

Afghanistan: il dramma umanitario e il contributo della psicologia dell'emergenza

Riassunto

Questo articolo è una riflessione a cura del gruppo Psicologi per i Popoli – Campania, sull'intervento effettuato, su attivazione della Protezione Civile della Regione Campania, presso il Covid Center dell'Ospedale del Mare di Napoli, in seguito all'emergenza umanitaria afghana dell'estate 2021. Nasce dalla volontà di condividere alcune premesse teoriche e alcuni strumenti pratici adottati nel lavoro di supporto psicologico con i rifugiati, e come occasione per capitalizzare le proprie esperienze e andare verso un protocollo di intervento tale da suggerire buone prassi per interventi analoghi. Vengono affrontate le varie tematiche storiche e culturali che hanno determinato tale crisi umanitaria e la modalità con cui il team di psicologi dell'emergenza è intervenuto per fornire un primo soccorso psicologico secondo le linee guida IASC, con l'obiettivo primario di promuovere uno stato di sicurezza immediato e a lungo termine, dare conforto fisico ed emotivo e, dove necessario, con uso di tecniche per la stabilizzazione emotiva delle persone sopraffatte dalle emozioni e disorientate, al fine di prevenire disturbi post-traumatici a medio e lungo termine.

Parole chiave: Psicologia dell'Emergenza, rifugiati, trauma, IASC, PTSD.

Abstract

This article is a reflection by Psicologi per i Popoli – Campania's team about the intervention of Protezione Civile Campania at Ospedale del Mare Covid Center in Naples as a response to the Afghan emergency in Summer 2021. It is aimed at sharing some theoretical premises and some practical instruments adopted to provide refugees with psychological support. This is an opportunity to enhance our experience in the field and propose an intervention protocol and good practice for similar interventions. The article addresses the historical and cultural issues that led to this humanitarian crisis and how the team of emergency psychologists intervened to provide psychological first aid. The intervention was carried out according to the IASC guidelines with the primary objective of promoting an immediate and long-term state of safety, providing physical and emotional comfort. Where necessary it involved the use of techniques for the emotional stabilization of people overwhelmed by emotions and disoriented, preventing post-traumatic disorders in the medium and long term.

Key words: emergency psychology, refugees, trauma, IASC, PTSD.

La fuga dall'Afghanistan

Secondo le linee guida IASC, il primo soccorso psicologico è una risposta umana e di sostegno a un altro essere umano che sta soffrendo e che potrebbe aver bisogno di aiuto. Seguendo tali linee guida, il nostro intervento di primo soccorso psicologico ai profughi afghani accolti dalla Regione Campania presso il Covid Residence dell'Ospedale del Mare di Napoli, si inserisce in un contesto più ampio di assistenza umanitaria che nell'agosto del 2021 ha visto coin-

volti circa 18 milioni di afghani, la metà della popolazione nel Paese. Anche l'Italia ha accolto migliaia di persone afghane con un'operazione coordinata dalla Protezione Civile in collaborazione con il Ministero della Difesa. Nell'hub temporaneo allestito nel centro di emergenza della CRI ad Avezzano a fine agosto, la Croce Rossa ha garantito assistenza e accoglienza con circa 600 operatori e volontari. In totale, gli afghani assistiti sono stati 1.320, per il 50% donne; 220 nuclei familiari con 324 minori sotto i dodici anni.

A distanza di pochi mesi dall'intervento di supporto psicologico, vogliamo raccontare la nostra esperienza sul campo come psicologi dell'emergenza attraverso un contributo metodologico che nasce dalla volontà di condividere alcune osservazioni e alcuni strumenti pratici adottati nel lavoro di supporto psicologico ai rifugiati afghani.

Riflessioni che partono da una prima constatazione, che l'emergenza umanitaria del popolo afghano non è poi così recente. Infatti, gli afghani costituiscono già da molti decenni una delle più grandi popolazioni di rifugiati al mondo: nel 2020, almeno 2,6 milioni di persone si trovavano all'estero, mentre almeno 3,5 milioni di persone erano sfollate interne per sfuggire a guerre e persecuzioni. Dal 15 agosto 2021, data in cui la bandiera dei talebani sventola sul pennone del palazzo presidenziale di Kabul, sono state portate via 120.000 persone, con un ritmo di 20.000 persone al giorno. La rapida caduta di Kabul e il ripristino del regime talebano hanno provocato l'evacuazione precipitosa dei contingenti militari stranieri e del personale civile occidentale, ma anche di migliaia di afghani e afgane, in pericolo per aver collaborato con le forze straniere, per essersi opposti al ritorno dei talebani o, semplicemente, per essere donne.

Con le immagini degli aerei colmi di passeggeri e inseguiti da altre persone a terra lungo la pista dell'aeroporto, buona parte del mondo ha riscoperto che dall'Afghanistan si fugge per trovare protezione all'estero, in cerca di sicurezza e libertà. Come in tutte le guerre, l'epilogo della sconfitta è la fuga. Migliaia di persone sono accorse all'aeroporto di Kabul abbordando gli aerei pronti al decollo. In Occidente siamo rimasti colpiti dalle immagini dell'assalto di folle di disperati ai velivoli che rullavano sulla pista o dalla drammatica scelta delle madri di gettare i loro bimbi al di là del filo spinato che recinge l'aeroporto, pur di assicurare loro un futuro.

Con queste immagini negli occhi, nelle due settimane comprese tra il 24 agosto e l'11 settembre 2021, i volontari di Psicologi per i Popoli – Campania, su attivazione della Protezione Civile Regionale, si sono alternati per dare supporto e accoglienza alle persone arrivate in Italia attraverso i corridoi umanitari. In Campania sono giunti 199 afghani, suddivisi in due gruppi, rispettivamente di 87 e 112 persone, tra cui molti bambini, adolescenti, minori non accompagnati e giovani adulti, alloggiati presso la struttura deputata al periodo di quarantena obbligatoria, provenienti, alcuni anche da una prima quarantena presso la struttura di Protezione Civile di Avezzano. I volontari, con la loro professionalità, si sono resi disponibili a far parte della grande macchina umanitaria che si è attivata intorno alla popolazione colpita, utilizzando il proprio bagaglio formativo, ma soprattutto la relazione, per incontrare persone che fuggivano da una situazione inimmaginabile.

Le dinamiche emozionali nella costruzione della relazione d'aiuto

Ho avuto paura, non sapevo se sarei stata all'altezza e mi spaventava il fatto di non conoscere la loro lingua e la loro cultura.

Confrontandomi con un'altra cultura, non sapevo se guardarli negli occhi li avrebbe rassicurati oppure inibiti.

Ho avuto il bisogno di staccare, di uscire fuori e respirare aria per ricaricarmi, mi sentivo sopraffatta dalle emozioni.

Quel racconto mi procurò ansia, ero arrabbiata per ciò di cui venivo a conoscenza, e avrei fatto di tutto, in quel momento, per aiutare quella persona. Mi sono resa conto ancora di più di quanto sia importante che un servizio di emergenza sia strutturato con un lavoro di rete.

Eravamo spaventate per questa esperienza inaspettata e alquanto impegnativa. Sentivo il bisogno di condividere questo vissuto con il gruppo, il prima possibile, e parlarne con gli altri mi è servito. Ho sentito il loro supporto e mi sono sentita al sicuro.

Ho sentito la sofferenza nei loro racconti e ho riflettuto a lungo sulla natura stessa dell'emergenza, su quanto sia ancora più inaccettabile il fatto che è causata dalla cattiveria umana, e non da un evento naturale.

Mi porto a casa i sorrisi dei bimbi, fiera di aver regalato attimi di gioia.

Queste sono solo alcune delle testimonianze riferite dai colleghi nel corso di questa esperienza in emergenza, focalizzata sul supporto e sull'accoglienza e accompagnata da uno sforzo di consapevolezza circa le emozioni che l'incontro con l'altro attiva. Un vissuto che ti resta dentro, impresso nella memoria, come lo sguardo smarrito di Hassan, ventidue anni, studente universitario, e i suoi occhi neri pieni di lacrime, reali quanto la sofferenza e lo smarrimento che sta vivendo. Il nome è di fantasia, ma i vissuti sono reali, come quelli di altri giovani che hanno condiviso il suo destino.

Quando ho capito che restare nel mio paese sarebbe stato impossibile, mi sono sentito perso e spaventato. Non avevo scelta, ho lasciato le mie origini, la mia terra, la mia famiglia. Sono qui, solo e pervaso dal timore di non poter proseguire i miei sogni, la formazione all'università, vivere con i miei familiari, avere una casa tutta mia nel mio paese. Il tempo si è fermato, non vedo il futuro, non riesco a dormire, mi assale la paura.

E allora, avvolti nella nostra divisa da operatori, percepiamo come le bombe dei talebani sembrano esplodere in quegli occhi, come possano disintegrare

il benessere e l'integrità di una persona. Percepriamo come in un attimo il futuro possa sparire. Incrociamo occhi che portano racconti inenarrabili e incontriamo *pezzi* di storie e frammenti di persone. Parliamo lingue diverse, ma riusciamo ad ascoltare, attraverso noi stessi: le loro paure sono le nostre; le loro incertezze, i sogni per il futuro e i loro desideri, sono i nostri. Siamo tutti un unico *popolo* e nulla di quello che accade a un altro *uomo*, può e deve risultarci estraneo. La sensazione che proviamo è comune: la guerra disintegra, la fuga non è una salvezza. Proviamo a stare con loro. Accogliamo, normalizziamo, sosteniamo. In quello che facciamo ci guida la speranza di intravedere un futuro possibile, ed è così che ci appare una breccia, accade qualcosa: la vita si fa più viva, si palesa in tutto il suo splendore, non ci sono solo *pezzi*, ma persone.

Nel racconto del nostro incontro con i rifugiati afgani partiamo da qui, dai vissuti emotivi emersi nella relazione d'aiuto con l'*altro*: vissuti che ogni intervento in emergenza inevitabilmente attiva.

Tali riflessioni ci portano ad argomentare le seguenti considerazioni condivise dai vari volontari intervenuti sul campo:

- quando si parla di emergenza, di solito, si tende ad associare tale parola ad avvenimenti inaspettati che generano situazioni caotiche e che richiedono nell'immediato un intervento d'aiuto, dando meno peso agli aspetti più profondi che entrano in gioco in tutti gli attori coinvolti;
- chiunque opera in contesti di emergenza respira e si fa carico di emozioni e sensazioni angoscianti legate all'evento esterno e al contatto continuo con la sofferenza altrui, ma è bene sottolineare che lo psicologo dell'emergenza, così come gli altri operatori coinvolti, si trova a dover fare i conti anche con i propri vissuti emotivi e le proprie risonanze.

In altre parole, l'operatore non solo è parte attiva *dell'emergenza* ma si cala *nell'emergenza*, mettendo in gioco se stesso. Sin dalla prima comunicazione sull'intervento da effettuare, tecnicamente chiamata *fase dell'allarme* o *fase dell'impatto*, si attivano negli operatori sensazioni, scenari, fantasie, aspettative che, se condivisi ed elaborati all'interno del gruppo di volontari, portano già a una prima definizione dell'intervento, considerando che lo scenario di emergenza non è mai lo stesso, ma si va incontro sempre a qualcosa di ignoto, di sconosciuto. Questa fase può ridimensionare le proprie aspettative e i propri *intenti salvifici*, portando a una valutazione reale che può fungere da *paracadute* per il volontario e che può rendere maggiormente consapevoli dei propri punti di forza, limiti e insicurezze. In questa prima fase, i dubbi più grandi degli operatori, come emerso durante i debriefing post-intervento, hanno riguardato l'eccessivo coinvolgimento emotivo e la diversità culturale. Aspetto quest'ultimo non di poco conto, se si tiene presente che ogni emergenza è unica e non ci sono modalità standard da adottare. Ogni intervento, va contestualizzato e adattato alle norme sociali e culturali, e anche il nostro modo di relazionarci ha richiesto un adeguamento alla cultura di appartenenza. Va sottolineato, inoltre, che la responsabilità di aiutare le persone che sono state colpite da un evento critico, si accompagna al dovere di rispettare la sicurezza, la dignità e i

diritti di coloro che si stanno aiutando. Questi principi valgono con tutte le persone che si incontrano, indipendentemente dall'età, dal sesso o dall'origine etnica.

Superato l'impatto iniziale, ci si prepara all'azione, ovvero quella che viene denominata *fase della mobilitazione*. In questa fase, l'interazione con i colleghi, necessaria per coordinare e avviare i piani di intervento, e l'attesa prima della mobilitazione vera e propria, contribuiscono al recupero dell'autocontrollo emozionale e a una naturale attenuazione dell'impatto emotivo. Tuttavia, anche raccogliere informazioni sullo scenario in cui ci si appresta a entrare concorre ad aumentare la sicurezza percepita dall'operatore.

Il passaggio alla piena operatività permette di entrare nella *fase dell'azione*. È qui che l'operatore dell'emergenza si cala *nell'emergenza*, come precedentemente detto, e viene pienamente coinvolto fisicamente ed emotivamente. È qui che noi operatori di questa grave emergenza umanitaria ci siamo ritrovati ad ascoltare storie di grande dolore e sofferenza, a leggere il terrore negli occhi delle persone e a condividere momenti di tensione che ci hanno permesso di prendere consapevolezza dell'importanza e dello spessore del nostro intervento. È sempre in questa fase che si alimenta il senso di gratitudine verso la nostra professione di soccorritori dell'emergenza, che ci consente un arricchimento non solo professionale ma soprattutto umano, concedendoci il privilegio di esserci per chi ha bisogno di aiuto. Ma, come più volte ribadito, operare in un contesto di emergenza vuol dire fare anche attenzione e acquisire consapevolezza di tutte quelle emozioni, a volte anche contrastanti, come per esempio la tristezza per la condivisione della sofferenza e la gioia per lo scampato pericolo, lo sconforto legato alle nostre paure e il conforto che mettiamo in gioco nell'aiutare l'altro, o ancora, l'iniziale senso di onnipotenza in contrasto col senso di impotenza eccetera. Per tale motivo, l'operatore dell'emergenza deve prestare molta attenzione anche a se stesso e alle proprie emozioni, riconoscendole, fermandosi se ne avverte la necessità, condividendole, delegando e chiedendo aiuto quando ne sente il bisogno. Così come prendersi del tempo per sé a fine servizio, per riflettere sull'esperienza e sulle proprie risonanze, è necessario per la cura del proprio benessere.

Infine, l'ultima fase dell'emergenza è la *fase della smobilitazione*, durante la quale l'intervento giunge a conclusione e l'operatore, carico dei suoi vissuti emotivi, si accinge a ritornare gradualmente alla sua routine. Sapersi ascoltare e prendersi cura di se stessi è in realtà un processo che ha inizio nella fase operativa dell'emergenza per acquisire consapevolezza e serenità, ma continua anche dopo l'intervento, attraverso momenti di formazione e confronto reciproco. Le emozioni in emergenza necessitano di essere riconosciute, nominate, elaborate e condivise. Per tale motivo, abbiamo ritenuto doveroso, alla fine di ogni singolo intervento, organizzare dei debriefing per ritagliarci uno spazio di condivisione e di confronto. Siamo passati così dal dare ascolto all'altro ad ascoltare noi stessi, ad ascoltare il gruppo. Il confronto è uno strumento fondamentale in emergenza, prima, durante e dopo gli interventi perché è giusto tenere sempre a mente che in emergenza non si opera mai da soli. La cooperazione con il proprio gruppo professionale, così come con le altre figure attive



in emergenza, è una rete di salvataggio per l'operatore: quando ci si sente vacillare, il gruppo è pronto a sorreggere, e ogni momento di confronto può rivelarsi una preziosa opportunità di crescita per tutti. D'altronde, come Bion ci insegna, anche *il gruppo si sviluppa quando apprende dall'esperienza* (1962).

La specificità dell'intervento psicologico con la popolazione afghana

A partire dalle nostre risonanze emotive, un filo conduttore ci ha portato a riflettere su quella che è stata la specificità dell'intervento con la popolazione afghana. Nonostante le differenze relative alla tipologia di utenza e all'orientamento teorico di ogni singolo psicologo professionista, è stato possibile riscontrare vari punti in comune che, dall'emersione dei fattori di criticità, hanno condotto verso una più efficace lettura dei bisogni e un'elaborazione di risposte adeguate ai grandi contesti grippali.

Innanzitutto, tutti gli psicologi hanno condiviso l'obiettivo, specie nelle primissime battute, di *normalizzare* la loro presenza in una struttura transitoria, in modo da costruire con gli ospiti una relazione di fiducia e disponibilità all'ascolto che potesse prescindere dall'eventuale presa in carico della persona.

In secondo luogo, l'intensità della sintomatologia portata è stata molto spesso mediata dal corpo (richieste iniziali di carattere medico-infermieristico o di farmaci antidolorifici), con presenza di disturbi prevalenti del ritmo sonno-veglia, della concentrazione e sintomatologia ansiosa.

In terzo luogo, spesso si è configurata la necessità di avvalersi di mediatori linguistici per entrare in rapporto con la persona, che hanno fatto da ponte e sono riusciti a sostenere e facilitare la relazione psicologica.

L'intervento di un professionista della salute mentale in emergenza è definito all'interno delle linee guida IASC, le *Guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings*, che prevedono una piramide di intervento per la salute mentale e il supporto psicosociale. Le specificità di tali interventi si differenziano da un intervento di tipo strettamente clinico o psicoterapeutico e, in relazione a queste specificità, si è cercato di costruire un modello efficace per rispondere alla complessità di bisogni che le persone portano.

Come viene riportato in tali linee guida, al primo livello, si interviene sui servizi di base e sicurezza, in quanto il benessere delle persone è garantito dando risposta ai loro bisogni primari, al loro diritto alla sicurezza, alla governance, a servizi primari quali cibo, acqua pulita, assistenza sanitaria e strutture di accoglienza. In questa emergenza, la macchina dei soccorsi ha garantito appieno quanto necessario, accogliendo i rifugiati in una struttura ricettiva e fornendo loro tutti i servizi necessari.

La specificità del nostro intervento, quali professionisti della salute, è sicuramente quella teorizzata al punto due di tale piramide, dove l'intervento di supporto psicosociale si concentra sulla possibilità di fornire un ritorno alla calma delle persone coinvolte dall'evento. Come è noto, l'aumento delle risposte emotive per aver vissuto un evento critico è da considerarsi in larga parte normale, e per questo la stessa ansia può essere inclusa tra le reazioni di vigi-

lanza adattive, ma ciò nonostante occorre vigilare affinché questa attivazione emotiva non si estenda fino a interferire con il normale funzionamento di una persona, il cui impatto maggiore lo si rileva tra i ritmi del sonno, veglia e dell'alimentazione. Inoltre è noto che, a causa degli sconvolgimenti che si verificano durante tali eventi, ci sono relazioni familiari che si interrompono, e pertanto risulta importante adoperarsi per la ricerca dei cari e per il ricongiungimento familiare.

Di conseguenza, il nostro lavoro ci ha portato a raccogliere, innanzitutto, queste preoccupazioni connesse a fattori contingenti e a modulare l'intervento psicologico, riconoscendo la necessità di integrarlo con elementi di natura sociale e pedagogica. In relazione a questo, all'interno del nostro operato ha giocato un ruolo fondamentale il lavoro di rete sia interno, con gli altri operatori che a vario titolo si occupano della persona, sia esterno, con i servizi del territorio. In relazione alle principali difficoltà che generano disagio di tipo psicologico o psicosociale, abbiamo potuto osservare come gli afghani portino con sé diversi tipi di trauma, non solo quello relativo alle vicende del proprio passato e della propria storia, ma anche quello legato al presente. Per quanto riguarda il passato, si è constatato che la vita delle persone che arrivano scappando da guerre o da situazioni di persecuzione o oppressione è costellata di eventi forti, di separazioni e lutti traumatici, di vicende spesso inenarrabili, che irrompono nella vita dell'individuo lasciando traccia di ferite inguaribili, sia nella sfera psichica sia in quella emotiva. Talvolta, l'incapacità di elaborare tali vicende e di integrarle nella propria biografia può dare luogo a quadri di sofferenza importanti e quindi, per esempio, a vissuti di ansia, irrequietezza, depressione, rievocazione delle vicende traumatiche attraverso incubi e flashback o altri sintomi riconducibili al quadro del disturbo da stress post-traumatico. I vissuti legati alle vicende passate, tuttavia, non emergono durante gli interventi in emergenza, quando le energie psichiche sono tutte indirizzate a far fronte alle necessità di adattamento alla nuova situazione, ma in un secondo momento.

Le persone accolte presentavano spesso anche un'intensa sofferenza legata alla condizione presente, dove la fatica di adattarsi a un contesto nuovo, caratterizzato da elevate barriere linguistiche e culturali, costituisce solo una parte delle difficoltà: a questa si sommano l'isolamento sociale, la mancanza di supporto da parte dei familiari, le difficoltà nell'assunzione di un nuovo ruolo sociale e le complicazioni relative alla genitorialità, in un contesto con parametri culturali di riferimento nuovi e non sempre traducibili. Consapevoli che la psicotraumatologia è spesso erroneamente confusa con la psicologia dell'emergenza, mentre in realtà è solo un aspetto di essa, riteniamo opportuno fare una breve riflessione sul vissuto traumatico degli afghani.

Il trauma nei rifugiati afghani: dal trauma passato a quello attuale

Ben sappiamo come il trauma psicologico coincida con un'interruzione dolorosa e imprevedibile dello scorrere regolare degli eventi (Herman, 2005). Più la rottura è incomprensibile, più è distruttiva. Se lo stordimento prodotto

dal trauma non viene elaborato, ricostruito e condiviso attraverso la parola, può tradursi in stress che spesso si concretizza in alcuni sintomi. Questi sintomi, se non affrontati, possono diventare stabili e provocare il Disturbo Post-Traumatico da Stress (in inglese PTSD), che può perdurare anche anni dopo l'evento traumatico. L'impatto del trauma psichico sugli individui di solito comporta una varietà di reazioni e condizioni. Tra i criteri per poter effettuare una diagnosi di PTSD, il DSM-5 (2014) include le seguenti categorie, valide per adulti e bambini sopra i 6 anni:

- sintomi intrusivi
- alterazione dell'umore e delle cognizioni
- marcata alterazione nell'arousal
- evitamento persistente di stimoli associati all'evento traumatico.

Inoltre, pur essendo state escluse come criteri diagnostici per il PTSD, reazioni profonde come paura, orrore e senso di impotenza rimangono comunque un prezzo molto alto che alcune situazioni critiche impongono agli individui (Iacolino, 2018). Nei neonati e nei bambini, tra i comportamenti esibiti in risposta al trauma possono figurare l'ottundimento emotivo, l'evitamento e la cattiva compliance, oppure l'accentuazione dei comportamenti di dipendenza, il timore della separazione, il pianto improvviso e un profondo senso di vergogna, comportamenti regressivi (encopresi ed enuresi) e disturbi somatici (mal di testa, mal di stomaco ecc.; Perry et. al., 1995).

La chiave di lettura predominante applicata oggi alla psicologia dei rifugiati è senza dubbio quella della teoria del trauma. *Trauma*, in greco, significa ferita, lesione, e deriva dal verbo *titrosko*, trafiggere. Nella società esiste la diffusa tendenza a reputare traumatica la maggior parte delle esperienze disgreganti, angoscianti, tragiche e dolorose. Ne consegue la percezione indiscriminata che ogni individuo esposto a una criticità ne sia automaticamente traumatizzato. Questo discorso inevitabilmente include i rifugiati e quindi c'è un convincimento particolare che la maggior parte dei rifugiati sia traumatizzata, visione cui si fa spesso riferimento con il concetto di *traumatismo migratorio* (Nathan, 1996). Il discorso del *trauma del rifugiato* rischia di essere limitativo, in quanto ha il suo focus soltanto su un segmento dell'ampio spettro di esperienze dei rifugiati e dei migranti in senso ampio. Nel lavoro con i rifugiati, Papadopolous (2006) individua almeno quattro fasi che devono essere considerate nella relazione di aiuto:

- Anticipazione: percezione del pericolo, tentativi e vie di fuga per evitarlo.
- Eventi devastanti: violenza concreta e attacchi, la tortura e la fuga.
- Sopravvivenza: i rifugiati hanno in salvo la propria vita ma vivono nell'incertezza di una sistemazione temporanea.
- Adattamento: i rifugiati intraprendono una nuova vita nel paese di accoglienza cercando di adattarsi.

Il discorso del trauma del rifugiato privilegia la fase degli eventi devastanti e minimizza, addirittura ignora, le conseguenze dell'avversa natura delle altre fasi. Soltanto un numero ridotto di studi si incentra sulle condizioni di accoglienza post-migratorie per l'implementazione dei trattamenti e della prevenzione del PTSD (Miller e Rasmussen, 2017). Un'indagine rivolta ai bambini mediorientali ha evidenziato come i principali indicatori di ansia siano vissuti nei campi per rifugiati fuori dal paese di origine e che lì si registra il maggior numero di eventi e circostanze legate alla violenza (Montgomery, 1998). Ciò evidenzia che le peggiori esperienze per i bambini si registrano durante la fase di *sopravvivenza* e non durante gli eventi devastanti. È questo il caso dei rifugiati afgani, fuggiti perlopiù senza aver avuto un contatto violento con il nemico. Dopo la fuga e il viaggio, giunti finalmente in un paese che spesso non hanno scelto, i rifugiati si vengono a trovare in un contesto definito da diverse norme culturali, dal cambiamento delle abitudini e degli stili di vita spesso associate alla precarietà, fattori di per sé traumatogeni.

La permanenza dei rifugiati sul territorio del paese che li ospita è segnata da *fattori di rischio* e *incertezze* legate ai processi di integrazione, che possono di per sé costituire un ulteriore trauma aggiuntivo (Anagnostopolous et al., 2017). Trovandosi in condizioni di malessere psicofisico e in uno stato di disorientamento, anche culturale, i rifugiati necessitano di cure: il diritto/dovere di iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) con l'equiparazione di trattamento ai cittadini italiani spesso risulta di difficile accesso e costituisce un'aggravante per le precarie condizioni psicofisiche e morali. In questa difficile situazione, i rifugiati sono tenuti ad avviare la procedura della richiesta di protezione internazionale. Gli ostacoli e le attese per il riconoscimento della richiesta d'asilo possono essi stessi trasformarsi in un trauma post-migratorio (Anagnostopolous et al., 2017). La persona, di fatto, deve far fronte a molteplici richieste legate all'apprendimento di una nuova lingua e all'adattamento a regole e norme sociali spesso sconosciute, mentre i valori della sua cultura di origine e i suoi schemi culturali, ovvero il suo mondo di simboli ed esperienze, non sempre trovano sostegno nel paese d'accoglienza. Nei rifugiati afgani coinvolti nel nostro intervento, inoltre, si segnala l'aggravante che lo sforzo di adattamento verrà compiuto da una posizione di debolezza legata alla perdita di *status* nella gerarchia del prestigio sociale e dalla perdita del ruolo all'interno della comunità. L'incontro-scontro tra modelli culturali differenti, sottopone necessariamente la persona rifugiata a un ripetuto e continuo sforzo per riconfigurare e ridefinire la propria identità. Nel caso dei rifugiati, lo stress da transculturazione si aggiunge al precedente vissuto traumatico, contribuendo in questo modo alla formazione del trauma multiplo. Il processo di integrazione nella nuova realtà che accoglie può rivelarsi difficoltoso e talvolta riproporre, sebbene in maniera meno crudele, la condizione di marginalizzazione, di esclusione e di violenza vissuti nel proprio paese o durante la fuga: la negazione del rispetto e della dignità. Questa fase di esclusione sociale può determinare la riacutizzazione della sintomatologia post-traumatica o generare nuovi sintomi psicologici inquadrabili nei disturbi depressivi o di adattamento (Anagnostopolous et al., 2017). A questo proposito, emerge l'importanza per i

paesi ospitanti di implementare modelli di prima accoglienza che forniscano protezione efficace, alloggi e servizi adeguati, ma soprattutto un'integrazione concreta, in linea con l'osservazione acuta proposta da Silove ed Ekblad già nel 2002:

sebbene la prevenzione dei traumi inflitti ai rifugiati nei paesi di origine possa essere al di fuori del nostro controllo, i paesi di accoglienza possono esercitare un'influenza decisiva sulle sfide post-migratorie affrontate dai rifugiati in arrivo. Nella loro risposta, è necessario che i paesi di accoglienza estendano le proprie iniziative oltre l'obiettivo a breve termine del controllo dell'immigrazione verso una prospettiva più globale di salute pubblica. In caso contrario, i sintomi post-traumatici nei rifugiati e nei richiedenti asilo potrebbero prolungarsi e intensificarsi e la società nel suo insieme dovrebbe poi in ultima analisi sostenere i costi (sanitari, sociali ed economici, *ndr*) di questo fenomeno (pp. 401-402).

Infine si segnala la prospettiva in cui si colloca lo psicologo dell'emergenza rispetto al *trauma del rifugiato*: la sofferenza o il disagio del rifugiato non sono un oggetto psicopatologico che esiste di per sé e, come clinici, è importante assumere un atteggiamento che tenga conto del dolore, del disorientamento e della perdita, ma al contempo anche delle capacità di recupero, delle risorse e delle abilità sociali dei rifugiati (Anagnostopolous et al., 2017). Se ignoriamo il fatto che ogni persona elabora le esperienze in base alla propria unicità e singolarità, rischiamo di imprigionare chi chiede aiuto in una posizione patologica e di fare involontariamente violenza proprio alle persone che vogliamo aiutare (Papadopoulous, 2006). □

Metodologie d'intervento nell'ambito della psicologia dell'emergenza

Cerchiamo ora di definire quale intervento è stato fatto nell'ambito della psicologia dell'emergenza e qual è stata la metodologia utilizzata.

Gli strumenti pratici adottati nel lavoro di supporto ai rifugiati sono stati:

- il colloquio clinico
- il gioco e il disegno
- il debriefing.

La prima tecnica è stata utilizzata maggiormente con gli utenti adulti, la seconda e la terza con i minori. In riferimento al colloquio clinico, il volontario psicologo dell'emergenza è stato il primo strumento di contatto e di intervento con l'altro. Come sostiene Andolfi (1994), "Con il cambiamento introdotto dal pensiero sistemico e dalla prospettiva costruttivista, lo psicologo relazionale, a mio avviso, non solo chi sceglie l'indirizzo relazionale, bensì, il professionista dell'anima, a prescindere dall'indirizzo psicoterapico o analitico scelto entra a far parte del sistema osservato [...] il colloquio stesso diventa un processo di

Nelle fotografie sottostanti, alcuni momenti e prodotti dell'intervento con i profughi afgani.



conoscenza grazie al quale cliente e psicologo costruiscono, attraverso la loro interazione, nuovi significati, punteggiando in modo diverso gli eventi” (p. 73). Pertanto, secondo tale visione, non c’è più la realtà oggettiva delle cose, bensì quella che entrambi costruiranno. Ciò, dunque, fa sì che il colloquio si collochi come primo strumento in cui si ha la possibilità di dare nuovo significato all’evento, in cui i partecipanti, in vesti diverse e in una relazione che per condizione e formazione, si può definire asimmetrica, si incontrano. In questa visione, lo psicologo non è più il professionista “con la necessità di astenersi da qualsiasi coinvolgimento personale” (*ibidem*, p. 73) anzi, senza dimenticare quanto appreso durante la formazione, fa di sé il primo strumento di incontro e contatto con l’altro. Quanto espresso, richiama senza dubbio un altro elemento: la risonanza emotiva, ovvero “quel fenomeno di riverberazione cioè di immagini e spazi interiori carichi di emozioni” (*ivi*). Pertanto, come prosegue Andolfi, “ogni scambio comunicativo che abbia significato ci sollecita memorie diverse che dipendono dalle nostre passate esperienze e la cui percezione è modificata in base a come entriamo nel presente in rapporto ad altre persone e alla loro storia” (*ibidem*, p. 78). Ciò, non vuol dire farsi travolgere o incantare dal racconto che l’altro ci porta o dagli eventi, ma, attraverso l’autoriflessione, interrogarsi sul significato che si attribuisce a ciò che viene detto nel contesto del colloquio e ai propri coinvolgimenti emotivi. Risulta necessario prestare attenzione all’effetto che quella determinata comunicazione può avere su di noi, sulla nostra componente emotiva, senza confonderla con quella dell’altro, ma riflettere e scegliere se e come utilizzare questi elementi come strumento d’intervento per l’altro.

Tenere conto di tutto ciò non è facile in un contesto di emergenza, contesto che richiede coordinazione con altri interlocutori e in cui ognuno fa la propria parte ed è chiamato a prendere decisioni immediate. Ci si aiuta tramite l’ascolto attivo ed empatico, ovvero l’ascolto partecipe e comprensivo di ciò che l’altro sta comunicando. L’empatia è la comprensione del punto di vista dell’altro, è “il sentire sulla propria pelle le emozioni” (*ibidem*, p. 80). Questo determina un crescendo di fiducia nei confronti dello psicologo, consente l’aggancio, facilitando per lo meno l’inizio della relazione. Anche il silenzio è ascolto; come afferma il primo assioma della comunicazione, non si può non comunicare (Watzlawick, Beavin e Jackson, 1971 p. 41). Anche il silenzio parla.

Un altro aspetto fondamentale, che non costituisce una tecnica, ma di certo una componente essenziale alla base di ogni comunicazione e rapporto con l’altro, è il rispetto, che vuol dire porre attenzione alla persona con la quale interagiamo in un determinato contesto e momento, distinguendola dalla problematica che ci porta – poiché sappiamo molto bene che la persona è molto più delle sue difficoltà e non è identificabile con esse. Come già precedentemente accennato, occorre adattare l’intervento in emergenza alla cultura di appartenenza, affinché sia appropriato e confortevole per chi lo riceve. Il nostro approccio è partito da uno studio approfondito della cultura del popolo afghano, per entrare meglio in relazione e poter mettere da parte i nostri personali pregiudizi.

Altre tecniche importanti nei contesti di emergenza sono senza dubbio il gioco e l'applicazione di diversi metodi proiettivi quali il disegno – tutto ciò al fine di consentire al bambino e all'adolescente di sentirsi al centro, coinvolto, soggetto, e non oggetto in balia dell'avvenimento catastrofico che ha colpito la sua comunità di appartenenza. A questo proposito, “In tutte le fasi dell'emergenza, i bambini devono essere coinvolti come soggetti attivi dell'attuazione dei loro diritti allo sviluppo (istruzione, gioco, tempo libero, partecipazione) e del loro diritto a vivere in contesti atti a favorirli. Solo attraverso la valorizzazione e l'attuazione del diritto di partecipazione si riesce realmente a favorire la piena espressione delle competenze dei bambini e dei ragazzi, rendendoli protagonisti attivi della loro vita, anche nell'affrontare situazioni difficili e tragiche legate alle catastrofi naturali” (AA.VV., 2012). Tutto ciò è importante al fine di evitare che i bisogni dei bambini in fase di emergenza vengano “violati, ignorati e non soddisfatti, spesso sottovalutati per l'esigenza di intervenire presto su aspetti connessi ai bisogni primari” (*ibidem*). Pertanto, si rivela fondamentale porre la giusta attenzione ai loro bisogni non solo primari ma, come viene sottolineato in questo lavoro, soprattutto ai bisogni psicologici, alla loro capacità di esprimere quanto accaduto e l'emotività legata all'evento. Tutto questo è fondamentale al fine di rafforzare la capacità di resilienza, ovvero la capacità di muovere verso una condizione di cambiamento possibile, mettendo in campo delle proprie strategie per affrontare l'evento traumatico o avverso, in modo da promuovere una cultura del *risk reduction* (*ibidem*).

Ritornando all'utilizzo del gioco, si riportano alcuni aspetti salienti del pensiero dello psicoanalista Donald Winnicott, che ha dedicato gran parte delle sue riflessioni al rapporto tra gioco e atto creativo, ponendo entrambi in diretta relazione con le fondamentali esperienze a cui il bambino va incontro nei suoi primi giorni di vita. Il gioco, secondo la visione dell'autore, è sempre un'esperienza creativa, e la capacità di giocare in maniera creativa permette al soggetto di esprimere l'intero potenziale della sua personalità, grazie alla sospensione del giudizio sul mondo, a una tregua dal faticoso e doloroso processo di distinzione tra sé, i propri desideri e la realtà. In questo modo, attraverso un atteggiamento ludico verso il mondo, e solo qui, in questa terza area neutra e intermedia tra il soggettivo e l'oggettivo, può comparire l'atto creativo, che permette al soggetto di trovare se stesso, di essere a contatto con il nucleo del proprio Sé. Pertanto il gioco, secondo l'autore non ha età: “Io considero alla stessa stregua il modo di godere altamente sofisticato della persona adulta rispetto alla vita, o alla bellezza o all'astratta inventiva umana, e il gesto creativo di un bambino, che tende la mano alla bocca della madre, e che tocca i suoi denti, e la vede creativamente. Per me, il giocare porta in maniera naturale all'esperienza culturale e invero ne costituisce le fondamenta” (Winnicott, 1971). Dunque, secondo la sua visione, il gioco è una dimensione presente lungo l'intero arco della vita umana, a partire dalla relazione privilegiata tra madre e neonato fino all'età adulta, al punto tale che l'autore parla di spazio potenziale che si manifesta per la prima volta fra la madre e il bambino: “L'area di gioco è uno spazio potenziale tra la madre e il bambino, o che congiunge la madre e il bambino” (*ibidem*, p. 60). Altro elemento fondamentale è senza dubbio, la crea-

tività che è collegata al gioco e che, secondo Winnicott, non consiste nei prodotti dei lavori artistici, ma nella maniera che ha l'individuo di incontrarsi con la realtà esterna: essa è universale, appartiene al fatto di essere vivi e si può considerare come una cosa in sé, qualcosa che è necessario se l'artista deve produrre un lavoro d'arte, ma anche qualcosa che è presente quando chicchessia guarda in maniera sana una qualunque cosa o fa una qualunque cosa deliberatamente (*ibidem*). L'impulso creativo è presente alla stessa maniera in ogni individuo come processo continuo (*ibidem*). La creatività non può essere mai del tutto annullata, tuttavia può restare nascosta e questo viene a determinare la differenza tra il *vivere creativamente* e il *semplice vivere* (*ibidem*). Altro elemento fondamentale del gioco è il contesto nel quale esso avviene; quest'ultimo, secondo Winnicott, può essere soltanto un contesto protetto dove il bambino percepisce di potersi fidare. L'esplorazione di queste possibilità di agire può avvenire soltanto quando non vi sono altre necessità urgenti da soddisfare. Si gioca, per esempio, quando non si ha troppa fame e quando non si percepisce l'immediata presenza di un pericolo. Si gioca quando ci si sente al sicuro.

Tutto ciò si rivela veritiero nei contesti di emergenza; non di certo nei primi istanti, ma in quelli immediatamente successivi, di riorganizzazione e ripresa delle ordinarie attività, in cui si cerca di permettere alla comunità che ha vissuto e subito l'evento catastrofico di riprendere la sua quotidianità. Pertanto gli operatori, secondo le specifiche competenze e in coordinazione con l'intera macchina dell'emergenza, possono mettere a punto modalità di intervento adatte alle esigenze che si manifestano, per permettere ai grandi, e soprattutto ai più piccoli, di tornare a vivere, sentirsi al sicuro e avere una visione fiduciosa del futuro.

Nel nostro caso, l'intervento presso il Covid Center di Napoli ha richiesto in alcuni momenti l'utilizzo sia del gioco – non solo per la valenza che esso ha nella vita del bambino, così come sopra illustrato, ma anche come mezzo di comunicazione, interazione e socializzazione con il resto del mondo – sia del disegno come mezzo di libera espressione. Anna Oliviero Ferraris (2006) sottolinea quanto il disegno, come ogni linguaggio (parola, scrittura, musica danza), esprima qualcosa della persona che lo utilizza: un qualcosa che può essere consapevole, voluto e pensato (messaggio manifesto), ma anche inconsapevole e/o soltanto in parte noto all'autore del disegno (messaggio nascosto). Infatti, continua l'autrice, molte delle nostre comunicazioni si prestano a una doppia lettura: una *ufficiale*, che prende in considerazione aspetti visibili e convenzionali (elementi logici e razionali), una *non ufficiale* che considera quelli invisibili e sfuggenti (elementi basati sull'emotività, su desideri latenti, la cui manifestazione non segue percorsi rigorosi, ma avviene attraverso piccoli dettagli, scelte di campo, modalità interpretative, interruzioni improvvise del tratto, ripensamenti). In relazione a ciò, appare evidente che, per avere una comprensione completa del contenuto di una comunicazione (linguistica, musicale o di altro tipo), bisogna saper prestare attenzione a entrambi i livelli di comunicazione, quello manifesto e quello nascosto.

L'ultima tecnica, unicamente in ordine di presentazione, ma fondamentale soprattutto per noi operatori, è quella del debriefing. Durante tali incontri, abbiamo avuto modo di ricostruire gli eventi, raccontare i fatti, ognuno dal

proprio punto di vista, confrontarci nel racconto dei nostri vissuti emotivi, al fine non solo di condividere quanto accaduto, ma anche di alleggerire il carico emotivo connesso all'esperienza vissuta. Il debriefing, dunque, permette, attraverso il lavoro di gruppo e le sue fasi, di affrontare progressivamente fatti, pensieri, emozioni e sintomi, per organizzare un primo parziale senso dell'avvenimento che sia condiviso con gli altri partecipanti del gruppo, dando voce alla sofferenza. Infatti, si tenta di fornire una struttura all'evento traumatico, di dare sollievo allo stress, di gestire, anche per i soccorritori, le normali reazioni derivanti da un evento critico.

Il ruolo del mediatore linguistico-culturale

Un'ultima considerazione va fatta sul setting, che inevitabilmente è stato condizionato da importanti vincoli di natura culturale e linguistica e che ha reso necessario il coinvolgimento di un terzo in sede di colloquio, il mediatore linguistico-culturale, figura ponte all'interno della relazione terapeutica. Abbiamo elaborato alcune considerazioni a riguardo.

Innanzitutto, la presenza del mediatore linguistico ha permesso sia una traduzione linguistica dei contenuti portati dalla persona, sia l'esplicitazione di quelle dimensioni di significato di matrice culturale che sono alla base della visione e della costruzione del mondo, del sé e degli altri, che sia la persona che lo psicologo portano.

In secondo luogo, in questo setting, così differente da quello tradizionale, si è ascoltata un'altra voce, quella del mediatore, che non ha rappresentato soltanto una trasposizione della parola dei nostri *ospiti*, ma ha co-partecipato all'incontro.

La presenza di un *terzo* nella relazione, poi, ha reso più complessa la comunicazione nella sua globalità. È stato come ascoltare contemporaneamente due melodie diverse che si sono alternate alle nostre orecchie: un susseguirsi di differenti interpretazioni del significato che si volevano esprimere. Diverse le voci, diverse le tonalità, il ritmo, la loro frequenza. Diversi i gesti, le espressioni facciali, la postura, l'enfasi. La comunicazione è avvenuta a due velocità, oltre che essere tri-univoca. L'espressività non verbale e paraverbale degli attori dell'incontro si è arricchita della verbalità aggiunta dal mediatore culturale, e viceversa. I significati sono arrivati in due tempi: prima il non verbale, che sappiamo quanto incide nell'efficacia della comunicazione, e poi il verbale. Ci siamo posti alcune domande al riguardo: il mediatore culturale davvero arricchisce sempre? permette la comprensione? oppure può tradire, aggiungere e togliere, dare enfasi maggiore o minore alla comunicazione e ai suoi contenuti?. "Il medium è il messaggio" diceva McLuhan, e la frase del sociologo canadese si attaglia benissimo alla nostra esperienza sul campo. Siamo giunti alle seguenti considerazioni.

Al di là della questione della fedeltà della traduzione al significato delle parole, è stata l'espressività del non verbale e del paraverbale che *ha colorato* ai nostri occhi e alle nostre orecchie le loro comunicazioni. Anche il nostro atten-

dere che arrivassero i significati in differita, dopo aver già percepito i gesti e le espressioni, così come è avvenuto per il nostro interlocutore, sono stati *momenti d'incontro* (Stern, 2004) di estrema importanza.

Il mediatore è stato un facilitatore dell'incontro. Il nostro *aiutante sul campo* non poteva essere relegato solo al ruolo di traduttore, ma è stato percepito, prima ancora che concettualizzato, con lo status di soggetto. Non dipendente da noi, ma attivo nel possedere le nostre parole e i nostri tentativi di costruire significati e dare senso. Ha trasformato da semilavorato in prodotto finale, da *parole in libertà* per chi non conosce la lingua araba, a parole comprensibili. Da non verbalità, qualche volta inquietante, a segni cui poter dare una coerenza e comprensibilità. Dunque il significato è stato continuamente mediato e rinegoziato in un lavoro a tre, in un unico processo in cui vi era la presenza di tutti.

La presenza del mediatore all'interno dei colloqui e del setting psicologico ha facilitato la creazione di una relazione di fiducia fra lo psicologo e il rifugiato, l'alleanza terapeutica. Ma è stato anche altrettanto importante che psicologo e mediatore sviluppassero una reciproca relazione di fiducia e una sintonia che consentisse loro di operare in sinergia, chiarendo in uno spazio specifico, al termine del colloquio, possibili *equivoci culturali* insorti.

Nell'ottica di un lavoro di emergenza, quale è richiesto nella prima accoglienza di rifugiati, è necessario che vengano riconosciute, rispettate e valorizzate le diverse professionalità e competenze, che favoriscono nella loro complementarietà una presa in carico olistica della persona.

Nell'incontro con un'etnia diversa, incontro mediato dalla parola del mediatore, abbiamo fatto riferimento ad alcuni principi mutuati dall'etnopsicologia. Come sostiene Devereux (2007), nel metodo del complementarismo il funzionamento psichico dell'essere umano è sempre articolato con le sue produzioni culturali (1960). Il concetto di psiche e quello di cultura si intrecciano, nel metodo complementarista, in modo obbligatorio ma non simultaneo per articolare il senso culturale con quello individuale. La comprensione e il rispetto delle differenze socioculturali sono stati possibili grazie alla collaborazione del mediatore linguistico-culturale che ha costituito un ponte tra due universi linguistici. Facendo riferimento a Tobie Nathan, secondo cui la psicoterapia viene considerata come "un procedimento d'influenza destinato a modificare radicalmente, profondamente e in modo duraturo una persona, una famiglia o semplicemente una situazione, partendo da un'intenzione terapeutica" (1998, p. 20), non si separa la persona dalla famiglia o dal clan, per ricondurla a un gruppo virtuale, statistico, come quello individuato e descritto dal DSM (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*), ma lo si considera parte di un corpo sociale più ampio. Questo significa che il funzionamento mentale è comune ai diversi esseri umani, e le strutture del pensiero umano hanno pari dignità per il principio della cosiddetta *universalità psichica*. Quello che cambia da *una forma di umanità a un'altra* sono invece le modalità usate per *riempire culturalmente* tali strutture del pensiero mediante rappresentazioni culturali in base al principio della *codifica culturale*: per esempio, le rappresentazioni culturali riferite all'essere uomo, donna, bambino o famiglia all'interno di una determi-

nate cultura, alla modalità di rappresentarsi il mondo, la malattia, di spiegarla e di curarla, alla nascita, alla morte, al tempo, al concetto di corpo, al cibo eccetera. Il ruolo del mediatore è dunque quello di un ponte per chiarire aspetti relativi alla *codifica culturale* e farsi portavoce dei bisogni della persona con soggetti terzi – nel nostro caso con gli operatori della psicologia dell'emergenza. Il mediatore, attraverso la traduzione di *concetti culturali*, ha assunto il ruolo di *leva terapeutica* per favorire il processo psicologico della persona migrante, iscrivendola nei suoi riferimenti culturali e *meticciando*, moltiplicando le modalità di spiegazione e cura della sofferenza psichica.

Conclusioni

L'incontro con persone provenienti da realtà culturali molto diverse ci ha fatto interrogare sui nostri modelli di cura, nati e sviluppati all'interno di un contesto socioculturale ben specifico, e su come sia possibile metterli in discussione e rinegoziarli, a fronte di costruzioni del mondo, della salute e della malattia completamente differenti. La nostra esperienza ci ha permesso di sperimentare, nella pratica, modelli diversi e innovativi di cura, che tengano conto delle differenze culturali che emergono nella relazione d'aiuto con i migranti. Inoltre, la complessità e la specificità del lavoro svolto nell'accoglienza dei rifugiati ci hanno portato a sentire forte l'esigenza di formazione e confronto, in modo da affinare gli strumenti per avvicinarci consapevolmente al mondo dell'altro ed essere ancora più pronti a offrire servizi adeguati a rispondere ai bisogni portati dagli afghani.

A tale esigenza abbiamo cominciato a dare risposta attraverso la costruzione di uno spazio di dialogo e aggiornamento tra tutti i colleghi, ed è proprio da questo contesto che ha origine il presente documento di sintesi, nel quale abbiamo voluto fissare i punti essenziali del lavoro da noi svolto. Sono emerse specificità sia rispetto all'entrare in relazione con l'Altro attraverso i vissuti emotivi, sia rispetto all'opportunità di sperimentare il terzo, ossia il mediatore culturale, nella relazione d'aiuto, andandola ad arricchire e complicare. Inoltre abbiamo riflettuto sulla tipologia specifica di bisogni e traumi vissuti dagli afghani, oltre che sull'utilizzo delle varie metodologie tradizionali adattate a un contesto emergenziale. Non ci si improvvisa psicologi dell'emergenza, ma, nonostante la formazione del singolo operatore, si cerca di capitalizzare la modalità di intervento adattandola al contesto emergenziale e arricchendola del contributo del gruppo di operatori con i quali si collabora.

In base a quanto è stato vissuto in questa e in varie altre esperienze, data l'importanza del ruolo e delle competenze dello psicologo dell'emergenza, emerge sempre di più la necessità per il nostro paese di una specializzazione formale in psicologia dell'emergenza e quindi di uno psicologo specialista che acceda al SSN.

Gli autori sono tutti soci di Psicologi per i Popoli – Campania (OdV)

□

Bibliografia

- AA.VV. (2012), *Orientamenti per la protezione dei bambini e degli adolescenti nelle emergenze in Italia*, Save the Children Italia Onlus e EditPress Edizioni, <https://cismai.it/wp-content/uploads/2012/04/Orientamenti4d121.pdf>
- Anagnostopolous E. et al. (2017), *Psicologia per migranti : accoglienza e sostegno per rifugiati, profughi e richiedenti asilo, dall'emergenza all'integrazione*, Armando, Roma.
- Andolfi M. (1994), *Il colloquio relazionale*, Accademia di Psicoterapia della Famiglia Roma.
- Beneduce R. (2011), *Frontiere dell'identità e della memoria. Etnopsichiatria e migrazioni in un mondo creolo*, Franco Angeli, Milano.
- Beneduce R. (2008), *Breve dizionario di etnopsichiatria*, Carocci, Roma.
- Bleger J. (1988), *Psicoanalisi del setting psicoanalitico*. In C. Genovese (a cura di), *Setting e processo psicoanalitico*, Cortina, Milano.
- Boni M. e Rella G. (2012), *L'assistenza psicologica nell'ambito dell'emergenza "profughi provenienti dal Nord Africa": quale ottica culturale, quale trauma, quale intervento?*, "Rivista di Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza umanitaria", 7, pp. 41-62.
- Cattaneo M.L. e Dal Verme S. (2009), *Terapia transculturale per le famiglie migranti*, Angeli, Milano.
- Caviglia G. e Nardiello D. (2009), *Le dinamiche psicologiche nell'emergenza*, Idelson-Gnocchi, Napoli.
- Chiappero P. (1998), *La supervisione psicoanalitica come sistema triadico*, "Setting", 5.
- Corman L. (2002), *Il disegno della famiglia. Test per bambini*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Curtacci A. (2017), *Strategie di coping e sindrome del burn-out nei Vigili del Fuoco. Gli aspetti psicologici del soccorritore*, "Rivista di Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza umanitaria", 17, pp. 38-58.
- Devereux G. (2007), *Saggio di etnopsicologia generale*, Armando, Roma.
- American Psychiatric Association (2014), *DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (quinta edizione)*, Raffaello Cortina Milano.
- Crotti E. (2006), *E tu che albero sei?*, Mondadori, Milano.
- Di Mario S. e Talamo A. (2018), *Vissuti post-traumatici e traumi dell'immigrazione*, "Psichiatria e Psicoterapia Culturale", VI, 1.
- Dionisi G. (2020), *Stare con le emozioni nell'emergenza: uno sguardo al professionista che si accinge o si trova a lavorare in emergenza*, "PSICOin", 1-2, pp. 12-15.
- Fenoglio M.T. (2010), *Le emozioni dei soccorritori*, "Rivista di Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza umanitaria", 4, pp. 46-79.
- Gill M.M. (1989), *Psicoanalisi e psicoterapia: una revisione*. In F. Del Corno e M. Lang (a cura di), *Psicologia Clinica, vol. 4, Trattamenti in setting individuale*, Angeli, Milano.
- Herman, J. L. (2005), *Guarire dal trauma*, Magi, Roma.
- Iacolino C. (2018), *Il trauma psicologico: nuove frontiere di ricerca*, Franco Angeli, Milano.

- Loriedo C. e Picardi A. (2008), *Dalla teoria generale dei sistemi alla teoria dell'attaccamento*, Franco Angeli, Milano.
- Mastrostefano M.T. et al. (2020), *Chiamata in emergenza: sono pronto? Quando arrivo sullo scenario di una emergenza effettiva, sono pronto?*, "PSICOin", 1-2, pp. 16-25.
- McLuhan M. e Quentin F. (1967), *Il medium è il massaggio*, Corraini, Mantova.
- Miller K.E. e Rasmussen A. (2017), *The mental health of civilians displaced by armed conflict: An ecological model of refugee distress*, "Epidemiology and Psychiatric Sciences", 26(2), 129-138.
- Montgomery E. (1998), *Refugee children from the Middle East*, "Scand J Soc Med suppl.", 54, 1-152.
- Nathan T. (1993), *La follia degli altri. Saggi di etnopsichiatria*, Ponte alle Grazie, Firenze.
- Papadopoulos R.K. (2006), *L'assistenza terapeutica ai rifugiati*, Magi, Roma.
- Silove D. e Ekblad S. (2002), *How well do refugees adapt after resettlement in Western countries?*, "Acta Psychiatrica Scandinavica", 106(6), 401-402.
- Perry B.D., Pollard R.A., Blakley T.L., Baker W.L. e Vigilante D. (1995), *Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and "use-dependent" development of the brain: How "states" become "traits"*, "Infant Mental Health Journal", 16(4). □
- Stern D. (2005), *Il momento presente*, Cortina, Milano.
- Thoma H. e Kachele H. (1990), *Trattato di terapia analitica*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Trabucchi P. (2007), *Resisto dunque sono*, Corbaccio, Milano.
- Watzlawick P., Beavin J.H. e Jackson D.D. (1971), *Pragmatica della comunicazione umana*, Astrolabio, Roma.
- Winnicott D.W. (1971), *Gioco e realtà*, Armando, Roma.

