Refugees, and Immigrants. *J Trauma Stress* 12, 421–435 (1999). <https://doi.org/10.1023/A:1024710902534>

Stranges, M., Vignoli, D., & Venturini, A. (2021). Migrants' subjective well-being in Europe: Does relative income matter? *European Societies*, 23(2), 255–284. <https://doi.org/10.1080/14616696.2020.1832238>

Stress? *J Anx Dis*. 21: 176–82.

stressful events among persons with social anxiety disorder. *J Anx Dis*. 20: 896–914.

Summerfield D. (1998). Trauma, post-traumatic stress disorder, and war. *Lancet* (London, England), 352(9131), 911. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)60057-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)60057-8)

Summerfield D. (1999). A critique of seven assumptions behind psychological trauma programmes in war-affected areas. *Social science & medicine* (1982), 48(10), 1449–1462. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(98\)00450-x](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(98)00450-x)

Summerfield D. The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category. *BMJ*. 2001 Jan 13;322(7278):95-98. doi: 10.1136/bmj.322.7278.95. PMID: 11154627; PMCID: PMC1119389.

Sumner M. Redstone Global Center for Prevention and Wellness. (2017). Building community resilience: Coalition building and communications guide. *George Washington University*.

Sztompka, P. (2000). Cultural Trauma: The Other Face of Social Change. *European Journal of Social Theory*, 3(4), 449–466.

<https://doi.org/10.1177/136843100003004004>

Tabor, A. S., & Milfont, T. L. (2011). Migration change model: Exploring the process of migration on a psychological level. *International Journal of Intercultural Relations*, 35, 818–832.

<https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2010.11.013>

Tamer Afifi, Emma Liwenga & Lukas Kwezi (2014) Rainfall-induced crop failure, food insecurity and out-migration in Same-Kilimanjaro, Tanzania, *Climate and Development*, 6:1, 53-60, DOI: 10.1080/17565529.2013.826128

Tashakkori, A. and Teddlie, C. (2010) SAGE Handbook of Mixed Methods in Social & Behavioral Research. SAGE Publications, Inc., Thousand Oaks.

<https://doi.org/10.4135/9781506335193>

Taylor E, Yanni E, Pezzi C, Guterbock M, Rothney E, Harton E, Montour J, Elias C, Burke H: Physical and mental health status of Iraqi refugees resettled in the United States. *J Immigr Minor Health*. 2013, 16 (6): 1-8.

Teodorescu, D., Heir, T., Hauff, E., Wentzel-Larsen, T., & Lien, L. (2012). Mental health problems and post-migration stress among multi-traumatized refugees attending outpatient clinics upon resettlement to Norway. *Scandinavian journal of psychology*, 53 4, 316-32 .

<https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2012.00954.x>.

Tessitore, F., Parola, A. & Margherita, G. Mental Health Risk and Protective Factors of Nigerian Male Asylum Seekers Hosted in Southern Italy: a Culturally Sensitive Quantitative Investigation. *J. Racial and Ethnic Health Disparities* 10, 730–742 (2023). <https://doi.org/10.1007/s40615-022-01260-3>.

The Armed Conflict Locatin,. Year in Review: Global Disorder in 2022 (2022).

The WHOQOL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28(3), 551–558. <https://doi.org/10.1017/s0033291798006667>

The WHOQoL Group. (2012). *The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)*. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-HIS-HSI-Rev.2012.03>

The World Medical Association. (s.d.). *Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Recuperato 22 aprile 2023, da <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Tidmand, L. (2021). Building Positive Emotions and Playfulness. In: Kern, M.L., Wehmeyer, M.L. (eds) *The Palgrave Handbook of Positive Education*. Palgrave Macmillan, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-64537-3_17

Tol, W. A., Leku, M. R., Lakin, D. P., Carswell, K., Augustinavicius, J., Adaku, A., ... & van Ommeren, M. (2020). Guided self-help to reduce psychological distress in South Sudanese female refugees in Uganda: a cluster randomised trial. *The Lancet Global Health*, 8(2), e254-e263.

Trevarthen, C. (1997). *Empatia e biologia*. Milano: Cortina ed.

Trickey, D., Siddaway, A. P., Meiser-Stedman, R., Serpell, L., & Field, A. P. (2012). A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Clinical psychology review*, 32(2), 122–138. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.12.001>

Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. (2004). Resilient Individuals Use Positive Emotions to Bounce Back From Negative Emotional Experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86(2), 320–333. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.86.2.320>

UNHCR Niger Factsheet: Emergency Transit Mechanism - May 2021 - Niger | ReliefWeb. (2021, giugno 21). <https://reliefweb.int/report/niger/unhcr-niger-factsheet-emergency-transit-mechanism-may-2021>

UNHCR Niger Factsheet: Emergency Transit Mechanism - May 2021 - Niger | ReliefWeb. (2021, giugno 21). <https://reliefweb.int/report/niger/unhcr-niger-factsheet-emergency-transit-mechanism-may-2021>

UNHCR Niger—Map Population of Concern—December 2022. (s.d.). UNHCR Operational Data Portal (ODP). Recuperato 11 maggio 2023, da <https://data.unhcr.org/en/documents/details/98208>

UNICEF. Global programme to accelerate action to end child marriage (2019).

United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). (2020) Global trends. Forced displacement in 2019. <https://www.unhcr.org/5ee200e37/>

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2019). Population Division. <https://www.un.org/development/desa/pd/news/international-migration-2019-0>

Urbański, M. (2022). Comparing Push and Pull Factors Affecting Migration. *Economies*, 10(1), Articolo 1. <https://doi.org/10.3390/economies10010021>

Van Der Kolk B. (2022), *Trauma Recovery: il lavoro Corpo-Mente-Cervello per ristabilire relazioni sicure*, Convegno al Teatro Quirino di Roma, 23 giugno 2022

Van Der Kolk, B. A. (1989). The compulsion to repeat the trauma. Re-enactment, revictimization, and masochism. *Psychiatr Clin North Am.* 12, 389-411. PMID: 2664732.

Van Der Kolk, B. A. (2014). *Il corpo accusa il colpo. Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Veenhoven, R. (2022). Quality of Life (QOL), an Overview. In: Maggino, F. (eds) *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-69909-7_2353-2

Veronese G, Pepe A. Sense of Coherence as a Determinant of Psychological Well-Being Across Professional Groups of Aid Workers Exposed to War Trauma. *J Interpers Violence.* 2017 Jul;32(13):1899-1920. doi: 10.1177/0886260515590125. Epub 2015 Jun 18. PMID: 26088898.

Veronese, G. (2021). TRAUMA NELLE MIGRAZIONI. Intervento presentato a: Migrazioni e violenza: viaggio di genere verso l'integrazione e il benessere della donna, Milano.

Veronese, G., & Pepe, A. (2013). Psychometric properties of IES-R, short Arabic version in contexts of military violence. *Research on Social Work Practice*, 23(6), 710–718. <https://doi.org/10.1177/1049731513486360>

Veronese, G., Cavazzoni, F., Vigliaroni, M., & Pancake, R. (2022). Human Insecurity and Mental Health Among Young Nigerian IDPs: A Qualitative Exploration of the Role of Quality of Life as a Risk and Protective Factor. *Journal of Human Rights and Social Work*, 7(1), 46–58. <https://doi.org/10.1007/s41134-021-00207-8>

Veronese, G., Pepe, A., & Vigliaroni, M. (2021). An exploratory multi-site mixed-method study with migrants at Niger transit centers: The push factors underpinning outward and return migration. *International Social Work*, 64(4), 539–555. <https://doi.org/10.1177/0020872818819736>

Veronese, G., Pepe, A., & Vigliaroni, M. (2021). An exploratory multi-site mixed-method study with migrants at Niger transit centers: The push factors underpinning outward and return migration. *International Social Work*, 64(4), 539–555. <https://doi.org/10.1177/0020872818819736>

Veronese, G., Pepe, A., Addimando, L., Sala, G., & Vigliaroni, M. (2020b). “It’s paradise there, I saw it on TV”: Psychological well-being, migratory motivators, and expectations of return among West African migrants. *Nordic Psychology*, 72(1), 33-50.

Veronese, G., Pepe, A., Cavazzoni, F., Obaid, H., Perez, J. (2019). Agency via life satisfaction as a protective factor from cumulative trauma and emotional distress among Bedouin children in Palestine. *FRONTIERS IN PSYCHOLOGY*, 10(JULY) [10.3389/fpsyg.2019.01674].

Veronese, G., Pepe, A., Sala, G., & Vigliaroni, M. (2020a). Measuring subjective well-being in an understudied population of young Western-African IDPs and refugees. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 16(1), 65-76.

Veronese, G., Pepe, A., Sala, G., Yamien, I., & Vigliaroni, M. (2019). Positive experience, psychological functioning, and hope for the future as factors associated with mental health among young Sub-Saharan internally displaced

people (IDP): A quantitative pilot study. *International Journal of Mental Health*, 48(3), 165–187. <https://doi.org/10.1080/00207411.2019.1635849>

Vollhardt, J. R. (2012). Collective victimization. In L. R. Tropp (Ed.), *The Oxford handbook of intergroup conflict* (pp. 136–157). Oxford University Press.

Wadlinger, H. A., & Isaacowitz, D. M. (2006). Positive mood broadens visual attention to positive stimuli. *Motivation and emotion*, 30(1), 87–99. <https://doi.org/10.1007/s11031-006-9021-1>

Walther, L., Amann, J., Flick, U., Ta, T. M. T., Bajbouj, M., & Hahn, E. (2021). A qualitative study on resilience in adult refugees in Germany. *BMC public health*, 21, 1-17.

Walther, L., Kröger, H., Tibubos, A., Ta, T., Scheve, C., Schupp, J., Hahn, E., & Bajbouj, M. (2020). Psychological distress among refugees in Germany: a cross-sectional analysis of individual and contextual risk factors and potential consequences for integration using a nationally representative survey. *BMJ Open*, 10. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033658>.

Ware, J.E., Snow, K.K., Kosinski, M., et al. (1993) *SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide*. New England Medical Center, the Health Institute, Boston.

Weisner, Lauren. (2020). *Individual and community trauma: Individual experiences in collective environments*.

Wessels, W. K. (2014). The refugee experience: Involving pre-migration, in transit, and post migration issues in social services.

White, R. (1959) Motivation Reconsidered: The Concept of Competence. *Psychological Review*, 66, 279-333.

WHOQOL-BREF | *The World Health Organization*. (s.d.). Recuperato 1 aprile 2023, da <https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-bref>

Wilcox, V. L., Kasl, S. V., & Berkman, L. F. (1994). Social support and physical disability in older people after hospitalization: A prospective study. *Health Psychology*, 13(2), 170–179. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.13.2.170>

Wiseman, J., Brasher, K. Community Wellbeing in an Unwell World: Trends, Challenges, and Possibilities. *J Public Health Pol* 29, 353–366 (2008).
<https://doi.org/10.1057/jphp.2008.16>

Withers, C. W. (2018). Trust-in geography. *Progress in Human Geography*, 42(4), 489–508.

Wittekind, C. E., Behmer, F., Muhtz, C., Fritzsche, A., Moritz, S., & Jelinek, L. (2015). Investigation of automatic avoidance in displaced individuals with chronic Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). *Psychiatry research*, 228(3), 887-893.

Wong, A. (2019, March 5). *The schools that tried- but failed- to make Native Americans obsolete. The Atlantic.*

Wong, P. T. P. (2011). Positive psychology 2.0: Towards a balanced interactive model of the good life. *Canadian Psychology / Psychologie canadienne*, 52(2), 69–81. <https://doi.org/10.1037/a0022511>

Wood-Dauphinee S. (1999). Assessing quality of life in clinical research: from where have we come and where are we going?. *Journal of clinical epidemiology*, 52(4), 355–363. [https://doi.org/10.1016/s0895-4356\(98\)00179-6](https://doi.org/10.1016/s0895-4356(98)00179-6)

World Health Organization. (1998). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine*, 46(12), 1569-1585.

World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, 310(20), 2191–2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>

Xia, M., Li, X., & Tudge, J. R. (2020). Operationalizing Urie Bronfenbrenner’s process-person-context-time model. *Human Development*, 64(1), 10-20.

Xitong, H., Wenwen, G., & Guifang, F. Pressure, Anxiety and Subjective well being in Chinese Overseas Returnees (2020). *International Journal of Humanities Social Sciences and Education*, 7(3),66-72.
<http://dx.doi.org/10.20431/2349-0381.0703008>

Xu, J., & Roberts, R. E. (2010). The power of positive emotions: it's a matter of life or death--subjective well-being and longevity over 28 years in a general population. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 29(1), 9–19.
<https://doi.org/10.1037/a0016767>

Young A. (1995). *The harmony of illusions : inventing post-traumatic stress disorder*. Princeton University Press.

Yu, C. H. (2009). Book Review: Creswell, J., & Plano Clark, V. (2007). *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. Thousand Oaks, CA: Sage. *Organizational Research Methods*, 12(4), 801–804.
<https://doi.org/10.1177/1094428108318066>

Zimmerman, C., Kiss, L., & Hossain, M. (2011). Migration and Health: A Framework for 21st Century Policy-Making. *PLOS Medicine*, 8(5), e1001034.
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001034>

Zou, X., Hall, B. J., Xiong, M., & Wang, C. (2021). Post-migration well-being of Sub-Saharan Africans in China: A nationwide cross-sectional survey. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 30(4), 1025–1035.
<https://doi.org/10.1007/s11136-020-0266>

