

MODENA, 22 OTTOBRE 2008  
“NUOVI ORIZZONTI DELLA BIOETICA”  
TRAUMA E SUE CONSEGUENZE

# GUERRE E TRAUMI

Niccolò Colombini, Dipartimento di Salute Mentale,  
Azienda USL di Modena

*“...avremmo voluto lavare le nostre coscienze della  
bruttura che vi giaceva...sentivamo che questo non poteva  
avvenire , che nulla mai più sarebbe potuto avvenire di così  
buono e puro da cancellare il nostro passato, e che i segni  
dell’offesa sarebbero rimasti in noi per sempre, e nei ricordi  
di chi vi ha assistito, e nei luoghi ove avvenne, e nei  
racconti che ne avremmo fatti...”*

Primo Levi, La tregua, 1963

# EVENTO

- Dal latino “eventu” :tutto ciò che accade in un certo luogo in un determinato momento e provoca un mutamento.
- Non è paradigmatico né standardizzabile.
- Non è regolare né governato da leggi, è contingente .
- È caratterizzato da una dimensione temporale soggettiva.

# SHOCK

- Dall'inglese, trad. "colpo". Stato di sospensione o rallentamento delle funzioni vitali di base con perdita o riduzione dello stato di coscienza provocato inaspettatamente da eventi lesivi diversi.
- Comunemente: emozione improvvisa e violenta.

# STRESS

- Dall'inglese, trad. "sforzo". Reazione emozionale intensa a stimoli esterni che mettono in moto risposte fisiologiche e psicologiche di natura adattiva.
- Selye, 1971: "risposta non specifica dell'organismo ad ogni richiesta effettuata ad esso" (sindrome generale di adattamento).

# ANSIA

- Dal tardo latino “anxia”, da “angere”, stringere. (ingl. anxiety, ted. angst). Stato tormentoso provocato dall'incertezza circa il conseguimento di un bene sperato o la minaccia di un male temuto.
- Condizione fisiologica e psicologica in sé non anormale, o addirittura utile al conseguimento di un obiettivo.

# ANGOSCIA

- Dal latino “angustia”, strettezza, da “angere”, stringere. (ingl. anxiety, ted. angst). Oppressione che genera agitazione, sofferenza tormentosa in cui l'uomo teme di soccombere, preoccupazione assillante, malessere fisico mescolato ad apprensione vitale.
- Espressione più intensa, grave e patologica dell'ansia, associata a intense manifestazioni fisiche

# PAURA

- Dal latino “pavore”, da “pavere”, temere. Emozione che si determina in relazione a situazioni o a persone reali, avvertite come minacciose, pericolose o tali da compromettere la sicurezza individuale.
- La paura si indirizza su una situazione reale e concreta, non oscura e non ignota.

# REAZIONE

- Sovrapposizione di “reagire” ad “azione”.  
Risposta a un evento che agisce come fattore stimolante.
- Risposta caratterizzata da una forte carica affettiva e profondo coinvolgimento emotivo senza il freno del giudizio razionale, come effetto di circostanze traumatizzanti.
- K. Jaspers: reazione – sviluppo – processo – fase

# TRAUMA.1

- Dal greco “τράυμα”, ferita, lacerazione, dal verbo “τιτρώσκω”, perforare, lacerare.
- In medicina somatica indica lesioni violente caratterizzate da agenti meccanici esterni, con ferite e lacerazioni, e contemporaneamente anche le conseguenze sull'insieme dell'organismo della lesione.

# TRAUMA.2

- In psicologia si intende un evento nella vita caratterizzato dalla intensità, dalla incapacità a rispondervi adeguatamente, dagli effetti patogeni durevoli che provoca.
- La psicanalisi ha ripreso il termine trauma trasponendo sul piano psichico i suoi tre significati: shock violento, lacerazione, conseguenze sull'insieme dell'organismo.

# TRAUMA.3

- La nozione di trauma in psicanalisi rimanda ad una concezione economica.
- Inizialmente Freud considerava esperienze traumatiche reali, eventi personali nella storia .
- In seguito fu posto l'accento sulla costituzione e sulla storia infantile.
- L'evento accidentale interviene in un secondo tempo.

# ANTINOMIA TRA EVENTO TRAUMATICO E REAZIONE INDIVIDUALE

- Scala Eventi Stressanti (life events) di Paykel (1971)
- Focus centrato sulla natura dell'evento in quanto tale
- Traumaticità dell'evento in sè
- Suscettibilità dell'individuo
- Predisposizione costituzionale
- Condizioni psicologiche particolari e situazione di fatto al momento dell'evento

# NEVROSI TRAUMATICHE

- Tipo di nevrosi in cui la comparsa dei sintomi è seguente a uno shock emotivo
  - A. Il trauma agisce come occasione, rivelando una struttura nevrotica preesistente
  - B. Il trauma assume una parte determinante nel contenuto stesso del sintomo

# EVOLUZIONE STORICA: EVENTI TRAUMATICI E CONSEGUENZE PSICHICHE

- Cuore del soldato (1861) – Guerra Civile Americana (Sindrome del Cuore Irritabile)
- Nevrosi Traumatica (Oppenheim 1892)
- Nevrosi da Spavento (Kraepelin 1896)
- Shock da Battaglia – Prima Guerra Mondiale
- Nevrosi da Guerra (Simmel 1918)
- Nevrosi di Guerra (Freud 1919)
- Reazioni ad eventi, disturbi psicoreattivi...
- Sindrome Post-Vietnam
- Post-Traumatic Stress Disorder (DSM III 1980)

# DSM – IV – TR

- Disturbo Post-traumatico da Stress
- Disturbo Acuto da Stress
- Disturbi dell'Adattamento
- Disturbo Psicotico Breve con Rilevanti Fattori di Stress (Psicosi Reattiva Breve)

# IL CONCETTO DI TRAUMA NEL DSM – IV – TR

- Evento che realmente, nella percezione soggettiva o nel vissuto comporti una minaccia per la vita o per l'integrità fisica , accompagnato da da sentimenti di paura intensa, orrore e senso di impotenza.
- Non è più un evento raro o fuori dall'ordinario.
- Il PTSD non sarebbe una reazione comune a tutti i soggetti esposti ad un determinato evento, ma presuppone l'esistenza di caratteristiche che rendono differenti coloro che sviluppano il disturbo.
- Ridimensionamento del ruolo del trauma vs. importanza della vulnerabilità individuale.

# EPIDEMIOLOGIA PTSD

- In gruppi di popolazione sottoposta a gravi eventi (guerra, disastri naturali, rapimenti, lager) dal 20 % al 45 % di prevalenza (importanza fattore tempo).
- Nella popolazione generale: dall' 1% al 9% di prevalenza.
- Nel solo sesso femminile 12-13%.

# CRITERI DIAGNOSTICI PER PTSD NEL DSM – IV – TR (A

- A) La persona è stata esposta ad un evento traumatico nel quale erano presenti entrambe le seguenti caratteristiche:
1. La persona ha vissuto, ha assistito o si è confrontata con evento che hanno implicato morte o minaccia di morte o all'integrità fisica propria o di altri
  2. La risposta della persona comportava paura intensa , sentimenti di impotenza o di orrore.

# CRITERI DIAGNOSTICI PER PTSD NEL DSM – IV – TR (B

- A) L'evento traumatico viene rivissuto persistentemente in uno o più dei seguenti modi:
- 1) Ricordi spiacevoli ricorrenti e intrusivi.
  - 2) Sogni spiacevoli ricorrenti dell'evento.
  - 3) Agire o sentire come se l'evento traumatico si stesse ripresentando.
  - 4) Disagio psicologico all'esposizione a fattori scatenanti che assomigliano all'evento traumatico
  - 5) Reattività fisiologica all'esposizione a fattori scatenanti che assomigliano all'evento traumatico

# CRITERI DIAGNOSTICI PER PTSD NEL DSM – IV – TR (C

- A) Evitamento persistente degli stimoli associati al trauma:
  - 1) Sforzi per evitare pensieri sensazioni associate al trauma.
  - 2) Sforzi per evitare attività, luoghi o persone che ricordi legati al trauma.
  - 3) Incapacità nel ricordare qualche aspetto importante del trauma.
  - 4) Riduzione marcata degli interessi.
  - 5) Sentimenti di distacco dagli altri.
  - 6) Affettività ridotta.
  - 7) Sentimenti di diminuzione delle prospettive future.

# CRITERI DIAGNOSTICI PER PTSD NEL DSM – IV – TR (D

- A) Sintomi persistenti di aumentato  
“arousal” (attivazione neuro-psicologica)
  - 1) Difficoltà del sonno.
  - 2) Irritabilità.
  - 3) Difficoltà a concentrarsi.
  - 4) Ipervigilanza.
  - 5) Esagerate risposte di allarme.

# CRITERI DIAGNOSTICI PER PTSD NEL DSM – IV – TR (E (F

- A) La durata del disturbo è superiore a 1 mese.
- B) Il disturbo causa disagio clinicamente significativo o menomazione nel funzionamento sociale lavorativo o di altre aree importanti.

Può essere acuto, cronico o ad esordio ritardato.



# LA GUERRA

- KANT 1795: PER LA PACE PERPETUA
- HEGEL 1820: LINEAMENTI DI FILOSOFIA DEL DIRITTO: GIUSTIFICAZIONE ETICA DELLA GUERRA

**MIGRANTI**

**RIFUGIATI**

**SFOLLATI INTERNI**

**PROFUGHI**

# MIGRANTI

Termine generico che indica chi sceglie di lasciare il proprio Paese per stabilirsi, temporaneamente o permanentemente, in un altro Stato. Tale decisione ha carattere **VOLONTARIO**, anche se spesso dipende da ragioni socio-economiche.

**ITALIA** Circa 2.6 milioni gli immigrati regolari (4% della popolazione) [Eurispes Italia 2005]

# RIFUGIATI

“per fondato timore di persecuzione per motivi di razza, religione, nazionalità, appartenenza ad un determinato gruppo sociale od opinione politica, si trovano fuori dal Paese di cui hanno la cittadinanza e non possono – oppure non vogliono- a causa di tale timore, avvalersi della protezione di tale Paese” *Cv di Ginevra, 1951*

**ITALIA** 12 mila rifugiati



vs



Germania: 900 mila

Totale Unione Europea: 2,2 milioni

[UNHCR, 2003]

## SFOLLATI INTERNI

Coloro che lasciano il proprio territorio a causa di guerre, persecuzioni o calamità naturali, ma rimangono all'interno del proprio paese senza varcarne i confini.  
In diritto internazionale si parla di IDPS (Internally Displaced Persons)

# PROFUGHI

E' un termine generico per definire coloro che sono costretti a lasciare il proprio Paese a causa di guerre, persecuzioni, catastrofi naturali, senza tuttavia avere il riconoscimento dello *status* di rifugiato. La distinzione tra **profugo** e **rifugiato** è tipicamente italiana. In altre lingue, infatti, la parola **profugo** è tradotta con *refugee*, *réfugié*

# **PROFUGHI E SALUTE MENTALE**

- 80% dei profughi è stato esposto ad un trauma preimmigratorio, quale l'aver assistito all'uccisione di una persona, l'aver temuto di essere ucciso, l'essere stato separato dai propri familiari, mentre il 25 % è stato torturato (Silove et Al., 1997).
- Lo stress postmigratorio si aggiunge agli effetti del trauma precedente e incrementa la possibilità di disagio (dai vari studi)

## **RISCHIO PER LA SALUTE MENTALE**

**MAGGIORE** durante i primi 10–24 mesi dopo l'arrivo; **DECLINA** dopo i primi 2-3 anni - (Bhugra,2004 ; Beiser, 1999; Westermeyer et al., 1984)

# Review 1996-2003

## immigrati in generale e salute mentale

	<b>RICERCHE EMPIRICHE</b>	<b>PAPER TEORICI</b>	<b>CASI CLINICI</b>	<b>TOT</b>
<b>ITALIA</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>4</b>
<b>REGNO UNITO</b>	<b>81</b>	<b>27</b>	<b>4</b>	<b>112</b>
<b>GERMANIA</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>16</b>

Difetti: Campioni piccoli e criteri di inclusione non specificati

Claassen D., Ascoli M., Berhe T., Priebe S., 2005

(REVIEW)

# FATTORI PROTETTIVI E DI RISCHIO NEGLI IMMIGRATI

Disoccupazione,  
separazione dalla  
famiglia



FATTORI DI  
RISCHIO

Conoscenza della  
lingua, rapporti  
amicali, presenza e  
supporto della propria  
comunità etnica



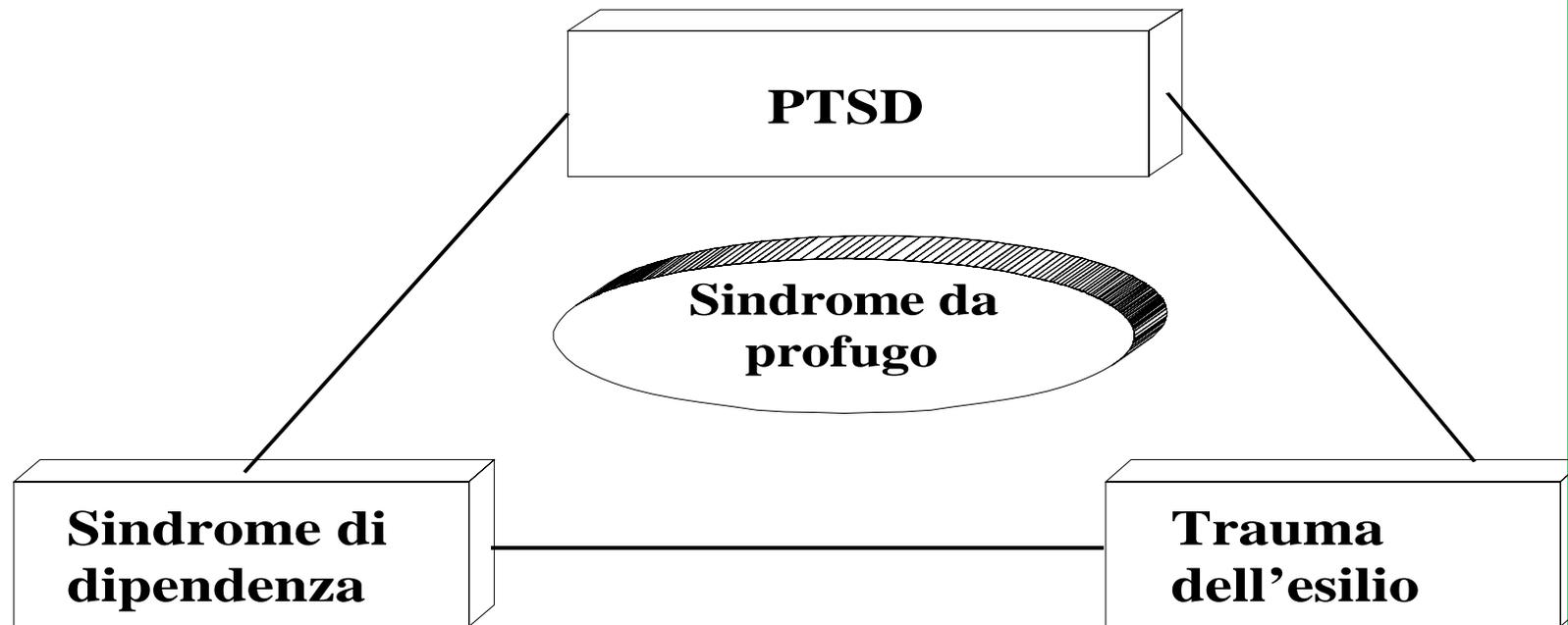
FATTORI  
PROTETTIVI

[Bughra, 2004; Beiser, 1999]

Studi nei paesi occidentali sugli immigrati in generale, prevalentemente su:

- **PTSD (4-70%)**
- **depressione (3-88%)**
- **ansia (2-80%)**

## Sindrome da profugo: Complex Stress Syndrome



Sindrome di dipendenza - La paura, il pregiudizio la semplice mancanza di risorse possono spingere la comunità ospite a restringere i diritti e possibilità dei rifugiati ad autodeterminarsi e autogovernarsi (Von Buchwald, 1994).

**Emminghaus et al.,1998)**

**PROFUGHI IMMIGRATI  
DALL'EX-JUGOSLAVIA**

**1991**

Slovenia

Croazia

Bosnia-Erzegovina

Kosovo

Serbia-Montenegro

Repubblica di Macedonia

**2002**

# BOSNIA-ERZEGOVINA

- 250 000 morti, 2 milione di profughi e IDPs, 200 000 feriti [ICRC, 1999]
- 27 734 dispersi [Association of Concentration Camp Victims B&H, 2001]
- più di 1 milione di cittadini non sono ancora tornati nelle loro case: 500.000 ha lo *status* di sfollato e 300.000 sono rifugiati fuori dal paese [B&H Helsinki Committee for Human Rights, 2002]

# BOSNIA-ERZEGOVINA

- **Campi di concentramento: l'esercito serbo 572, croato 39 e bosniaco 3.  
Qui sono state uccise circa 39 000 persone**
- **305 fosse comuni [Association of Concentration Camp Victims B&H, 2001].**
- **50.000 casi di tortura; 3000 stupri. [UNHCR, 1995]**

# PROFUGHI DELL'EX- JUGOSLAVIA IN ITALIA

- legge n.390 del 24 luglio 1992 “Interventi straordinari di carattere umanitario a favore degli sfollati della ex Jugoslavia”
- Nel luglio del 1997 lo Stato italiano ha dichiarato la cessazione dello stato di emergenza e nello stesso tempo della figura di sfollato, assicurando il sostegno all’attuazione di programmi di rimpatrio volontario.

## Esclusione dalle ricerche a causa dei diversi gruppi etnici e delle diverse lingue

[es. Annette AM et al. (2004) Health and health care utilisation among asylum seekers and refugees in the Netherlands]

Meta-analisi di 14 studi: le persone in esilio erano significativamente più disturbate da quelle rimaste in loco

[Porter & Haslam, 2001]

# STUDI IN ITALIA SU PROFUGHI DALLA EX-JUGOSLAVIA

- Favaro A, Maiorani A, Colombo G, Santonastaso P.
- **Traumatic experiences, posttraumatic stress disorder, and dissociative symptoms in a group of refugees from former Yugoslavia**
- ***J Nerv Ment Dis* 1999; 187: 306-308**

# TRAUMA DELL'ESILIO E FAMIGLIA

- **cambiamenti di ruoli familiari e doveri (es. i figli fanno da genitori in quanto interpreti)**
- **cambiamenti nella comunicazione e nella memoria familiare**
- **cambiamenti nelle interazioni tra i familiari**
- **Perdita di elementi importanti per la conservazione della propria identità come lingua madre, storia e tradizioni del proprio paese di origine (nei figli degli immigrati)**

# **PROBLEMI METODOLOGICI DELLE VARIE RICERCHE SULL'ARGOMENTO**

- Campione: piccolo, non casuale nei campi profughi oppure tra pazienti ambulatoriali, vittime di tortura**
- Poche ricerche sugli sfollati interni e persone che sono rientrate e quasi nessuna sulla popolazione generale**
- Carenza di studi prospettici e che prendano in considerazione la latenza dall'esilio**
- Molti strumenti non tradotti adeguatamente nella lingua madre dei profughi oppure non sensibili alle norme culturali dei profughi**

# **SPECIFICITÀ DEI PROFUGHI DALL'EX-JUGOSLAVIA**

**-profilo PTSD con alta frequenza di sintomi intrusivi e di evitamento e bassa frequenza di sintomi di iperarousal.**

**-forma particolare del trauma multiplo della guerra in ex-Jugoslavia.**

**-I sintomi dissociativi non si sono manifestati in stretta relazione alla presenza del PTSD e al numero degli eventi traumatici.**

**- PTSD difficilmente risulta essere cronico, a meno che non sia in comorbilità con la depressione.**

**Contrariamente all'evidenza storica, gli studi non hanno riportato una elevata prevalenza di stupri tra le donne dall'ex-Jugoslavia**

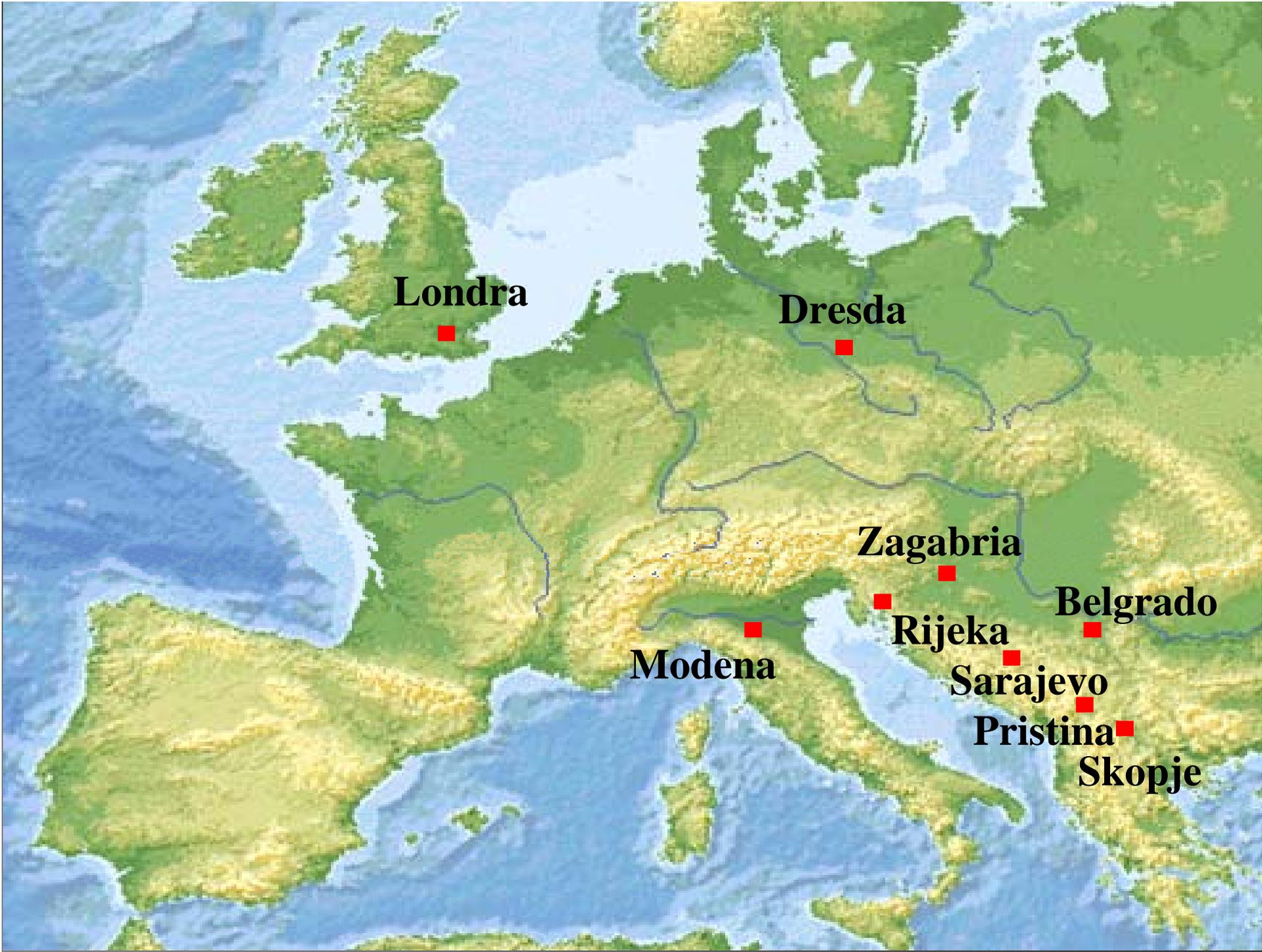
# CONNECT

**Componenti, organizzazione, costi ed esiti degli interventi sanitari e di comunità per persone con stress post-traumatico conseguente alla guerra ed al conflitto nei Balcani.**

**progetto di ricerca multicentrico  
europeo**

**finanziato dalla direzione generale  
per la ricerca della commissione  
europea nell'ambito del programma  
quadro FP6**

**CENTRI EUROPEI PARTECIPANTI**



**Londra**

**Dresda**

**Zagabria**

**Belgrado**

**Rijeka**

**Sarajevo**

**Pristina**

**Skopje**

**Modena**

## **CENTRO COORDINATORE**

**Queen Mary, Università di Londra  
Stefan Priebe (coordinatore), Marija Bogić**

## **RESPONSABILI DEI CENTRI**

**Università di Zagabria - Dean Ajduković**

**Università di Rijeka - Tanja Francisković**

**Università di Sarajevo - Abdulah Kučukalić**

**Università di Belgrado - Dušica Lečić-Toševski**

**Centro di Pristina c/o Università di Jena - Nexhmedin Morina**

**Università di Skopje - Mihajlo Popovski**

**Università di Dresda - Mattias Schützwohl**

# Universita' di Modena e Reggio Emilia

## Dipartimento Neuroscienze Psichiatria

prof. Paolo Curci

dr. Gian Maria Galeazzi

dr. Niccolo' Colombini

dr. Giovanni Neri

d.ssa Elma Sukaj

d.ssa Martina Flego

d.ssa Maša Romagnoli

d.ssa Sanja Filipović

# OBIETTIVI GENERALI

A

Creazione di una rete di istituzioni accademiche.

B

Raccolta di evidenze utili a migliorare la situazione di persone con sintomi persistenti di stress post-traumatico

# QUESITI DI RICERCA

1

Sviluppo di un modello predittivo dell'utilizzo dei servizi e degli esiti a lungo termine nelle persone esposte ad eventi potenzialmente traumatici.

2

Valutazione dei COMPONENTI, COSTI E ESITI degli interventi sanitari e di comunità per le persone con stress post-traumatico persistente..

3

Sviluppo di uno strumento per ottenere un quadro degli interventi sanitari e sociali per persone con stress post-traumatico (a livello individuale e di area territoriale)

4

Identificazione dei fattori che possono influenzare i cambiamenti nelle persone con stress post-traumatico persistente.

5

Stimare se i risultati ottenuti tra le popolazioni rifugiate in altre nazioni possano essere estesi ai risultati ottenuti nelle popolazioni rimaste nelle aree del conflitto e vice versa.

# **METODI E CAMPIONAMENTO**

# CRITERI DI INCLUSIONE

## Primo tempo

- **Persone nate nel territorio della ex-Yugoslavia (tranne la Slovenia)**
- **Età compresa tra i 18 ed i 65 anni**
- **Aver sperimentato un evento potenzialmente traumatico in relazione alla guerra all'età di almeno 16 anni.**

## Follow - up

- **Persone che soddisfano i criteri del PTSD nel M.I.N.I o ottengono un punteggio 22 alla scala IES**

# RECLUTAMENTO

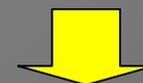
**TEMPO 1 :**

Ex-Jugoslavia



640 SOGGETTI

Stati Membri



250 SOGGETTI

**FOLLOW UP DOPO UN ANNO :**



160 SOGGETTI



90 SOGGETTI

# TEMPO 1 : STRUMENTI

**1** WAR RELATED  
STRESSORS  
SCREENING CHECKLIST

L'aver sperimentato  
almeno uno degli 19  
eventi è necessario per  
l'inclusione nello studio.

**2** DATI  
SOCIODEMOGRAFICI

Dati generali  
Status legale

**3** MIGRATION AND  
COMPENSATION  
STRESSORS

Lista dei fattori di stress  
legati alla migrazione  
Adattamento culturale

**4**

**LIFE STRESSOR  
LIST**

26 eventi

**5**

**MINI INTERNATIONAL  
NEUROPSYCHIATRIC  
INTERVIEW**

Versione italiana 5.0.0,  
gennaio 2005;  
+ Disturbo da  
Somatizzazione Mini Plus

**6**

**BRIEF SYMPTOM  
INVENTORY**

Per valutare il livello dei  
sintomi psichiatrici e delle  
sotto-scale diagnostiche

**7**

**IMPACT OF EVENT  
SCALE-REVISED**

Per valutare più approfonditamente il livello dei sintomi attuali di stress post-traumatico

**8**

**MANCHESTER SHORT  
ASSESSMENT  
QUALITY OF LIFE**

Qualità della vita.

**9**

**CLIENT SERVICE  
RECEIPT INVENTORY**

Valutazione dell'utilizzo servizi negli ultimi tre mesi

**10**

**MACSI**  
MATRIX FOR  
RECORDING HEALTH  
CARE AND SOCIAL  
INTERVENTIONS

NUOVO STRUMENTO  
per registrare gli  
interventi, anche sociali di  
cui i soggetti sono stati  
destinatari

**11**

CLIENTS  
ASSESSMENT OF  
TREATMENT

2 item adattato per la  
valutazione soggettiva  
dell'efficacia degli  
interventi ricevuti.

**12**

TRE DOMANDE  
APERTE

sugli effetti degli interventi

# FOLLOW-UP: STRUMENTI

1 LIFE STRESSOR LIST

2 MINI

3 BSI

4 IES-R

5 MANSA

6 MACSI

7 CSRI

8 DOMANDE APERTE

9 CLIENT ASSESSMENT OF  
TREATMENT

# PRIVACY

art. 34 commi 1 e 2, **D.P.R. n. 223/1989**

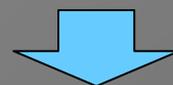
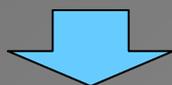
dispone che "alle amministrazioni pubbliche che ne facciano motivata richiesta, per esclusivo uso di **pubblica utilità**, l'ufficiale di anagrafe rilascia, anche periodicamente, elenchi degli iscritti nella anagrafe della popolazione residente".

**1**

**Richiesta di nominativi agli uffici anagrafe  
Emilia Romagna**

**2**

**Spedizione di 3 lettere di invito  
ai possibili soggetti**



**possibilità di contatto:  
-cellulare (sms o chiamata)  
-E- mail  
-lettera**

# CONCLUSIONI

A distanza di molti anni dalla guerra nella popolazione di profughi dall'ex-Jugoslavia si riscontrano livelli significativi di disagio psichico

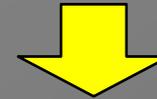
L'esperienza dell'esilio e i disagi connessi alla migrazione sembrano avere un ruolo importante nella produzione e nella persistenza del disagio psicologico dei profughi, confermando altre ricerche (Miller et al., 2002; Kivling-Boden&Sundbom, 2002)

Probabile bisogno di cura non corrisposto (Searight, 2003) e sicura necessità di facilitare piena integrazione sociale e culturale

# RELAZIONE

METODO SPERIMENTALE

CONNECT



"NEUTRALITA"

+

SPAZIO D'ASCOLTO

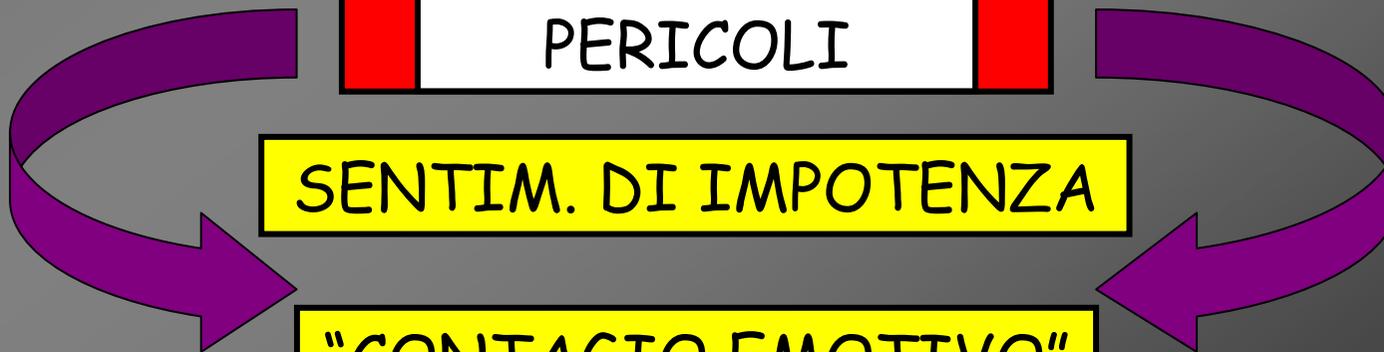
EMPATIA



PERICOLI

SENTIM. DI IMPOTENZA

"CONTAGIO EMOTIVO"



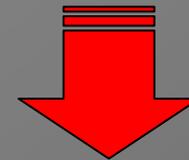
# SETTING

“ideale”



Ambiente tranquillo,  
silenzioso

Connect



Presenza altri familiari

Presenza bambini

Intervista in coppia

Rumori...

# LINGUA

“può scegliere di fare l'intervista nella Sua lingua madre, oppure in Italiano”

8 scelgono di fare l'intervista in italiano



3 persone:  
“non voglio più avere a che fare con quella terra”

# I TIMORI

•CHI SIETE?

# REAZIONI INASPETTATE

Richieste di aiuto esplicite

Richieste di amicizia

Minacce verbali

Reazione aggressiva

Atteggiamenti seduttivi

# L'OPERATORE "Ψ" DI FRONTE AI TRAUMI DI GUERRA

- ALCUNI ELEMENTI PERTURBANTI:
  - RADICI DELLA VIOLENZA UMANA
  - VIOLENZA ISTITUZIONALIZZATA
  - BUONI – CATTIVI
  - RAGIONI DELLA VIOLENZA
  - COMPrensione DELLA SOFFERENZA
  - REAZIONI EMOTIVE

# ASPETTI CRITICI

- INTERPRETAZIONI “A-PRIORI”
  - INSUFFICENZA NOSOLOGICA
  - RISPOSTE STEREOTIPE
  - RIDUZIONISMO OPERATIVO
- SCARSO RISPETTO

# IPOSTESI OPERATIVE

- RESTITUZIONE DI UN SENSO CONDIVISO AL TRAUMA
- INTEGRAZIONE CON LE ALTRE REALTA' SOCIALI VS. CREAZIONE DI SERVIZI SPECIALISTICI PER PROFUGHI
- FORMAZIONE DEGLI OPERATORI

*“...è un sogno entro un altro sogno...un ambiente insomma placido e disteso, apparentemente privo di tensione e di pena: eppure provo un’angoscia sottile e profonda, la sensazione definita di una minaccia che incombe...al procedere del sogno ...tutto cade e si disfa intorno a me...sono di nuovo in Lager e nulla era vero all’infuori del Lager...”*

Primo Levi, *La tregua*, 1963