

DIEGO DE LEO*

Il comportamento suicidario nei rifugiati: un'emergenza negletta

Introduzione

In accordo con la Convenzione di Ginevra del 1951, un rifugiato è una persona che ha una giustificata paura di essere perseguitato a causa della sua razza, religione, nazionalità o appartenenza a un particolare gruppo sociale o a una particolare opinione politica. Questa persona si trova al di fuori del proprio paese d'origine e non può o non potrà, a causa di tale giustificata paura, beneficiare della protezione di quel paese. Una persona che chiede asilo politico è qualcuno che ha lasciato il proprio paese d'origine e ha richiesto che gli venga riconosciuto in modo ufficiale lo stato di rifugiato ed è per questo in attesa di una decisione da parte dello stato ospitante (Bhugra, 2005).

Secondo il Rapporto *“World at War”* dell'United Nations Health Commissioner for Refugees (UNHCR) presentato nel giugno 2015, nel 2014 vi sarebbero stati 19 milioni e mezzo di rifugiati con 1,8 milioni di persone definibili come richiedenti asilo politico, mentre 38,2 milioni di persone sono state costrette a migrare all'interno del proprio paese. Secondo l'UNHCR, la migrazione forzata a livello mondiale nell'anno 2014 è stata la più alta mai registrata; la maggior parte di tutti i rifugiati (l'86%) ha trovato riparo in paesi appartenenti a quelli a basso e medio reddito (*‘low and middle income countries’* – LAMIC). Tra questi, la Turchia, il Pakistan, il Libano e la Repubblica islamica dell'Iran sono state le nazioni che hanno ospitato il numero maggiore di rifugiati. E così, in modo abbastanza paradossale, alcune tra le nazioni meno sviluppate al mondo hanno fornito asilo a circa 3,6 milioni di rifugiati (UNHCR, 2015).

* Professore emerito di Psichiatria, Griffith University, direttore emerito del Centro Collaborativo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per la Prevenzione del Suicidio di Brisbane, Australia. Direttore del Dipartimento di Psicologia della Primorska University, Slovenia.

La condizione di rifugiato

Essere un rifugiato o un richiedente asilo trasforma radicalmente la vita della persona in questione spesso a causa di circostanze che sono largamente al di là del controllo individuale. Molti di questi soggetti, infatti, hanno sperimentato nel proprio paese genocidi, prigonia, violenza, traumi di guerra, lutti e perdite a vari livelli (dignità personale, ruoli sociali, proprietà, beni materiali ecc.): tutto ciò rende la vita intollerabile e spinge il soggetto a cercare riparo in altri paesi, spesso molto lontani dal luogo d'origine. Il processo del chiedere asilo può però coinvolgere viaggi pericolosi, separazioni dolorose ed esposizione a condizioni di vita inumane, oltre alla paura costante di essere catturati e uccisi (Vijayakumar, 2016).

Una volta emigrati, emergono difficoltà gravi che possono facilmente implicare la detenzione in campi di 'accoglimento', la discriminazione, l'essere lontani dai propri cari, non sapere più dove questi si trovano, la destituzione di ogni ruolo come pure il diniego di ogni diritto alla salute o al posto di lavoro: tutti elementi che frequentemente caratterizzano l'odissea dei rifugiati. Secondo Carta e colleghi (2005), si tratta di un vero e proprio processo di lutto che comprende sette perdite 'maggiori': 1. la famiglia e gli amici; 2. il comunicare nella lingua madre; 3. il paese d'origine; 4. la cultura e le tradizioni del paese d'origine; 5. il proprio *status*; 6. il contatto con la propria comunità; 7. la sicurezza personale, con l'esposizione a rischi fisici.

Fino a oggi gli sforzi per provvedere assistenza ai rifugiati si sono concentrati su aspetti tangibili come la preservazione della vita e il provvedere alloggi e alimenti, mentre i bisogni psicologici ed emozionali sono stati sostanzialmente ignorati. È evidente, invece, che essere un rifugiato o una persona che cerca asilo politico rappresenta sia direttamente sia indirettamente un'esperienza molto stressante e disturbante, e quest'esperienza risulta poi strettamente associata a comportamenti suicidari fatali e non fatali (Procter, 2004; Procter, De Leo, Newman, 2013; Rimkeviciene, O'Gorman, De Leo, 2017).

In generale, i fattori di rischio per il suicidio in questo particolare gruppo di persone sono rappresentati dalla giovane età, il sesso maschile, il basso reddito, la storia di esperienze traumatiche e la mancanza di supporto sociale. I rifugiati e coloro che chiedono asilo politico presentano molto spesso l'aggregarsi di questi fattori di rischio (Cohen, 2008). I rifugiati sono probabilmente il gruppo più vulnerabile tra tutti gli immigrati; infatti, sono spesso persone che sono fuggite da luoghi di guerra, tortura e persecuzione, risultando frequentemente afflitti da disturbi post-traumatici da stress e quadri ansioso-depressivi di grave entità (*ibid.*). La mancanza di un'adeguata preparazione alle caratteristiche del nuovo paese, il modo in cui vengono accolti, le cattive condi-

Il comportamento suicidario nei rifugiati

zioni di vita, la mancanza di sostegno sociale e l'isolamento in genere aggravano queste vulnerabilità (Bhugra, Craig, Bhui, 2010).

I rifugiati possono anche sentirsi in colpa per aver lasciato i propri cari a casa o per la loro morte. Il senso di colpa, insieme con l'isolamento e i sintomi psichici conseguenti ai traumi, possono essere un forte fattore di rischio per il suicidio (Ferrada-Noli, Asberg, Ormstad, Lundin, Sundbom, 1998).

Purtroppo, c'è carenza di informazioni in letteratura per quanto concerne il suicidio tra i rifugiati e i richiedenti asilo. Questo potrebbe essere dovuto alla mancanza di dati affidabili, o all'accesso limitato agli archivi ufficiali e – ovviamente – all'incompleta/inaccurata segnalazione di comportamenti suicidari (molti casi di suicidio potrebbero deliberatamente non venir riportati dalle autorità competenti). Essendo una questione politicamente delicata, il permesso di studiare i comportamenti suicidari tra i rifugiati è spesso negato nei paesi in via di sviluppo. Una recente rassegna condotta da Vijayakumar e Jotheeswaran (2010) ha indicato che la prevalenza dei comportamenti suicidari tra i rifugiati potrebbe variare tra il 3,4% e il 34%.

Uno studio svedese (Ferrada-Noli, Asberg, Ormstad, Lundin, Sundbom, 1998) su 149 rifugiati provenienti da paesi diversi ha evidenziato che il 79% dei rifugiati era affetto da disturbo post-traumatico da stress e che questo fatto evidentemente aveva un'influenza importante sull'insorgere di sintomi depressivi e su successivi comportamenti suicidari. D'altra parte, lo stesso studio evidenziava come il tasso di tentativi di suicidio fosse più alto tra i rifugiati con diagnosi di disturbo post-traumatico da stress e meno in quelli affetti da depressione; comunque, l'ideazione suicidaria diventava più frequente in quei casi di disturbo post-traumatico da stress che si associano in co-morbidità alla depressione (*ibid.*).

Gli immigrati descrivono la procedura di richiesta dello stato di rifugiato politico come la più importante fonte di stress; è questo che aumenterebbe significativamente il rischio di suicidio, soprattutto tra gli uomini. In Olanda, tra le persone richiedenti asilo politico negli anni 2002-2007, il tasso di suicidio risultava più alto che tra i nativi olandesi. Questo accadeva soprattutto tra i maschi che richiedevano asilo politico, mentre le donne richiedenti asilo presentavano tassi simili a quello delle olandesi. Nel tentativo di interpretare questo dato, è stato suggerito che probabilmente gli immigrati di sesso maschile temessero molto di più delle donne conseguenze spiacevoli dal forzato ritorno in patria, qualora la loro richiesta fosse respinta. In aggiunta, gli uomini avrebbero potuto considerare il ritorno in patria come la prova manifesta del fallimento personale (Goosen *et al.*, 2011).

Alcuni rifugiati e richiedenti asilo scivolano lentamente nella depressione, mentre altri agiscono impulsivamente in modo suicidario

come conseguenza della decisione delle autorità di rifiutare la domanda di asilo. Ci sono stati casi in cui le persone perdevano rapidamente ogni speranza e decidevano di darsi la morte anche prima di conoscere il risultato della loro richiesta di asilo politico (Cohen, 2008). Questo è in linea con la teoria dell'*intrappolamento*, che vuole che il suicidio occorra quando le persone vedono negli eventi significati di sconfitta o di umiliazione o l'assenza di possibili alternative (Borrill, Taylor, 2009).

Rifugiati e salute mentale

I problemi connessi ai processi di acculturazione in una nuova società sono stati associati a una prevalenza elevata di disturbi mentali (Bhugra, 2005). Vi sono anche evidenze che suggeriscono che questi fattori post-immigrazione possano giocare un ruolo importante sia nello sviluppo che nella perpetuazione di disturbi mentali quali disturbi d'ansia, di somatizzazione e depressione (Kivling-Boden, Sundbom, 2002; Knipscheer, Kleber, 2006).

Tra i problemi comuni alle popolazioni di rifugiati vi è anche quello legato all'abuso di alcool, che rappresenta un fattore di rischio maggiore per i comportamenti suicidari. Weaver e Roberts (2010) hanno passato in rassegna i modelli di comportamento dei rifugiati rispetto all'uso di alcool e hanno trovato che i giovani uomini con attitudine al bere a tipo 'binge drinking', senza un'occupazione, con poca fluidità nel linguaggio locale e con precedente esposizione ad eventi traumatici esprimevano un rischio marcatamente elevato di problemi legati all'alcool.

Più di metà della popolazione di rifugiati (51%) è rappresentata da giovani in età inferiore ai 18 anni. Il ruolo combinato di avversità socio-economiche e di esposizione alla violenza nel loro paese d'origine, seguito dalla migrazione forzata e dalla ricollocazione in nuovo ambiente praticamente sconosciuto, li espone al rischio di sviluppare reazioni gravi sul piano fisico, emotivo e sociale (Fazel *et al.*, 2012). Le conseguenze delle avversità e degli abusi fisici e sessuali patiti durante l'infanzia sono legati al verificarsi di comportamenti suicidari negli anni successivi dello sviluppo. Considerando la dimensione numerica dei bambini esposti a violenza fisica e sessuale tra i rifugiati, la probabilità che essi presentino fenomeni suicidari in adolescenza appare quindi molto elevata.

Tra le donne rifugiate, violenza fisica e sessuale, sequestro di persona e prostituzione forzata rappresentano accadimenti frequenti. Non di rado esse subiscono anche la vendita forzata dei propri bambini (Vijayakumar, 2016). Le donne e le ragazze separate dai propri mariti e dai membri maschi della famiglia, o diventate vedove a seguito della

guerra nel paese d'origine, risultano particolarmente esposte al rischio di abusi fisici e stupri.

Anche se gli studi sulla salute mentale dei richiedenti asilo sono stati finora numericamente limitati, essi mostrano in modo uniforme gli effetti negativi della detenzione (Robjant, Hassan, Katona, 2009). Precedenti studi qualitativi dei richiedenti asilo nel Regno Unito hanno mostrato che l'esperienza di detenzione genera disperazione e impotenza, con sentimenti di insignificanza, demotivazione, ansia e depressione (Pourgourides, 1997). La detenzione è un fattore di stress che facilita l'insorgere di un disturbo post-traumatico da stress (PTSD) e il generale deterioramento della salute mentale indipendentemente dai traumi di pre-migrazione (Momartin *et al.*, 2006). Dato l'impatto che la detenzione può avere sulla salute mentale di una persona, non è sorprendente che i comportamenti suicidari siano un problema frequente tra i detenuti (Silove, Austin, Steel, 2007). Uno studio su famiglie detenute per più di due anni ha evidenziato che il 93% degli adulti e il 55% dei bambini presentava ideazione suicidaria, mentre nessuno dei soggetti investigati riferiva di averne sofferto prima della detenzione (Steel *et al.*, 2004). I comportamenti suicidari rappresentano una questione particolarmente preoccupante nei centri di detenzione off-shore australiani (Amnesty International, 2013; Procter, De Leo, Newman, 2013). Stime basate sui centri di detenzione delle isole di Nauru e Manus mostrano che la frequenza di comportamenti suicidari era di 41 e 26 volte superiore rispetto alla media nazionale e quasi il doppio di quella registrata nella popolazione maschile in carcere (Dudley, 2003). Procter, De Leo e Newman, membri dello Steering Committee dell'Ombudsman of Australia per la prevenzione del suicidio e dell'autolesionismo nella rete di detenzione per rifugiati in Australia, hanno riferito che il suicidio è la causa principale di morte prematura per le persone che si trovano all'interno di questo network (Procter, De Leo, Newman, 2013). L'isola di Nauru è uno degli esempi di questi 'camp' per rifugiati in cui si sono manifestati comportamenti suicidari diventati poi noti anche all'opinione pubblica attraverso i media (Rimkeviciene, O'Gorman, De Leo, 2017). Vi è ragione di credere che le condizioni di detenzione contribuiscano in modo significativo alla suicidalità dei detenuti: vari rapporti (Amnesty International, 2012, 2013; Moss, 2015) evidenziano gravi violazioni dei diritti umani nei centri di detenzione off-shore. Si segnala che i richiedenti asilo non avrebbero accesso ad adeguati alloggi, all'acqua e ai servizi medici; l'utilizzo di telefoni o altri mezzi di comunicazione risulterebbe troppo limitato, con conseguente isolamento dalla famiglia e dagli amici. Soprattutto, i richiedenti asilo vengono lasciati nell'incertezza circa la lunghezza del processo di determinazione dello *status* di rifugiato (Amnesty International, 2012, 2013).

Prevenire i comportamenti suicidari nei rifugiati

Il rischio di suicidio risulta particolarmente aumentato nel primo periodo dell'immigrazione, quando i rifugiati vengono trattenuti per lungo tempo in campi o in luoghi di detenzione senza alcuna indicazione di quando verrà presa una decisione sul proprio *status* né di quale sarà la destinazione successiva (Ratkowska, De Leo, 2013). Staehr e Munk-Anderson (2006) hanno evidenziato che coloro ai quali veniva rifiutato l'asilo politico dopo una lunga attesa (in media 20,8 mesi) sviluppavano poi abbastanza rapidamente ideazione suicidaria. Gli stessi autori registravano che il 44% di tutti i tentativi di suicidio avveniva comunque nei primi sei mesi dall'arrivo nel nuovo paese. Anche Yilmaz e Riecher-Rössler (2012) riportavano la frequente associazione tra il timore di vedersi rifiutare lo stato di rifugiato e il verificarsi di tentativi di suicidio.

Una particolarità è stata osservata nei rifugiati con precedenti esperienze di tortura. Infatti è stata identificata una relazione tra il metodo con cui i soggetti erano stati precedentemente torturati e la modalità del tentativo di suicidio successivamente attuato. Per esempio, l'esperienza di torture con acqua risultava associata a pratiche suicidarie implicanti l'annegamento, mentre la tortura con armi da taglio trovava poi riscontro in ferite auto-inferte a mezzo di coltelli o altre lame (Ferrada-Noli, Asberg, Ormstad, 1998).

Appare probabile che le strategie di prevenzione del suicidio che sembrano di utilizzo promettente nella popolazione generale possano non essere generalizzabili alle popolazioni di rifugiati a causa dei differenti contesti in cui queste operazioni vengono ad essere implementate. Come si è visto, anche se alcuni dei fattori di rischio di suicidio sono comuni alle due popolazioni, la generale e quella dei rifugiati, altri sono diversi in virtù della marcata specificità della condizione di rifugiato, e questo non può non avere implicazioni importanti per l'adeguatezza degli sforzi di prevenzione del suicidio (Ratkowska, De Leo, 2013).

Innanzitutto, bisognerebbe dare priorità allo sviluppo di mezzi culturalmente e contestualmente appropriati per valutare sia la presenza di ideazione suicidaria che di comportamento suicidario tra i rifugiati e in coloro che richiedono asilo. Procter e colleghi (2013) suggeriscono che approcci articolati ma coordinati, basati su modelli che tengano conto della cultura d'origine, devono essere considerati come punto d'inizio nel disegnare una strategia di prevenzione del suicidio per gli immigrati che si trovano in campi di detenzione.

A tutt'oggi, le linee guida d'intervento più comunemente usate nei campi di rifugiati sono quelle fornite per la salute mentale e il supporto psicologico in situazioni di emergenza dall'Inter-Agency Stan-

ding Committee (IASC). Si tratta, tuttavia, di linee guida generiche, non concepite specificamente per ridurre i comportamenti suicidari. Programmi specifici potrebbero invece presentare un valore aggiunto: per esempio, il supporto psicologico potrebbe aiutare emotivamente i rifugiati sia al momento dell'arrivo nella nuova località che soprattutto al momento di un nuovo dislocamento o del rimpatrio forzato. Poi bisognerebbe provvedere fin da subito una formazione che riguardi sia la cultura che il linguaggio del paese che ospita i rifugiati. Bisognerebbe inoltre poter provvedere qualche forma di attività lavorativa; dovrebbe essere facilitata la comunicazione con altri membri della famiglia d'origine, con amici, organizzazioni non governative e altri gruppi di rifugiati. Anche i media dovrebbero produrre maggiori sforzi per descrivere i rifugiati e i riferimenti alla loro causa in modo non negativo.

Conclusioni

Le pressioni attualmente piazzate sul sistema di accoglienza della comunità europea dalle crisi umanitarie prodotti in Siria, Iraq, Afghanistan, Africa centrale e orientale e da altre parti ancora, molto difficilmente si affievoliranno nel breve termine. L'esodo in corso, di proporzioni inaudite e sostanzialmente incontrollabili, da parte di migranti e soprattutto di rifugiati richiedenti asilo politico, nel 2015, ha messo a dura prova i sistemi di accoglienza sia degli Stati europei che di altri membri delle Nazioni Unite. Il fenomeno ha evidenziato significative debolezze strutturali e altri fattori critici sia nella concezione che nell'implementazione di qualsiasi normativa riguardante la migrazione e la fornitura di asilo politico in Europa. I sistemi vigenti assegnano responsabilità sproporzionate a certi membri dell'Unione Europea e questo di per sé è un fatto che incoraggia un'immigrazione incontrollata e irregolare.

È pertanto urgente riconoscere la vastità della dimensione del problema; prima di tutto, questo richiede accessibilità a dati che al momento appaiono poco accurati e soprattutto poco trasparenti. Questo processo dovrebbe interessare tutti i livelli dell'accoglienza e ogni tipologia di servizio fornito. Ogni rifugiato dovrebbe poter ricevere un'assistenza improntata al rispetto della dimensione umana, in un ambiente capace di prendersi cura di tutti gli individui accettando che questi possano esprimere anche ideazioni o progetti suicidari senza timore di essere per questo emarginati e stigmatizzati.

Gli operatori della salute mentale e della salute più in generale, nonché dei media e le persone che si occupano di strategie sociali e le organizzazioni non governative sensibili al problema dell'immigrazione

o che operano in questo settore dovrebbero essere sensibilizzate a tutti i bisogni dei rifugiati e ai contesti in cui questi si vengono a trovare, anche per quanto riguarda le circostanze più avverse. Sicuramente le condotte suicidarie esprimono il raggiungimento di un grado estremo di disagio: bisognerebbe favorire ogni pratica capace di interferire positivamente con il processo di adattamento prima che il logoramento individuale giunga alla soglia dell'auto-distruttività.

Appendice

Diritti umani: obblighi fondamentali

Diritti umani fondamentali in Australia, rilevanti per i richiedenti asilo, i rifugiati e le persone in luoghi di detenzione per immigrati:

1. le persone non dovrebbero essere fatte rientrare in un paese in cui è minacciata la loro vita o la loro libertà ('respingimento');
2. ogni individuo ha il diritto di non essere sottoposto a detenzione arbitraria;
3. i bambini dovrebbero essere detenuti solo come misura di ultima istanza e per il più breve lasso di tempo possibile;
4. in tutte le decisioni relative ai più giovani, l'interesse superiore del bambino deve costituire la considerazione preminente (e, nel caso del loro tutore legale, la considerazione primaria);
5. chiunque sia detenuto ha il diritto di contestare la legalità della detenzione in tribunale;
6. tutte le persone che sono detenute devono essere trattate con umanità e rispetto per la loro dignità intrinseca;
7. Nessuno dovrebbe essere sottoposto a torture o a trattamenti o punizioni crudeli, inumane o degradanti;
8. ogni individuo ha diritto al rispetto dei propri diritti umani senza discriminazioni;
9. i richiedenti asilo non dovrebbero essere penalizzati per essere arrivati in un paese senza autorizzazione;
10. ogni individuo ha diritto al lavoro, e a un adeguato standard di vita, compresi cibo, abbigliamento e alloggio;
11. ogni individuo ha diritto di godere del miglior stato possibile di salute fisica e mentale;
12. ogni individuo ha il diritto di avere la propria famiglia al riparo da interferenze arbitrarie o illegali;
13. i bambini che chiedono asilo ma non sono accompagnati hanno diritto a una speciale protezione e assistenza.

Commissione australiana per i Diritti Umani dei Richiedenti Asilo e dei Rifugiati (2013), *Snapshot del Report*, Canberra.

Bibliografia

- Amnesty International (2012), *Amnesty International media release and Nauru brief*, in www.amnesty.org.au/images/uploads/news/NauruOffshoreProcessingFacilityReview2012.pdf (accessed 17 February 2017).
- Amnesty International (2013), *This is breaking people: Human rights violations at Australia's Asylum Seeker Processing Centre on Manus Island, PNG*. Amnesty International, in www.amnesty.org.au/images/uploads/about/Amnesty_International_Manus_Island_report.pdf (accessed 17 February 2017).
- Bhugra, D. (2005), Cultural identities and cultural congruency: A new model for evaluating mental distress in immigrants. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 111: 84-93.
- Bhugra D., Craig T., Bhui K. (eds.) (2010), *Mental health of refugees and asylum seekers*. Oxford University Press, Oxford.
- Borrill J., Taylor D. (2009), Suicides by foreign national prisoners in England and Wales 2007: Mental health and cultural issues. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* 20: 886-905.
- Carta M. G., Bernal M., Hardoy M. C., Haro-Abad J. M. (2005), Migration and mental health in Europe (The state of mental health in Europe working group: Appendix I). *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 1: 13.
- Cohen J. (2008), Safe in our hands? A study of suicide and self-harm in asylum seekers. *Journal of Forensic & Legal Medicine* 15: 235-244.
- Dudley M. (2003), Contradictory Australian national policies on self-harm and suicide: The case of asylum seekers in mandatory detention. *Australasian Psychiatry* 11: 102-108.
- Fazel M., Reed V. R., Panter-Brick C., Stein A. (2012), Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: Risk and protective factors. *Lancet* 379: 266-282.
- Ferrada-Noli M., Asberg M., Ormstad K. (1998), Suicidal behaviour after severe trauma. Part 2: The association between methods of torture and of suicidal ideation in posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress* 11: 113-124.
- Ferrada-Noli M., Asberg M., Ormstad K., Lundin T., Sundbom E. (1998), Suicidal behaviour after severe trauma. Part 1: PTSD diagnosis, psychiatric comorbidity, and assessments of suicidal behaviour. *Journal of Traumatic Stress* 11: 103-112.
- Goosen S., Kunst A. E., Stronks K., van Oostrum I. E. A., Uitenbroek D. G., Kerkhof A. J. (2011), Suicide death and hospital treated suicidal

- behaviour in asylum seekers in the Netherlands: A national registry-based study. *BMC Public Health* 11: 484.
- IASC (2007), *IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings*. Inter-Agency Standing Committee, Genève.
- Kivling-Boden G., Sundbom E. (2002), The relationship between post-traumatic symptoms and life in exile in a clinical group of refugees from the former Yugoslavia. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 111: 351-357.
- Knipscheer J. W., Kebler R. J. (2006), The relative contribution of posttraumatic and acculturative stress to subjective mental health among Bosnian refugees. *Journal of Clinical Psychology* 62: 339-335.
- Momartin S., Steel Z., Coello M., Aroche J., Silove D. M., Brooks R. (2006), A comparison of the mental health of refugees with temporary versus permanent protection visas. *Medical Journal of Australia* 185: 357-361.
- Moss P. (2015), *Review into recent allegations relating to conditions and circumstances at the regional processing centre in Nauru*, in www.border.gov.au/ReportsandPublications/Documents/reviews-and-inquiries/review-conditions-circumstances_nauru.pdf (accessed 17 February 2017).
- Pourgourides C. (1997), A second exile: The mental health implications of detention of asylum seekers in the UK. *Psychiatric Bulletin* 21: 673-674.
- Procter N. (2004), Emergency mental health nursing for refugees and asylum seekers. *Australian Nursing Journal* 12: 21-23.
- Procter N., De Leo D., Newman L. (2013), Suicide and self-harm prevention for people in immigration detention. *Medical Journal of Australia* 199: 730-732.
- Ratkowska K. A., De Leo D. (2013), Suicide in immigrants: An overview. *Open Journal of Medical Psychology* 2: 124-133.
- Rimkeviciene J., O'Gorman J., De Leo D. (2017), Suicidality in detention centres: A case study. *International Journal of Migration, Health and Social Care* 13: 106-118.
- Robjant K., Hassan R., Katona C. (2009), Mental health implications of detaining asylum seekers: Systematic review. *British Journal of Psychiatry* 194: 306-312.
- Silove D., Austin P., Steel Z. (2007), No refuge from terror: The impact of detention on the mental health of trauma-affected refugees seeking asylum in Australia. *Transcultural Psychiatry* 44: 359-393.

Il comportamento suicidario nei rifugiati

- Staehr M. M., Munk-Anderson E. (2006), Suicide and suicidal behaviour among asylum seekers in Denmark during the period 2001-2003. A retrospective study. *Ugeskr Laeger* 168: 1650-1653.
- Steel Z., Momartin S., Bateman C., Hafshejani A., Silove D. M., Everson N., Roy K., Dudley M., Newman L., Blick B., Mares S. (2004), Psychiatric status of asylum seeker families held for a protracted period in a remote detention centre in Australia. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 28: 527-536.
- UNHCR (2015), *World at war – Global forced displacement trends*. Genève.
- Vijayakumar L. (2016), Suicide among refugees: A mockery for humanity. *Crisis* 37: 1-4.
- Vijayakumar L., Jotheeswaran A. T. (2010), Suicide in refugees and asylum seekers. In: D. Bhugra, T. Craig, K. Bhui (eds.), *Mental health of refugees and asylum seekers*. Oxford University Press, Oxford, pp. 195-210.
- Yilmaz T. A., Riecher-Rössler R. A. (2012), Attempted suicide in immigrants from Turkey: A comparison with Swiss suicide attempters. *Psychopathology* 45: 366-373.
- Weaver H., Roberts B. (2010), Drinking and displacement – A systematic review of the influence of forced displacement on harmful alcohol use. *Substance Use and Misuse* 45: 2340-2355.

Diego De Leo
d.deleo@griffith.edu.au

