Imparare, comprendere, agire consapevolmente

Informazioni per collaboratori e volontari che lavorano a contatto con rifugiati traumatizzati



Impressum

1ª edizione agosto 2018

Editore / Copyright:

Croce Rossa Svizzera
Dipartimento Sanità e integrazione
Ambulatorio per le vittime della tortura e della guerra
Werkstrasse 16, 3084 Berna-Wabern
Telefono: 058 400 47 77

E-mail: GI.Ambulatorium@redcross.ch www.redcross.ch/ambulatorio www.torturevictims.ch

Autrice:

Viktoria Doll, Croce Rossa Bavarese, rielaborato da Croce Rossa Svizzera, Dipartimento Sanità e integrazione

Editore originale:

Croce Rossa Bavarese, prodotto con il finanziamento di una donazione privata

Foto: © CRS

Realizzazione grafica, layout e stampa: graphic-print CRS

Indice

I. Conoscenze di base sul trauma e i disturbi post-traumatici da stress

- 1. È tutto un trauma? | 5
- 2. C'è trauma e trauma | 6
- 3. Lottare, fuggire o «fare il morto»? | 8
- 4. Cosa succede nel cervello? | 10
- 5. Conseguenze di un trauma | 12
- 6. Particolarità nei bambini e negli adolescenti | 14
- 7. Fuga come processo traumatico | 16

II. Lavorare a contatto con rifugiati traumatizzati

- 1. Attitudine sensibile al trauma | 18
- 2. Trasmettere sicurezza, facilitare la stabilizzazione | 20
- 3. Evitare i «trigger» è possibile? | 22
- 4. Come comportarsi di fronte alle dissociazioni | 24
- 5. Quando chi aiuta ha bisogno di aiuto | 26

III. Dove trovano aiuto i rifugiati traumatizzati | 29

Avvertenza: le foto non hanno alcun rapporto con le persone menzionate nei testi.



I. Conoscenze di base sul trauma e i disturbi post-traumatici da stress

1. È tutto un trauma?

Nel linguaggio quotidiano il termine «trauma» è ormai sulla bocca di tutti. I giornali parlano di calciatori «traumatizzati» solo perché non riescono a superare una sconfitta a una partita di finale. Per rispetto nei confronti delle persone veramente traumatizzate e del loro vissuto è invece importante usare questo termine in modo consapevole e professionale.

La parola trauma deriva dal greco e significa **ferita, lesione**. Nel caso del trauma cranico, per esempio, la lesione colpisce il cervello, mentre nel trauma psicologico il danno è a carico della psiche o dell'anima. Secondo la classificazione internazionale ICD-10 (International Classification of Diseases, 10a revisione) il trauma psicologico si presenta come una risposta **«ad un evento o situazione stressante (di breve o di lunga durata) di natura eccezionalmente minacciosa o catastrofica, in grado di provocare grave malessere nella maggior parte delle persone»**.

2. C'è trauma e trauma

Un trauma può essere indotto da una grande molteplicità di eventi, che possono essere tuttavia suddivisi in due categorie principali:

- eventi di breve durata o isolati ed eventi di lunga durata o ripetuti;
- eventi **naturali** o fortuiti e **«man-made disasters»**, cioè causati dall'uomo.

Un incidente stradale o una calamità naturale può avere un effetto traumatizzante, ma di solito provoca minori disturbi post-traumatici da stress rispetto a una tortura protratta su un lungo arco di tempo. Un evento traumatico causato intenzionalmente da un essere umano – o nella peggiore delle ipotesi da una persona con cui la vittima ha stretti legami – sgretola la **fiducia** negli altri e nel mondo, una fiducia che sarà difficile ripristinare. Oltre agli eventi che rappresentano una minaccia diretta contro la propria integrità fisica, una persona può restare traumatizzata da avvenimenti a cui ha assistito come **testimone** o a cui è stata **confrontata**. Lo illustrano bene i seguenti esempi:



Zahira, 43 anni, vive ad Aleppo. Si sta recando a casa di un'amica, quando nel quartiere esplode una bomba. Zahira cade sotto l'onda d'urto, ma come per miracolo rimane illesa. Quando si guarda intorno vede accanto a sé il braccio troncato di un estraneo. Come in un sogno sente le proprie urla e poi sviene.





Reza ha 38 anni e viene dall'Afghanistan. Assieme al figlio di 16 anni ha viaggiato per mesi prima di trovare rifugio in Svizzera. La moglie e la figlia più piccola sono dovute restare in Afghanistan perché il denaro non bastava a pagare i passatori per tutta la famiglia e Reza temeva che la fuga fosse troppo pericolosa per le donne. Reza e il figlio sperano di poter presto lavorare in Svizzera e quadagnare il necessario per pagare il viaggio al resto della famiglia. Nell'alloggio in cui vive, Reza incontra Hamid, un suo guasi coetaneo, che gli parla dei suoi sensi di colpa: Hamid ha visto dei soldati violentare la sorella davanti ai propri occhi, senza poterla soccorrere. Questo racconto fa precipitare Reza in una profonda disperazione: pensa alla moglie e alla figlia e si sente impotente perché dalla Svizzera non può aiutarle.



Le persone possono reagire **in modo diverso** a situazioni identiche. Non ci sono eventi che hanno automaticamente un effetto traumatizzante. Diversi studi hanno mostrato che alcuni fattori, come per esempio l'età, il sesso, un atteggiamento positivo nei confronti della vita, l'equilibrio, un ambiente sociale stabile e il senso di autoefficacia – cioè la convinzione di poter gestire con le proprie forze anche situazioni complesse – hanno un influsso molto positivo sulla **resilienza**, ovvero sulla capacità di affrontare eventi traumatici.

3. Lottare, fuggire o «fare il morto»?

Un evento traumatico rappresenta innanzitutto uno **stress** per i diretti interessati. Di fronte a una **situazione percepita come pericolo di vita**, la mente e il corpo liberano **un'enorme quantità di energia**. Esistono fondamentalmente tre possibili reazioni a un evento traumatico. Questi schemi di reazione, tutti indispensabili alla sopravvivenza, si sono sviluppati già in una fase molto precoce dell'evoluzione biologica e, di conseguenza, non sono prerogativa dell'uomo, ma sono diffusi e osservabili anche tra gli animali:

Lotta (fight): il cervello decide nel giro di secondi se vi è una chance di sopraffare l'avversario. L'improvvisa scarica di adrenalina può provocare azioni impulsive. È per questo motivo che in situazioni di pericolo le persone sembrano talvolta possedere delle «forze soprannaturali».

Fuga (flight): la fuga è la risposta opportuna quando non si intravede una via d'uscita realistica. Il fegato produce glucosio che può essere trasformato direttamente in energia, mentre le ghiandole sudoripare vengono stimolate per proteggere il corpo dal surriscaldamento.

Immobilità (freeze): quando non è possibile lottare né fuggire, interviene il riflesso naturale dell'irrigidimento, del «fare il morto». Nel mondo animale è una reazione molto frequente. Di solito, infatti, il predatore perde l'interesse nei confronti della preda considerata esanime. Anche se non dovesse essere così, la vittima ha pur sempre il vantaggio di non provare più dolore. Una volta passato il pericolo, l'organismo secerne delle sostanze che permettono agli animali di porre fine allo stato di irrigidimento scrollandosi e tremando. Anche l'uomo può manifestare questa reazione di immobilità di fronte a situazioni particolarmente minacciose, ma a differenza degli animali non

possiede la capacità di «scrollarsi di dosso» il trauma dopo il pericolo. L'energia prodotta in grandi quantità e non smaltita si accumula nel sistema nervoso, dove rimane talvolta per anni e decenni.



4. Cosa succede nel cervello?

Le regioni cerebrali più coinvolte nello stress traumatico sono l'ippocampo e l'amigdala.

L'**ippocampo** (che deve questo nome alla sua forma simile a un cavalluccio marino) ha la funzione di **memorizzare** le esperienze vissute e **classificarle** in base al contenuto e alla dimensione spazio-temporale. Nello stress traumatico, contrariamente a quanto spesso ritenuto, gli eventi non vengono dimenticati, ma non possono neppure essere archiviati nella memoria autobiografica, che classifica i vissuti in ordine cronologico, in funzione del luogo, del momento e del contesto, e che permette di solito di richiamare in modo consapevole le esperienze rilevanti



della nostra vita. Per poter elaborare successivamente un evento traumatico non rimane pertanto che accedere alla nostra seconda memoria, quella che archivia esclusivamente gli aspetti emotivi del vissuto. Tuttavia, poiché a questi stati emotivi manca il (consueto) legame con i contenuti della memoria strutturati secondo il contesto biografico, non sono più percepiti come ricordo di un'esperienza traumatica appartenente al passato («lì e allora»), ma sono spesso descritti come condizioni rivissute nel presente («qui e ora»). Questo è uno dei motivi che spiega l'importanza dell'amigdala nelle persone traumatizzate.

L'amigdala può essere considerata il sistema di allarme del cervello. È fondamentale per la sopravvivenza perché si attiva di fronte agli stimoli classificati come minaccia e impedisce che abbiano di nuovo conseguenze pericolose. I vissuti traumatici provocano tuttavia un'iperattivazione dell'amigdala, inducendola a considerare indiscriminatamente come pericolosi tutti i dettagli associati a una situazione traumatica, anche se non rappresentano più una minaccia. Successivamente questi dettagli possono far scattare segnali di allarme anche in circostanze di per sé innocue e innescare delle reazioni di lotta, fuga o immobilità. Uno stimolo che scatena una tale reazione, per lo più indesiderata, è chiamato trigger.



Joseph aveva tredici anni quando, assieme a due compagni, è stato rapito e arruolato come bambino soldato. I ragazzi venivano spesso maltrattati e costretti a commettere delle atrocità. Uno degli uomini particolarmente crudele odorava di limone. Oggi, a distanza di molti anni, questo odore scatena ancora in Joseph degli attacchi di panico.



5. Conseguenze di un trauma

Un evento traumatico estremo provoca nella maggiore parte delle persone una reazione acuta da stress, che può durare ore, giorni e in casi rari anche diverse settimane. Se i sintomi perdurano per oltre quattro settimane si parla di un (classico) disturbo post-traumatico da stress (DPTS), cioè di una patologia che richiede una terapia. I principali sintomi di questo tipo di disturbo post-traumatico sono:

- Intrusione: le persone colpite non riescono a dimenticare il dramma vissuto e continuano a riviverlo. I ricordi riaffiorano, contro la propria volontà, sotto forma di flashback o incubi. Sono molto frequenti anche i ricordi fisici: gli individui percepiscono il dolore là dove hanno subito in passato delle lesioni.
- Ipervigilanza: molte persone traumatizzate vivono in un costante stato di allerta per riconoscere il prima possibile eventuali minacce e pericoli e sfuggire a un nuovo evento traumatico. Gli individui colpiti lamentano difficoltà ad addormentarsi o rimanere addormentati, un'eccessiva sudorazione, tremito, forti palpitazioni e una maggiore irritabilità rispetto al passato. Questo stato di sovraeccitazione può condurre a virulente reazioni di panico o scoppi d'ira che possono scatenare aggressioni.
- **Evitamento**: nello sforzo di evitare luoghi, persone, oggetti, attività e anche sensazioni associate all'evento traumatico, le persone colpite risultano fortemente limitate nella loro vita quotidiana.

La **dissociazione** è una particolare forma di evitamento, una sorta di fuga interiore. Gli individui traumatizzati provano un senso di distacco ed estraneità nei confronti di se stessi e dei propri sentimenti: molti affermano di sentirsi come avvolti nella nebbia

o separati da una parete di vetro. Talvolta cercano di liberarsi da questo stato compiendo atti di autolesionismo.

Il «classico» DPTS è quindi caratterizzato da sintomi quali intrusione, ipervigilanza ed evitamento. Richiede invece una diagnosi a parte il disturbo post-traumatico da stress «complesso», introdotto nel nuovo manuale internazionale sulla classificazione delle malattie (ICD-11), che ha origine da traumi prolungati e ripetuti. Oltre ai sintomi del DPTS classico, il DPTS complesso presenta caratteristiche come sbalzi di umore estremi, percezione negativa di se stessi e disturbi relazionali.

Il DPTS è spesso accompagnato da altri quadri clinici, la cosiddetta comorbilità. Alcuni individui sviluppano per esempio una sindrome da dipendenza nel tentativo di superare l'ipervigilanza con il consumo di pastiglie o droghe. Anche gli alcolici vengono spesso utilizzati come auto-medicazione per alleviare i sintomi da trauma. I ricordi fisici possono trasformarsi in cosiddetti disturbi somatoformi, dove dolori inspiegabili dal punto di vista organico assumono un ruolo di primo piano nella vita di un individuo e lo inducono a consultare un medico dopo l'altro (il cosiddetto «doctor shopping»). Tra le vittime di abusi e stupri si osservano spesso anche disturbi del comportamento alimentare. Molte patologie depressive e addirittura comportamenti suicidari hanno la loro origine nel DPTS, soprattutto quando le persone colpite non hanno potuto seguire una terapia per elaborare gli eventi traumatici e integrarli nella loro vita.

6. Particolarità nei bambini e negli adolescenti

La gravità e le conseguenze dei traumi psicologici nei bambini e negli adolescenti sono state a lungo sottovalutate. In generale si può affermare che i minori sono estremamente vulnerabili, in particolare i più piccoli. Molti bambini traumatizzati hanno un comportamento non corrispondente alla loro età di sviluppo. Alcuni presentano atteggiamenti di parentificazione, cioè assumono il ruolo di genitore e così facendo si caricano di un'eccessiva responsabilità. Molto spesso si osservano casi di bambini che in seguito a un trauma manifestano comportamenti regressivi, come enuresi, encopresi e linguaggio infantile. In questo modo cercano inconsciamente rifugio in una precedente fase evolutiva, dove sperano di trovare sicurezza e appiglio o di sfuggire al loro senso di impotenza.

A scuola i bambini e gli adolescenti traumatizzati hanno spesso problemi di attenzione e concentrazione legati al loro stato di sovraeccitazione. Riescono meno dei loro compagni a memorizzare e richiamare i contenuti appresi. Di conseguenza hanno difficoltà di apprendimento e non possono mostrare le loro potenzialità. A causa della loro maggiore irritabilità vi è inoltre un **rischio** più elevato **di conflitti** con i docenti e gli altri bambini.

Per proteggere i minori da ulteriori esperienze traumatiche ed evitare a tutti membri della famiglia situazioni imbarazzanti e umilianti, è molto importante non usare i bambini come interpreti – soprattutto se il colloquio verte su questioni personali e intime riguardanti gli adulti.

Un altro pericolo per i bambini e gli adolescenti traumatizzati è la perdita del loro **sistema di valori, della loro rappresentazione del mondo e dell'essere umano**. Lo dimostra il seguente esempio:



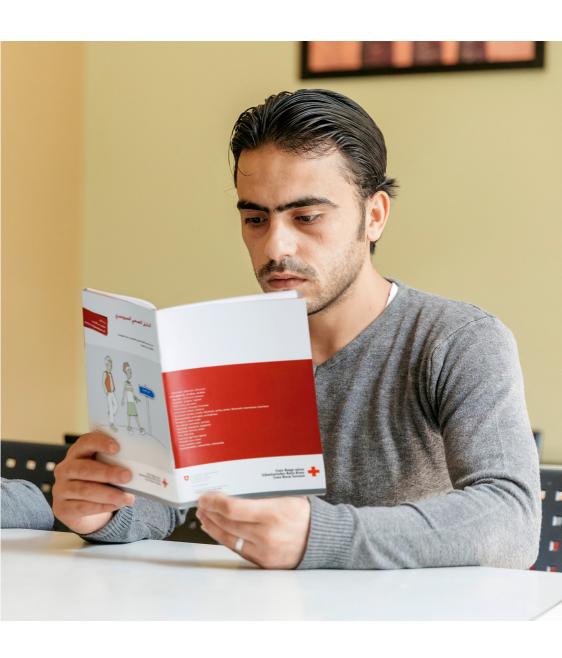


La tredicenne Fatma racconta: «Nel mio villaggio non era tutto perfetto, però ci arrangiavamo e ci sentivamo al sicuro. Naturalmente dovevamo lavorare sodo e lottare per sopravvivere. Ma non avevamo paura per la nostra vita. Dopo tutto quello che abbiamo vissuto durante la guerra e la fuga e quello che abbiamo sentito raccontare dagli altri, sono molto cambiata. Sto continuamente in guardia e mi aspetto sempre del male dagli altri. Lo so che non è vero e che qui vivono molte persone buone. Ma è qualcosa che ho dentro di me.»



7. Fuga come processo traumatico

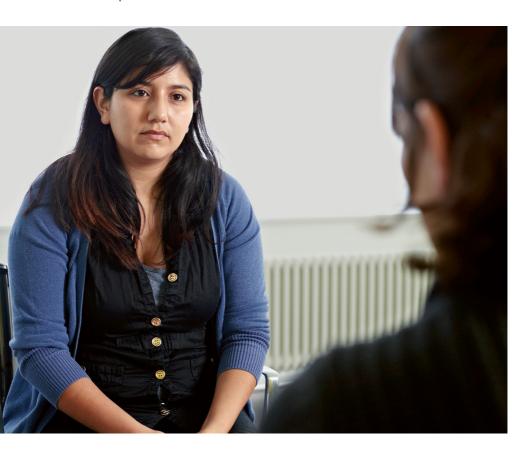
Tra i migranti fuggiti sono molto frequenti i casi di **trauma** complesso. Spesso le esperienze traumatiche sono molteplici e prolungate nel tempo, si influenzano e rafforzano a vicenda. In questo contesto si parla anche di trauma sequenziale: il processo traumatico inizia, ma non finisce nel paese di origine, bensì prosegue attraverso una serie di eventi traumatizzanti e aggravanti soprattutto durante la fuga, ma anche all'arrivo nel paese di accoglienza apparentemente sicuro. I fattori di stress post-migratori comprendono per esempio il lungo periodo di incertezza sul proprio status di soggiorno, la perdita dei rapporti familiari e sociali, la mancanza di prospettive sicure, la paura per i familiari rimasti nel paese di origine, la perdita dello status sociale, possibili sensi di colpa e di vergogna e la discriminazione. Questi fattori di stress post-migratorio oltrepassano spesso le capacità di risposta delle persone fuggite. Anche il presente può diventare così parte del processo traumatico e bloccare il percorso di guarigione o addirittura avere un effetto ritraumatizzante.



II. Lavorare a contatto con rifugiati traumatizzati

1. Attitudine sensibile al trauma

I precedenti capitoli hanno descritto come individuare i disturbi post-traumatici da stress. Forse hanno aiutato a comprendere meglio alcuni comportamenti vissuti come gravosi o fastidiosi nella pratica quotidiana. Non presentarsi a un appuntamento può – ma non deve necessariamente – essere riconducibile a una



smemoratezza dovuta al trauma. Una mancanza di riguardo può – ma non deve necessariamente - essere attribuita al desiderio di una persona traumatizzata di non essere mai più una vittima. Qualunque sia la causa di un determinato modo di agire: ogni comportamento ha **un suo motivo**, anche se a prima vista può sembrare assurdo. Certe volte basta sapere che il motivo esiste, pur non conoscendolo. Spesso può essere utile parlarne e inviare un messaggio in prima persona per trovare una soluzione comune:



«Sono convinta che ieri abbia avuto i suoi motivi per non venire all'appuntamento. Sono rimasta un po' delusa perché mi ero tenuta libera apposta per Lei. Posso fare qualcosa per aiutarla affinché la prossima volta vada meglio?».



Alla ricerca del «buon motivo» bisogna tuttavia evitare di affrontare direttamente i temi stressanti. Anche incoraggiare una persona a descrivere o disegnare i suoi ricordi drammatici è un'iniziativa dettata certamente da buoni intenzioni, ma può avere un effetto **ritraumatizzante**. Se tra voi è nato un solido rapporto di fiducia e la persona fuggita desidera confidarsi, potete – anzi dovreste – darle questa opportunità. Ascoltate, siate disponibili. Per la persona traumatizzata può essere un sollievo sfogarsi e raccontare esperienze drammatiche a qualcuno in grado di sopportarle. Ma non «strafate» e dite francamente quando per voi è troppo.

2. Trasmettere sicurezza, facilitare la stabilizzazione

Chi ha vissuto minacce estreme ha bisogno di sicurezza per ritrovare la tranquillità. Le persone traumatizzate hanno spesso perso la **fiducia in sé stesse e nel mondo**, vivono in un permanente **stato di allerta** e non riescono più a riconoscere la sicurezza reale. Anzi, nel loro caso, la **sicurezza reale** spesso non esiste, perché non sanno neppure se potranno restare in Svizzera. Il pericolo di allontanamento può provocare uno stato di angoscia che rende spesso impossibile il processo di stabilizzazione.

Accanto allo status di soggiorno, un'altra fonte di incertezza è l'alloggio, la mancanza di un luogo che trasmetta un senso di sicurezza. Anche se lavorate nel settore dell'asilo e dei rifugiati, le vostre possibilità per trasmettere un senso di sicurezza ai vostri assistiti sono spesso limitate. Per non risvegliare false speranze dovreste dire chiaramente che alcune decisioni non dipendono da voi e non rientrano nella vostra sfera di competenza. Come consulenti, per esempio, non potete decidere sull'esito della procedura di asilo, però potete informare in modo esauriente e competente sulle possibilità esistenti: anche questo crea sicurezza. Come volontari non potete forse assicurare calma e tranquillità negli alloggi, ma potete contribuire a rendere gli spazi più accoglienti e allestire un angolo di gioco per i bambini.

Anche l'**offerta di impegni diurni** – un corso di lingua, l'inserimento in una squadra di calcio o uno stage in un'officina – è di grande aiuto per la stabilizzazione e il superamento di un trauma. Sono molto utili tutte le attività che rafforzano le **risorse individuali**, per esempio cucinare, dipingere, svolgere lavori manuali, fare sport o musica. In questo modo gli individui sperimentano l'**autoefficacia**, riacquistano la consapevolezza delle loro competenze e dei loro punti forti e sviluppano così una maggiore resilienza allo stress.

In tutte le occupazioni è molto importante che le persone sentano di **avere il controllo su se stesse e la propria vita**. Chi nel corso di un evento traumatico ha vissuto una perdita di padronanza e un forte senso di impotenza ha molto più bisogno del senso di controllo rispetto a persone sane.



Con il vostro operato fornite un contributo decisivo alla stabilizzazione di persone traumatizzate!



3. Evitare i «trigger» – è possibile?

Nel lavoro non-terapeutico a contatto con rifugiati, qualunque sia il nostro ruolo – sociopedagogisti, docenti, infermieri, farmacisti, assistenti di studio medico, volontari o dipendenti di un ente pubblico – ci occupiamo essenzialmente del **presente** e del **futuro**. Il passato e soprattutto l'elaborazione di eventi traumatizzanti rientrano nella sfera di competenza della **psicoterapia**. Per ogni persona esistono temi e situazioni diverse che hanno un effetto «trigger» e scatenano sensazioni di pericolo. Questi fattori sono difficili da individuare e tanto più da prevedere. Meglio si conosce una persona, più facile sarà stimare quali argomenti e in generale quali stimoli provocano stress e



Nazir, 16 anni, mostrava chiari segni di rifiuto scolastico. Talvolta usciva dall'aula senza un apparente motivo e tornava solo mezz'ora più tardi. Faceva finta di niente e si rifiutava di parlarne. Quando l'insegnante gli chiedeva perché fosse uscito rispondeva: «Perché sì». Durante la preparazione al percorso professionale ha sviluppato un buon rapporto di fiducia con l'assistente sociale della scuola e alla fine si è confidato con lei raccontandole che, quando c'era troppo rumore in classe, la maestra aveva l'abitudine di battere con il palmo della mano contro la lavagna per attirare l'attenzione degli allievi. Questo suono gli riportava ogni volta alla mente le immagini dei bombardamenti nella sua città natale e in quelle situazioni avrebbe voluto nascondersi sotto il banco e piangere. Poiché si vergognava di gueste sue reazioni estreme preferiva far credere all'insegnante di non aver voglia di seguire le lezioni.



reazioni indesiderate. Potete parlarne con il vostro interlocutore e imparare così insieme a gestire questi stimoli e a reagirvi in modo consapevole e adeguato. Il vostro interlocutore saprà apprezzare questa **sensibilità**.



4. Come comportarsi di fronte alle dissociazioni

Nella dissociazione i contenuti della percezione vengono disconnessi dalla memoria. Quando il ricordo di un evento traumatico riaffiora per un qualsiasi motivo, può succedere che la persona colpita si dissoci. Nelle forme più blande la dissociazione si manifesta in disturbi della concentrazione o sogni a occhi aperti, mentre in casi più gravi può provocare addirittura spasmi psicogeni. Le persone colpite spesso non ne sono consapevoli. Può essere quindi utile parlarne e spiegare che si tratta di un fenomeno molto diffuso tra chi ha vissuto eventi drammatici. Alcuni pensano di essere impazziti o posseduti da spiriti maligni, il che incute loro una grande paura. Mostratevi comprensivi e sottolineate che questo è un comportamento assolutamente normale. Alcune persone colpite hanno già imparato a gestire i sintomi e riconoscere per tempo i segnali di una dissociazione, per cui riescono a tornare rapidamente al presente, al qui e ora.



Taneesha, 32: anni «Talvolta mi perdo nei miei pensieri. Non mi rendo più conto di ciò che accade intorno a me e sono completamente assente. Prima di cadere in questo stato provo però nausea e mal di testa. Questi sono diventati i miei campanelli di allarme. Quando me ne accorgo, mi alzo, vado a prendere una boccata d'aria e bevo un bicchier d'acqua. Un'amica mi ha regalato un braccialetto che possono stringere intorno al polso. Fa un po' male, ma mi riporta subito alla realtà.»



Quando vi accorgete che il vostro interlocutore **non reagisce** più alle vostre parole e sembra assente, è importante riportare la sua attenzione dal piano interiore a quello esteriore. Chiamate la persona per nome e ditele chi siete e dove vi trovate. Se non è in grado di parlare cercate di **attivare i suoi sensi**. Chiedetele cosa vede nella stanza, fatele nominare per esempio cinque oggetti rossi. Offritele un bicchiere d'acqua e mettetele in mano un oggetto per stimolare il senso del tatto. L'esperienza ha mostrato che sono molto utili le palle a riccio, che hanno anche il vantaggio di migliorare la circolazione sanguigna. Se la persona non reagisce, ripetete più volte il vostro nome, la vostra funzione, il luogo in cui vi trovate ed eventualmente anche la data odierna. Alcuni hanno raccontato di aver trovato nella voce un appiglio per ritornare al presente. Se dovesse essere necessario **toccare** la persona assistita, dovete prima avvertirla. Nel caso in cui questo stato si protragga a lungo o vi sia pericolo di autolesionismo, chiedete aiuto o telefonate al numero di emergenza (144). Nella maggior parte dei casi le persone riescono tuttavia a ritornare presto nel presente. Allora è opportuno discutere dell'avvenuto ed eventualmente trovare degli accordi su come procedere in tali situazioni. Chiedete al vostro interlocutore cosa l'ha aiutato, cosa non è stato utile, cosa avrebbe desiderato e come reagire la prossima volta.

5. Quando chi aiuta ha bisogno di aiuto

Il lavoro a contatto con persone traumatizzate, che sia a titolo volontario o per professione, è spesso **stressante**. Alcuni si sacrificano fino ad ammalarsi. Quando si tratta di aiutare persone bisognose è particolarmente difficile dire di no e rimettere in primo piano le **proprie esigenze**. Si soffre infatti di rimorsi, si ha la sensazione di essere egoisti e senza cuore. Prestare attenzione ai propri bisogni è invece molto importante per lavorare con efficacia. Se vi ammalate per il troppo impegno, non potete più aiutare nessuno.



La signora Frey dirige una struttura di accoglienza per richiedenti l'asilo. La sociopedagogista si butta anima e corpo nel suo lavoro ed è sempre reperibile per i «suoi rifugiati», giorno e notte. Se un residente entra in crisi la sera o durante il week-end o se un bambino si ammala, è dato per scontato chiamare la direttrice sul cellulare. Con il tempo i contatti privati della signora Frey si diradano, da un lato perché i suoi impegni professionali le lasciano sempre meno tempo ed energia e dall'altro perché anche nel privato parla solo di lavoro e fa allontanare così anche gli amici. Ben presto tutta la sua vita ruota intorno alla sua attività nel centro di asilo e i suoi unici contatti sono i «suoi rifugiati» - finché un giorno la signora Frey crolla. I «suoi rifugiati» non sanno più come comportarsi perché finora, di fronte alle difficoltà, erano abituati a consultare innanzitutto la signora Frey.



I disturbi post-traumatici possono «contagiare» anche gli operatori (la cosiddetta **traumatizzazione secondaria**). Le persone che decidono di lavorare nel settore dell'asilo e dei rifugiati sono spesso persone particolarmente sensibili ed **empatiche**. Pensate a Reza: il racconto dell'amico sullo stupro della sorella ha provocato in lui un'ansia tale per la moglie e la figlia da «trasmettergli» lo stress da trauma e scatenare una profonda disperazione.

Alcuni rifugiati tendono a condividere con gli altri i loro vissuti dolorosi perché non possono sostenere da soli questo peso: non lo fanno per cattiveria o provocazione, ma come segno di **profonda fiducia**. Se però vi accorgete di non riuscire più a liberarvi da queste storie, immagini, video o altre impressioni, significa che avete superato la vostra **soglia di tolleranza**. A questo punto non è una vergogna ammettere di aver raggiunto i propri limiti e cercare un **aiuto professionale**. Forse avete degli incontri di **supervisione** regolari, durante i quali potete discutere casi difficili e stressanti. Informatevi presso il vostro superiore sulle opportunità di sostegno offerte dalla vostra organizzazione. Talvolta il confronto con contenuti stressanti può riaprire vecchie ferite. In questi casi è consigliabile prendere in considerazione l'accompagnamento da parte di un terapeuta.

Maturate la consapevolezza di cosa potete e volete fare di tutto cuore e dove dovete invece **porre dei limiti**. Una volta chiarite le vostre idee, potete comunicarle in modo trasparente anche ai vostri assistiti e diventare così più **prevedibili** ai loro occhi. Nel contatto con i vostri assistiti dovete distinguere chiaramente tra l'ambito **professionale** e **privato**. Talvolta la linea di demarcazione tra impegno professionale e personale si fa sempre più sfocata e alcuni operatori si trovano in situazioni dove non è più assicurata la **distanza professionale** e le attese ed esigenze delle due parti finiscono per essere deluse. Non dimenticate che anche a livello professionale potete instaurare rapporti personali

ed empatici con i vostri assistiti senza diventare necessariamente essere loro amici su Facebook, presentarli ai vostri familiari o dare loro il vostro indirizzo.

Segnalate chiaramente fino a che punto volete e potete arrivare e prendete le distanze dal lavoro in termini di tempo e/o spazio. Molte persone trovano utile creare una «zona a trauma zero» nel proprio tempo libero: spegnere il cellulare di servizio, non controllare le mail di lavoro e non leggere letteratura specializzata sulla psicotraumatologia o guardare documentari su zone di querra – o quantomeno relegare queste attività in spazi consapevoli e limitati. Se vi accorgete di non riuscire a «staccare la spina» e avete difficoltà a concentrarvi sulle attività del tempo libero, potete cercare di introdurre un rituale adeguato. Alcuni hanno preso l'abitudine di cambiarsi dopo il lavoro o togliersi oggetti come orologi, collane, anelli e altri accessori prima di entrare in servizio per poi rimetterseli la sera. Questi rituali possono aiutare a trovare modi per ricaricare le proprie batterie. Voi sapete meglio di chiunque altro come potete fare il pieno di energia – un massaggio rilassante, un week-end di trekking, cantare in un coro, cucinare con gli amici o una serata a teatro? Le infinite possibilità di migliorare il proprio benessere generano riserve di energia che prevengono lo stress. Tutto ciò è anche nell'interesse dei vostri assistiti e del vostro datore di lavoro ed è quindi già di per sé un'ottima idea!

III. Dove trovano aiuto i rifugiati traumatizzati

- Servizi psichiatrici: in città come Basilea, Berna, Ginevra, Losanna, Winterthur, Zurigo ecc. esistono cliniche psichiatriche, policlinici e altre istituzioni che offrono ambulatori psichiatrici o psicoterapeutici per migranti. Se necessario, le consultazioni sono svolte con l'aiuto di interpreti, che sono legati al segreto professionale.
- Ambulatorio per le vittime della tortura e della guerra, Croce Rossa Svizzera, Werkstrasse 16, 3084 Berna-Wabern.
 Telefono 058 400 47 77, www.redcross.ch/ambulatorio
- Gravita, centro di psicotraumatologia, Croce Rossa Svizzera del Cantone di San Gallo, Bahnhofplatz 5, 9000 San Gallo. Telefono 058 229 08 28, www.gravita.ch
- Ambulatorio per le vittime della tortura e della guerra, Clinica per la consulenza psichiatrica e psicosomatica, Ospedale universitario di Zurigo, Culmannstrasse 8, 8091 Zurigo. Telefono 044 255 49 07, www.psychiatrie.usz.ch
- Consultation pour victimes de la torture et de la guerre Genève (ctg Genève), Département de médecine communautaire, Boulevard de la Cluse 75, 1205 Ginevra.
 Telefono 022 372 53 28, www.hug-ge.ch
- Consultation pour victimes de la torture et de la guerre Lausanne (ctg Vaud), Appartenances, Rue des Terreaux 10, 1003 Losanna. Telefono 021 341 12 50, www.appartenances.ch
- Associazione svizzera degli psicoterapeuti: elenco degli psicoterapeuti di lingua straniera.
 Telefono 043 268 93 00, www.psychotherapie.ch

- Portale online della CRS migesplus.ch: vasto elenco di opuscoli in diverse lingue (per lo più gratuiti), mezzi audiovisivi e altro materiale con informazioni sanitarie.
 www.migesplus.ch
- Portale online della CRS Giovani rifugiati traumatizzati: informazioni sul trauma, le offerte di consulenza e terapia e corsi di perfezionamento.
 trauma.migesplus.ch
- Unione «Support for Torture Victims»: raggruppa cinque centri terapeutici specializzati a Berna, Ginevra, Losanna, Zurigo e San Gallo, dove le vittime di tortura e guerra ricevono consulenza, trattamento e terapia.
 www.torturevictims.ch
- Schweizer Institut für Psychotraumatologie SIPT, Neuwiesenstrasse 95, 8400 Winterthur.
 Telefono 052 213 41 12, www.psychotraumatologie-sipt.ch
- Schweizerisches Institut für Traumatherapie SITT, Albulastrasse 52, 8048 Zurigo.
 Telefono 044 251 50 38, www.sitt.ch

In caso di emergenza

- Servizi di emergenza medica: se il medico di base non è reperibile rivolgetevi ai servizi di emergenza medica o ai servizi psichiatrici ambulatoriali.
- In ogni situazione di pericolo di vita che sia per infortunio o malattia chiamate direttamente il numero di emergenza medica 144.

Deutsch, allemand, tedesco Französisch, français, francese Italienisch, italien, italiano

Per ordinazioni:

www.migesplus.ch – il portale web con informazioni sulla salute in diverse lingue