Diritto, Immigrazione e Cittadinanza
Fascicolo n. 2/2018

LA SALUTE PSICHICA E IL LAVORO TERAPEUTICO CON I RIFUGIATI E I RICHIEDENTI ASILO CON GRAVI ESPERIENZE TRAUMATICHE

di Paola Castelli Gattinara e Antonio Onofri

Abstract: *Gli autori descrivono gli effetti conosciuti della migrazione forzata sulla salute mentale, in particolare il Disturbo da Stress Post-Traumatico e la sintomatologia conseguente a condizioni di stress cronico. Tra queste ultime, vengono citate le esperienze di tortura come esempio di stress estremo, insieme alle reazioni innescate dai sistemi neurofisiologici di difesa, secondo la Teoria Polivagale di S. Porges (2011). Vengono quindi forniti alcuni principi fondamentali per la terapia degli stati post-traumatici e in particolare per la presa in carico dei rifugiati e richiedenti asilo traumatizzati. Gli autori concludono il loro lavoro ricordando l'importanza di una attenzione allo stato emotivo degli operatori coinvolti, per evitare il rischio di burn out e traumatizzazione vicaria.*

Abstract: *The authors describe the known effects of forced migration on mental health, in particular Post-Traumatic Stress Disorder and the symptoms deriving from chronic stress. Among these, the authors mention torture as an example of extreme stress, together with the reactions that are triggered by the neurophysiological defense systems, according to the Polyvagal Theory of S Porges (2011). The paper then provides some fundamental principles for the treatment of post-traumatic conditions and specifically for traumatized refugees and asylum seekers. The authors conclude their work by reminding the importance of monitoring the emotional state of the involved operators, in order to prevent burn out and vicarious trauma.*

© 2017-2018 Diritto, Immigrazione e Cittadinanza. Tutti i diritti riservati.
ISSN 1972-4799

LA SALUTE PSICHICA E IL LAVORO TERAPEUTICO CON I RIFUGIATI E I RICHIEDENTI ASILO CON GRAVI ESPERIENZE TRAUMATICHE

di Paola Castelli Gattinara* e Antonio Onofri**

SOMMARIO: 1. I traumi della migrazione forzata e gli effetti sulla salute mentale. – 2. Le esperienze di tortura come stress traumatico estremo. – 3. Una nuova teoria per comprendere le reazioni ai traumi: la teoria polivagale di Stephen Porges e la risposta attacco o fuga, congelamento o svenimento (*fight or flight*, *freeze or faint*). – 4. Il trattamento psicologico con i rifugiati e richiedenti asilo. – 5. La presa in carico del rifugiato o richiedente asilo traumatizzato. – 6. Il rischio di *burn out* e di traumatizzazione vicaria per gli operatori. – 7. Conclusioni.

1. I traumi della migrazione forzata e gli effetti sulla salute mentale

Negli ultimi anni è andato crescendo l'interesse per gli effetti della migrazione forzata sulla salute mentale. Diversi studi sottolineano l'incremento del disagio psichico in questa popolazione[1] e, al tempo stesso, la difficoltà e la diffusa scarsità delle risposte all'interno del sistema di accoglienza e integrazione[2]. I servizi psichiatrici e psicologici presenti sul territorio nazionale, infatti, non sempre dispongono delle competenze necessarie ad affrontare le specifiche problematiche psicologiche e psichiatriche che possono presentare i rifugiati e richiedenti asilo. Tali problematiche, almeno in un numero considerevole di casi, sembrano riguardare gli esiti di esperienze altamente traumatiche, a volte di violenze prolungate e perpetrate intenzionalmente, come la tortura, lo stupro, la riduzione in schiavitù, la tratta etc.

Uno degli aspetti che accomuna questa popolazione è il fatto di essere particolarmente a rischio per la gran parte delle malattie mentali (basti pensare che la migrazione – e

* Psicologa, Psicoterapeuta della *Società Italiana di Terapia Cognitiva e Comportamentale*, *Associazione per l'EMDR in Italia*, Centro Clinico de Sanctis, via Francesco de Sanctis 9, Roma; paola.castelligattinara@gmail.com.

** Psichiatra Ospedale Santo Spirito di Roma, Docente presso *Psicoterapia Training School*, Didatta della *Società Italiana di Terapia Cognitiva e Comportamentale*, Supervisore della *Associazione per l'EMDR in Italia*, Rappresentante nazionale presso il Board di *EMDR Europe*, Membro del Board della *ESTD Newsletter*, Centro Clinico de Sanctis, via Francesco de Sanctis 9, Roma; dottoronofri@gmail.com.

1. M. Aragona, D. Pucci, M. Mazzetti, B. Maisano, S. Geraci, *Traumatic events, post-migration living difficulties and post-traumatic symptoms in first generation immigrants: a primary care study*, in *Annali Istituto Superiore di Sanità*, 2013, 49 (2), pp. 169-175; M. Fazel, J. Wheeler, J. Danesh, *Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review*, in *The Lancet*, 2005, 9467, pp. 1309-1314; B.L. Cardozo, O.O. Bilukha, C.A. Crawford, I. Shaikh, M.I. Wolfe, M.L. Gerber, et al., *Mental health, social functioning, and disability in postwar Afghanistan*, in *Journal of the American Medical Association*, 2004, 292, pp. 575-584.

2. MSF, *Traumi ignorati. Richiedenti asilo in Italia: un'indagine sul disagio mentale e l'accesso ai servizi sanitari territoriali*, Roma, Medici Senza Frontiere, 2016.

l'appartenenza a gruppi etnici minoritari – sembra che aumenti di ben 4 volte il rischio di ammalarsi di schizofrenia!) e in particolare per il Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD), a causa di una storia di vita frequentemente costellata da eventi traumatici multipli. Ma anche le cosiddette difficoltà post-migratorie (innanzitutto la perdita dei propri riferimenti sociali linguistici e culturali, il sentimento di sradicamento e di solitudine, ma anche i ritardi nelle risposte alle richieste di permesso o di asilo, gli ostacoli alle possibilità di lavoro, e talvolta le discriminazioni razziali) possono ulteriormente contribuire all'insorgenza, all'aggravarsi o al cronicizzarsi di un PTSD[3] o di altri disturbi psicopatologici anche preesistenti alla migrazione stessa, rappresentando di fatto quello che la moderna psichiatria chiama un «fattore di rischio aspecifico», in grado cioè di aumentare il rischio di soffrire di qualsivoglia malattia fisica e psichica.

Molti studi hanno confermato una notevole incidenza di disturbi psicopatologici (soprattutto PTSD, ansia, depressione e somatizzazioni) nella prima generazione di immigrati[4], in particolare tra quei rifugiati e richiedenti asilo che – oltre al disagio direttamente causato dalla migrazione in sé – presentano anche un'elevata quantità di esperienze traumatiche pregresse. Per loro, infatti, la migrazione può non essere stata una scelta, ma una decisione forzata dalle particolari condizioni presenti nel Paese di provenienza (guerre, persecuzioni religiose o politiche, etc.). Possono aver subito torture e deprivazioni materiali, assistito a violenze e perduto persone affettivamente significative durante l'intero arco della loro vita; l'esperienza del viaggio può aver comportato momenti di intenso allarme, di impotenza o addirittura di orrore (non è infrequente per esempio che abbiano assistito alla morte per annegamento di altre persone che viaggiavano con loro); possono inoltre soffrire per l'isolamento culturale, per l'impossibilità di fare ritorno nel proprio Paese e per la preoccupazione per la sorte dei familiari rimasti a casa[5].

Secondo il *Libya Migrant Report* dell'Organizzazione Internazionale per le Migrazioni (IOM 2017) circa il 7% dell'emigrazione dall'Africa all'Europa non ha alle spalle motivazioni prettamente economiche, ma la fuga da guerra, repressioni politiche e povertà estrema. Almeno il 50% dei migranti che arrivano nel nostro Paese richiede l'asilo, ma in genere solo il 5% di essi soddisfa i criteri richiesti per l'accoglimento della richiesta e

3. A. Onofri, P. Castelli Gattinara, A. Ciolfi, M. Lepore, S. Ventriglia, *L'approccio EMDR in un servizio di aiuto psicologico per rifugiati e richiedenti asilo a Roma*, in *Psicobiettivo*, 2014, 1.

4. M. Fazel, J. Wheeler, J. Danesh, *op.cit.*; B.L. Cardozo, O.O. Bilukha, C.A. Crawford, I. Shaikh, M.I. Wolfe, M.L. Gerber, et al., *op.cit.*; M. Aragona, D. Pucci, M. Mazzetti, B. Maisano, S. Geraci, *op.cit.*

5. M. Aragona, D. Pucci, M. Mazzetti, S. Geraci, *Post-migration living difficulties as a significant risk factor for PTSD in immigrants: a primary care study*, *Italian Journal of Public Health*, 2012, 9 (3); K.E. Miller, A. Rasmussen, *War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and post-conflict settings: bridging the divide between trauma-focused and psychosocial frameworks*, in Soc Sci Med., 2010, 70, (1), pp. 7-16.

riceve quindi una risposta favorevole. D. Silove *et al.*[6], in una ricerca condotta su richiedenti asilo presso una comunità di accoglienza, hanno mostrato come ben il 79% di loro avesse sperimentato eventi come l'aver assistito a morti per uccisioni, l'essere stati aggrediti, l'aver subìto atti di tortura o prigionìa; ben il 37% soddisfaceva pienamente i criteri per un PTSD. È quindi molto probabile che il tasso di esperienze traumatiche sia in realtà piuttosto alto e in genere sottovalutato anche tra i cosiddetti migranti economici.

Riteniamo pertanto importante che, su una rivista prettamente rivolta a giuristi, a esperti di diritto e a tecnici del settore, vengano fornite alcune informazioni di base e almeno qualche conoscenza circa le condizioni cliniche di questa classe specifica di popolazione, per l'importante ricaduta che questo può avere sul loro operato.

I sintomi psicopatologici più comuni, presentati da una considerevole percentuale dei richiedenti asilo possono essere raggruppati non solo nell'ambito del PTSD ma anche inquadrati come Disturbo Post-Traumatico Complesso[7], e come Disturbo da Stress Estremo[8]. A partire dagli anni '80, infatti, un crescente numero di studi ha mostrato come la fenomenologia degli individui che hanno subìto un trauma singolo è ben differente da coloro che sono stati esposti a traumi cronici e ripetuti, soprattutto se di natura interpersonale. Questo settore della psicopatologia si è sviluppato solo negli ultimi anni e implica un modello di trattamento in grado di tener conto di come gli eventi traumatici vengano codificati come stati emotivi, fisici, sensoriali, piuttosto che sotto forma di parole e di ricordi coerenti e ordinati. Nei traumi complessi, infatti, sono coinvolti svariati sistemi psicologici e relazionali, con molti possibili sintomi disfunzionali che includono: a) disregolazione emotiva, come tristezza pervasiva, pensieri suicidari, collera esplosiva etc.; b) alterazioni nel funzionamento della coscienza, come episodi dissociativi, amnesie, depersonalizzazione e derealizzazione; c) disturbi dell'identità e della personalità; d) difficoltà nei rapporti con gli altri, come isolamento, e sfiducia etc.; e) vulnerabilità a esperienze che comportano situazioni di rivittimizzazione; f) presenza di somatizzazioni come dolore cronico, disturbi dell'apparato osteo-articolare, gastrointestinale, genitourinario etc.

---

6. D.D. Silove, I. Sinnerbrink, A. Field, V. Manicavasagar, Z. Steel, *Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: associations with pre-migration trauma and post-migration stressors*, in *British Journal of Psychiatry*, 1997, 170, pp. 351-357.

7. J.L. Herman, *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence-from Domestic Abuse to Political*, New York, Basic Books, 1992 (Tr. it. *Guarire dal Trauma. Affrontare le conseguenze della violenza, dall'abuso domestico al terrorismo*, Roma, Magi Edizioni, 2005).

8. B.A. Van Der Kolk, *Developmental trauma disorder: toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories*, in *Psychiatric Annals*, 2005, 35, pp. 401-408.

Diversi studi hanno mostrato la presenza di tale sintomatologia complessa in una parte significativa di questa popolazione migrante[9], e nelle stesse linee guida del Ministero della salute (2017)[10] si sottolinea come circa il 30% dei richiedenti asilo abbia probabilmente subito traumi estremi. Inoltre, tra i rifugiati e i richiedenti asilo, sono stati riscontrati alti tassi di disturbi da somatizzazione, tanto che la sintomatologia somatica viene ritenuta un obiettivo terapeutico privilegiato in questa particolare popolazione clinica[11].

La condizione dei migranti forzati è caratterizzata da diverse vulnerabilità: innanzitutto quando la migrazione non è stata una scelta, essa può essere stata indotta da preesistenti situazioni di pericolo nel Paese di provenienza, quali conflitti armati, carestie, persecuzioni religiose e politiche, etc. ma anche legate alla esperienza vera e propria della fuga, delle trattative con le organizzazioni criminali che ne controllano il monopolio, e dello stesso viaggio (spesso intrapreso sui famosi "barconi") e questo può aver determinato uno stato di cronica attivazione dei sistemi di allarme, come paura costante, ipervigilanza, marcata irritabilità, episodi di panico improvviso, blocchi motori, frequenti sensazioni di imminente svenimento, deficit dell'attenzione e della concentrazione, insonnia ostinata, etc. Qualche volta, infatti, essi hanno subito violenze estreme e/o privazioni delle condizioni minime di sopravvivenza, hanno perduto persone care, hanno dovuto abbandonare il proprio contesto di riferimento sapendo di non potervi fare ritorno.

Pascal nasce nel 1994 in Burkina Faso. Quando ha 11 anni, il padre muore in un incidente e la madre si risposa con un uomo di un villaggio lontano, con il quale avrà altri due figli. Pascal resta nel suo villaggio natale e viene affidato allo zio paterno, che purtroppo abuserà a livello sessuale, fisico e psicologico di lui per tre lunghi anni.

---

9. M. Sabin, K. Sabin, H.J. Kim, M. Vergara, L. Varese, *The mental health status of Mayan refugees after repatriation to Guatemala*, in *Revista Panamericana de Salud Publica*, 2006, 19, pp. 163-171; E. Heptinstall, V. Sethna, E. Taylor, *PTSD and depression in refugee children: association with pre-migration trauma and post-migration stress*, *Child and Adolescent Psychiatry,* 2004, 13, pp. 373-380; B.A. Van Der Kolk, D. Pelcovitz, D. Roth, F.S. Mandel, A. Mcfarlane, J.L. Herman, *Dissociation, somatization and affect dysregulation: the complexity of adaptation to trauma*, in *American Journal of Psychiatry*, 1996, 153, pp. 83-93; J.T. de Jong, I.H. Komproe, M. van Ommeren, M. El Masri, M. Araya, N. Khaled, et al., *Lifetime events and post-traumatic stress disorder in 4 post-conflict settings*, in *Journal of the American Medical Association*, 2001, 286, pp. 555-562; M. Fazel, J. Wheeler, J. Danesh, *op.cit.*

10. Ministero della Salute, *Linee guida per l'assistenza, la riabilitazione e il trattamento dei disturbi psichici dei rifugiati e delle vittime di tortura*, http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=2926.

11. M. Aragona, E. Catina, D. Pucci, S. Carrer, F. Colosimo, M. Lafuente, M. Mazzetti, B. Maisano, S. Geraci, *The relationship between somatization and posttraumatic symptoms among immigrants receiving primary care services*, in *Journal of Traumatic Stress*, 2010, 23 (5), pp. 615-622.

Pascal veniva violentato quotidianamente e schiavizzato dallo zio; era lui a fare tutti i lavori di casa e fu costretto ad abbandonare la scuola di francese a causa dei troppi dolori fisici (dolori alla pancia e alla schiena) che gli impedivano di muoversi. Dopo 3 anni di torture, Pascal riesce a raccontare tutti i fatti a un suo amico che ha il padre medico e quest'ultimo, dopo averlo visitato, lo porta subito dalla polizia a denunciare il fatto. Lo zio paterno viene arrestato nel 2008 e Pascal, rimasto ormai solo a 14 anni, si trasferisce dallo zio materno in Costa d'Avorio, da lui descritto come l'unica figura positiva della sua vita. Purtroppo Pascal e lo zio sono costretti a fuggire dalla Costa d'Avorio e a recarsi Libia, dove nel 2011 scoppia la rivoluzione. Sono dunque costretti a intraprendere il viaggio verso Lampedusa, dove Pascal arriva nel 2011. Pascal e lo zio sono su due barconi differenti, quello dello zio sembra non essere mai arrivato a destinazione. Da allora non ha avuto più sue notizie.

Saba è una ragazza somala di 28 anni appartenente ad una minoranza etnica. La scheda del Centro di accoglienza in cui è ospite la descrive come una ragazza allegra e comunicativa, che tende a tirare su il morale delle sue compagne. È in Italia da 18 mesi, ma non parla italiano e rifiuta di frequentare un corso per imparare la lingua. Da poco le è stato negato lo status di rifugiata; la Commissione non ha creduto al suo racconto, è quindi in attesa di una nuova audizione. Viene inviata all'Ambulatorio dell'Ospedale Santo Spirito per sintomi quali insonnia, incubi notturni, flashback, irritabilità e dolenzie intense e diffuse alle mani, alle gambe ed alla testa. I sintomi sono notevolmente aumentati da quando le è stato negato lo status di rifugiata e da quando due sue compagne sono andate via dal Centro perché, avendo ricevuto il permesso di soggiorno, sono riuscite finalmente a trovare un lavoro. Saba ha perso i genitori a 7 anni durante la guerra, di quella esperienza ricorda solo «la gente che corre e ... fuoco dappertutto!». Venne accolta nella casa di una zia dove fu maltrattata e costretta a fare la serva mentre i suoi cugini andavano a scuola. Si sposa molto giovane, ma il marito è cristiano e per questo viene perseguitato e costretto a fuggire sulle montagne. Anche lei, minacciata di morte, fugge lasciando 2 figli ancora piccoli. Durante il viaggio attraverso diversi Paesi dell'Africa è stata ripetutamente torturata, violentata e incarcerata. Da più di due anni non ha notizie del marito, così come dei suoi due figli che ha dovuto abbandonare, ma che ritiene in buone mani. I bambini le mancano molto e prova forti sensi di colpa nei loro confronti, convinta che non li rivedrà mai più.

2. Le esperienze di tortura come stress traumatico estremo

Le esperienze di tortura, ovviamente, sono considerate il principale fattore di rischio per lo sviluppo di un PTSD complesso, oltre che per altri disturbi mentali come depressione, disturbi dissociativi, psicosi[12].

Esula dalle finalità di questa breve trattazione, anche perché facilmente reperibile in letteratura, una descrizione delle tante forme e tecniche di tortura utilizzate nel mondo, così come riportati dai report annuali di organizzazioni come Amnesty International. Si tratta in ogni caso di sofferenze fisiche o mentali inflitte in modo deliberato, sistematico o occasionale, da uno o più individui che agiscono da soli o su ordine di un'autorità, per obbligare qualcuno a fornire informazioni o a fare una confessione. Possono prevedere azioni tese a distruggere una personalità o a terrorizzare una intera comunità e consistere in torture fisiche, sessuali o psicologiche.

Questo tipo di esperienze estreme, a volte davvero "indicibili", comporta sempre una profonda violazione dei confini corporei e mentali, che minano profondamente e a volte irrimediabilmente le capacità successive dell'individuo di stringere legami affettivi con altre persone significative. Tutti gli esseri umani - e qualunque contatto con loro - verranno da quel momento in poi percepiti come una minaccia potenziale capace di innescare quelle reazioni difensive e di allarme che abbiamo sopra descritto. Se da un lato le risposte a tali esperienze dipendono dal tipo e dalla gravità della tortura, oltre che dal grado di risorse interne alle quali la persona può attingere, esse implicano sempre alterazioni della personalità, disturbi interpersonali e sintomi somatici.

Se è vero che tutti gli esseri umani condividono una stessa risposta di base di fronte a un pericolo, volta ad amplificare la forza e i sensi, per aiutare l'entrata in azione, quando questo tipo di risposte sono evocate troppo spesso e troppo intensamente, per esempio a causa di minacce gravi e perduranti, ecco che i loro effetti fisiologici, divenuti cronici, possono causare una sorta di logorio all'organismo, fino a provocare danni profondi sul corpo e sulla salute fisica e mentale. Molte ricerche, infatti, hanno collegato lo stress cronico a problemi cardiaci, a depressione e ansia, a malattie respiratorie croniche minori, all'alta pressione sanguigna, all'asma e al diabete. In altre parole, la cosiddetta reazione *attacco o fuga*, che può essere un salvavita nel caso di una minaccia fisica immediata e diretta, può diventare dannosa quando lo stress costituisca una condizione cronica e

12. S. Ekbland, H. Prochazka, G. Roth, *Psychological impact of torture: a 3-month follow-up of mass-evacuated Kosovan adults in Sweden. Lessons learnt for prevention*, in *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2002, 412, pp. 30-36; D. Silove, Z. Steel, V. Miles, J. Drobny, *The impact of torture on post-traumatic stress symptoms in war-affected Tamil refugees and immigrants*, in *Comprehensive Psychiatry* 2002, 43, pp. 49-55.; M. Germani, L. Mosca, M. Luci, C. Lai, *Specificity of dissociative disorder in survivors of torture and extreme trauma: Identification of some specific "clusters" in the Dissociative Experience Scale*, in *European Journal of Psychotraumatology*, Supplement 1, 2011.

abituale. Gran parte delle volte, la risposta *attacco o fuga*, passato un pericolo improvviso ma isolato cessa spontaneamente, ma a volte gli effetti dello stress possono permanere per un periodo di tempo esteso, non permettendo all'organismo un ritorno allo stato iniziale. Tale situazione si verifica piuttosto frequentemente nel caso delle condizioni traumatiche prolungate.

Il Sistema Nervoso Autonomo è diviso in due parti dagli effetti opposti. Il Sistema Simpatico (anche detto Ortosimpatico) è quello che rende il corpo pronto all'azione in risposta ai pericoli. Il Sistema Nervoso Parasimpatico, al contrario, compensa l'attivazione e calma il corpo dopo che il pericolo è passato, rallentando il battito cardiaco e riducendo la pressione sanguigna. Di conseguenza, quando il Sistema Simpatico rimane in uno stato di attivazione molto a lungo, si possono produrre vari danni dovuti allo stress cronico[13].

L'*arousal* non riesce a spegnersi completamente, la risposta allo stress si innesca troppo presto oppure troppo frequentemente, di fronte a quegli eventi anche minimi, che psicologi chiamano *trigger* (attivatori).

3. Una nuova teoria per comprendere le reazioni ai traumi: la teoria polivagale di Stephen Porges e la risposta attacco o fuga, congelamento o svenimento (*fight or flight*, *freeze or faint*)

Porges[14] (2014) ha ben descritto come, nella disregolazione traumatica dell'*arousal*, si produca uno squilibrio cronico tra sistema simpatico e sistema parasimpatico. Il sistema di difesa è un sistema arcaico, fa parte di quello che si può chiamare «il cervello rettiliano», cioè il cervello più antico, secondo il grande neurologo McLean. Il cervello monitorizza continuamente la sicurezza dell'ambiente, è particolarmente incline a notare nell'ambiente fattori che indicano pericolo, al di là della volontà. Se ci si trova di fronte a un *pericolo* che in maniera perlopiù automatica viene valutato come *affrontabile*, è il Sistema Nervoso Simpatico (anche detto Ortosimpatico) ad attivarsi prevalentemente, permettendo quella risposta chiamata *attacco o fuga*: i muscoli si tendono, il cuore accelera il suo battito, viene mobilizzata energia attraverso l'aumento della pressione arteriosa e la pronta utilizzazione delle riserve di zuccheri nel sangue, il respiro si accelera, si diventa *ipervigili*, pronti all'azione, ad agire nei confronti del pericolo, a combattere contro l'aggressione oppure a scappare e ad allontanarsi velocemente. Ci si guarda rapidamente attorno, si valuta

13. A. Onofri, C. La Rosa, *Trauma, abuso, violenza. Andare oltre il dolore*, Cinisello Balsamo, Edizioni San Paolo, 2017.

14. S.W. Porges, *The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self*-regulation, New York, Norton, 2011, (Tr. it. *La Teoria Polivagale, Fondamenti neurofisiologici delle emozioni, dell'attaccamento, della comunicazione e dell'autoregolazione*, Roma, Giovanni Fioriti, 2014).

istintivamente le possibilità di averla vinta, si individuano le possibili vie di fuga. Soggettivamente ci si sente tesi, irrequieti, in collera, pronti a scattare.

Se invece si è esposti a una *minaccia* dalla quale non si può sfuggire, perché troppo sproporzionata è l'entità del pericolo rispetto alle proprie forze e alle proprie capacità (per esempio quando si é in presenza di qualcuno che detiene un potere più o meno assoluto sulla persona), oppure perché la minaccia si prolunga indefinitamente o si ripete nel tempo, o ancora perché non esistono possibili vie di fuga (proprio come è il caso di regìmi carcerari crudeli e di esperienze estreme come la tortura), allora è il Sistema Nervoso Parasimpatico ad attivarsi, in particolare quello che Steven Porges ha identificato come Sistema DorsoVagale. In queste condizioni, diminuisce l'afflusso del sangue al cervello e aumenta invece l'irrorazione viscerale, in particolare del tratto gastrointestinale. Si assiste a una tendenza all'immobilizzazione, al blocco delle attività motorie, insomma a una specie di paralisi muscolare. Questo stato rappresenta una risposta estrema di difesa: si tende a stare fermi, a nascondersi, a rimpicciolirsi, a non farsi vedere, a diminuire il più possibile la superficie di contatto tra sé e l'ambiente, anche per *non sentire* (fino a una vera e propria anestesia sensoriale) e allo stesso tempo ci si può sentire storditi, frastornati, incapaci di reagire, ma anche emotivamente lontani, con la sensazione di non capire e di non ricordare, fino ad arrivare a un vero e proprio svenimento o – soprattutto negli animali – alla cosiddetta *morte apparente*. Questo tipo di reazioni avvengono con maggiore probabilità quando ci si trova di fronte alla vista del sangue, quando si stia già subendo una lesione fisica oppure una penetrazione sessuale e non si può fare più nulla per sfuggirvi[15].

Nelle persone gravemente traumatizzate, tali reazioni di allarme tendono per così dire a *cronicizzarsi*, e quindi a riattivarsi di fronte a situazioni ormai anche molto lontane nella realtà dal trauma subìto, ma che – magari solo per qualche aspetto – possono ricordarlo. Tendono cioè a diventare reazioni usuali che caratterizzano la persona stessa, per esempio ogni volta che si trovi esposta a situazioni di interrogatori, esami, richiesta di informazioni, etc.

La teoria polivagale ci ricorda, a tale proposito, che come esiste una *paura agitata che porta all'azione*, esiste anche una *paura passiva che toglie energia e conduce all'immobilità*. Nelle situazioni di ambiente insicuro il pericolo percepito attiva il sistema simpatico, facilitando le reazioni di evitamento attivo, in quel momento adattive in quanto danno la possibilità di attaccare o di fuggire in modo più efficace. In caso di eccessiva attivazione, il sistema simpatico può portare a reazioni disadattive nel senso

15. M. Schauer, F. Neuner, T. Elbert, *Terapia dell'Esposizione Narrativa. Un trattamento a breve termine per i disturbi da stress traumatico*, Roma, Fioriti, 2011.

dell'*iperarousal* (paura incontrollabile, panico, blocco, "congelamento" chiamato *freezing* con un termine anglosassone). Nelle situazioni di minaccia soverchiante, incontrollabile e insormontabile, invece, le reazioni attacco o fuga non sono invece una opzione percorribile e sarà facilitata l'antica via vagale (sistema dorso-vagale) con le reazioni di evitamento passivo (sottomissione, *freezing* passivo, quello stordimento chiamato *numbing*, dissociazione, sensazione di distacco dalla realtà o da se stessi, immobilità e morte apparente). La iperattivazione disadattiva di tale sistema viene detta *ipoarousal*.

In altre parole, quando lo stress è ingestibile, troppo prolungato o grave, come nel caso delle esperienze di tortura, esso può allora diventare davvero tossico.

Antun ha 41 anni, è croato e ne aveva 15 quando è dovuto fuggire dal suo villaggio in Bosnia in seguito alla guerra. Tutti gli abitanti del suo piccolo paese, racconta, sono stati trucidati. Lui imprigionato e vittima di tortura. Lamenta continui dolori alle spalle e alla colonna, verosimile esiti di quelle esperienze. Vive uno stato di continuo annebbiamento mentale, una sensazione di frastornamento e confusione, interrotti da accessi di collera e panico improvvisi. Scappa ogni volta che per la strada incontra un militare. Quando l'infermiere dell'Ambulatorio che lo ha preso in cura tenta di applicargli gli elettrodi per effettuare un semplice ECG, fugge via dall'ospedale, terrorizzato. Durante la guerra ha subìto torture mediante corrente elettrica. L'asilo gli viene rifiutato perché durante l'audizione si contraddice spesso, si ammutolisce all'improvviso, sembra guardare nel vuoto, afferma di non ricordare nulla, sbaglia nomi e date ... .

Alle sofferenze indotte dalla condizione traumatica subita nel Paese di provenienza si possono spesso aggiungere, infine, le difficoltà legate al processo di accoglienza prima, e di integrazione poi, nel Paese di arrivo, nonostante la rete dei servizi e gli innegabili sforzi del sistema di accoglienza italiano. La lentezza nelle procedure per la domanda di asilo, il rischio di espulsione per il Trattato di Dublino, il costante timore di essere rimpatriati, la paura dell'audizione di fronte alle Commissioni preposte al vaglio delle domande, l'isolamento e le difficili condizioni di vita nei Centri di accoglienza – unitamente al grande stress direttamente causato dalla perdita dei propri punti di riferimento culturali e sociali – amplifica i vissuti di dolore e sofferenza, di rabbia, di delusione e insoddisfazione e aumenta la probabilità di sviluppare disturbi psicopatologici fino alla comparsa piuttosto frequente di stati dissociativi. Si parla in questo caso di una sorta di sindrome post-

migratoria[16] che può indebolire ulteriormente la percezione della propria identità – già messa a dura prova dalla migrazione forzata – e quindi la propria capacità di integrarsi nel nuovo contesto.

I quadri clinici appaiono certamente vari, mutevoli nel tempo, multiformi a seconda dei differenti percorsi autobiografici, delle diverse risorse individuali e collettive su cui poter contare, del grado di resilienza personale. In ogni caso, però, appaiono sempre molto suscettibili di improvvisi miglioramenti o peggioramenti sintomatici a seconda del verificarsi di eventi di vita reali e significativi (l'accoglimento o il rifiuto della domanda, innanzitutto, ma anche i cambi di destinazione, i trasferimenti a causa degli accordi di Dublino, le reazioni delle comunità locali che accolgono il richiedente, l'ottenimento o la perdita di un'attività lavorativa o di un alloggio, etc.) che abbiano una ricaduta rilevante sulla stabilità delle condizioni esistenziali[17], primo ed essenziale presupposto per l'eventuale recupero di un benessere psichico.

4. Il trattamento psicologico con i rifugiati e richiedenti asilo

Come abbiamo detto, l'esperienza migratoria incide profondamente sul senso della propria identità e una delle sfide terapeutiche più rilevanti appare proprio quella di aiutare il rifugiato o richiedente asilo a ricostruire un senso di continuità tra «il sé di prima della partenza» e «il sé dopo l'arrivo» (è infatti tipico delle reazioni post-traumatiche vivere l'accadimento traumatico come una sorta di "spartiacque" che configura una rottura esistenziale, un "prima" e un "dopo" l'evento). Piuttosto che concentrarsi esclusivamente sulla desensibilizzazione delle memorie traumatiche, il compito di chi si occupa di salute mentale è quello di aiutarlo a fare nuove esperienze in grado di trasformare e in un certo senso riparare gli stati connessi al trauma. L'obiettivo è quello di creare una "storia di guarigione"[18] che gli permetta di attribuire significato a ciò che si è trovato a vivere. Sostenere la persona sopravvissuta a costruire un progetto migratorio è un fattore fondamentale in questo processo di rinegoziazione del significato della propria esistenza.

Le rassegne più recenti sul trattamento psicologico dei rifugiati mostrano l'efficacia delle terapie specificamente centrate sul trauma[19], fra queste ricordiamo la Terapia

16. M. Aragona, D. Pucci, M. Mazzetti, S. Geraci, *op.cit.;* S. Goosen, K. Stronks, A.E. Kunst, *Frequent relocations between asylum-seekercentres are associated with mental distress in asylum-seeking children: a longitudinal medicalrecord study*, in *International Journal of Epidemiology*, 2014, 43, pp. 94-104.

17. A. Onofri, P. Castelli Gattinara, A. Ciolfi, M. Lepore, S. Ventriglia, *op. cit.*

18. J. Fisher, *Healing the Fragmented Selves of Trauma Survivors. Overcoming internal self-alienation*, New York, Routledge, 2017 (Tr. it. *Guarire la frammentazione del sé. Come integrare le parti di sé dissociate dal trauma psicologico*, Milano, Raffaello Cortina, 2017).

19. J.E. Lambert, O.M. Alhassoon, *Trauma-focused therapy for refugees: Meta-analytic findings*, in *Journal of Counselling Psychology*, 2015, 62, pp. 28-37; C. Acarturk, E. Konuk, M. Cetinkaya, I. Senay, M. Sijbrandij, B. Gulen,

Cognitivo-Comportamentale Focalizzata sul Trauma (TF-CBT), la Terapia di Esposizione Narrativa (NET)[20] e l'EMDR[21]. Quest'ultimo, in particolare, è un trattamento innovativo centrato sugli aspetti sensomotori del disagio psichico che include nella terapia anche la componente corporea dell'esperienza traumatica[22]. Soprattutto nelle vittime di violenza estrema, infatti – ma in generale in chi soffre di un PTSD Complesso – i cambiamenti a livello somatico rappresentano il filo conduttore di tutto il processo di cambiamento[23]. L'esperienza traumatica si caratterizza per la continua percezione di un'assoluta impotenza che si inscrive nel corpo[24]; il suo superamento consiste nel fare in modo che la persona ricordi e senta che in realtà è sopravvissuta, che possa collocare nel passato e archiviare come definitivamente conclusa l'esperienza traumatica[25].

Per le persone gravemente traumatizzate la prima facoltà da ripristinare è la capacità basilare di potersi fidare. Questo diventa possibile solo attraverso un atteggiamento empatico del terapeuta e un'autentica fiducia nelle risorse del rifugiato o richiedente asilo. Lavorare sul trauma, infatti, significa aiutare la persona a ricordare *come* è sopravvissuta, piuttosto che affrontare esclusivamente ciò che si è rotto e che quasi sempre si percepisce come irrimediabilmente danneggiato. Il vissuto d'impotenza e la sensazione di perdita di controllo rispetto alla propria vita, caratteristico delle condizioni di stress estremo, viene contrastato, in primo luogo, dalla possibilità di rispecchiarsi, attraverso la relazione con l'altro, in un'immagine di sé come soggetto della propria esperienza. L'obiettivo è quello di promuovere un processo in cui la persona diventi capace di utilizzare le proprie risorse per

---

P. Cuijpers, *The efficacy of eye movement desensitization and reprocessing for post-traumatic stress disorder and depression among Syrian refugees: results of a randomized controlled trial*, *Psychological Medicine*, 2016, 46 (12), pp. 2583-2593.

20. S. Palic, A. Elklit, *Psychosocial treatment of posttraumatic stress disorder in adult refugees: a systematic review of prospective treatment outcome studies and a critique*, *Journal of Affective Disorders*, 2011, 131, pp. 8-23; K. Robiant, M. Fazel, *The emerging evidence for Narrative Exposure Therapy: a review*, in *Clinical Psychology Review*, 2010, pp. 1030-1039.

21. C. Acarturk, E. Konuk, M. Cetinkaya, I. Senay, M. Sijbrandij, B. Gulen, P. Cuijpers, *The efficacy of eye movement desensitization and reprocessing for post-traumatic stress disorder and depression among Syrian refugees: results of a randomized controlled trial*, *Psychological Medicine*, 2016, 46 (12), pp. 2583-2593; F.J.J. ter Heide, T.M. Mooren, W. Kleijn, A. de Jongh, R.J. Kleber, *EMDR versus stabilisation in traumatised asylum seekers and refugees: results of a pilot study*, in Eur J Psychotraumatol, 2011, 2; P. Castelli Gattinara, S. Pallini, *The use of EMDR with Refugees and Asylum Seekers: a review of Research Studies*, *Clinical Neuropsychiatry*, 2017 (5).

22. F. Shapiro, *Getting Past Your Past: Take Control of Your Life with Self-Help Techniques from EMDR Therapy*, New York Rodale, 2012 (Tr. it.: *Lasciare il passato nel passato. Tecniche EMDR di aiuto-aiuto*, Roma, Astrolabio Ubaldini, 2013).

23. C. La Rosa, A. Onofri (a cura di), *Dal basso in alto (e ritorno). Nuovi approcci bottom-up: terapia cognitiva, corpo, EMDR*, Roma, Edizioni Apertamenteweb, 2017.

24. B.A. Van der Kolk, *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*, New York, Penguin Books, 2015 (Tr. it. *Il corpo accusa il colpo. Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche*, Milano, Raf).

25. F. Shapiro, *op. cit.*

nuove scoperte e connessioni, in modo da recuperare una condizione di benessere psicologico e sociale.

Per aiutare la persona sopravvissuta a esplorare le proprie esperienze traumatiche e sviluppare processi attivi di autoriparazione e crescita, è utile fare riferimento al modello di intervento in fasi proposto da diversi autori per il trattamento di traumi complessi, ponendo l'accento sullo sviluppo della resilienza in ogni fase[26]. Anche la nostra esperienza clinica, condotta nell'ambito dell'Ambulatorio per i Disturbi Post-Traumatici dell'Ospedale Santo Spirito di Roma e dello Sportello di Assistenza Psicologica presso la *Domus Caritatis* di Roma, nell'ambito di un più ampio progetto di ricerca sostenuto dalla *Associazione per l'EMDR in Italia* e da *EMDR Europe*, si è mossa seguendo tale impostazione, cercando di ritagliare il più possibile l'intervento sui bisogni specifici di questa popolazione clinica, non sempre coincidenti con le aspettative teoriche degli operatori della salute mentale. Quasi mai, infatti, un lavoro volto specificamente alla elaborazione dei traumi pregressi è direttamente richiesto dai pazienti, molto più interessati a conseguire vantaggi immediati e percepiti come più rilevanti rispetto alle proprie condizioni attuali di vita, alla riduzione dei sintomi invalidanti (per esempio l'insonnia, gli incubi notturni, gli accessi di collera, le difficoltà di concentrazione o i vissuti somatici) e al controllo delle proprie reazioni in vista della temutissima audizione. Ecco perché il protocollo di intervento proposto dal nostro gruppo clinico e di ricerca prevede una grande attenzione alla prima fase della terapia[27].

La prima fase viene denominata fase della stabilizzazione e della riduzione dei sintomi. In questa fase è importante che ogni intervento venga ritagliato sui bisogni specifici della persona sopravvissuta. Essa si articola in tre momenti:

1. preparazione e stabilizzazione del paziente, attraverso una fase preliminare di: informazione e di cosiddetta psicoeducazione riguardante gli effetti psicologici delle esperienze traumatiche;

2. una precoce e prolungata fase di attivazione delle risorse con l'obiettivo di gestire meglio l'ansia e costruire una narrazione autobiografica più coerente, utile per la preparazione dell'audizione presso la Commissione territoriale per il riconoscimento dello *status* di rifugiato[28]. Nella nostra esperienza, infatti, è proprio a causa della sintomatologia post-traumatica, costituita spesso da amnesie, contraddizioni nel discorso e nei ragionamenti, blocchi improvvisi, difficoltà alla concentrazione e alla rievocazione, che i

26. J. Herman, *op. cit.*; G. Liotti, B. Farina, *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2011.

27. P Castelli Gattinara, A. Onofri, *Efficacy of an EMDR protocol on severe post-traumatic symptomatology in a refugee population: preliminary data*. Workshop at *XVII European EMDR Conference*, Barcelona, 2017.

28. *Ibidem*.

richiedenti possono essere percepiti come menzogneri e quindi le loro domande di asilo rifiutate. Appare pertanto, utile, ai fini di aumentare le probabilità di accoglienza della propria domanda di asilo, aiutare il richiedente a conseguire una maggiore padronanza emotiva sul racconto autobiografico. Questo obiettivo viene in genere raggiunto attraverso un lavoro soprattutto di desensibilizzazione e solo parzialmente di rielaborazione delle memorie traumatiche[29];

3. infine, un'elaborazione di aspetti particolarmente disturbanti dei ricordi traumatici.

La normalizzazione e la contestualizzazione del disagio, unitamente al riconoscimento e alla validazione delle reazioni emotive, promuove la resilienza, aiutando la persona sopravvissuta a dare senso a ciò che sta sperimentando.

Gli obiettivi di questa prima fase sono:

- aumentare le capacità di autoregolazione delle emozioni negative;
- diminuire i sintomi dissociativi e somatici;
- sviluppare le capacità d'integrazione nel nuovo contesto sociale e culturale.

Il vissuto soggettivo delle persone che si sentono sopraffatte è quello di aver perso il controllo sulle proprie reazioni somatiche e sulla propria mente. Il corpo è la sede delle esperienze traumatiche: reagisce e riproduce nel tempo le stesse risposte difensive avute al momento del trauma, il cui ricordo è come se fosse rimasto intrappolato e segregato nelle reti mnestiche cerebrali[30]. Il corpo rimane pertanto attivo anche in situazioni non pericolose e ricorda il trauma sia nella direzione dell'iperattivazione e dell'allarme, sia in quella dell'ipoattivazione e dello spegnimento, che può diventare cronico. Per questo, le persone traumatizzate spesso temono le proprie sensazioni fisiche e cercano in tutti i modi di evitare il proprio mondo sensoriale, anche attraverso amnesie, distacco dalla realtà e a volte anche attraverso una sorta di anestesia sensoriale. La difficoltà a essere in contatto con le proprie percezioni e ad ascoltare i segnali del corpo è una delle cause principali della mancata regolazione emotiva[31].

Poiché la maggior parte delle esperienze traumatiche avviene nel contesto interpersonale e implica la violazione dei confini personali e la perdita di reazioni autonome, è estremamente importante aiutare le persone a riguadagnare una sensazione fisica di controllo e di capacità di proteggersi, lavorando sulla creazione di confini ed esplorando modi di regolare l'*arousal* fisiologico. Le persone sopravvissute a traumi estremi devono imparare a sentire il corpo come risorsa e a familiarizzare con le proprie sensazioni corporee nel qui e ora.

---

29. *Ibidem*.
30. A. Onofri e C. La Rosa 2017, *op. cit.*
31. *Ibidem*.

Diversi esercizi somatosensoriali e di *mindfulness* contribuiscono a promuovere la regolazione emotiva e aiutano il corpo a imparare che la sofferenza e il pericolo sono ormai davvero passati[32].

Fra questi ci sono sembrati particolarmente utili:

- il *Security Check* e il *Grounding*, finalizzati ad ancorare la persona nella sicurezza del presente;

- l'individuazione e il consolidamento delle risorse della persona, cioè tutte quelle competenze, capacità, oggetti, relazioni che incrementano il senso di sicurezza di sé, il collegamento con, e viceversa, la differenziazione dagli altri;

- l'analisi e il potenziamento dei confini interpersonali per facilitare il superamento delle difficoltà interpersonali che derivano dall'esperienze avverse subite;

- tecniche di rilassamento come l'esercizio denominato «*il posto sicuro*» o quello chiamato «*i quattro elementi*», che favoriscono una esperienza di tranquillità e sicurezza quando si è troppo attivati dai ricordi traumatici[33].

In questa fase, riteniamo che la modalità di lavoro in gruppo possa risultare particolarmente utile nell'offrire un intervento precoce riguardo la salute psichica. A nostro avviso, il gruppo può rivelarsi una eccellente risorsa per diversi motivi: per il grande numero di rifugiati e richiedenti asilo su cui intervenire e lo scarso personale specialistico a disposizione; per la possibilità di condividere le emozioni e di rispecchiarsi in altri che hanno avuto esperienze simili; per la possibilità di graduare meglio l'esposizione personale che a volte è troppo elevata nel *setting* individuale, per incrementare un'attitudine cooperativa tra persone che partecipano di una stessa condizione di vita; infine, per il terapeuta, che ha così la possibilità di individuare precocemente i soggetti più vulnerabili da un punto divista psicopatologico.

Nella nostra esperienza clinica[34] abbiamo rilevato che il gruppo, soprattutto se formato da utenti provenienti da uno stesso Paese e con un substrato culturale comune, è stato un potente catalizzatore di cambiamento: ha facilitato l'espressione e la condivisione delle esperienze avverse, in particolare quelle che implicavano vergogna e umiliazione, e ha portato alla diminuzione dei meccanismi di difesa dissociativi così frequenti in questa popolazione clinica.

Nella seconda fase, la possibilità di esplorare la propria storia traumatica è strettamente legata alla costruzione di una narrazione coerente ai fini dell'audizione presso

32. P. Ogden, M. Kekuni, C. Pain, *Il trauma e il corpo: manuale di psicoterapia sensomotoria*, Sassari, Istituto di Scienze Cognitive, 2012; Shapiro, *op. cit.*

33. A. Onofri e C. La Rosa 2017, *op. cit.*

34. P. Castelli Gattinara e A. Onofri 2017, *op. cit.*

la Commissione territoriale al fine di ricevere lo *status* di rifugiato. È noto, infatti, come le persone vittime di traumi multipli e ripetuti siano spesso incapaci di collocare nel tempo e nello spazio gli eventi accaduti. Questo comporta quei fenomeni di incertezza nel discorso, di amnesie e blocchi, di contraddizioni, cui abbiamo già accennato e che possono essere alla base di rifiuti delle domande di asilo. In questa fase, pertanto, il lavoro clinico si concentra prevalentemente sulla elaborazione di piccoli frammenti delle terribili esperienze vissute e su quei comportamenti e processi mentali che permettano il superamento della tendenza all'evitamento e alla dissociazione. Diversi approcci si sono rivelati utili per questa finalità: fra questi possiamo ricordare la NET[35] con l'esercizio denominato «la linea della vita», finalizzato alla ricostruzione cronologica attiva della memoria autobiografica/episodica, e le procedure EMDR specifiche per l'elaborazione degli eventi recenti[36]. Il compito del terapeuta è quello di assistere il sopravvissuto nel riorganizzare i ricordi, l'obiettivo è quello di una elaborazione progressiva delle sue esperienze finalizzata al consolidamento della sua capacità di padroneggiare gli stati emotivi in una spola continua fra stabilizzazione ed elaborazione. Fornire questo tipo di aiuto, volto a gestire meglio il difficile scoglio emotivo della audizione permette alla persona sopravvissuta di sperimentare il terapeuta come una vera nuova risorsa relazionale; inoltre sviluppare un racconto in grado di integrare diverse esperienze di sé facilita la possibilità di immaginarsi un futuro.

Successivamente, quando la persona sopravvissuta abbia finalmente raggiunto una condizione di una certa stabilità giuridica e sociale – e solo se soggettivamente lo riterrà necessario – potrà essere utile un trattamento psicoterapeutico più approfondito sull'intera storia traumatica, che consenta una piena integrazione delle esperienze avverse e la riorganizzazione della propria identità alla luce della nuova condizione di vita.

5. La presa in carico del rifugiato o richiedente asilo traumatizzato

La presa in carico di persone sopravvissute a traumi estremi costringe chi si occupa di salute mentale a vivere emozioni e relazioni complesse: il contatto quotidiano con i vissuti soggettivi e la usuale intensa sofferenza di queste persone, infatti, attiva facilmente stati emotivi difficili da gestire. Per questa ragione, è fondamentale che il terapeuta sia

35. M. Schauer, F. Neuner, T. Elbert, *op. cit*.

36. M. Lehnung, E. Shapiro, M. Schreiber, A. Hofmann, *Evaluating the EMDR Group Traumatic Episode Protocol With Refugees: A Field Study*, in *Journal of EMDR Practice and Research*, 2017, 11, p. 3; P. Castelli Gattinara, A. Onofri, C. Angelini, *The EMDR Approach Used As A Tool To Provide Psychological Help To Refugees And Asylum Seekers*, in M. Nickerson (Ed), *Cultural Competence and Healing Culturally Based Trauma with EMDR Therapy*, New York, Springer, 2017, pp. 129-144.

consapevole delle proprie modalità di avvicinamento alla sofferenza e della risonanza interiore prodotta dall'esperienza di chi è sopravvissuto.

Come già detto, la creazione di un'atmosfera di sicurezza e la costruzione di un rapporto di fiducia sono elementi fondamentali per aiutare la persona a sviluppare quei vissuti generalmente associati alla capacità di resilienza come il senso di sicurezza, di efficacia personale e di apertura verso gli altri. Alcune forme di relazione interpersonale possono far accrescere le risorse personali mentre altre possono favorire una vulnerabilità. È pertanto importante che il clinico sia consapevole del tipo di rapporto che instaura con la persona sopravvissuta e sia in grado di modulare la relazione in modo adeguato ai suoi bisogni. Perché questo sia possibile, egli si deve rendere conto delle due trappole principali in cui può incorrere nel rapporto con il rifugiato o richiedente asilo: da un lato la tendenza a identificarsi facendosi coinvolgere troppo nella relazione, dall'altro la spinta a evitare quella sofferenza confermando nel sopravvissuto la sensazione che la sua storia non sia raccontabile e credibile. È necessario, inoltre, che chi si occupa di salute mentale sia sensibile alla dimensione culturale di cui il sopravvissuto è portatore, senza omologare la sua sofferenza alla propria cultura, ma considerandola come ciò che emerge dall'intreccio tra il mondo da cui viene e quello in cui ha iniziato, da più o meno tempo, a vivere. Un terapeuta che si ponga in un rapporto di reciprocità paritetica all'interno di una relazione cooperativa e che mostri un atteggiamento aperto e curioso verso la cultura del paziente desiderando apprendere qualcosa da lui[37], pone le basi per la costruzione di un rapporto di fiducia non unidirezionale. La figura del mediatore linguistico e culturale assume, in quest'ottica, un ruolo chiave per la creazione di una buona alleanza terapeutica e una corretta presa in carico del paziente aiutando ad interpretare i riferimenti sociali, morali e cognitivi della sua cultura di provenienza[38].

6. Il rischio di *burn out* e di traumatizzazione vicaria per gli operatori

Il termine trauma vicario si riferisce alla trasformazione, in senso negativo, che si verifica nell'esperienza interiore dell'operatore esposto ripetutamente al dolore e alla sofferenza altrui[39]. Tale trasformazione è pervasiva, incide sull'identità dell'individuo e sulla sua visione del mondo. È proprio il coinvolgersi in una relazione empatica che produce un possibile "contagio" del dolore e della sofferenza, sia a livello conscio sia inconscio, dalla persona traumatizzata al clinico (si parla per queste situazioni, anche di

37. J. Spierings, *Multi-Cultural EMDR*, Paper presented at the *EMDR Europe Conference*, Amsterdam, 2009.

38. MSF, *Traumi ignorati*, cit.

39. C. Imperatori, B. Farina, C. Bossa, *Il dolore degli altri: il trauma vicario negli psicoterapeuti*, in E. Faretta, *L'EMDR in psiconcologia*, Milano, Mimesis, 2014, pp. 91-111.

«traumatizzazione terziara», che può riguardare non solo i tecnici della salute mentale, ma anche i mediatori, i giudici o quanti raccolgono le testimonianze di esperienze terribili come quelle che possono a volte riportare le vittime di tortura[40]. I recenti dati delle neuroscienze ci mostrano, attraverso la scoperta dei neuroni specchio, quanto empatizzare con il disagio delle persone traumatizzate significhi provare realmente una sofferenza che – se non adeguatamente gestita – può essere assorbita e accumulata, producendo una serie di effetti negativi sul mondo interiore e interpersonale del terapeuta (o delle altre figure professionali che abbiamo appena citato). L'operatore può provare un senso di svuotamento ed esaurimento emotivo, può sentire di non avere più fiducia nelle altre persone e di non avere controllo sulla propria vita; può sviluppare una difficoltà a gestire le proprie reazioni emotive o sperimentare addirittura pensieri o immagini intrusivi relativi all'esperienza traumatica del sopravvissuto. Sono comuni sintomi quali affaticamento, irritabilità, depressione, somatizzazioni e sentimenti d'inadeguatezza e inutilità.

La prevenzione e la cura del trauma vicario passano attraverso due strade: la prima riguarda l'individuazione dei fattori di rischio personali e istituzionali, la seconda riguarda il miglioramento delle condizioni lavorative. Per trattare e prevenire l'impatto negativo delle esperienze traumatiche, è necessario:

- evitare un eccessivo carico di lavoro e diversificare l'attività che si svolge in modo che non si accumuli l'affaticamento psicologico dovuto allo stare in continuo contatto con la sofferenza e il dolore;
- sviluppare una metodologia di lavoro che permetta la condivisione con i/le colleghi/e delle esperienze emotive collegate ai vissuti traumatici delle persone sopravvissute;
- usufruire di una supervisione in cui il clinico possa esprimere paure, inadeguatezze e timori; i vissuti e i loro effetti nocivi possono essere così contenuti, affrontati e normalizzati;
- trovare il giusto equilibrio tra lavoro e vita privata. Bisogna evitare, infatti, che il lavoro soffochi l'individuo portandolo a trascurare la propria famiglia, gli amici, gli interessi personali, etc.

7. Conclusioni

Il lavoro con i sopravvissuti a traumi estremi comporta un progetto terapeutico che non può essere lineare e rigido, ma necessariamente organizzato su più livelli (psicologico, sociale, culturale). Un elemento centrale del trattamento è la costruzione di una relazione terapeutica paritetica e collaborativa che faciliti la costruzione di un legame fra la cultura

40. A. Onofri e C. La Rosa 2017, *op. cit.*

del Paese di provenienza e quello di arrivo; per questo è fondamentale che il terapeuta sia disponibile a riflettere sull'"alterità" del suo paziente ponendosi in un atteggiamento di apertura e reciproco scambio. L'enfasi terapeutica deve essere sempre posta sullo sviluppo della resilienza e sul potenziamento in ogni fase del processo terapeutico, con una particolare attenzione alle condizioni reali di vita e dell'accoglienza che possano davvero favorire il superamento degli eventi traumatici vissuti, o, al contrario, costituire dei fattori di ritraumatizzazione. Con i migranti appena sbarcati, e che ancora non hanno ricevuto il permesso di soggiorno, un intervento psicologico di gruppo può essere più proficuo, sia perché favorisce la condivisione di esperienze, sia perché limita una eccessiva esposizione alle esperienze traumatiche. La condizione di incertezza in cui si trovano a vivere al momento dell'accoglienza, infatti, rende molto difficile e assolutamente prematura una elaborazione delle esperienze traumatiche, che sarà possibile solo dopo aver raggiunto delle condizioni almeno minime di stabilità. Questo tipo di intervento inoltre può costituire un primo *screening* per individuare i soggetti che presentano un alto rischio di vulnerabilità psichica e indirizzarli verso i servizi più adeguati.

Per concludere, vogliamo sottolineare come le metodologie cliniche messe a punto per superare i disturbi psicopatologici, quasi sempre connessi alle esperienze traumatiche subite, debbano necessariamente coniugarsi con un processo di integrazione in grado di offrire, al richiedente asilo traumatizzato, la possibilità di costruire un progetto di vita, che costituisce un fattore fondamentale per la salute mentale di ogni individuo.