

La traumatizzazione vicaria

Stress da trauma secondario

Silvia Carboni

Psicologa Psicoterapeuta

Terapeuta Emdr Practitioner

Supervisora Casa delle donne per non subire violenza

18 Ottobre 2023



La mia esperienza

- Supervisione Centri antiviolenza (Bologna, Firenze, Ferrara, Prato, Belluno)
- Supervisione Case Famiglia
- Psicoterapeuta Emdr Practitioner
- Collaboro dal 2002 con la Casa delle donne per non subire violenza di Bologna

IL FILO CONDUTTORE DEL NOSTRO LAVORO DI OGGI

VIOLENZA NELLE RELAZIONI DI INTIMITA'

1. Ascolto empatico : benefici e rischi
2. Il trauma e' "contagioso": STS e BURN OUT -
fattori di rischio e di protezione
3. Strumenti per il riconoscimento dell'impatto
della traumatizzazione sulla relazione
terapeutica

VIOLENZA NELLE RELAZIONI DI INTIMITA'

Caratterizzata da:

- Deprivazione del potere
- Deprivazione del controllo su di sé
- Deprivazione del controllo sui propri legami
- Triangolo Drammatico

Esperienza traumatica cronica danneggia:

- Fiducia di base
- Autonomia
- Iniziativa
- Competenza
- Identità
- intimità

ASCOLTO EMPATICO

I NEURONI A SPECCHIO: la base fisiologica dell'empatia

- ✓ Questi neuroni si attivano sia quando siamo attori di un'emozione, sia quando siamo spettatori di un'emozione
- ✓ Sono gli stessi neuroni specchio dei lobi frontali e parietali che si attivano sia quando si è tristi, che quando vediamo un'altra persona triste.

Ascolto empatico

- Benefici
 - Alimenta il senso di intimità, rinforzano i legami sociali, promuovono la coesione producendo effetti positivi che si riverberano sul benessere psicologico e fisico delle persone
 - Ci rende capaci di relazionarci con gli altri, rendendo più fluide le interazioni
 - Facilita la capacità di metterci nei panni dell'altro, condividere le sue emozioni e aumenta la motivazione ad aiutare qualcuno in difficoltà

Rischi

- Comporta di provare realmente un certo grado di dolore, proporzionale al coinvolgimento affettivo nella relazione
- Espone alla paura, alla rabbia e alla possibile mancanza di speranza che l'interlocutore vive e prova (Dutton & Rubinstein, 1995)
- Risulta un fattore chiave nella trasmissione del materiale traumatico dell'utente agli operatori rendendola maggiormente esposta allo STS (Figley, 1995)

IL TRAUMA E' "CONTAGIOSO"

STRESS DA TRAUMA SECONDARIO o TRAUMATIZZAZIONE VICARIA

- ✓ E' stato introdotto negli anni 80 da Charles Figley
- ✓ Con il termine Secondary Traumatic Stress si riferisce alla manifestazione di reazioni comportamentali ed emotive derivanti da:
 - ✓ venire a conoscenza di eventi traumatici vissuti da altre persone
 - ✓ continuo dare aiuto e sostegno a persone sopravvissute ad un trauma
- ✓ Il termine "secondario" deriva dal fatto che l'individuo viene a conoscenza dei vissuti traumatici in maniera indiretta

LA TRAUMATIZZAZIONE VICARIA

*La traumatizzazione vicaria è una condizione caratterizzata dal cambiamento in negativo degli **schemi cognitivi** e dei **sistemi di credenze** in colui che svolge una professione d'aiuto, che deriva dal coinvolgimento empatico con le esperienze traumatiche altrui (Blair et al., 1996; McCann et al., 1990)*

DSM V

Aumento di specificazioni del PTSD e
inserimento della Traumatizzazione Vicaria



Alcuni sintomi della traumatizzazione vicaria
corrispondono a quelli di PTSD

DISTURBI
LEGATI A
PENSIERI
INTRUSIVI

RITIRO
SOCIALE

INTENSA
ANGOSCIA
PSICOLOGICA

EVITAMENTO DI CONTESTI, DI
PERSONE POTENZIALMENTE
RIEVOCATIVE DELL'EVENTO
TRAUMATICO

SINTOMI LEGATI AL
PERCEPIRE DI
RIVIVERE
L'ESPERIENZA
TRAUMATICA

AUMENTO DI
AUROSAL

SINTOMI

- SINTOMI LEGATI AD INTRUSIONE (o ri-esperienza): includono ricordi ricorrenti e intrusivi di immagini, pensieri o percezioni dell'evento traumatico vissuto o ascoltato, o ricorrenti sogni angoscianti in cui viene riprodotto e rivissuto l'evento traumatizzante;
- SINTOMI LEGATI AL PERCEPIRE DI RIVIVERE L'ESPERIENZA TRAUMATICA: sotto forma di illusioni, allucinazioni o flashback;
- SINTOMI LEGATI ALLO SPERIMENTARE INTENSA ANGOSCIA PSICOLOGICA, o un disagio psicologico, come reazione all'esposizione di ricordi dell'evento traumatico;
- SINTOMI DI EVITAMENTO si riferiscono al sottrarsi agli stimoli associati al trauma e includono gli sforzi per evitare pensieri, sentimenti o conversazioni associate all'evento traumatico, fanno inoltre riferimento ai tentativi di evitare attività, luoghi o persone che ricordano l'evento traumatico;
- I SINTOMI LEGATI ALL'AUMENTO DI AUROSAL : includono l'aumento di ansia, difficoltà nel riuscire ad addormentarsi o riuscire a mantenere il sonno, forte irritabilità, scoppi d'ira, difficoltà a concentrarsi e ipervigilanza (American Psychiatric Association, 2014);

PERSONALE ESPOSTO AI RISCHI

OPERATRICI DEI CENTRI
ANTIVIOLENZA,
EDUCATORI/TRICI,
INSEGNANTI , ASSISTENTI
SOCIALI, AVVOCATI

PERSONALE SANITARIO:
psicologi, psicoterapeuti,
psichiatri, medici,
infermieri..

DONNA O
MINORE
CHE
SUBISCE
VIOLENZA

FORZE DELL'ORDINE/Vigili del
fuoco

BURN OUT

STRESS TRAUMATIC
SECONDARY

COMPASSION
FATIGUE



COMPASSION FATIGUE	STS	BURN OUT
<p>La progressiva diminuzione delle capacità del professionista di fronte allo sperimentare l'angoscia e l'ansia data dall'incontrare e fornire assistenza a pazienti o utenti sofferenti. È uno squilibrio delle proprie capacità empatiche e dell'obiettività scaturito dalla</p>	<p>Una risposta allo stress derivante dal venire a conoscenza di un trauma da parte di persone significative (Figley, 1995). Derivante anche da un solo incontro con un paziente o utente traumatizzato e sofferente (Bride, Hatcher, & Humble, 2009). La paura che nasce da</p>	<p>Stress emozionale cronico e persistente associato al contesto di lavoro; è uno stato di esaurimento sul piano emotivo, fisico e mentale dato da una situazione lavorativa percepita come logorante nel tempo a cui l'individuo non è in grado di rispondere</p>
<p>tenacia di voler aiutare e fornire supporto e cura nell'altro (Figley, 1995).</p>	<p>una minaccia alla propria sicurezza personale (Huggard, Stamm, & Pearlman, 2013). Lo STS può emergere improvvisamente, in relazione ad una specifica situazione definita traumatica (Kulkarni, Bell, Hartman, & Herman-Smith, 2013).</p>	<p>adeguatamente con le proprie risorse (Wagaman, Geiger, Shockley, & Segal, 2015). La sindrome da Burnout si sviluppa in risposta ad una esposizione allo stress cronicizzata, che perdura nel tempo (Kulkarni, Bell, Hartman, & Herman-Smith, 2013).</p>

STS

- Educatori e assistenti sociali sono sempre più coinvolti nel fornire assistenza ai sopravvissuti ad abusi infantili, violenza domestica, crimini violenti, disastri, guerra e terrorismo
- Lo STS sta diventando un rischio professionale nel fornire servizi diretti a popolazioni traumatizzate
- Furono McCann e Pearlman (1990) a descrivere per primi l'impatto negativo sulla qualità di vita degli operatori sociali e per chi opera in contesti di abusi e violenza il venire esposti a contenuti traumatici relativi alla propria utenza
- McCann e Pearlman hanno messo in evidenza la difficile sfida da parte di chi opera all'interno di questa tipologia di servizi, nel riuscire a mantenere un coinvolgimento empatico adeguato quando si è esposti indirettamente al trauma dei propri utenti

STS

Rischio professionale: dal 6% al 26% dei terapisti che lavorano con popolazioni traumatizzate e fino al 50% degli operatori di assistenza all'infanzia sono ad alto rischio di stress traumatico secondario o di condizioni correlate di disturbo da stress post-traumatico e traumi indiretti

FATTORI DI RISCHIO VS EVENTI CRITICI



FATTORI DI RISCHIO

INDIVIDUALI (Braid & Jenkins, 2003).

- I problemi emotivi personali irrisolti, correlati con esperienze del paziente con Ptsd
- L'eccessiva **IDENTIFICAZIONE** con il paziente
- La **SENSIBILITA' EMPATICA** verso la sofferenza altrui
- La continua **ESPOSIZIONE ALL'ESPERIENZA DOLOROSA** dell'altro
- I professionisti che in passato hanno subito o hanno assistito ad un evento traumatico:
 - Lavorare con vittime di eventi traumatici può portare la riemersione di traumi passati subiti in prima persona ed una conseguente manifestazione di STS

ORGANIZZATIVI

Steed & Bicknell (2001), citati da Dagan et al. (2016)

- Carichi di lavoro
- Ruoli e mansioni poco chiari
- Mancanza di supervisione
- Mancanza di formazione professionale
- Solitudine nella presa in carico
- Anni di lavoro (Kulkarni et al., 2013, Dagan et al., 2016)

EVENTI CRITICI

LEGATI ALLA VITTIMA

- Eventi che coinvolgono bambini
- Lesioni gravi, mutilazioni o deformazione del corpo delle vittime
- Ferimento, attacco o uccisione della vittima
- Casi in cui la vittima è un parente o conoscente

LEGATI AL CONTESTO

- Morte o ferimento grave in servizio
- Suicidio/omicidio di un/una collega
- Eccessivo interesse dei media
- La necessità di compiere scelte difficili e/o inadeguate al proprio ruolo operativo
- La necessità di prendere decisioni importanti in tempi rapidissimi
- Fallimento del proprio lavoro dopo notevoli sforzi

FATTORI PROTETTIVI

FATTORI PROTETTIVI

INDIVIDUALI

- Impegno: atteggiamento caratterizzato dal desiderio di conoscere e dalla tendenza al coinvolgimento con persone ed eventi
- Controllo: la certezza che è possibile incidere sugli eventi e la volontà di agire secondo questa convinzione piuttosto che sentirsi vittime delle circostanze
- Sfida: la certezza che le sfide della vita stimolano la crescita personale, che la vita è più appagante quando si continua a imparare dalle proprie esperienze, positive o negative che siano
- Carattere
- Strumenti di gestione dello stress
- Esperienza personale

SOCIO-CULTURALI

- Capacità di costruire una solida rete di rapporti sociali
- Un senso di appartenenza alla comunità
- Condivisione dei valori e partecipazione a un tessuto di relazioni
- L'impegno in pratiche spirituali e religiose, come pure in forme espressive individuali, quali l'arte e la letteratura, contribuiscono a creare uno scudo protettivo

FATTORI PROTETTIVI

ISTITUZIONALI

- Supervisione
- Formazione
- Il lavoro in equipe
- Fare rete

STRATEGIE DI PREVENZIONE

Awa, Plaumann, & Walter, 2010

- Approccio multidimensionale:

INDIVIDUALE:
PSICOEDUCAZIONE E
CURA DI SE'

POLITICA
ORGANIZZATIVA:
FORMAZIONE
PROFESSIONALE



SUPERVISIONE

INDIVIDUALE

PSICOEDUCAZIONE

Conoscere i rischi dell'esposizione al trauma permette di acquisire il potere di esplorare e utilizzare strategie di prevenzione sia per ridurre il rischio che per aumentare la resilienza allo stress secondario

INDIVIDUALE

COPING ADATTIVO

“Il coping viene (...) definito come processo adattivo che impegna il soggetto nel superamento di una situazione stressante, in modo da eliminare, ridurre o tollerare la situazione stress” (Giordani Paesani, et al., 2010)

- Le strategie di coping fanno specifico riferimento alle modalità con il quale l'individuo tenta di affrontare eventi potenzialmente traumatici o stressanti
- Comporta reazioni flessibili e mutevoli volte a fronteggiare quelle situazioni altrimenti capaci di mettere a rischio le risorse dell'individuo (Sica, et al., 2008)

INDIVIDUALE

- Utilizzare la supervisione per affrontare gli STS
- Mantenere un sano equilibrio tra lavoro e vita privata
- Esercizio fisico e buona alimentazione
- Praticare la cura di te stesso
- Rimani connesso
- Sviluppare e implementare piani per aumentare il benessere personale e la resilienza
- Continuare la formazione individuale sulla riduzione del rischio e sulla cura di sé
- Utilizzare i programmi di assistenza per i dipendenti o i servizi di consulenza secondo necessità
- Partecipare a un sistema di responsabilità per la cura di sé

POLITICA ORGANIZZATIVA

- FORMAZIONE CONTINUA: l'operatore acquisisce competenze e strumenti professionali ed accresce le risorse personali prendendosi cura di sé
- Ricerca di nuove teorie o strategie di risoluzione dei problemi permette al professionista di accrescere gli strumenti in funzione del fare fronte alle esperienze traumatiche nei propri utenti

POLITICA ORGANIZZATIVA

- Fornire un'adeguata supervisione clinica
- Mantenere l'equilibrio del carico di lavoro relativo ai traumi
- Supportare i gruppi di auto-cura sul posto di lavoro
- Migliorare la sicurezza fisica del personale
- Offrire orari flessibili
- Incorporare la formazione STS nella formazione EBP per il personale clinico
- Creare partenariati esterni con i fornitori di interventi STS
- Formare i leader organizzativi e il personale non clinico sull'STS
- Formare i leader organizzativi sull'implementazione e sulla valutazione organizzativa
- Fornire una valutazione continua del rischio e della resilienza del personale

Caratteristiche del contesto

Una percezione positiva del proprio contesto di lavoro ha una diretta influenza sul benessere del lavoratore.

TRAUMA E ORGANIZZAZIONE

UN SISTEMA ORGANIZZATIVO INFORMATO SUL TRAUMA PRESENTA UNA MAGGIORE RESILIENZA DEI LAVORATORI

Il sistema informato sul trauma deve:

- Riconoscere l'impatto dei traumi secondari sulla forza lavoro
- Riconoscere che l'esposizione al trauma è un rischio legato al lavoro di servizio ai bambini e alle famiglie traumatizzate
- Comprendere che il trauma può modellare la cultura delle organizzazioni nello stesso modo in cui modella la visione del mondo degli individui
- Comprendere che un'organizzazione traumatizzata ha meno probabilità di identificare efficacemente i traumi passati dei propri clienti o di mitigare o prevenire traumi futuri
- Sviluppare la capacità di tradurre la conoscenza relativa al trauma in azioni, politiche e miglioramenti significativi nelle pratiche
- Essere integrati in servizi diretti, programmi, politiche e procedure, sviluppo e formazione del personale e altre attività dirette allo stress traumatico secondario

Strumenti di misurazione per le organizzazioni

- Professional Quality of Life Scale strumento elaborato da Stamm (2009) che permette di rilevare gli aspetti positivi e negativi che “incidono sulla qualità della vita professionale di coloro che svolgono una helping profession” (Platania, Castellano, Petralia, & Santisi, 2019, p. 70).
- Si costruisce sui concetti di Compassion Satisfaction e Compassion Fatigue.

Supervisione

- Offre all'operatore l'opportunità di indagare e di comprendere il vissuto e le emozioni associate a determinate situazioni e quali sono state le emozioni provate
- Attraverso una rielaborazione delle esperienze vissute attraverso una chiave di lettura più ampia e razionale, vengono indagate le reazioni e le emozioni rispetto alle azioni vissute (Manzocchi, Martignoni, & Pezzoli, 2014).
- Studi hanno rilevato che lo svolgere una supervisione è in grado di ridurre il livello dello STS nel professionista (Kulkarni et al, 2013)

SUPERVISIONE TRAUMA ORIENTED

(NCTSN, National Child Traumatic Stress Network)

- Saper riconoscere i segnali, i sintomi e i fattori di rischio del STS e l'impatto sui professionisti
- Conoscenza delle possibili azioni di supporto per i luoghi di lavoro
- Conoscenza di tecniche per favorire la condivisione in sicurezza e supporto di esperienze emotive legate ai vissuti traumatici
- Capacità di supportare i colleghi nella regolazione emotiva e nel suo monitoraggio
- Conoscenza delle tecniche di psicologia dell'emergenza

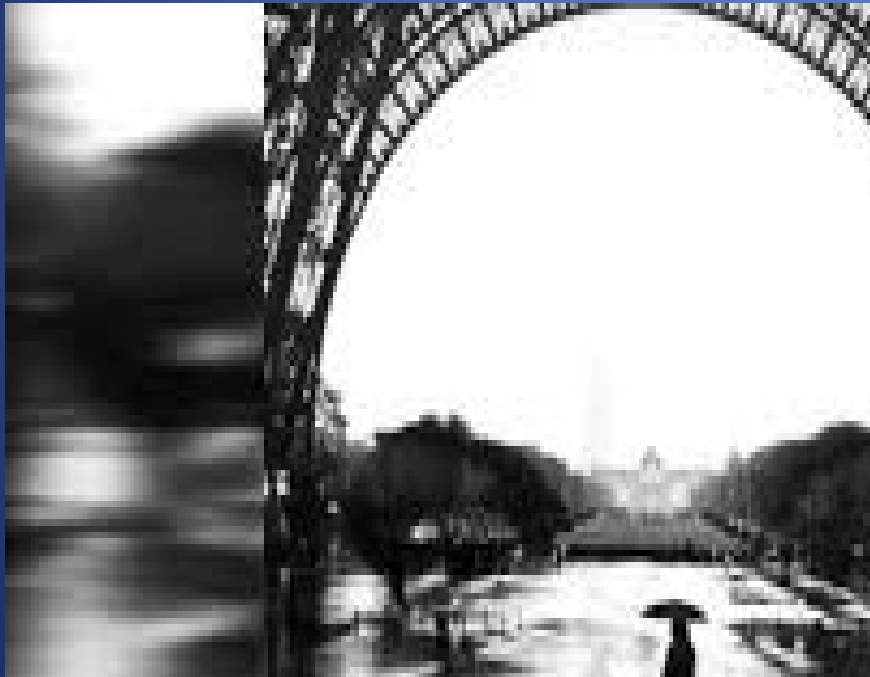
SUPERVISIONE TRAUMA ORIENTED

(NCTSN, National Child Traumatic Stress Network)

- Capacità di concettualizzare i casi condivisi secondo uno sguardo focalizzato sul trauma
- Conoscenza dei fattori di resilienza e di strategie per ricostruirli a livello individuale e di gruppo
- Capacità di distinguere tra cambiamenti attesi e distorsioni cognitive legate all'esposizione indiretta al trauma
- Capacità di migliorare dei colleghi di riconoscere e rispondere all'impatto del trauma indiretto

Strumenti per il riconoscimento dell'impatto della traumatizzazione sulla relazione terapeutica

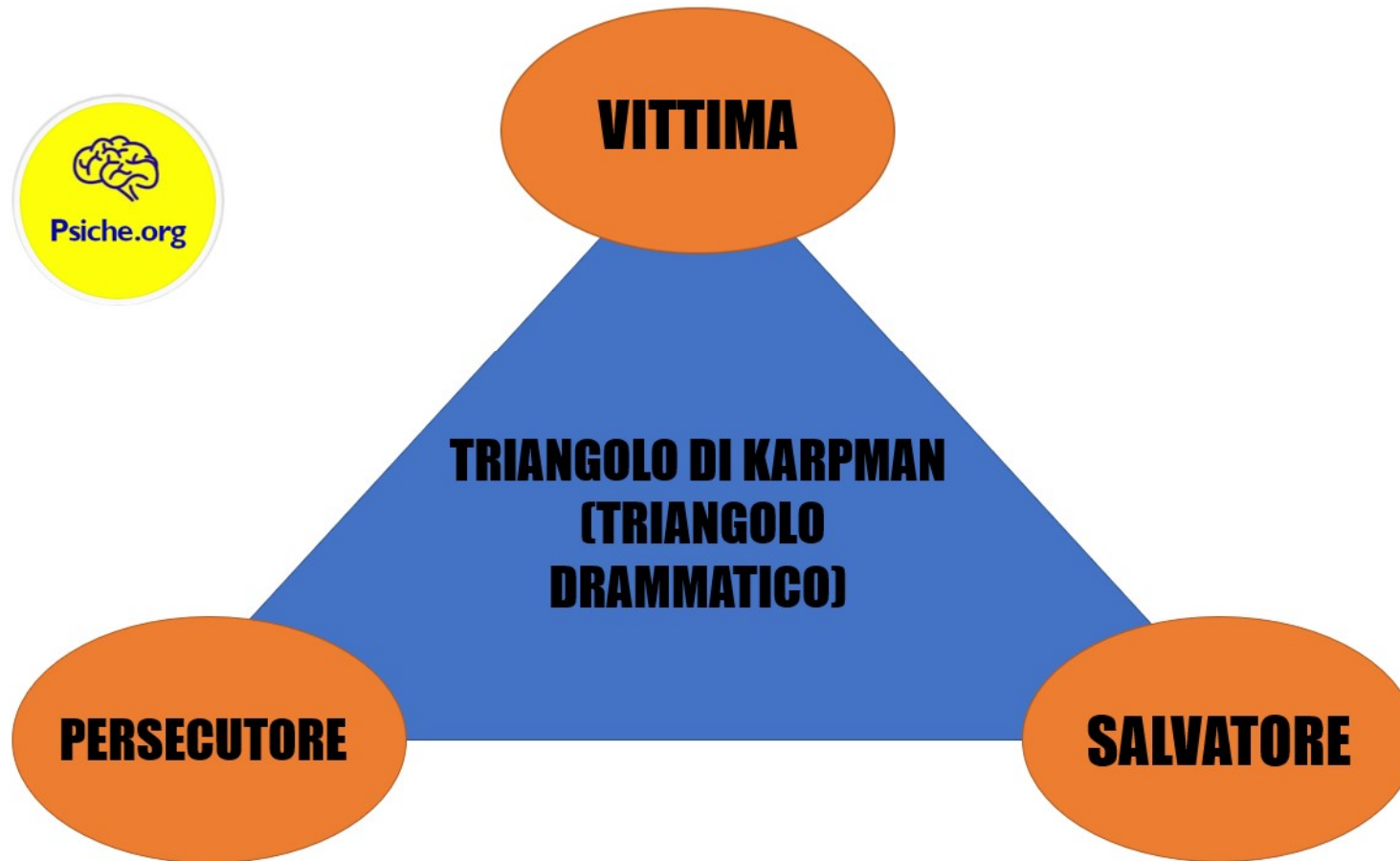
Cosa vedi?



Cosa vedi?



TRIANGOLO DRAMMATICO (KARPMAN,1968)



TRIANGOLO DRAMMATICO

E' un modello teorico di interazione disfunzionale che viene utilizzato nei rapporti di potere e di responsabilità e nei conflitti

CONSEGUENZE SULLA RELAZIONE TERAPEUTICA

Transfert traumatico (Kernberg, 1984)

Si intende il transfert che instaurano i
pazienti che soffrono di una
sindrome traumatica



Nella relazione terapeutica viene riflessa
l'esperienza di:

- Terrore
- Impotenza
- Abbandono



Il paziente sente il bisogno di trovare
un Salvatore Onnipotente

➔ **IDEALIZZAZIONE DEL TERAPEUTA**

CONSEGUENZE SULLA RELAZIONE TERAPEUTICA

Controtransfert traumatico (McCann, Pearlman, 1990)

- ✓ Espone il terapeuta a reazioni emotive nei confronti del sopravvissuto e dell'evento traumatico stesso
- ✓ Investe l'alleanza terapeutica
- ✓ Investe la relazione con i colleghi

Come proteggersi

- Osservare il comportamento dell'altro/a senza aspettative e giudizi
- Riconoscere le proprie emozioni, attivate dalla situazione
- Riconoscere il proprio impulso ad agire immediatamente, ma cercare di sospendere l'azione
- Accorgersi di quello che prova l'altro/a, senza confonderlo con le proprie sensazioni
- Agire solo dopo aver riflettuto
- Promuovere una relazione collaborativa

Strumenti di lavoro con le donne vittime di violenza

- ✓ TEST per la valutazione di:
 - Dissociazione (BES)
 - Impatto dell'evento traumatico rivisitato (IES- R)
 - ACE (**A**dverse **C**hildhood **E**xperiences – Esperienze avverse dell'infanzia)

- ✓ Concettualizzazione del caso
- ✓ Stabilizzazione
- ✓ Psicoterapia focalizzata sul trauma (Emdr, Psicologia Somatica, psicologia sensomotoria, Schema Therapy..)

TERAPEUTA FOCALIZZATO SUL TRAUMA

- Approccio generale che si focalizzi sul **rapporto mente-corpo-cervello** è indispensabile per trattare il trauma
- *Sicurezza fisica ed emotiva*: adotterà misure per garantire che i clienti si sentano al sicuro sia fisicamente che emotivamente durante le loro sessioni
- *Collaborazione*: responsabilizzare i clienti, indirizzandoli sulle proprie risorse e dando loro un ruolo attivo nella loro cura
- *Trasparenza* con i pazienti
- *Competenza*: si assicurano di essere adeguatamente formati e aggiornati rispetto alla ricerca scientifica sul tema e rispetto alle buone prassi più recenti per lavorare con i clienti che hanno subito un trauma

Grazie per l'attenzione!



Ho imparato che le
persone possono
dimenticare ciò che
hai detto, le persone
possono dimenticare
ciò che hai fatto, ma
le persone non
dimenticheranno
mai come le hai fatte
sentire.

Maya Angelou



Cartoon Side effects:

<https://www.youtube.com/watch?v=wN5BqCKO9DY>

RISORSE

- IO HO:
- IO SONO:
- IO POSSO:

Video utili

[I neuroni a specchio: Vilayanur Ramachandran: The neurons that shaped civilization | TED Talk](#)

[Il trauma vicario: Drowning in Empathy: The Cost of Vicarious Trauma | Amy Cunningham | TEDxSanAntonio – YouTube](#)

- Cartoon Side effects: <https://www.youtube.com/watch?v=wN5BqCKO9DY>
- <https://www.youtube.com/watch?v=L415Vt21NXI>
- Compassione fatigue 6 segnali:
<https://www.youtube.com/watch?v=1eu4nSXnapE>
- Metafora bottiglia <https://www.youtube.com/watch?v=-3yxouKWVTU>

Bibliografia

- 1) Mc Cann I.L.; Pearlman L.A. (1990) Vicarious Traumatization. A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*,3,131-149.
- 2) Figley C.R. (1995) *Compassion Fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder those who treat the traumatized*. New York, Brunner/Mazel.
- 3) Figley C.R. (2002) *Treating Compassion Fatigue* New York, Brunner/ Routledge
- 4) Rizzolatti G.,E., Craighero L., (2004) The Mirror Neuron System. *Annual Review of Neuroscience*, 27,169-192
- 5) Van der Kolk B., (2015) *Il corpo accusa il colpo* .Raffaello Cortina, Milano
- 6) Savic I., Structural changes of the brain in relation to occupational stress *Cerebral Cortex*,25,1554-1564.doi:10.1093/cercor/bht348.
- 7) Maslach C.,(1982) *Burnout, the cost of caring*. New York, Prentice Hall Press,1982
- 8) Cole T.R., Carlin N., (2009) The Suffering of Physicians. *Lancet*, October 24,374,1414-1415.
- 9) Alexander D.A, Klein S (2001) Ambulance personnel and critical Incidents: Impact of accident and emergency work on mental health and emotional well-being, *British Journal of Psychiatry* 178,76-81
- 10) Escribà-Aguir V., Perez-Hoyos S., Psychological well-being and psychosocial work environment characteristics among medical and nursing staff. *Stress and Health*,23, 153-160
- 11) Keysers C.E., Gazzola V., (2010) Social neuroscience: "Mirror neurons recorded in humans" *Current Biology* .20,353-354
- 12) Decety J., Jackson P.L. (2004) The functional architecture of human empathy *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*,3,71-100.
- 13) Le Doux J., (2012) Rethinking the emotional brain *Nuron*,73,653-676
- 14) Di D., Vau V., eaney M.J., The role of the medial prefrontal cortex (cingulate gyrus) in the regulation of hypothalamic-pituitary-adrenal responses to stress *Journal of Neuroscience* hypothalamic-pituitario 13 (9), 3839-3847.
- 15) Cherniss C., (1980) *Staff Burnout. Job stress in human service*, California, Sage Publication
- 16) Recupero R., Nardi L.,(2008) Acting out aggressivo in P.S. E dopo l'evento? Indicazione per la prvenzione dei rischi di stress post traumatico e di burn-out per il personale. In *Atti del VI Congresso nazionale SIMEU*, Rimini, 12-16 Novembre.
- 17) Routsalainen J.H., Verbee J.H., Marine A. et al. (2014) Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane database Syst Rev*, Dicembre 8,12:CD002892. doi: 10.1002/14651858CD002892.pub.4.
- 18) Child protection workers dealing with child abuse: the contribution of personal, social and organizational resources to secondary traumatization (Dagan et al., 2016)