



L'assistenza e la tutela della salute mentale dei richiedenti asilo e titolari
di protezione internazionale
Ferrara 21 Settembre 2023

Prevenzione e gestione della Traumatizzazione Vicaria

Dott.ssa Maria Guerra
Psicologa - Psicoterapeuta
Uosd Centro Samifo Asl Roma 1
maria.guerra@aslroma1.it





Ministero della Salute

Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale

Roma, 22 marzo 2017

*“Infatti il personale coinvolto nell’assistenza, nel trattamento e nella riabilitazione delle vittime di tortura, ma anche quello coinvolto nel controllo e nella valutazione delle domande di protezione, si trova di fronte alla **multidimensionalità** e alla **complessità dei bisogni delle vittime**, sia di salute che relazionali, legali, economici, sociali. E’ pertanto necessario essere consapevoli che l’impatto emotivo, dovuto alla drammatica storia dei RTP, nonché fattori individuali e organizzativi possono determinare il possibile sviluppo di malattie da stress lavoro-correlate negli operatori”*



Ministero della Salute

Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale

Roma, 22 marzo 2017

“E’ pertanto necessario elaborare piani d’azione per ridurre al minimo i rischi che tengano in considerazione alcuni elementi quali la selezione degli operatori che devono lavorare con RTP e vittime o testimoni di violenze estreme, la valutazione e il monitoraggio della loro risposta emotiva, l’ambiente e le condizioni di lavoro, la formazione degli operatori su come riconoscere i segni dello stress in se stessi e nei colleghi di lavoro e come affrontare le reazioni emotive delle vittime di tortura”

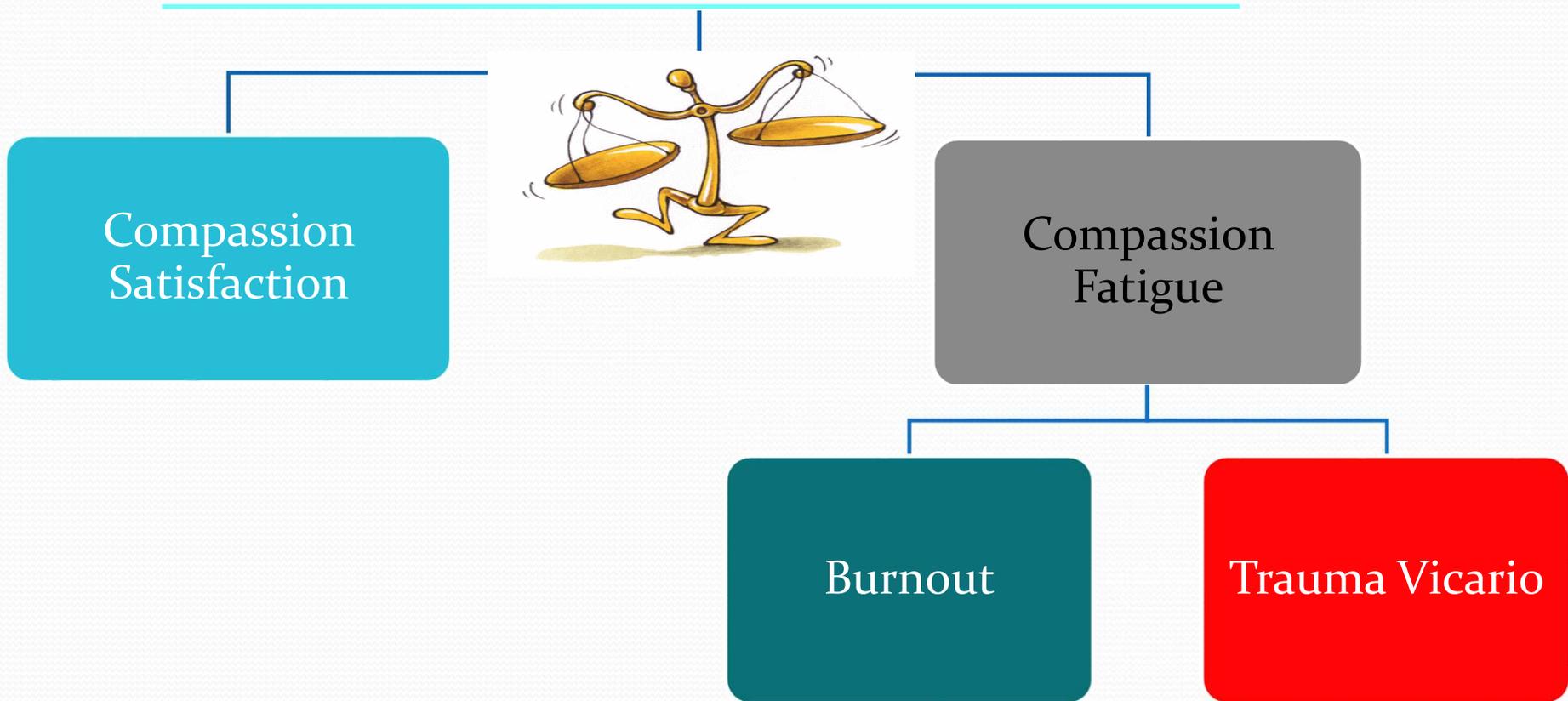
Compassion Fatigue /Compassion Satisfaction

- **Compassion fatigue** il termine è stato impiegato per definire uno stato di tensione e preoccupazione, disagio psicologico conseguente al vivere costantemente in contatto con il dolore altrui , il costo emotivo della cura che può manifestarsi in chi è frequentemente o stabilmente esposto alla sofferenza (C.Figley, 2002).

Ditress cronico di chi si occupa quotidianamente del dolore e della sofferenza di chi esercita quotidianamente la **compassione** cioè il tentativo di **comprendere la sofferenza altrui e cercare di porvi rimedio eliminando le cause.**

Ciò che ci faceva sentire soddisfatti, capaci, sintonici anche con i colleghi, (Compassion Satisfaction) gradualmente, nel tempo ci affatica, diminuisce, ci fa sentire insoddisfatti. Ci siamo spesi troppo , siamo entrati troppe volte in relazione con il dolore e la sofferenza.

- **PROFESSIONAL QUALITY OF LIFE SCALE (PROQOL)** un test di autovalutazione dello stress che aiuta a misurare la propria “temperatura emotiva” e le proprie risorse interiori.



BURNOUT

- L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce il burnout **"una sindrome concettualizzata come conseguenza di stress cronico sul posto di lavoro non gestito con successo"**, includendolo nella nuova versione dell'undicesima International Classification of Diseases (Icd-11) inserendolo nel capitolo "dei fattori che influenzano lo stato di salute": Sono tre le caratteristiche individuate: "senso di esaurimento o debolezza energetica; aumento dell'isolamento dal proprio lavoro con sentimenti di negativismo o cinismo e ridotta efficacia professionale". Il burnout si riferisce - secondo la classificazione - specificamente ai fenomeni nel contesto occupazionale e non dovrebbe essere applicato per descrivere esperienze in altri ambiti della vita.

BURNOUT

- 1930, apparso per la prima volta nel mondo dello sport per indicare l'incapacità di un atleta, dopo alcuni successi, di ottenere ulteriori risultati e/o mantenere quelli acquisiti, esaurimento psicofisico ed emozionale, la persona scoppia
- Negli anni '70 negli Stati Uniti si è incominciato a parlare di Burnout in riferimento a una sindrome tipica delle professioni di aiuto
- C. Maslach nel 1975, ha utilizzato questo termine per definire una sindrome i cui sintomi evidenziano una patologia comportamentale a carico di tutte le professioni ad elevata implicazione relazionale.

BURNOUT

- Esaurimento emotivo in cui prevale la risposta adattiva disfunzionale di fronte alle eccessive richieste dovute al contatto con la gente, rispetto alle risorse disponibili
- Spersonalizzazione : atteggiamento freddo e distaccato nei confronti del lavoro e delle persone, diminuzione del il proprio coinvolgimento emotivo come tentativo di proteggere se stessi dall'esaurimento e dalla delusione, indifferenza, mancanza di prospettiva futura

La riduzione delle capacità personali cioè ridotta motivazione al successo, diminuzione dell'autostima e delle capacità di affrontare le condizioni di fatica del lavoro

C.Maslach 1992



BURNOUT

- Relativo alla sensazione di essere sovraccarico
- Non siamo soddisfatti del lavoro
- Può verificarsi in qualsiasi ambiente professionale
- Progredisce gradualmente come risultato di esaurimento emotivo, cinismo e sentimenti di inefficacia.
- Può anche essere inteso come un meccanismo di difesa adottato dagli operatori per contrastare le condizioni di stress lavorativo determinato da uno squilibrio tra richieste/esigenze lavorative e risorse disponibili
- NON porta a cambiamenti nella fiducia, sentimenti di controllo, problemi di intimità, problemi di sicurezza e immagini traumatiche invadenti che sono alla base del trauma vicario.



Il Trauma Vicario

Con gli occhi di chi aiuta

Le possibili conseguenze di chi lavora con le
vittime di di trauma



“Se ora passiamo ad esaminare le esperienze che hanno avuto conseguenze traumatiche nei nostri pazienti, vi troviamo eventi violenti che vanno dal vivere costantemente sotto una condizione di guerra nell’infanzia, fino alla tortura da adulto, passando attraverso abuso/violenza fisica e/o sessuale, perdite traumatiche improvvise e violente, prigionie, neglect severo, e molte altre. Ma quello che è importante sottolineare è il fatto che non è necessario che il soggetto sia stato direttamente vittima di tali violenze per sviluppare una patologia post-traumatica: basta che abbia assistito come testimone diretto a quanto è accaduto, o che in particolari condizioni abbia anche solamente ascoltato il racconto di tali violenze. Quest’ultimo è quello che si chiama trauma vicario, la forma di trauma cui siamo esposti tutti noi nell’esercizio del lavoro, e tutto il personale che spesso con scarsa formazione viene arruolato nei campi di accoglienza ed esposto al trauma e alla sua narrazione “ (E.Vercillo M.Guerra a cura di, “Clinica del trauma nei rifugiati” Un manuale tematico, Mimesis 2019)”

Trauma vicario

- Tutti gli operatori che partecipano alla presa in carico di utenti portatori di storie di fuga, di disagio di sofferenze **entrano in uno spazio di condivisione di tematiche e vissuti dolorosi e angoscianti.**
- Sono esposti non solo al racconto dei traumi sofferti da altri, ma alle conseguenze che questi hanno determinato e che entrano nella relazione
- (sintomi, mancanza di fiducia, paura...)

Gli specialisti (psicologi-psichiatri) che prendono in cura persone portatrici di intense storie traumatiche sono particolarmente a rischio, ma hanno strumenti che derivano dal loro bagaglio professionale, maggiore è il rischio per chi, come il **mediatore** o l'operatore generico del centro d'accoglienza, per esempio non possiede una formazione e una preparazione specifica

L'esposizione al trauma e alla sua narrazione

- gli operatori socio-sanitari, delle aziende sanitarie pubbliche e di enti, associazioni ed organismi di tutela dei RTP;
- **i mediatori linguistico-culturali** che entrano in contatto con i RTP, compresi i mediatori presso i Tribunali competenti;
- gli operatori delle Prefetture, Questure, Capitanerie di porto, Marina Militare, Guardia di finanza, Autorità aeroportuali e di frontiera;
- gli operatori dei centri di primo soccorso, di accoglienza ed identificazione;
- i componenti le Commissioni Territoriali per l'esame della domanda di asilo;
- i componenti la Commissione nazionale per il diritto d'asilo;
- avvocati e/o operatori legali che sostengono i RTP nella fase di domanda di protezione o di ricorso;
- operatori scolastici ed altri operatori che per il loro ruolo entrano in contatto con i RTP.



Trauma Vicario

Abbiamo sviluppato un trauma pur non
avendolo vissuto, né visto, ma solo ascoltato
... ascoltato ... e ascoltato ...

le storie di chi ne è rimasto vittima



Ascolto

Ascoltare

significa Comprendere

Ascoltare significa comprendere all'interno di una relazione di fiducia di buona qualità affettiva e percepite condizioni di fiducia e di sicurezza

Comprensione che necessita dell'accesso ai rispettivi sistemi di riferimento, visioni del mondo dove il ruolo del mediatore è fondamentale



Trauma Vicario

Quindi

svilupperà un trauma Vicario il personale di assistenza che se pur in forma attenuata presenterà i sintomi del PTSD nelle sue varie componenti



Trauma Vicario

- FENOMENI INTRUSIVI (flashbacks, incubi)
- EVITAMENTO (esterno ed intrapsichico, interno)
- HYPERAROUSAL (ansia, reazioni d'allarme, etc)
- HYPOAROUSAL (sonnolenza, astenia, concentrazione, 'depressione')



Trauma vicario

Quando pur non avendo vissuto un evento traumatico né essendone stati testimoni, ma solo per essere stati esposti al racconto delle storie dei nostri pazienti che sono stati vittima di un trauma **qualcosa si rompe**

I sintomi sono gli stessi del PTSD ma oltre ad avere una sintomatologia ipo o iperattivante pensieri intrusivi etc.... abbiamo anche un cambiamento delle cognizioni dell'immagine del mondo e di noi stessi



Trauma Vicario

La traumatizzazione vicaria, modifica in negativo gli schemi cognitivi e le modalità di lettura del proprio lavoro e della realtà, a causa dei processi di empatia, immedesimazione e coinvolgimento emotivo con persone travolte da eventi ad altissimo impatto emotivo. Mc Cann I.L. e Pearlman L.A. (1990)

Trauma Vicario

Mi accade per esempio di.....

- Non ricordare aspetti importanti del mio lavoro
- Avere problemi di sonno
- Essere assalito da improvvisi e involontari pensieri anche spaventosi relativi alle storie e ai vissuti delle persone che aiuto
- Evitare situazioni che mi ricordano esperienze spaventose subite dalle persone che aiuto
- Sobbalzare per rumori imprevisti
- Sentirmi depresso a causa delle esperienze vissute dagli altri
- Sentirmi come se stessi sperimentando su me stesso il trauma delle persone che sto aiutando
-



Trauma Vicario

....Oppure...

Pensare continuamente ad un paziente fuori dal lavoro ,
essere arrabbiati o frustrati per le scelte di un paziente,
provare disagio o paura quando si prevede di incontrare un paziente

sentirsi impotente ,
avere alterazioni fisiche ascoltando le storie del paziente (aumento di
frequenza cardiaca, nausea, respiro rapido ...),
Piangere



RIATTIVAZIONE DELLE MEMORIE TRAUMATICHE



Fattori di rischio

Fattori personali

Storia (traumi personali)

Circostanze di vita attuali

Personalità e stile di coping

Aspettative irrealistiche

Ruolo professionale /grado di esposizione

Tendenza all'isolamento e al non chiedere aiuto o confrontarsi con i colleghi

Confini lassi tra la vita professionale e quella personale

Difficoltà a mantenere un'adeguata distanza relazionale

Eccesso di fatica non riconosciuta

Poca attenzione alle esigenze personali



Fattori di rischio

Uno dei fattori di rischio è la difficoltà di mantenere un'adeguata distanza relazionale , mantenere i confini , dovuto a un'eccessiva sensibilità o una malintesa empatia.

Empatia

Si svolge principalmente a livello cognitivo permettendoci a livello speculare di comprendere cosa sta sentendo l'altro

è la capacità di comprendere gli altri come differenti da me: posso comprendere le emozioni dell'altro ma avere sempre presente che sono differenti dalle mie

“ L'altro sta male per la sua storia che non è la mia chi è empatico partecipa, non si fonde con l'altro

Se ci fondiamo, non manteniamo i confini, se l'empatia è più emotiva (Simpatia, patire insieme) possiamo essere sopraffatti dalle emozioni confondendo quello che è mio da quello che è dell'altro

- 
- Nel setting di lavoro per la forza e l'intensità dei vissuti che emergono, nei centri d'accoglienza per la prossimità quotidiana e continua con l'utente portatore di disagi e sofferenze si verifica il rischio di una **con-fusione** con l'altro, cioè di una **fusione-con** l'altro.
 - Il mediatore per esempio è spesso è l'unico punto di riferimento, fratello, alleato per l'utente e l'utente, come figura sofferente, può divenire oggetto di identificazione per l'operatore.

Partecipazione VS fusione

- La fusione tocca i nostri problemi irrisolti
- Essere in sintonia/in risonanza/confine sano
- **È essenziale avere o sviluppare confini sani persone i cui confini sono stati così abusati/rotti, potrebbero avere difficoltà a mantenere i confini appropriati.**
- Quando il confine non è sano non stiamo bene finché le persone di cui ci prendiamo cura non stanno bene
- Pensiamo di essere indispensabili, siamo gli unici che possono aiutare, disconosciamo le capacità degli altri
- I confini si sfumano: facciamo gli straordinari, rimaniamo in ritardo, iniziamo ad occuparci delle loro cose, facciamo dei sogni su di loro



Fattori di rischio

Fattori strutturali

Scarsa o nulla organizzazione del lavoro

Scarsa o nulla definizione dei ruoli e dei compiti

Insufficienza e inadeguatezza delle risorse e degli strumenti a disposizione,

Mancanza di formazione del personale

Ostacoli burocratico - organizzativi e gestionali.

FATTORI PROTETTIVI

Fattori personali:

- Mantenere un'adeguata distanza relazionale , mantenere i confini (Stare dentro la relazione per capire e fuori per curare)
- Non confondere il personale e il professionale
- La definizione chiara dei ruoli, dei contesti
- Conoscere i meccanismi del trauma e sapere riconoscere i segnali
- Riconoscere in se stessi i sintomi di un eccessivo stress
- Sapere 'ricaricare le batterie' non quando è necessario, ma con regolarità
- Non essere sovraccaricati di aspettative irrealistiche e impossibili da raggiungere
- Conoscere il limiti del proprio lavoro
- Sentirsi parte di un gruppo di lavoro : come la dimensione del gruppo, della comunità, è fondamentale nell'attività di cura, riabilitazione e integrazione dei migranti forzati, così lo è anche nel prendersi cura di sé degli operatori che a vario titolo lavorano con loro.

Fattori strutturali :

- Assicurare un contesto lavorativo nel quale siano presenti gruppi di operatori multiprofessionali e interculturali specializzati;
- Chiara definizione dei ruoli e dei compiti
- Buona organizzazione del gruppo di lavoro con scopi, obiettivi, mezzi e verifiche periodicamente riaffermati e nel caso modificati
- Riunioni periodiche , gruppi di lavoro , come momento di riflessione sui casi e ricerca di strategie di intervento (ma non eccessivi tanto da risultare fagocitanti)
- Rotazioni tra gruppi di lavoro per conoscere altre esperienze
- Supervisioni esterne (sempre all'interno di un contesto di lavoro non focalizzate su temi personali che se emergono devono essere inviati a percorsi in altra sede) .
- Formazioni



Preparazione e training

Consapevolezza

Cura dell' ambiente

Fattori di protezione

Risorse adeguate

Supervisione e
formazione continua

Gratificazione

Condivisione delle regole

Carico di lavoro

Monitoraggio

Supporto continuo



Cosa fare

- Riconoscere la sintomatologia
- Confrontarsi con i colleghi e con il gruppo di lavoro
- Rivolgersi ad uno specialista
- E' importante conoscere non solo come funziona l'altro e come affrontare i problemi che porta, ma anche come funzioniamo noi per evitare e prevenire che i nostri problemi entrino nel nostro lavoro e lo danneggino o viceversa il nostro lavoro possa danneggiare noi e la nostra vita privata e circolarmente la relazione di aiuto

- Se il **tempo dell'accoglienza, dell'ascolto, della cura dell'incontro** con l'altro è un tempo di prossimità dentro una dimensione di mediazione, intesa come scambio e partecipazione spesso dolorosa, difficile, rischiosa si deve poi ritrovare un **tempo della cura di sé**, dove il mediatore, l'operatore, etc ...si distanzi dall'utente per ricostruire la propria identità personale e professionale.

Come?





Spazi più strutturati

Che interrompano la pratica strettamente operativa per dedicarsi alla riflessione, alla rielaborazione e alla condivisione con i colleghi delle esperienze fatte e alla costituzione o ricostruzione dei legami relazionali e del senso del gruppo.

Formazione

Lavoro di équipe

Supervisione



Samifo

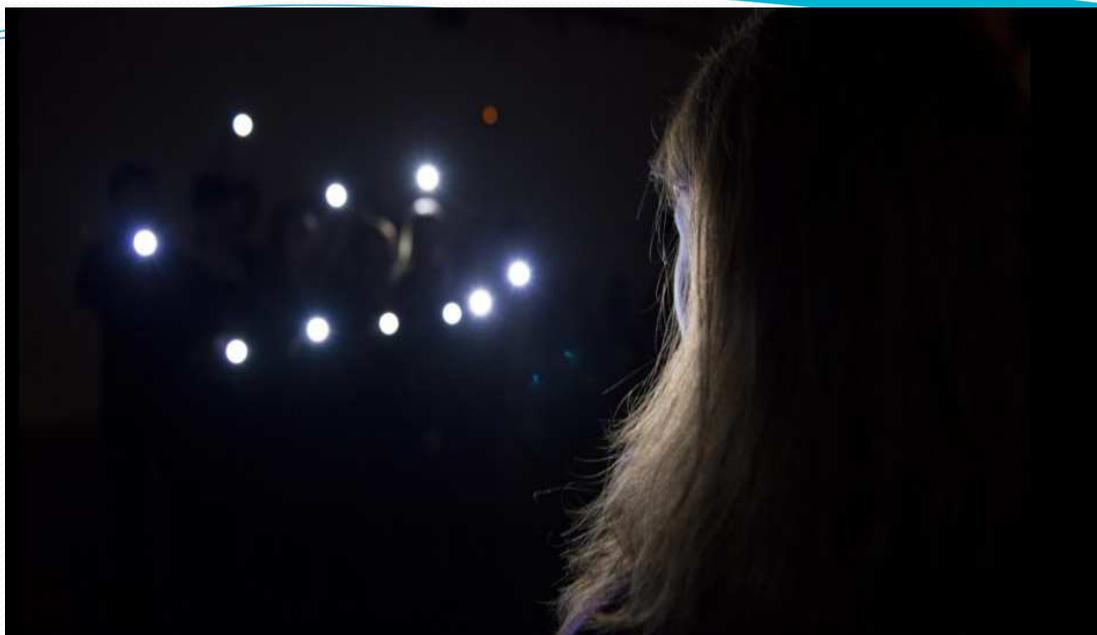
- Formazioni interne
- Formazioni esterne
- Riunioni di equipe dedicate alla discussione casi
- Riunioni di equipe organizzative
- Supervisioni dedicate mediatrici ucraine e ambulatorio ginecologia
- Attenzione alla figura del mediatore
- Sentirsi parte di un gruppo
- Mindfulness

•o meno....

- Yoga/ Tai Chi /Danza
- Mindful eating
- Scrivere un diario
- Cantare
- Viaggiare
- Terapia personale
- Mangiare regolarmente
- Dormire
- Accrescere la spiritualità
- Coltivare Hobbies,
- Sports
- Attività creative
- Cinema
- Animali domestici
- Mettere confine tra lavoro e vita private
- Massaggi

- Aromaterapia
- Bagni caldi rilassanti
- Andare in bicicletta, correre
- Stare con gli amici
- Sesso
- Ridere
- Fare attività di meditazione
- Giardinaggio
- Rallentare
- Prendersi delle pause
- Fare esercizio fisico, rilassamento, meditazione





... Creativi!



“Non Sono Ancora Capace a Disegnare”

Associazione Maigret & Magritte
S.C.D.U Struttura Complessa a Direzione Universitaria
di Neuropsichiatria infantile, O.I.R.M. Ospedale
Infantile Regina Margherita e A.O.U. Azienda
Ospedaliera Universitaria Città della Salute e della
Scienza di Torino

Una stanza tutta per se'

