



EU-MiCare
Training the EU Health Workforce to Improve
Migrant and Refugee Mental Health Care

EU-MiCare

Introduzione al corso

Il corso di formazione EU-MiCare, insieme a tutto il materiale didattico in esso contenuto, è stato realizzato con la massima cura e si basa su fonti informative affidabili. Salvo diversa indicazione, i dati presenti nel programma del corso sono corretti e aggiornati al 31/12/2024. Eventuali aggiornamenti dopo questa data potrebbero non essere disponibili.



**Co-funded by
the European Union**

Finanziato dall'Unione Europea.

I punti di vista e le opinioni espresse sono esclusiva responsabilità degli autori e non rispecchiano necessariamente quelle dell'Unione Europea o dell'Agenzia esecutiva europea per l'istruzione e la cultura (EACEA). Né l'Unione Europea né l'EACEA possono essere ritenute responsabili per tali contenuti.



Questo progetto è sotto licenza di
[Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0
International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) (CC-BY-NC 4.0).

Redatto a dicembre 2024 dal Babel Day Centre, sotto il controllo dell'ONG di solidarietà sociale Syn-Eirmos,
con la collaborazione di tutti i partner di progetto, come parte del
Work Package n. 3 – La metodologia e il materiale formativo EU-MiCare

Benvenuti al corso di formazione online Eu-MiCare!

Questo corso nasce da una stretta collaborazione tra i partner provenienti da Cipro, Germania, Grecia, Italia e Spagna. È stato ideato per offrire un supporto concreto ai professionisti e ai volontari che lavorano con i migranti e i rifugiati, proponendo un percorso formativo solido che integri teoria e pratica. Attraverso l'analisi delle principali dimensioni psicosociali, la formazione si propone di favorire una comprensione profonda del fenomeno migratorio, inteso come esperienza complessa e ricca di sfaccettature.

Comprendere la realtà della migrazione

Migrazione non significa soltanto attraversare un confine geografico: rappresenta una frattura profonda che può sconvolgere l'identità personale, i legami comunitari e il senso di appartenenza. Le ragioni che spingono le persone a migrare sono molteplici, dalla ricerca di opportunità migliori alla fuga da conflitti o persecuzioni. Ogni storia migratoria è unica e l'esperienza all'arrivo in un nuovo paese può variare enormemente. Il percorso migratorio si articola generalmente in tre fasi che spesso si sovrappongono: pre-migrazione, migrazione e post-migrazione, ciascuna con un impatto specifico sul benessere psicologico. Gruppi vulnerabili, come donne, bambini, anziani e persone facenti parte della comunità LGBTQ+, si trovano ad affrontare lungo il percorso ostacoli particolarmente complessi.

Il processo di adattamento a una nuova cultura — noto come acculturazione — può rappresentare una fonte significativa di stress, spesso aggravata da esperienze di xenofobia, razzismo e dalla pressione sociale ad assimilarsi alla comunità. Spesso, essere etichettati principalmente come migranti può complicare ulteriormente il processo di integrazione, generando una lotta interiore nella ricerca di un senso di appartenenza. Eppure, nonostante queste difficoltà, molti migranti e rifugiati dimostrano una resilienza straordinaria, reagendo in diversi modi e riuscendo spesso a costruire percorsi di vita positivi anche in situazioni di grande avversità.

Soprattutto per quanto riguarda l’impatto sulla salute mentale, è sempre più evidente che l’insorgenza di disturbi psicologici tra i migranti è il risultato di una combinazione complessa di fattori: esperienze pregresse, condizioni di vita attuali, rete di supporto sociale, accesso ai servizi sanitari e politiche di integrazione. Affrontare efficacemente queste problematiche richiede un approccio integrato, che vada oltre il semplice supporto psicologico o assistenziale, ma che includa altri elementi chiave della cura psicosociale, adottando interventi multidisciplinari e multilivello, in grado di tenere conto dei più ampi determinanti sociali e sistemici che influenzano il benessere delle persone.

Per i rifugiati, in particolare, uno degli aspetti più significativi dell’esperienza migratoria è la perdita involontaria della propria casa — una realtà condivisa da chiunque sia stato costretto a spostarsi a causa di eventi traumatici o destabilizzanti. Anche se non sempre viene espresso apertamente, il desiderio di ritrovare un luogo da poter chiamare “casa” resta centrale. Il compito di chi opera sul campo è accompagnarli in questo cammino, offrendo sostegno concreto nelle difficoltà. Ciò implica la necessità di uscire dalla propria zona di comfort ed entrare in una relazione autentica con le persone assistite, riconoscendone la piena umanità e la singolarità delle loro storie.

Approccio

Questa formazione si basa sull’Approccio noto come *Synergic Therapeutic Complexity* sviluppato da Renos Papadopoulos (2021), che enfatizza tre elementi principali:

- **Complessità:** riconoscere che l’esperienza vissuta da migranti e rifugiati è il risultato dell’interazione tra le persone stesse, chi le sostiene, e il più ampio contesto sociopolitico. Questo approccio invita a considerare anche i diversi tipi di risposte (negative, neutre o positive) che le persone possono manifestare di fronte alle difficoltà.
- **Unicità:** comprendere che l’esperienza di ciascun migrante o rifugiato è diversa e in continua evoluzione.

- **Totalità:** vedere oltre l'etichetta di migrante/rifugiato per onorare l'umanità delle persone, riconoscendoli come protagonisti attivi del percorso di cambiamento delle proprie vite.

Per professionisti e volontari impegnati nella cura di persone costrette a fuggire dal proprio paese, il compito non si limita ad alleviare la sofferenza, ma anche a sostenere un atteggiamento più aperto e umano nell'affrontare le problematiche che queste persone stanno vivendo. Questo comporta un approccio compassionevole, senza un'eccessiva patologizzazione o medicalizzazione delle esperienze, assicurando che il supporto psicosociale rimanga una risposta dignitosa e rispettosa ai loro bisogni. Questo approccio invita inoltre a riflettere su pregiudizi e preconcetti, riconoscendo come narrazioni sociali dominanti e pratiche professionali potrebbero involontariamente rafforzare stereotipi o ridurre la complessità degli individui a categorie semplificate.

Obiettivi e risultati del corso

Il corso di formazione Eu-MiCare invita professionisti e volontari ad adottare un approccio psicosociale centrato sull'umanità nel loro impegno con migranti e rifugiati. Attraverso una combinazione di basi teoriche, esercitazioni esperienziali, momenti di riflessione, e strumenti pratici come la *Griglia delle avversità*, la *Scala di Ulisse*, e la *Ruota del potere e del privilegio*, questo corso si propone di aiutare i partecipanti nell'identificare e affrontare i molteplici impatti della migrazione, promuovendo un cambiamento significativo nel loro lavoro.

I partecipanti svilupperanno:

- ➔ **Conoscenze:** una conoscenza più approfondita delle dimensioni psicosociali della migrazione, incluse le sfide affrontate da migranti e rifugiati in tutte le diverse fasi del loro percorso.
- ➔ **Competenze:** strumenti pratici per offrire un supporto concreto e compassionevole, andando oltre gli approcci focalizzati esclusivamente sul trauma, per riconoscere e affrontare l'intero spettro di risposte alle avversità.

- ➔ **Atteggiamenti:** uno sguardo critico e culturalmente consapevole, che riconosce e valorizza la complessità, la singolarità e l'integrità dell'esperienza di ogni persona.
- ➔ **Connessioni:** opportunità di confronto con una rete di esperti e operatori da tutta Europa, promuovendo collaborazione e condividendo le proprie esperienze relative alla salute mentale di rifugiati e migranti.

Gruppi target del corso

Il gruppo target principale del corso comprende:

- Professionisti sanitari (per esempio, psicologi, assistenti sociali, medici, infermieri) e altri operatori (per esempio, mediatori culturali, interpreti, consulenti, *caregiver* di minori non accompagnati) che in tutta Europa lavorano con migranti e rifugiati in diversi contesti come campi di accoglienza, organizzazioni no-profit, centri pubblici di salute mentale, ospedali e centri di accoglienza.
- Formatori ed educatori, compresi i formatori VET (Vocational Educational Training) e istituzioni accademiche, che potranno utilizzare e promuovere ulteriormente la formazione.
- Associazioni professionali di riferimento, enti del settore pubblico e del terzo settore, organizzazioni della società civile impegnati nella salute di migranti e rifugiati.

Struttura del corso

Il contenuto del corso è stato sviluppato usando metodologie partecipative, integrando contributi e risultati raccolti dagli operatori sul campo durante tutto il processo di progettazione. Inoltre, le prospettive di migranti e rifugiati (adulti, famiglie, e bambini) sono state rappresentate in modo diretto grazie all'esperienza delle organizzazioni partner attive nell'assistenza psicosociale. Il corso segue una progressione logica, passando da temi generali ad aspetti più specifici ed è articolato in 4 moduli per un totale di 17 unità. I moduli 2 e 3 sono disponibili in due percorsi distinti per soddisfare le esigenze dei diversi ruoli professionali.

Modulo 1: Fondamenti di assistenza psicosociale nei contesti migratori

(tempo medio stimato per il completamento del modulo 13,5 ore)

- **Unità 1.1 – Benessere psicosociale nel contesto della migrazione:** panoramica dei concetti chiave che saranno affrontati durante il corso.
- **Unità 1.2 – Determinanti sociali della salute mentale:** i fattori non sanitari che influenzano la salute mentale e fisica nel tempo e attraverso le diverse fasi della migrazione.
- **Unità 1.3 – Fattori di rischio, protettivi e promotori/di resilienza:** fattori che hanno un impatto sul benessere di migranti e rifugiati, inclusi gruppi specifici, quali donne, anziani, individui appartenenti alla comunità LGBTQ+.
- **Unità 1.4 – Dimensioni psicosociali del processo di migrazione:** principali teorie e concettualizzazioni del complesso percorso psicologico di migranti e rifugiati.
- **Unità 1.5 – Le condizioni di salute mentale più comuni tra migranti e rifugiati:** panoramica dell'epidemiologia e delle manifestazioni delle problematiche di salute mentale affrontate da migranti e rifugiati.

Modulo 2: Migliorare le competenze nel riconoscere e valutare i bisogni di salute mentale dei migranti

(*Due percorsi separati:* operatori sanitari, altri professionisti)

(tempo medio stimato per il completamento del modulo 12,5 ore)

- **Unità 2.1 – Comprendere l'influenza della cultura sulla salute mentale:** la relazione tra cultura e salute mentale.
- **Unità 2.2 – Prospettive intersezionali sulla migrazione e la salute mentale:** migrazione e benessere attraverso la lente dell'intersezionalità.
- **Unità 2.3 – Approcci per lo screening della salute mentale di migranti e rifugiati:** panoramica degli approcci culturalmente sensibili per l'identificazione dei bisogni di salute mentale.
- **Unità 2.4 – Primo Soccorso Psicologico (PFA):** come fornire supporto immediato dopo una crisi.

Percorso per operatori sanitari: questo percorso è progettato per professionisti che hanno familiarità con il linguaggio clinico e conducono normalmente *screening*, valutazioni, diagnosi o trattamenti/terapie per la salute mentale nei rispettivi contesti. Sono inclusi medici, psicologi, psicoterapeuti e infermieri.

Percorso per altri professionisti e volontari: Questo percorso è destinato a professionisti e volontari che lavorano a contatto con i migranti e i rifugiati come mediatori culturali, interpreti, assistenti sociali, consulenti, *caregiver* di minori non accompagnati e volontari.

Modulo 3: Migliorare le competenze nella gestione dei bisogni di salute mentale dei migranti

(Due percorsi separati: interpreti/mediatori culturali, altri professionisti)

(tempo medio stimato per il completamento del modulo 13.5 ore)

- **Unità 3.1 – Comunicazione efficace:** tecniche per una comunicazione empatica e non violenta.
- **Unità 3.2 – Consapevolezza culturale:** comprendere e rispondere alle differenze culturali.
- **Unità 3.3 – Collaborare per un'interpretazione e una mediazione culturale efficace:** principi guida per una collaborazione efficace con interpreti e mediatori culturali.
- **Unità 3.4 – Collaborazione interdisciplinare nella salute mentale e nel supporto psicosociale:** esplorare approcci multisettoriali per gli interventi psicosociali.
- **Unità 3.5 – Situazioni particolari dei bambini:** affrontare i bisogni unici dei giovani nel contesto della migrazione, inclusi minori non accompagnati e separati dai genitori.

Percorsi per interpreti e mediatori culturali: questo percorso è diretto ai professionisti responsabili di colmare le lacune culturali e linguistiche nel lavoro con migranti e rifugiati, per esempio interpreti e mediatori culturali.

Percorso per altri professionisti: questo percorso è aperto a tutti i professionisti e volontari che non ricoprono i profili delineati prima, ma che lavorano comunque con migranti e rifugiati come medici, psicologi, psicoterapeuti, infermieri, assistenti sociali, consulenti, *caregiver* di minori non accompagnati e volontari.

Modulo 4: Self-care (cura del sé) e benessere del personale

(tempo medio stimato per il completamento del modulo 9.5 ore)

- **Unità 4.1 – Effetti sui professionisti e i volontari che operano nel contesto della migrazione:** conseguenze psicologiche del lavoro.
- **Unità 4.2 – Self-care:** strategie pratiche per preservare la tua salute mentale.
- **Unità 4.3 – Benessere del personale:** supportare il benessere dei colleghi e membri del team all'interno del contesto organizzativo, prestando particolare attenzione ai bisogni e alle difficoltà affrontate dai volontari.

Anche se per ogni modulo è indicato un tempo medio di lettura, i tempi di completamento possono variare. Si invita quindi ciascun partecipante a valutare autonomamente il tempo necessario per ogni unità e organizzare il proprio percorso in modo flessibile. I moduli includono letture, video, risorse multimediali e attività didattiche interattive

Valutazione e attestato

La valutazione sarà fatta attraverso una serie di questionari di valutazione e quattro casi sceneggiati, ognuno corrispondente a un modulo del corso. Questi casi sono basati su storie vere, affrontando vari scenari che professionisti e volontari potrebbero incontrare nel loro lavoro con migranti e rifugiati.

Una volta completati i questionari di valutazione, i partecipanti saranno idonei a ricevere un attestato di completamento del corso.

Strumenti e risorse

- **Fonti teoriche:** ciascuna unità include una revisione dettagliata della letteratura e referenze, tutte fonti della ricerca condotta attualmente nel mondo sull'assistenza ai migranti e ai rifugiati.
- **Esercizi di riflessione:** attività pratiche strutturate per approfondire e migliorare le competenze sulla gestione della salute mentale di migranti e rifugiati.

- **Glossario:** una risorsa in inglese che fornisce le definizioni dei principali termini legati alla migrazione.
- **Materiali supplementari:** Strumenti aggiuntivi, inclusi video, grafici, e altre risorse utili, accessibili attraverso il *repository* (solo in lingua inglese).
- **Community of Knowledge:** Un *forum* dedicato e gestito in modo indipendente che collega i discenti di tutta Europa per scambiare idee, condividere riflessioni, fare *networking* e costruire una comunità di pratica.

Icone e indicatori visuali



Repository



Punto chiave



Video



Pausa di riflessione

Definizione del termine fornito nel Glossario

salute mentale

(solo in lingua inglese)

In conclusione...

La migrazione è un percorso complesso, segnato da profondi cambiamenti. Chi opera al fianco di migranti e rifugiati svolge un ruolo fondamentale fornendo loro supporto e aiutandoli a ricostruire un senso di casa e appartenenza. Al termine del corso, i partecipanti saranno maggiormente preparati ad affrontare i bisogni di queste persone con competenza e umiltà culturale, con l'obiettivo di migliorare l'efficacia del loro intervento.



EU-MiCare
Training the EU Health Workforce to Improve
Migrant and Refugee Mental Health Care

EU-MiCare Curriculum

Colophon

The EU-MiCare course and all learning material contained within have been compiled with the utmost care, based on reliable sources of information. Unless otherwise stated, the data contained in the course curriculum is accurate and up-to-date as of 31/12/2024. Updates to the curriculum may not be made available past this date.



**Co-funded by
the European Union**

Funded by the European Union.

Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.



This work is licensed under a
[Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0
International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) (CC-BY-NC 4.0).

Redacted in January 2025 by **Babel Day Centre** / Syn-Eirmos NGO of Social Solidarity, with the collaboration of all project partners, as part of Work Package n°3 – The EU-MiCare Methodology and Training Package.

Colophon

This learning curriculum was created through the collaborative efforts of a diverse team of experts and partner organizations, each contributing their knowledge, skills, and dedication to advancing accessible learning in migrant and refugee mental health.

Lead Partner of the EU-MiCare Methodology & Training Package (WP3):

- **Babel Day Centre / Syn-Eirmos NGO of Social Solidarity, Greece**

Collaborating Partner Organizations:

- **Ethno-Medical Center / Ethno-Medizinisches Zentrum e.V. (EMZ), Germany**
- **Zadig Srl, società benefit, Italy**
- **Prolepsis Institute** (Institute of Preventive Medicine, Environmental and Occupational Health), Greece
- **Cyprus University of Technology (CUT), Cyprus International Institute for Environmental and Public Health (CII), Cyprus**
- **POLIBIENESTAR – Research Institute on Social Welfare Policy, Universitat de València, Spain**

Curriculum Quality Assurance:

- **Babel Day Centre / Syn-Eirmos NGO of Social Solidarity, Greece**
- **Zadig Srl, società benefit, Italy**
- **Ethno-Medical Center / Ethno-Medizinisches Zentrum e.V. (EMZ), Germany**

Content Experts & Researchers:

- **Nikos Gionakis**, MSc, Licensed Psychologist, Scientific Director of Babel Day Centre, Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS) Consultant and Trainer, Greece
- **Erofili Dagalidi**, MSc, Licensed Psychologist, Researcher and Project Consultant, Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS) Expert, Babel Day Centre, Greece
- **Theodora Fetsi**, Project Consultant, Learning and Development (L&D) Coordinator, Babel Day Centre, Greece
- **Vasiliki (Vicky) Tsiligiri**, MSc, Political Scientist, Program Officer, Babel Day Centre, Greece
- **Flaminia Bartolini**, PhD, Sociologist, Project Manager, Ethno-Medical Center, Germany
- **Noemí Alcalá Alcalá**, Licensed Psychologist, Cognitive Behavioral Psychotherapist, Project Manager, Ethno-Medical Center, Germany
- **Matthias Wentzlaff-Eggebert**, Master of Management (Community Management), Community Health and NGO Management Consultant, Ethno-Medical Center, Germany
- **Eva Benelli**, Journalist, Zadig Srl, società benefit, Italy

- **Maria Rosa Valetto**, Physician, Publicist, Scientific Responsible for Learning Projects, Zadig Srl, società benefit, Italy
- **Valeria Confalonieri**, Publicist, Scientific Communication Specialist, Zadig Srl, società benefit, Italy
- **Costas Christophi**, PhD, Associate Professor of Biostatistics and Epidemiology, Adjunct Assistant Professor of Occupational and Environmental Health at Harvard T.H. Chan School of Public Health, Cyprus University of Technology, Cyprus
- **Katerina Kyprianou**, PhD(c), Researcher and Special Scientist, Cyprus University of Technology, Cyprus
- **Magda Anthousi**, MPH, Research Assistant, Cyprus University of Technology, Cyprus
- **Vasiliki (Vicky) Radaios**, MPH, Social Epidemiologist, Researcher and Project Manager, Prolepsis Institute, Greece
- **Lidia Bueno-Sánchez**, PhD, Social Worker, Researcher and Project Manager, Polibienestar, Spain
- **Ioanna Zygori**, PhD, Psychologist, Researcher and Project Manager, Prolepsis Institute, Greece
- **Dina Zota**, MSc, PhD, Psychologist-Health Promotion Specialist, Director of Educational Strategy Development & Health Promotion, Prolepsis Institute, Greece
- **Monia Torre**, Cultural Anthropologist, Research Fellow, Zadig Srl, società benefit, Italy
- **Somidha Ray**, MSc, MA, Research Intern, Babel Day Centre, Greece, in collaboration with the University of Essex as part of the MA Refugee Care

Training Methodology:

- **Nikos Gionakis**
- **Theodora Fetsi**
- **Flaminia Bartolini**
- **Dina Zota**

Editorial Team:

- **Nikos Gionakis**
- **Erofili Dagalidi**
- **Theodora Fetsi**
- **Noemí Alcalá Alcalá**
- **Katerina Kyprianou**
- **Vasiliki Radaios**

Translation & Localization:

- **Greek:** Vasiliki Radaios, Chrysa Grigoropoulou, Katerina Kyprianou, Magda Anthousi
- **German:** Noemí Alcalá Alcalá, Kübra Tuncel
- **Italian:** Valeria Confalonieri, Giulia Vismara
- **Spanish:** Lidia Bueno Sánchez

Technical Development:

- **Christian Deligant**, IT Manager and Web Editor, Zadig Srl, società benefit, Italy
- **Raffaella Daghini**, e-Learning Platform Specialist and Web Editor, Zadig Srl, società benefit, Italy

Steering Committee:

- **Ramazan Salman** (Ethno-Medical Center, Germany)
- **Flaminia Bartolini** (Ethno-Medical Center, Germany)
- **Eva Benelli** (Zadig S.r.l., società benefit, Italy)
- **Vasiliki (Vicky) Tsiligiri** (Babel Day Centre, Greece)
- **Dina Zota** (Prolepsis Institute, Greece)
- **Costas Christophi** (Cyprus University of Technology, Cyprus)

Special Thanks: We extend our heartfelt gratitude to all the stakeholders, including frontline providers who provided valuable feedback throughout the curriculum development process.

For more information or inquiries, please contact info@projectmicare.eu

Modulo 1.

Fondamenti di assistenza psicosociale nei contesti migratori

*Contenuto redatto da Babel Day Centre (Syn-Eirmos NGO of Social Solidarity – Grecia),
Ethno-Medical Center/EMZ (Ethno-Medizinisches Zentrum e.V. – Germania),
Istituto di Ricerca sulle Politiche di Benessere Sociale (POLIBIENESTAR, Università di Valencia –
Spagna).*

Contenuto curato da Babel Day Centre (Syn-Eirmos NGO of Social Solidarity – Grecia).

Ultimo aggiornamento: dicembre 2024.



Co-funded by
the European Union

Modulo: Fondamenti di assistenza psicosociale nei contesti migratori

Partner responsabili: Babel Day Centre/Syn-Eirmos, EMZ, Polibienestar

Descrizione del modulo

Questo modulo fornisce una solida base nell'ambito della salute mentale e dell'assistenza psicosociale, rivolgendosi a professionisti e volontari che operano con popolazioni migranti e rifugiate. L'Unità 1.1 introduce i partecipanti ai concetti fondamentali e ai principali modelli di riferimento in tema di salute mentale, affrontando al contempo la complessità della condizione migratoria. Si pone particolare attenzione al ruolo della cultura nel plasmare la salute mentale e il benessere psicologico. L'Unità 1.2 esplora i determinanti sociali della salute mentale, evidenziando come le disuguaglianze sociali, economiche e strutturali influenzino sia il percorso migratorio sia il processo di integrazione e reinsediamento. L'Unità 1.3 adotta un approccio socio-ecologico per spiegare come diversi fattori, a livello individuale, familiare, comunitario e sistemico/strutturale, incidano sugli esiti della salute mentale. Particolare rilievo è dato al concetto di resilienza, in particolare al suo sviluppo attivato dall'avversità. L'Unità 1.4 si concentra sui percorsi emotivi che migranti e rifugiati possono attraversare prima, durante e dopo la fuga dal loro paese d'origine. Viene sottolineata l'importanza di comprendere tali processi non solo come reazioni al trauma, ma anche come parte di un più ampio adattamento psicologico al contesto migratorio. Infine, l'Unità 1.5 offre un'analisi approfondita delle principali sfide di salute mentale affrontate da migranti e rifugiati. Si analizza la complessa interazione tra l'esperienza migratoria e la salute mentale, riconoscendo che l'esposizione a diversi fattori di stress (inclusi quelli derivanti dal contesto di accoglienza o reinsediamento) può contribuire all'insorgenza di varie condizioni di disagio psicologico. Oltre a potenziare le conoscenze dei partecipanti, questo modulo fornisce strumenti pratici per comprendere e riconoscere le specificità delle esperienze vissute da migranti e rifugiati, favorendo un approccio più consapevole e competente.

Obiettivi di apprendimento del modulo:

Al completamento di questo modulo, i partecipanti saranno in grado di:

- Definire i concetti fondamentali e i principali modelli di riferimento per l'assistenza psicosociale nei contesti migratori.
- Comprendere la complessa interazione tra migrazione, cultura e salute mentale.
- Analizzare la salute mentale di migranti e rifugiati attraverso il quadro dei determinanti sociali, superando una visione puramente biomedica o individualistica.
- Riconoscere l'insieme di fattori che influenzano la salute mentale di migranti e rifugiati.
- Valutare l'impatto delle disuguaglianze strutturali e dei fattori socio-economici sugli esiti di salute mentale lungo l'intero percorso migratorio.
- Applicare un modello socio-ecologico per comprendere i fattori di rischio e protettivi che determinano la salute mentale dei migranti.
- Identificare i principali fattori promotori e di resilienza che contribuiscono ad affrontare le sfide legate alla salute mentale nelle popolazioni migranti.
- Comprendere i complessi percorsi psicosociali vissuti da migranti e rifugiati.
- Riconoscere le condizioni di salute mentale più comuni tra le popolazioni migranti e rifugiate.
- Identificare come i fattori di stress legati al contesto di accoglienza e le dimensioni culturali influenzino la salute mentale e il benessere psicosociale di migranti e rifugiati.

Unità in questo Modulo:

Modulo 1. Fondamenti di assistenza psicosociale nei contesti migratori
Unità 1.1: Benessere psicosociale nel contesto della migrazione
Unità 1.2: Determinanti sociali della salute mentale
Unità 1.3: Fattori di rischio, protettivi e promotori/di resilienza
Unità 1.4: Dimensioni psicosociali del processo di migrazione
Unità 1.5: Le condizioni di salute mentale più comuni tra migranti e rifugiati

Unità 1.1: Benessere psicosociale nel contesto della migrazione

Descrizione dell'unità

Questa unità formativa esamina i concetti chiave e i principali modelli di riferimento in tema di salute mentale e benessere psicosociale nel contesto della migrazione. Sottolinea l'importanza del linguaggio e della terminologia in questo ambito. L'unità affronta inoltre il ruolo della cultura nel lavoro con migranti e rifugiati, integrando diverse prospettive teoriche. Basandosi sull'ampia visione dell'IOM riguardo alla migrazione, l'unità si conclude offrendo una panoramica completa delle diverse sfaccettature della condizione di migrante.

Sezioni dell'unità:

1. [Introduzione](#)
2. [Concetti chiave in salute mentale](#)
3. [Il significato di cultura](#)
4. [Comprendere la condizione del migrante](#)

1. Introduzione

La migrazione internazionale è un fenomeno complesso destinato a crescere in dimensioni e complessità nei prossimi anni. Nel 2020, si stimava la presenza di circa 1 miliardo di migranti in tutto il mondo, pari a circa una persona su otto della popolazione globale [1]. Migranti e rifugiati costituiscono un gruppo eterogeneo e diversificato, che si sposta dal proprio luogo di residenza abituale per una varietà di motivi. Le loro circostanze possono includere la fuga da conflitti o violenze, la ricerca di migliori opportunità economiche, il ricongiungimento familiare o l'accesso all'istruzione, tra molte altre motivazioni.

I percorsi migratori possono differire ampiamente, spaziando da tragitti brevi e semplici a viaggi lunghi e pericolosi, con rischi come il traffico di esseri umani e l'intercettazione da parte delle autorità. Una volta giunti in un altro paese, la loro esperienza può essere influenzata dal loro status legale, dall'ambiente politico e da aspetti legati all'alloggio, all'assistenza sanitaria e all'occupazione [1-3].

Negli ultimi anni, l'Europa ha registrato un notevole aumento di migranti in cerca di nuove opportunità. Nel 2022, circa 3,5 milioni di persone hanno ottenuto per la prima volta un permesso di soggiorno nell'UE, principalmente per motivi di lavoro, ricongiungimento familiare o istruzione [4]. Nel 2023, oltre un milione di persone ha presentato domanda di asilo, segnando un aumento del 18% rispetto all'anno precedente e del 62% rispetto ai livelli pre-pandemia del 2019 [5]. Paesi come Germania, Spagna, Francia, Italia e Grecia si sono affermati come destinazioni principali per chi è in movimento. Secondo i dati dell'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati (UNHCR), alla fine del 2023 l'Europa, inclusa la Turchia, ospitava circa un terzo di tutti i rifugiati a livello globale [6]. Il numero di rifugiati è passato da 12,4 milioni alla fine del 2022 a 13 milioni alla fine del 2023, principalmente a causa del continuo afflusso di rifugiati dall'Ucraina.

Questo panorama migratorio in continua evoluzione richiede che i **professionisti della salute** (tra cui psicologi, psichiatri, assistenti sociali, medici, infermieri, consulenti e altri) **operino sempre più in un contesto multiculturale**. Le differenze culturali, insieme a fattori strutturali, influenzano profondamente l'approccio e l'erogazione delle cure alle popolazioni migranti e rifugiate [2]. **Comprendere la complessità, l'unicità e la totalità dell'esperienza migratoria è essenziale non solo per il benessere dei migranti, ma anche per le società di cui diventano parte integrante** [7].

Questa unità ha l'obiettivo di fornire una base solida di definizioni chiave e questioni concettuali per affrontare la salute mentale e il benessere psicosociale nel contesto della migrazione. Si basa sul principio fondamentale secondo cui la **salute mentale di migranti e rifugiati** non è semplicemente l'assenza di disturbi mentali, ma **è strettamente connessa al rispetto dei loro diritti fondamentali, alla promozione della dignità nei processi amministrativi e al riconoscimento dei contributi che possono apportare alle comunità ospitanti**.

2. Concetti chiave in salute mentale

Salute mentale

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la **salute mentale** come “uno stato di benessere mentale che consente alle persone di affrontare le sfide della vita, realizzare le proprie capacità, apprendere, lavorare con efficacia e contribuire alla propria comunità” [8]. Questa definizione **pone l'accento sulla natura olistica della salute mentale, che comprende il benessere emotivo, psicologico e sociale.** Sottolinea inoltre l'importanza della **capacità di adattarsi e di funzionare in modo efficace**, aspetti fondamentali per affrontare le sfide spesso legate al processo migratorio. **Non può esserci salute senza salute mentale.** In altre parole, **la salute mentale è un elemento essenziale della nostra vita; influisce costantemente sulla nostra capacità di relazionarci, funzionare, affrontare le difficoltà e prosperare**, anche quando non ne siamo pienamente consapevoli (vedi Figura 1.1.1) [9].

Figura 1.1.1. “La salute mentale ha un valore intrinseco e strumentale, aiutandoci a connetterci, funzionare, affrontare le difficoltà e prosperare.”



Nota: grafica tratta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, 2022, [World Mental Health Report](#), p. 11, Ginevra

La salute mentale si colloca su un *continuum* complesso, che spazia da uno stato ottimale di benessere a condizioni gravi di sofferenza emotiva e compromissione. **Non rappresenta semplicemente l'assenza di disturbi mentali, ma piuttosto uno stato dinamico influenzato da una molteplicità di fattori individuali, sociali e strutturali.** La salute mentale può variare **in risposta ai cambiamenti nelle situazioni di vita e agli stress**, con esperienze che possono presentare gradi diversi di difficoltà e disagio [9]. Per esempio, condizioni come depressione e ansia possono manifestarsi in forme che vanno da episodi lievi e di breve durata a periodi prolungati e altamente debilitanti. È importante sottolineare che le persone che affrontano sfide di salute mentale possono comunque raggiungere elevati livelli di benessere, così come chi convive con una condizione fisica può rimanere in buona forma fisica. Comprendere la salute mentale come un *continuum* è essenziale **per riconoscere la natura complessa e fluida delle risposte di migranti e rifugiati alle avversità, superando le visioni rigide e binarie che classificano gli individui come mentalmente sani o malati** [7].

Benessere psicosociale

Il **benessere psicosociale** è un concetto relativamente recente, nato nel contesto di problematiche complesse e multidimensionali, come conflitti, disastri naturali o migrazioni forzate. Esso si riferisce **all'interazione dinamica tra i processi psicologici individuali e l'ambiente sociale** [10]. Nel campo dell'assistenza a migranti e rifugiati, il termine "psicosociale" viene spesso considerato più appropriato per descrivere le risposte delle persone alle avversità, poiché sfida il modello biomedico di salute, che tende a focalizzarsi prevalentemente sui fattori biologici, trascurando spesso le influenze psicologiche, ambientali e sociali [11].

Come sarà approfondito nelle unità successive, **le esperienze psicologiche ed emotive non possono essere spiegate esclusivamente attraverso fattori biologici.** La prospettiva psicosociale mira **a comprendere l'influenza combinata di tre aspetti fondamentali per l'individuo:** (i) **aspetti intrapsichici**, che riguardano le esperienze psicologiche interne (come sentimenti, paure, speranze e desideri); (ii) **aspetti interpersonali**, che si riferiscono alle interazioni con gli altri e alle emozioni e realtà che queste generano;

(iii) **aspetti socio-politici**, che includono il contesto sociale e culturale più ampio che influenza tali interazioni [7].

© **Punto chiave:** Cos'è il MHPSS?

Il termine **Salute Mentale e Supporto Psicosociale** (MHPSS, *Mental Health and Psychosocial Support*) viene spesso utilizzato per descrivere **qualsiasi tipo di intervento volto a proteggere o promuovere il benessere psicosociale e/o prevenire o trattare condizioni di salute mentale** [12]. L'MHPSS comprende una vasta gamma di attività e interventi progettati per rispondere ai bisogni psicologici e sociali di individui e comunità colpite da crisi. Il termine sottolinea l'**interconnessione tra salute mentale** (gli aspetti psicologici) e **benessere psicosociale** (gli aspetti sociali) e promuove un approccio globale per supportare i bisogni delle popolazioni interessate. Gli interventi MHPSS possono includere consulenze psicologiche, programmi di supporto comunitario, attività per la gestione dello stress e iniziative volte a ricostruire reti sociali e strutture comunitarie.

Sebbene strettamente correlati, i termini salute mentale e supporto psicosociale spesso riflettono approcci diversi ma complementari per gli operatori sul campo [12]. Come visto in precedenza, l'approccio psicosociale implica un pensiero relazionale e multilivello, che considera le persone come esseri relazionali; in questa prospettiva, l'esperienza umana è indissolubilmente legata alle relazioni con se stessi, con gli altri e con il mondo. **Il disagio si manifesta quando queste relazioni vengono interrotte**. Di conseguenza, **gli interventi MHPSS mirano ad aiutare individui e comunità a elaborare tali rotture e a progredire verso un'esperienza più coesa di se stessi e dell'ambiente circostante** [7].

→ **VIDEO:** [What is MHPSS?](#) 

3. Il significato di cultura

La **cultura** è un **costrutto complesso**; nel corso degli anni, la comunità scientifica ha dibattuto a lungo sulla sua definizione precisa [13]. Ai fini di questa analisi, adottiamo la definizione ampia proposta dall'Organizzazione Internazionale per le Migrazioni (IOM) [14]. La cultura è intesa come **un sistema di**

credenze, simboli, comportamenti, valori e tradizioni condivisi, attraverso cui i membri di una società interpretano il proprio mondo e interagiscono tra loro. Questi elementi vengono trasmessi di generazione in generazione, contribuendo a plasmare un'identità comunitaria unica e coesa. Le persone che condividono una stessa cultura tendono a percepire un forte senso di appartenenza reciproca, distinguendosi al tempo stesso da altri gruppi.

La cultura non può essere intesa come un sistema chiuso. Raramente si presenta come una combinazione perfetta di una sola lingua e una sola religione all'interno di un unico gruppo sociale in un determinato territorio. Non è statica né universale; evolve nel tempo e spesso nasce dalla coesistenza di sottoculture, ognuna con caratteristiche distintive. Ad esempio, una persona di 70 anni e una di 17 anni possono condividere la stessa cultura, pur appartenendo a sottoculture diverse all'interno di essa. Le sottoculture permettono un riconoscimento reciproco e interessi condivisi tra le persone, anche se appartengono a gruppi etnici o razziali diversi, come nel caso di migranti e membri delle comunità ospitanti che condividono un'identità subculturale (ad esempio, persone unite dalla stessa religione, cultura musicale o dall'identità LGBTQI+) [14].

La cultura comprende elementi sia tangibili sia intangibili che possono offrire **supporto protettivo, riparatore e trasformativo agli individui e alle comunità.** Promuove partecipazione, continuità, accettazione, resilienza e interazioni sociali positive [14]. Comprendere la cultura è fondamentale per affrontare in modo efficace i bisogni di salute mentale di migranti e rifugiati, poiché **le differenze culturali influenzano il modo in cui interagiamo gli uni con gli altri.**

→ **VIDEO:** [What is Culture?](#) 

© **Punto chiave: Prospettive teoriche sulla cultura**

Nella teoria della cultura, esistono due principali correnti di definizione della cultura. [13]:

- ◆ **Cultura come concetto statico:** questa prospettiva interpreta la cultura come un'influenza omogenea che agisce uniformemente su tutti gli individui all'interno di una società, modellandone comportamenti e risposte in modo prevedibile. Il lavoro del Professor Geert Hofstede, che suddivide la cultura in sei dimensioni, è tuttora fondamentale per comprendere i diversi aspetti culturali e concettualizzare le situazioni attraverso categorie fisse, utili per orientarsi in contesti sconosciuti o ambigui. Secondo Hofstede, la cultura è “*un software della mente*” e ogni persona porta dentro di sé “*schemi di pensiero, emozione e potenziale azione appresi nel corso della propria vita*” [15]. Nel contesto del lavoro con migranti e rifugiati, questa prospettiva implica che la cultura rappresenti un aspetto centrale dell'identità individuale, influenzando in modo significativo i comportamenti e le risposte delle persone.
- ◆ **Cultura come concetto fluido:** questa prospettiva interpreta la cultura come un processo dinamico, caratterizzato da “sistemi di valori intersoggettivi e multilivello” che influenzano e modellano le realtà vissute delle comunità. Questa concezione si basa in gran parte sul lavoro dell'antropologo Clifford Geertz, che descrive la cultura come un'entità in continua evoluzione, una combinazione di tradizioni e di esperienze umane contemporanee condivise che creano una “*rete di significati*” in grado di definire l'identità individuale [16]. Ad esempio, nella cultura dominante americana, la rapida evoluzione tecnologica rappresenta un'esperienza contemporanea condivisa, mentre valori profondamente radicati come l'individualismo, la libertà e l'autodeterminazione (che restano relativamente immutati nel tempo) riflettono tradizioni culturali durature. L'idea di cultura come concetto fluido implica che essa sia “*un processo attivo di creazione di significato*” [17]: la cultura non è un'unità distinta - ma piuttosto **un prodotto dell'interazione umana**, che evolve costantemente in modi sia sottili che evidenti.

4. Comprendere la condizione del migrante

Definizione(i) di migrazione

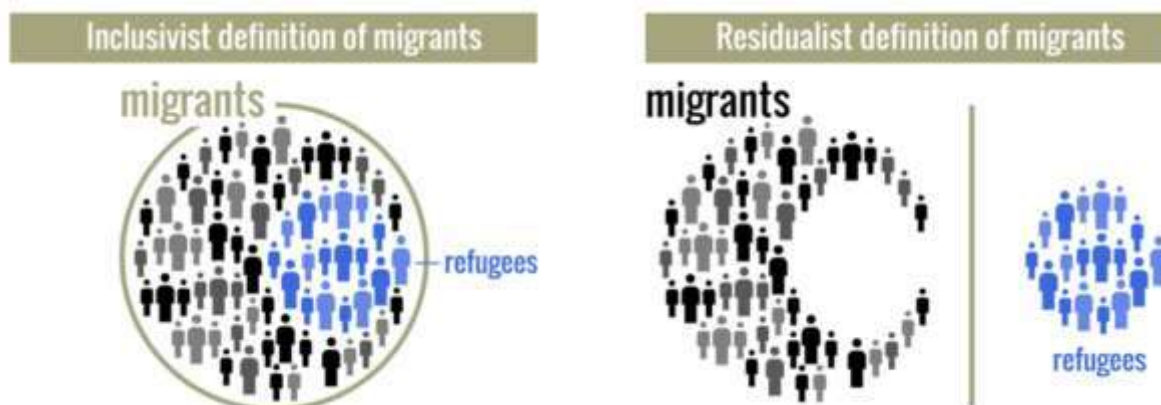
In termini generali, la **migrazione** è definita come **lo spostamento di persone da un luogo a un altro**, che può essere **temporaneo o permanente**. Questi spostamenti sono spesso motivati da vari fattori, come opportunità economiche, conflitti o cambiamenti ambientali. L'impatto della migrazione non si limita al trasferimento fisico, ma si estende anche alle **dinamiche sociali, economiche e culturali delle comunità di origine e di destinazione** [18]. A livello internazionale, **non esiste una definizione universalmente concordata del termine “migrante”**; le definizioni variano notevolmente nei contesti legali, amministrativi, di ricerca e statistici [19,20]. Sebbene la Convenzione sui Rifugiati del 1951 definisca legalmente il termine “rifugiato” [21], non esiste una fonte equivalente per definire il termine “migrante”, portando a un dibattito tuttora aperto. Questa variabilità non è solo una questione di semantica, ma complica la ricerca e le politiche, poiché le diverse definizioni delle persone in movimento influenzano la comprensione delle loro esperienze, così come i loro diritti e l'accesso ai servizi [20,22,23].

Secondo l'IOM, un **migrante** è definito come *“qualsiasi persona che si sposta o si è spostata oltre un confine internazionale o all'interno di uno Stato, lontano dal proprio luogo di residenza abituale, indipendentemente dal suo status legale, dal fatto che lo spostamento sia volontario o involontario, dalle cause dello spostamento o dalla durata della permanenza”* [20]. In questa definizione ampia, il termine “migrante” è utilizzato come **termine ombrello** e rappresenta **gruppi di persone che godono di diritti diversi e seguono percorsi di vita differenti**. Tuttavia, questa definizione ha ricevuto significative critiche, in particolare dall'UNHCR, che sostiene che includere i rifugiati sotto questa categoria possa associarli a percezioni negative legate ai migranti e compromettere i diritti speciali che spettano loro in base al diritto internazionale [22].

© **Punto chiave:** Una nota sulla terminologia

Qual è il significato di “migrante”? Secondo Jørgen Carling, Professore di Ricerca presso il *Peace Research Institute Oslo* (PRIO) [23], al centro di questo tema si trovano due prospettive differenti:

- ♦ **Prospettiva inclusivista:** adottata dall’IOM, considera come migranti coloro che si sono spostati dal proprio luogo di residenza abituale, indipendentemente dal loro status legale (regolare o irregolare) o dalle cause dello spostamento. Questa visione include rifugiati, lavoratori non comunitari, sopravvissuti alla tratta e studenti internazionali. Si sostiene quindi che i “migranti” costituiscano una categoria ampia, all’interno della quale i rifugiati rappresentano una sottocategoria specifica.
- ♦ **Prospettiva residualista:** adottata dall’UNHCR, definisce i migranti come coloro che si spostano per ragioni diverse dalla fuga da conflitti, escludendo quindi i rifugiati dalla definizione. Secondo questa visione, “i migranti scelgono di spostarsi non a causa di una minaccia diretta di persecuzione o morte, ma principalmente per migliorare le proprie condizioni di vita trovando lavoro o, in alcuni casi, per motivi di istruzione, ricongiungimento familiare o altre ragioni” [22].



Nota: grafica tratta dalla risorsa informativa meaningofmigrants.org, 2017, Prof. Jørgen Carling, Oslo

Nonostante le differenze di prospettiva, entrambe le visioni concordano sul fatto che i termini “migranti” e “rifugiato” non siano intercambiabili. Ulteriori informazioni possono essere trovate nel

riepilogo di una pagina disponibile [qui](#). Questo documento è stato inoltre incluso nel  [Repository](#) per ulteriori consultazioni (vedi [Modulo 1](#), [Risorse utili](#)).

Questo corso mira a conciliare entrambe le prospettive: pur adottando in larga misura la definizione inclusiva dell'IOM per le persone in movimento, riconosce che coloro che hanno subito gravi forme di avversità, come violenza e persecuzione, affrontano sfide che richiedono attenzioni specifiche, soprattutto in relazione alla salute mentale. È importante sottolineare che molti migranti hanno scelte limitate, o addirittura nessuna, e spesso si trovano costretti a migrare per circostanze al di fuori del loro controllo, piuttosto che per una preferenza personale. Per questo motivo, l'utilizzo del termine “migrante economico” dovrebbe essere evitato. Tutti i migranti, indipendentemente dal loro status, possiedono diritti umani fondamentali nei paesi di origine, transito e destinazione, tra cui il diritto alla vita, alla salute, all'integrità fisica, alla non discriminazione e ai diritti sul lavoro [24].

Fasi della migrazione

L'IOM considera la migrazione come **un continuum che si sviluppa su più dimensioni**, iniziando prima che i migranti raggiungano il paese di destinazione e proseguendo oltre il loro insediamento iniziale. Ogni storia di migrazione è unica, caratterizzata da motivazioni e modalità di spostamento diverse [25]. La sezione seguente analizza il quadro proposto dall'IOM sulle diverse fasi del processo migratorio e le specifiche problematiche che possono emergere in ciascuna di queste fasi [26].

Fasi della migrazione	
Prima della partenza (preparazione e decisioni relative all'inizio di un viaggio migratorio)	Il processo di migrazione varia per ciascuna persona, a seconda che si svolga attraverso canali regolamentati o irregolari . Alcune persone possono disporre di ampio tempo per prepararsi, seguendo requisiti documentali specifici stabiliti dal proprio paese d'origine e/o di destinazione (ad esempio: passaporti, visti, offerte di lavoro, documentazione finanziaria, certificati medici). Per altre, la fase pre-partenza può essere spesso compressa da eventi al di fuori del loro controllo. Chi intraprende un viaggio migratorio attraverso canali non regolamentati deve decidere come iniziare il processo, valutando i rischi connessi (ad esempio: ottenere un visto turistico, attraversare i confini da solo, affidarsi a un trafficante). In ogni caso, la preparazione finanziaria è essenziale e può richiedere anni.
Transito	Il transito può consistere in un viaggio diretto dal paese d'origine al paese di destinazione oppure includere più tappe nazionali e internazionali. In caso di sfollamento, le persone

(spostamento fisico dal paese d'origine al paese di destinazione)	possono essere costrette a partire immediatamente dopo lo scoppio di un conflitto, un disastro naturale o altre circostanze urgenti. Quando il transito è frammentato, gli individui possono scegliere di fermarsi temporaneamente a ogni tappa per prepararsi alla destinazione finale (ad esempio: gestendo questioni pratiche o burocratiche per aumentare le possibilità di permanenza nel paese di destinazione) o perché obbligati da vincoli economici o barriere di confine. Questo può portare alcune persone a rimanere bloccate nei paesi di transito, senza la possibilità di tornare a casa o proseguire verso la destinazione, spesso prive di uno status regolare o di accesso a opportunità. L'IOM definisce queste persone come "migranti bloccati".
Arrivo (arrivo nel paese di destinazione o di transito via aerea, marittima o terrestre)	I migranti che viaggiano attraverso canali regolari sono generalmente sottoposti a controlli ai punti di frontiera e, salvo esenzioni, possono essere tenuti a presentare un visto. Coloro che tentano di entrare in modo irregolare sono soggetti a procedimenti per determinare se l'ingresso debba essere negato. In caso di fermo dopo l'ingresso, possono essere invitati a un rimpatrio volontario oppure sottoposti a procedimenti di espulsione. La durata di questi processi può variare a causa di problemi sistemici, come l'accumulo di casi pendenti, le difficoltà nel reperire assistenza legale e la complessità delle singole situazioni. La fase dell'arrivo riveste un ruolo cruciale, poiché il possesso della documentazione necessaria può influenzare in modo significativo i successivi passaggi del percorso migratorio.
Soggiorno (ingresso e permanenza nel paese di destinazione o di transito per un periodo specifico o indefinito)	L'ingresso in un paese è generalmente temporaneo , sebbene in alcuni casi possa portare alla residenza permanente. Durante il periodo di soggiorno, gli immigrati devono rispettare le leggi e i requisiti del visto, inclusa l'obbligatorietà di mantenere un impiego nel caso di visto lavorativo. Gli Stati hanno l'obbligo di proteggere i diritti umani di tutti i cittadini stranieri; i migranti che viaggiano attraverso canali regolari godono di diritti aggiuntivi riconosciuti dalle leggi internazionali e nazionali. Inoltre, il diritto internazionale impone agli Stati di consentire il soggiorno a coloro che viaggiano attraverso canali irregolari e di regolarizzare il loro status, rispettando il principio di non-respingimento. Tale principio vieta di rimandare rifugiati, richiedenti asilo o persone a rischio di gravi violazioni dei diritti umani verso situazioni di pericolo.
Migrazione circolare (movimento ripetuto di persone tra due o più paesi) e ritorno (rientro dei migranti nella loro società di origine)	Alcune persone non tornano mai al loro luogo di origine, mentre altre vi ritornano, sia volontariamente che forzatamente. I ritorni possono essere classificati in tre tipi: (1) ritorno volontario (successo): obiettivi raggiunti, come impiego o istruzione all'estero; (2) ritorno volontario (fallimento percepito): ritorno dovuto all'incapacità di raggiungere gli obiettivi, spesso una decisione complessa influenzata da fattori simili a quelli della migrazione iniziale; (3) ritorno forzato : impossibilità di mantenere lo status legale nel paese ospitante o di transito. Le circostanze legate al ritorno sono un aspetto chiave nella decisione finale e nell'attivazione di misure specifiche. Nei casi di deportazione, gli individui possono cercare supporto per programmi di ritorno volontario e reintegrazione nel paese d'origine. In ogni caso, ogni ritorno può essere vissuto come un nuovo processo migratorio.

Integrazione sostenibile (adattamento reciproco tra i migranti e le società in cui vivono) e reintegrazione (reinserimento dei migranti di ritorno nella loro società di origine)	Come sarà approfondito nelle unità successive, l'esperienza di integrazione e/o reintegrazione dipenderà in modo significativo da fattori legati all'ecologia sociale della persona, tra cui genere, età, orientamento sessuale, risorse economiche, competenza linguistica e livello di alfabetizzazione, ecc. Durante questa fase, si possono apprendere nuove regole sociali e culturali, così come nuovi ruoli. L'integrazione e/o la reintegrazione sostenibile è generalmente associata al raggiungimento dell'autosufficienza economica, della stabilità sociale e del benessere psicosociale, elementi fondamentali per aiutare gli individui a gestire eventuali fattori destabilizzanti legati alla migrazione o al ritorno nel paese d'origine. La presenza di spazi condivisi e di interazioni sociali tra le comunità ospitanti e i migranti è cruciale per garantire la sostenibilità. In ultima analisi, il successo a lungo termine dell'integrazione e/o della reintegrazione dipende non solo dagli sforzi dei migranti stessi, ma anche dalle politiche adottate a livello individuale, comunitario e strutturale, in ambiti come la migrazione, l'occupazione, la salute, la società, l'alloggio e l'ambiente.

L'esperienza del rifugiato

Il termine **"rifugiato"** risale al 1680. Deriva dalla parola francese *réfugié*, che significa *"colui che fugge verso un rifugio, un riparo o un luogo sicuro"*, a sua volta derivata dal latino *re-* ("indietro") e *fugere* ("fuggire"). La parola implica **la fuga da pericoli, persecuzioni o disordini politici** [27]. L'UNHCR definisce un **rifugiato** come una persona che *"è costretta a fuggire dal proprio paese e cercare sicurezza in un altro. Non può tornare nel proprio paese a causa del timore di persecuzioni legate alla propria identità, alle proprie convinzioni o dichiarazioni, o a causa di conflitti armati, violenze o gravi disordini pubblici"* [28]. Questa definizione è in linea con l'Articolo 1 della Convenzione sui Rifugiati del 1951, un trattato internazionale storico sviluppato in risposta agli enormi spostamenti di persone seguiti alla Seconda Guerra Mondiale, con l'obiettivo di fornire un approccio coerente ed equo alla protezione dei rifugiati [21].

Ma cosa significa fuggire dalla propria casa? Un concetto che aiuta a chiarire **l'ampio spettro di esperienze connesse alla difficile decisione di fuggire** è quello di *"dislocazione involontaria"* [7,29]. La dislocazione involontaria si riferisce all'esperienza di individui costretti a lasciare le proprie case a causa di vari sconvolgimenti che rendono **insicure o insostenibili** le condizioni di vita.

A differenza di termini come “migrazione forzata” o “**sfollamento**”, che tendono a concentrarsi sull’atto fisico di spostarsi (o essere costretti a spostarsi) da un luogo a un altro, **la dislocazione involontaria affronta l’esperienza complessiva di perdita e discontinuità vissuta da chi viene sradicato dai diversi contesti che erano associati al senso di casa**. Può derivare da una vasta gamma di eventi avversi e situazioni scatenanti, come tumulti politici, conflitti militari, disastri naturali, cambiamenti climatici o emarginazione sociale.

© **Punto chiave: Dislocazione Involontaria**

Il concetto di **dislocazione involontaria** è stato introdotto per la prima volta dal Professor Renos Papadopoulos, fondatore e direttore del Centre for Trauma, Asylum and Refugees (CTAR) presso l’Università di Essex. Questo concetto comprende due aspetti fondamentali: (i) **il distacco emotivo iniziale** dalla propria casa (che include le dimensioni emotive, familiari, culturali, sociali, etniche, linguistiche e spirituali di ciò che si considera casa), e (ii) **il successivo movimento fisico e geografico di allontanamento**. Esso cattura quindi sia gli aspetti emotivi/psicologici (interni) che quelli fisici (esterni) dello sradicamento [7,29]. In sostanza, suggerisce che le persone:

- sono state costrette, a causa di varie difficoltà e circostanze avverse, a percepire la propria casa come non più sicura o abitabile;
- sono obbligate ad abbandonare le proprie case per cercare nuovi luoghi in cui vivere;
- se avessero avuto una scelta reale, non avrebbero lasciato le loro case.

Va sottolineato che il termine “**dislocazione involontaria**” **non porta con sé alcuna connotazione specifica di tipo legale, psichiatrico, psicologico, sociologico o di altro genere tecnico**, né dovrebbe essere associato ad altri termini specialistici usati in ambiti accademici o professionali. Piuttosto, è **destinato a descrivere l’esperienza umana degli eventi a cui si riferisce**. Inoltre, non implica né suggerisce particolari cause o effetti della dislocazione, come la gravità della situazione, la sua durata, o i settori della vita che ne sono stati colpiti.



Pausa di riflessione: *Impegnarsi in una riflessione personale*

Ricorda un momento in cui ti sei reso conto di essere diverso dagli altri e come hai affrontato la situazione. Forse stavi visitando un altro paese e non parlavi né comprendevi la lingua; come hai gestito questa esperienza?

Fonte: culturallyconnected.ca

BIBLIOGRAFIA

- [1] World Health Organization (2023). *Essential knowledge – health and migration*. Retrieved June 2, 2024, from WHO's website.
- [2] World Health Organization (2023). *Mental health of refugees and migrants: risk and protective factors and access to care* (Global Evidence Review on Health and Migration (GEHM) series). Geneva: WHO.
- [3] Office of the High Commissioner for Human Rights. (2012). *Migration and human rights: Improving human rights-based governance of international migration*. New York: United Nations.
- [4] Eurostat (2023). *Residence permits - Statistics on first permits issued during the year*. Retrieved June 2, 2024, from the European Council website.
- [5] European Union Agency for Asylum (2023). *Latest asylum trends 2023*. Retrieved June 2, 2024, from the EUAA website.
- [6] United Nations High Commissioner for Refugees (2024). *Global trends: Forced displacement in 2023*. Copenhagen: UNHCR.
- [7] Papadopoulos, R. K. (Ed.) (2019). *Psychosocial dimensions of the refugee condition – Synergic approach*. Athens: Babel Day Centre (Syneirmos NGO of Social Solidarity) and Centre for Trauma, Asylum and Refugees (University of Essex).
- [8] World Health Organization (2022). “*Mental health – Key facts*“. Retrieved February 28, 2024, from WHO's website.
- [9] World Health Organization (2022). *World mental health report: transforming mental health for all*. Geneva: WHO.
- [10] Eiroa-Orosa F. J. (2020). Understanding psychosocial wellbeing in the context of complex and multidimensional problems. *International journal of environmental research and public health*, 17(16), 5937. <https://doi.org/10.3390/ijerph17165937>
- [11] Eiroa-Orosa, F. J. (2017). A proposed inquiry into the effect of sociocultural changes on well-being. In N. J. L. Brown, T. Lomas, & F. J. Eiroa-Orosa (Eds.), *The Routledge international handbook of critical positive psychology* (pp. 368–376). Routledge.
- [12] Inter-Agency Standing Committee (2007). *IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings*. Geneva: IASC.
- [13] von Lersner, U., & Kizilhan, J. I. (2017). Kultursensitive psychotherapie. Hogrefe. <https://doi.org/10.1026/02755-000>
- [14] International Organization for Migration. (2022). *Manual on community-based mental health and psychosocial support in emergencies and displacement* (2nd ed.). Geneva: IOM.
- [15] Hofstede, G. (1991). *Cultures and organizations: Software of the mind*. London: McGraw-Hill.
- [16] Geertz, C. (2017). *The interpretation of cultures* (3rd ed.). Basic Books.
- [17] Street, B. V. (1993). Culture is a verb. In D. Graddol, L. Thompson, & M. Byram (Eds.), *Language and culture* (pp. 23-43). Clevedon, UK: BAAL and Multilingual Matters.
- [18] Castles, S., de Haas, H., & Miller, M. J. (2020). *The age of migration: International population movements in the modern world* (6th ed.). Guilford Press.

- [19] Office of the High Commissioner for Human Rights. (2012). *Migration and human rights: Improving human rights-based governance of international migration*. New York: United Nations.
- [20] Sironi, A., Bauloz C., and Emmanuel, M. (Eds.) (2019). *Glossary on migration* (International Migration Law, No. 34). Geneva: IOM.
- [21] United Nations High Commissioner for Refugees (n.d.). *The 1951 Refugee Convention*. Retrieved May 21, 2024, from the UNHCR website.
- [22] United Nations High Commissioner for Refugees (2015). *UNHCR viewpoint: 'refugee' or 'migrant' – which is right?*. Retrieved May 21, 2024, from the UNHCR website.
- [23] Carling, J. (n.d.). *What is the meaning of 'migrants'?*
- [24] Althaus, A. (2016). The false dichotomy between 'economic migrants' and refugees. *New World; UNAUK Magazine*, 1, 10.
- [25] International Organization for Migration (2022). *IOM movements*. Geneva: IOM.
- [26] International Organization for Migration (2022.). *Phases of migration* (EMM2.o Handbook, The Global Context of International Migration). Retrieved March 1, 2024, from the Essentials of Migration Management (EMM2.o) programme website.
- [27] Etymonline (n.d.). *Refugee*. In *Online etymology dictionary*. Retrieved June 4, 2024.
- [28] United Nations High Commissioner for Refugees (n.d.). *Refugees*. Retrieved May 21, 2024, from the UNHCR website.
- [29] Papadopoulos, R. K. (2021). *Involuntary Dislocation: Home, Trauma, Resilience and Adversity-Activated Development*. Routledge.

Unità 1.2: Determinanti sociali della salute mentale

Descrizione dell'unità

Questa unità formativa esamina la relazione tra migrazione e salute attraverso la lente dell'equità nella salute pubblica globale. Utilizzando il modello dei determinanti sociali della salute (SDH), mette in evidenza i fattori sociali e strutturali stratificati che incidono sulla salute fisica e mentale di migranti e rifugiati lungo l'intero percorso migratorio. L'unità si conclude analizzando l'impatto dei vari determinanti sociali sulla salute mentale e sul benessere psicosociale delle popolazioni migranti. Sono inoltre forniti materiali supplementari con risultati di recenti studi di ricerca sull'argomento.

Sezioni dell'unità:

1. [Introduzione](#)
2. [Concetti chiave](#)
3. [Relazione tra salute e migrazione](#)
4. [Determinanti sociali di salute nel contesto della migrazione](#)

1. Introduzione

Fattori come la povertà, il razzismo strutturale, la discriminazione, l'isolamento dalla famiglia e dai tradizionali sistemi di supporto sociale, insieme all'accesso limitato all'assistenza sanitaria, rappresentano i principali motori delle **disuguaglianze nella salute mentale** tra migranti e rifugiati [1]. Migranti e rifugiati sono anche **colpiti in modo sproporzionato da crisi recenti**, come la pandemia di COVID-19, i cambiamenti climatici, i conflitti, oltre alle crisi alimentari e all'aumento del costo della vita [2]. Sebbene le conoscenze su come affrontare e ridurre efficacemente le disparità negli esiti di salute mentale tra diversi gruppi siano ancora limitate, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) evidenzia come **fattori sociali, economici, politici e ambientali siano strettamente interconnessi nel plasmare il benessere** [1-3].

In questa unità, cerchiamo di fornire una comprensione più chiara della salute mentale di migranti e rifugiati utilizzando il quadro dei determinanti sociali della salute (SDH) dell'OMS. Basandoci sulle teorie di Dahlgren e Whitehead [4], consideriamo la salute mentale di migranti e rifugiati determinata, tra gli altri fattori, dalle **condizioni in cui vivono e lavorano, nonché dall'impatto che queste condizioni hanno nel corso della vita.**

→ **VIDEO:** [Health Equity](#) 

2. Concetti chiave

Determinanti sociali di salute

Secondo l'OMS, “i **determinanti sociali della salute** (SDH o SDoH) si riferiscono ai fattori non medici che influenzano gli esiti di salute. Sono le condizioni in cui le persone nascono, crescono, lavorano, vivono e invecchiano, oltre all'insieme più ampio di forze e sistemi che plasmano le condizioni della vita quotidiana, inclusi l'accesso delle persone al potere, al denaro e alle risorse” [1,2,5]. **I determinanti sociali della salute riguardano tutti.** Nelle migliori condizioni, possono promuovere una buona salute. Tuttavia, molte persone, in particolare tra le popolazioni storicamente svantaggiate, affrontano **numerosi fattori sociali che contribuiscono a esiti di salute negativi**, tra cui un aumento della morbidità e della mortalità [6].

→ **VIDEO:** [Social Determinants of Health](#) 

Negli ultimi decenni sono stati sviluppati numerosi modelli per rappresentare i diversi determinanti che influenzano la salute e il benessere. **Il modello “rainbow” di Dahlgren e Whitehead**, ideato nel 1991 da Göran Dahlgren e Margaret Whitehead [4], **è il più influente e ampiamente utilizzato per affrontare le disuguaglianze nella salute pubblica.**

Questo modello viene spesso raffigurato come un arcobaleno (vedi Figura 1.2.1), in cui l'individuo si trova al centro ed è circondato da vari strati concentrici, ognuno dei quali rappresenta diversi livelli di influenza sulla salute. A differenza dei modelli medicalizzati, che si concentrano sulle cause biologiche di specifiche malattie, **il modello “rainbow” descrive le diverse influenze sulla salute (o determinanti) a molteplici**

livelli gerarchici – spaziando da fattori individuali fino a condizioni socio-economiche, culturali e ambientali generali.

Figura 1.2.1. “I determinanti più ampi della salute”



Nota: grafica tratto dal Governo del Victoria, 2019, [Victorian Public Health and Wellbeing Plan 2019–2023](#), p.6, Stato di Victoria (adattato dal modello di Dahlgren-Whitehead, settembre 1991)

1. **Fattori individuali:** lo strato più interno si riferisce alle caratteristiche personali, inclusi fattori genetici/ereditari come età, sesso e abilità. I fattori legati allo stile di vita individuale riguardano i comportamenti personali relativi alla salute, come dieta, attività fisica, consumo di alcol e sostanze, e altro ancora. **Nel contesto della migrazione, i fattori legati allo stile di vita possono includere esperienze personali, strategie di adattamento e resilienza.**
2. **Reti sociali e comunitarie:** il livello successivo comprende le circostanze sociali, inclusi la famiglia e i circoli sociali più ampi. **Per migranti e rifugiati, questo strato può includere esperienze di inclusione o esclusione sociale e fonti di supporto, come famiglia, amici, vicini di casa e reti comunitarie locali.**
3. **Condizioni di vita e di lavoro:** questo livello si concentra sulle condizioni di vita e di lavoro più ampie che influenzano la salute, come l'alloggio, l'accesso all'assistenza sanitaria, i servizi educativi e di welfare, e la salute e sicurezza sul lavoro. **Per migranti e rifugiati, questo può includere il vivere in condizioni sovraffollate o insicure, difficoltà nel soddisfare i bisogni di sopravvivenza di base, l'impossibilità di**

svolgere attività generatrici di reddito, situazioni lavorative precarie e accesso limitato all'assistenza sanitaria.

4. **Condizioni socio-economiche, culturali e ambientali generali:** lo strato più esterno rappresenta i fattori socio-economici, culturali e ambientali più ampi che influenzano la salute. Questi fattori riguardano le forze e i sistemi che plasmano le condizioni della vita quotidiana, come le disuguaglianze di reddito, le norme e i valori sociali, le agende di sviluppo e i determinanti ambientali della salute. **Esempi nel contesto della migrazione includono discriminazione e xenofobia, politiche migratorie ostili, politiche del mercato del lavoro (inclusi i differenziali per razza e genere nei contesti lavorativi) e fattori geopolitici più ampi.**

Determinanti Upstream, Midstream e Downstream

Nell'ampio campo della salute pubblica, il concetto di determinanti “upstream” (a monte), “midstream” (a metà strada) e “downstream” (a valle) è stato utilizzato per molti anni come analogia per rappresentare i livelli di intervento rivolti a individui, gruppi e comunità. La metafora “upstream-downstream” (“a monte-a valle”) ha guadagnato notorietà nel 1975 sotto forma di una storia (vedi video sotto) ed è stata da allora impiegata per illustrare **l'inutilità di affrontare esclusivamente i sintomi di un problema senza intervenire sulle sue cause profonde** [7].

→ **VIDEO:** [Upstream Public Health](#) 

Come suggerisce la metafora, ciò che **accade “a monte” avrà effetti “a valle”**. I fattori *upstream* definiscono il contesto generale in cui si verificano le scelte e i comportamenti individuali (fattori *downstream*). Per esempio, le norme sociali e le politiche economiche (*upstream*) possono influenzare le scelte personali relative allo stile di vita e i comportamenti legati alla salute (*downstream*) [8,9].

- **Fattori upstream (a monte):** rappresentano *i determinanti strutturali che influenzano le comunità in modo ampio e spesso iniquo*. La disparità di reddito, la discriminazione istituzionale e la marginalizzazione sociale sono esempi di fattori *upstream* che ostacolano il raggiungimento di una salute ottimale.

- **Fattori midstream (a metà strada):** rappresentano i bisogni sociali e operano all'interno di comunità, quartieri e istituzioni locali. Includono situazioni come la mancanza di una casa, l'insicurezza alimentare, il difficile accesso all'istruzione e la carenza di risorse disponibili.
- **Fattori downstream (a valle):** rappresentano i bisogni più immediati delle persone a livello individuale o familiare. Comprendono scelte legate allo stile di vita, comportamenti salutari, malattie e lesioni, sia intenzionali che non intenzionali.

Quindi, come possiamo guardare “a monte” per individuare le cosiddette cause delle cause della cattiva salute?

Una grafica utile fornita nel  **Repository** illustra alcuni esempi di interventi a tutti e tre i livelli. Questa grafica può servire come guida per professionisti e volontari, aiutandoli a comprendere quale può essere il loro impatto personale e collettivo a ciascun livello (vedi 1.2 – Figura 1.2.1-R “*Determinanti Sociali e Bisogni Sociali: Andare Oltre il Livello Intermedio*”).

Ulteriori informazioni pratiche sull'argomento, in particolare riguardo al concetto di competenza strutturale (ovvero la capacità di riconoscere l'impatto della struttura sociale su un gruppo sociale o su un individuo [10]), saranno fornite nel **Modulo 3, Unità 3.2: Consapevolezza Culturale**.

3. La relazione tra salute e migrazione

La Costituzione dell'OMS definisce la **salute** come “uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente l'assenza di malattia o infermità” [11]. La salute dei migranti può essere definita come le differenze nel benessere fisico, mentale e sociale dei migranti e delle popolazioni sia nelle comunità di origine che di destinazione, e in tutte le fasi del processo migratorio [12]. **I processi migratori possono influenzare gli esiti di salute così come lo stato di salute può influenzare gli esiti della migrazione** (vedi Figura 1.2.2 relativa alle fasi della migrazione discusse nell'Unità 1.1) [13].

Figura 1.2.2. “Aspetti delle diverse fasi migratorie che possono influenzare la salute dei migranti”



Nota: grafica tratta dall’Organizzazione Internazionale per le Migrazioni, 2023, [Migration health throughout the migration phases](#), EEM2.0 Handbook – Health and Migration (adattato da Vearey, Hui e Wickramage, 2019)

La migrazione non costituisce intrinsecamente un rischio per la salute. Tuttavia, le condizioni che circondano il processo migratorio (come viaggi insicuri, cambiamenti nella distribuzione delle malattie e cattiva alimentazione) possono contribuire a esiti di salute negativi. La migrazione può anche influire sulla salute mentale dei migranti aggravando vulnerabilità preesistenti e mettendo alla prova la loro resilienza [14].

Questo è particolarmente evidente per coloro che migrano involontariamente, inclusi individui in fuga da disastri naturali o causati dall’uomo, conflitti e violazioni dei diritti umani, oltre a coloro che si trovano in una situazione irregolare. Ad esempio, i migranti che attraversano confini internazionali senza autorizzazione possono affrontare rischi come lo sfruttamento da parte di trafficanti, con situazioni abusive e dannose che compromettono ulteriormente il loro benessere mentale e fisico [13].

© **Punto chiave:** *Salute e migrazione nel dettaglio*

→ **Rischi per la salute prima della partenza**

Spesso, le condizioni presenti prima della partenza determinano la salute e il benessere di migranti e rifugiati durante tutto il loro percorso. In particolare, nel contesto dello spostamento forzato, la fase pre-partenza è spesso accelerata da eventi al di fuori del controllo della persona. Prima della migrazione, le persone potrebbero aver già vissuto:

- salute compromessa a causa di malnutrizione, accesso limitato alle cure sanitarie o assenza di programmi di sanità pubblica, inclusi i programmi di vaccinazione infantile di routine;
- condizioni di vita difficili che hanno contribuito alla fuga dal paese di origine;
- violenza, traumi o abusi, che hanno ulteriormente aggravato le loro vulnerabilità in termini di salute.

→ **Rischi per la salute durante il viaggio migratorio**

La fase di transito può avere un impatto negativo sulla salute di migranti e rifugiati a causa dei seguenti fattori:

- viaggi lunghi e pericolosi per coloro costretti a migrare senza documenti legali;
- condizioni di viaggio che possono includere lunghi giorni nascosti in un camion, spazi angusti su una barca (spesso utilizzata per attraversare l'Atlantico o il Mediterraneo) o sotto treni in movimento;
- viaggiare da soli o in gruppi numerosi, con sfide specifiche per alcuni gruppi, tra cui i bambini (in particolare i minori non accompagnati), le donne e le persone con disabilità;
- difficoltà legate alla capacità dei sistemi sanitari di accogliere grandi gruppi di persone lungo le rotte migratorie, causate da disastri acuti o dall'innalzamento del livello del mare (spostamenti ambientali).

→ **Rischi per la salute nei paesi di destinazione**

Migranti e rifugiati possono essere a rischio di problemi di salute nei paesi di destinazione a causa di una serie di fattori, tra cui:

- condizioni di vita precarie;
- accesso limitato o assente ai servizi sanitari e ad altri servizi essenziali;
- separazione dalla famiglia e dalle persone care;

- cambiamenti nello stile di vita e adattamenti alle pratiche sanitarie, alle abitudini alimentari e ai modelli di attività del paese di destinazione, che possono aumentare il rischio di obesità, diabete e malattie cardiovascolari;
- atteggiamenti xenofobi da parte delle comunità ospitanti, inclusi i fornitori di servizi sanitari, che possono aggravare le condizioni di salute dei migranti, portando anche a esclusione sociale, discriminazione e sfruttamento;
- a livello esistenziale e spirituale, la perdita di un senso di onnipotenza (ovvero l'idea di avere il controllo assoluto sulla propria vita), che comporta una perdita di autostima e fiducia in se stessi e – in assenza di opportunità per dare un nuovo significato alla propria vita – una sensazione più duratura di perdita esistenziale e isolamento.

4. Determinanti sociali di salute nel contesto della migrazione

Come discusso nell'unità precedente, l'OMS concettualizza la salute mentale come uno *“stato di benessere mentale che consente alle persone di affrontare le difficoltà della vita, realizzare le proprie capacità, apprendere e lavorare bene, e contribuire alla propria comunità”* [5]. Di seguito sono riportati alcuni esempi di determinanti sociali della salute mentale che possono influenzare gli esiti della salute mentale in modo positivo o negativo:

- alloggio, servizi di base e ambiente;
- reddito e protezione sociale;
- istruzione;
- occupazione;
- competenze linguistiche e interpretariato;
- status legale e processo di richiesta d'asilo;
- accesso a servizi sanitari di qualità a prezzi accessibili;
- cultura, spiritualità e contesto religioso;
- inclusione sociale e isolamento sociale;
- pregiudizi, razzismo e discriminazione strutturale.

Una revisione più approfondita di come ciascuno di questi determinanti possa influenzare la salute mentale e il benessere psicosociale di migranti e rifugiati è fornita nel  [Repository](#) Vedi [1.2 – Documento 1: “Determinanti Sociali della Salute Mentale in Dettaglio”](#)

Affrontare i determinanti sociali della salute mentale nel contesto della migrazione e dello spostamento richiede **un approccio approfondito che superi il semplice trattamento dei sintomi individuali**. Gli interventi dovrebbero integrare elementi psicosociali come fulcro centrale, considerando al contempo **le condizioni più ampie che plasmano l’esperienza di vita di migranti e rifugiati** [1,2,5,15].

BIBLIOGRAFIA

- [1] Hynie M. (2018). The social determinants of refugee mental health in the post-Migration context: A critical review. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 63(5), 297–303. <https://doi.org/10.1177/0706743717746666>
- [2] World Health Organization (2023). *Draft operational framework for monitoring social determinants of health equity*. Retrieved April 9, 2024, from WHO's website.
- [3] Mawani, F. N. (2014). Social determinants of refugee mental health. In L. Simich & L. Andermann (Eds.), *Refuge and resilience: Promoting resilience and mental health among resettled refugees and forced migrants* (pp. 27–50). Springer Science + Business Media. https://doi.org/10.1007/978-94-007-7923-5_3
- [4] Dahlgren, G., and Whitehead M. (1991) *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Futures Studies. Retrieved February 14, 2024, from the CORE database.
- [5] World Health Organization (2015). *What are social determinants of health?* Retrieved April 9, 2024, from WHO's website.
- [6] NASEM (2019). *Integrating social care into the delivery of health care: Moving upstream to improve the nation's health*. National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25467>
- [7] McMahon N. E. (2022). Framing action to reduce health inequalities: what is argued for through use of the 'upstream-downstream' metaphor? *Journal of public health (Oxford, England)*, 44(3), 671–678. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdab157>
- [8] McKinlay J.B. (1975). A case for refocusing upstream: the political economy of illness. Applying behavioral science to cardiovascular risk: proceedings of a conference. *American Heart Association*, 7–17.
- [9] Hahn R. A. (2021). What is a social determinant of health? Back to basics. *Journal of public health research*, 10(4), 2324. <https://doi.org/10.4081/jphr.2021.2324>
- [10] Wang E. E. (2019). Structural Competency: What is it, why do we need it, and what does the structurally competent emergency physician look like? *AEM education and training*, 4(Suppl 1), S140–S142. <https://doi.org/10.1002/aet2.10415>
- [11] World Health Organization (2020). *Basic documents: Forty-ninth edition* (including amendments adopted up to 31 May 2019). Geneva: WHO.
- [12] Vearey, J., Hui, C., & Wickramage, K. (2019). Chapter 7: Migration and health – Current issues, governance and knowledge gaps. In IOM World Migration Report 2020 (pp. 209–228). <https://doi.org/10.18356/9ea52c60-en>
- [13] International Organization for Migration (2022). *Migration health throughout the migration phases* (EMM2.0 Handbook, The Global Context of International Migration). (EMM2.0 Handbook, Health and Migration). Retrieved March 5, 2024, from the Essentials of Migration Management (EMM2.0) programme website.
- [14] Davies, A., Basten, A., and Frattini, C. (2009). *Migration: a social determinant of the health of migrants*. Geneva: IOM.
- [15] World Health Organization (2023). *Mental health of refugees and migrants: risk and protective factors and access to care* (Global Evidence Review on Health and Migration (GEHM) series). Geneva: WHO.

Unità 1.3: Fattori di rischio, protettivi e promotori/di resilienza

Descrizione dell'unità

Questa unità formativa analizza i fattori di rischio, protettivi e di resilienza per la salute mentale di migranti e rifugiati. Evidenzia l'importanza dei diversi elementi che, a livello micro, meso e macro, influenzano la salute mentale di persone che hanno superato varie forme di avversità. Basandosi sulla letteratura internazionale e sulle recenti linee guida dell'OMS, l'unità si conclude con materiale supplementare che approfondisce le sfide e i fattori protettivi peculiari di specifici gruppi.

Sezioni dell'unità:

1. [Un quadro socio-ecologico per comprendere la salute mentale di migranti e rifugiati](#)
2. [Fattori di rischio e protettivi](#)
3. [Fattori promotori di resilienza di fronte alle avversità](#)
4. [Sfide e fattori protettivi specifici per diverse sottopopolazioni](#)

1. Un quadro socio-ecologico per comprendere la salute mentale di migranti e rifugiati

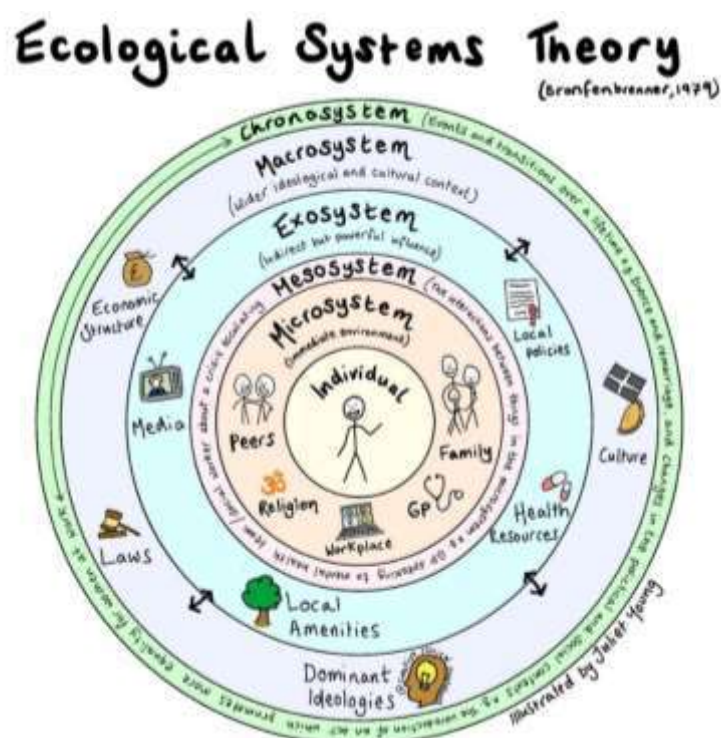
Il **Modello Socio-Ecologico (SEM)** (comunemente noto come “**teoria dei sistemi ecologici**”), è stato concettualizzato dallo psicologo americano di origine russa Urie Bronfenbrenner negli anni '70 per comprendere meglio lo sviluppo umano. È stato poi formalizzato come teoria negli anni '80. Secondo il Modello Socio-Ecologico di Bronfenbrenner, **per capire la crescita umana è necessario considerare l'intero sistema ecologico in cui avviene lo sviluppo** [1].

Nel corso degli anni, il modello è stato adattato e interpretato in molteplici modi. Tuttavia, nella sua essenza, propone che il comportamento individuale sia inserito in una complessa rete di fattori intrapersonali, interpersonali, istituzionali, comunitari e di politica pubblica. Sottolinea inoltre la natura reciproca delle interazioni tra gli individui e i loro ambienti. Questa rete include **sistemi con cui l'individuo**

interagisce direttamente, come i quartieri o le scuole, ma anche sistemi più distanti, che esercitano un'influenza indiretta, come la comunità, le politiche pubbliche e la società [2].

Il quadro dei Determinanti Sociali della Salute (SDH), discusso nell'unità precedente, e il Modello Socio-Ecologico (SEM) sono concetti interconnessi che evidenziano l'importanza dei diversi fattori che influenzano gli esiti di salute. Tuttavia, mentre la struttura teorica dei SDH si focalizza su condizioni ed ambienti specifici che incidono sulla salute, il SEM fornisce una visione più ampia per comprendere le interazioni multilivello che modellano il comportamento individuale e il benessere. Il SEM riconosce inoltre che i fattori possono intersecarsi e operare simultaneamente a diversi livelli, influenzando le persone in modi differenti, a seconda delle loro esperienze cumulative e intersecanti [2,3]. Maggiori informazioni sul concetto di intersezionalità in relazione alla salute mentale di migranti e rifugiati sono disponibili nel Modulo 2, Unità 2.2: Prospettiva intersezionale sulla migrazione e la salute mentale.

Figura 1.3.1. “La teoria dei sistemi ecologici di Bronfenbrenner nel contesto della psicologia di comunità”



Nota: grafica dalla Psicologia Clinica, Dottoressa Juliet Young, agosto 2021

La grafica sopra riportata (Figura 1.3.1) offre un esempio illustrativo dei **vari fattori a livello individuale, familiare, organizzativo, comunitario e sociale** (micro-, meso-, eso- e macro-livelli o sistemi) che influenzano la salute mentale e il benessere **nel tempo** (descritto anche come cronosistema). L'Università del Minnesota ha prodotto [una grafica più dettagliata](#) che riflette ciò che la ricerca ci insegna attraverso una lente socio-ecologica [3]. Questo documento è stato incluso nel  [Repository](#) per ulteriori approfondimenti (vedi [Modulo 1](#), [Risorse utili](#)).

Sebbene la ricerca, da sola, non possa rappresentare pienamente le esperienze vissute delle persone, essa offre una struttura teorica fondamentale che può supportarci nella comprensione della salute mentale nel contesto della migrazione e dello spostamento. Questo modello promuove una visione olistica della salute mentale, ponendo l'accento su **un approccio basato sui punti di forza, concentrato sulla resilienza e sul recupero, piuttosto che sulla malattia**. È applicabile a tutti e considera l'intero ciclo di vita [3].

I video riportati di seguito forniscono ulteriori informazioni sulla prospettiva ecologica, nonché sulla storia e lo sviluppo della teoria dei sistemi ecologici di Bronfenbrenner.

→ **VIDEO:** [What is Ecological Perspective? Community Psychology Core Principles and Key Concepts](#)



→ **VIDEO:** [Bronfenbrenner's Ecological Systems: 5 Forces Impacting Our Lives](#) 

2. Fattori di rischio e protettivi

Fattori di rischio e protettivi

Secondo l'OMS, *“nel corso della nostra vita, molteplici determinanti individuali, sociali e strutturali possono combinarsi per proteggere o compromettere la nostra salute mentale, spostando la nostra posizione lungo il continuum della salute mentale”* [4]. Fattori psicologici e biologici individuali, come le competenze emotive, l'uso di sostanze e la genetica, possono aumentare la vulnerabilità ai problemi di salute mentale. Come discusso nell'unità precedente, condizioni sociali, economiche, geopolitiche e ambientali sfavorevoli –

come povertà, violenza, disuguaglianza e privazioni ambientali – accrescono il rischio di una salute mentale compromessa. **Questi rischi (o fattori di rischio) possono emergere in qualsiasi fase della vita, ma risultano particolarmente dannosi durante i periodi di sviluppo sensibili, specialmente nella prima infanzia.**

I fattori protettivi, che si manifestano anch’essi nel corso della nostra vita, **servono a ridurre o attenuare il rischio di esiti negativi per la salute mentale, migliorando la capacità di affrontare circostanze avverse.** Tra questi fattori rientrano le competenze sociali ed emotive, le interazioni sociali positive, un’istruzione di qualità, un lavoro dignitoso, quartieri sicuri e solidi legami comunitari. I fattori di rischio e protettivi sono elementi fondamentali nello sviluppo della resilienza, spesso definita come la capacità di resistere alle avversità e di riprendersi da eventi difficili della vita [5].

I fattori di rischio e protettivi operano a diversi livelli della società. Le minacce locali colpiscono individui, famiglie e comunità, mentre sfide globali come crisi economiche, epidemie, crisi umanitarie, migrazioni forzate e cambiamenti climatici rappresentano un rischio per intere popolazioni [4-6]. Nel contesto della migrazione, i fattori di rischio e protettivi sono descritti in dettaglio nella sezione seguente (Figura 1.3.2).

Figura 1.3.2. “Fattori di rischio e protettivi per la salute mentale nei rifugiati e migranti”



Nota: grafica riprodotta dal team EU-MiCare sulla fonte dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 2018, [Mental health promotion and mental health care in refugees and migrants](#), p. 4, Copenhagen)
La riproduzione di questa grafica non implica l’approvazione da parte dell’OMS.

Ogni fattore di rischio o protettivo, considerato singolarmente, ha un potere predittivo limitato. La maggior parte delle persone non manifesta sintomi di disagio mentale e riesce a riprendersi completamente, anche dopo essere stata esposta a molteplici avversità. Tuttavia, alcune possono sviluppare condizioni di salute mentale senza alcun evidente fattore di rischio. La salute mentale è modellata dall'interazione di diversi determinanti, e l'accumulo di molteplici stress può contribuire al disagio psicologico [6].

Come sottolineato dalla Federazione Internazionale delle Società della Croce Rossa e della Mezzaluna Rossa (IFRC), *“non è necessario un singolo evento di grande portata per provocare disagio psicologico o condizioni di salute mentale; può trattarsi di un accumulo progressivo di diversi fattori di stress. In qualsiasi momento, un insieme complesso di fattori individuali, familiari, comunitari e strutturali può combinarsi per proteggere o compromettere la salute mentale”* [7]. **Sebbene la maggior parte delle persone dimostri resilienza, coloro che vivono in condizioni avverse sono esposti a un rischio maggiore.**

Ulteriori materiali sono disponibili nel  **Repository** (vedi 1.3 – Tabella 1.3.1-R “Fattori di Rischio e Protettivi per Promuovere la Resilienza” e Tabella 1.3.2-R “Fattori di Rischio e Protettivi Aggiuntivi per Migranti e Rifugiati”).

3. Fattori promotori di resilienza di fronte alle avversità

Dunque, che cos'è la resilienza? In termini generali, la **resilienza** è definita sia come **la capacità di un individuo di affrontare esperienze di trauma e stress, sia come l'abilità di rimanere attivamente impegnato nelle attività della vita**, in particolare nello sforzo di recuperare le risorse perse durante i periodi di avversità [8]. Il presupposto di base è che tutti **gli esseri umani abbiano un impulso innato ad acquisire, mantenere, sviluppare e proteggere le risorse che ritengono essenziali per la propria sopravvivenza e il proprio benessere**. Numerosi fattori, tra cui la biologia, la psicologia, le interazioni sociali e la cultura, influenzano la resilienza, collaborando per determinare il modo in cui affrontiamo lo stress [9].

Quando si parla di resilienza, è importante chiarire se la consideriamo una caratteristica personale, un processo o un risultato. È facile pensare alla resilienza come qualcosa che si possiede o meno, ma, in realtà,

essa esiste su un **continuum**. La **resilienza** può variare in intensità e manifestarsi in misura diversa nei vari ambiti della vita [9].

I **fattori di resilienza** migliorano la salute mentale e il benessere psicosociale di fronte alle avversità e spiegano perché non tutte le persone esposte a circostanze avverse sviluppino esiti negativi sulla salute mentale [10]. I fattori di resilienza comprendono anche una serie di attività, situazioni e circostanze, come relazioni di supporto, la capacità della persona di affrontare e adattarsi a situazioni in cambiamento, ambienti di lavoro positivi e altri elementi [11,12].

Una grafica utile che include alcuni fattori che promuovono la resilienza è disponibile nel [Repository](#) (vedi 1.3 – Figura 1.3.1-R “Cinque Fattori che Promuovono la Resilienza”). È importante notare che molti fattori contribuiscono alla resilienza. **La resilienza non è una caratteristica che una persona possiede o meno, ma un processo dinamico.**

○ Resilienza psicologica

La resilienza psicologica è stata definita in vari modi. In sostanza, rappresenta **la capacità di riprendersi da shock e superare le avversità**. Come accennato in precedenza, le attuali concettualizzazioni della resilienza psicologica includono sia le capacità individuali sia i supporti sociali e ambientali. Il ruolo della resilienza nel promuovere la salute, in particolare quella mentale, è stato ampiamente studiato nei gruppi di migranti, portando al suo riconoscimento come un **importante fattore per il benessere psicosociale** [5,12].

La resilienza varia in base a determinate caratteristiche individuali: un'età avanzata, lo spostamento prolungato e le difficoltà persistenti possono ridurla, mentre migliori condizioni di vita e di lavoro, un'età più giovane e livelli più elevati di supporto la rafforzano, migliorando così anche la salute mentale [8,9,12].

○ Crescita post-traumatica

Nel contesto dello spostamento, la **crescita post-traumatica** si riferisce al **modo in cui migranti e rifugiati elaborano un significato e interpretano le loro esperienze** – un processo riflessivo che si traduce in risultati positivi nelle loro vite [13]. La crescita post-traumatica agisce come un **fattore di resilienza**, proteggendo

migranti e rifugiati dagli effetti negativi delle avversità, come lo sviluppo di disturbo post-traumatico da stress (PTSD), depressione e ansia [14]. Gli studi sulla crescita post-traumatica nei migranti e nei rifugiati hanno evidenziato i suoi benefici, tra cui **la capacità di affrontare molteplici perdite, una maggiore tolleranza all'incertezza e all'imprevedibilità delle loro circostanze, una riduzione del disagio psicologico, un aumento della soddisfazione per la vita ed esperienze positive post-migratorie** [13-15].

○ Sviluppo Attivato dall'Avversità (AAD)

Lo **“Sviluppo Attivato dall'Avversità”** (*Adversity-Activated Development, AAD*) si riferisce alle **nuove caratteristiche, competenze e abitudini positive che emergono a seguito del superamento di circostanze di vita altamente sfidanti o avverse** [16]. Questi tratti positivi erano assenti, nascosti o non pienamente riconosciuti prima dell'insorgere delle difficoltà. È importante sottolineare che tali risultati non escludono – e spesso coincidono con – reazioni negative o neutre all'avversità [16,17]. In altre parole, **una persona che ha lasciato la propria terra natale può dimostrare resilienza e AAD in alcuni ambiti della propria vita, pur manifestando vulnerabilità in altri**. La capacità di gestire grandi sfide della vita e di adattarsi rapidamente non implica l'assenza di disagio, così come sentirsi profondamente tristi e disorientati non equivale a una mancanza di progresso in altri ambiti.

© **Punto chiave:** La Griglia dell'Avversità

Nei discorsi tradizionali nel campo dell'“assistenza ai rifugiati”, l'attenzione è fortemente focalizzata sul trauma, che rappresenta una risposta grave e legittima all'avversità. Tuttavia, questa enfasi tende a semplificare eccessivamente le esperienze variegata di migranti e rifugiati. Per rappresentare meglio l'ampia gamma di risposte alle situazioni avverse, si raccomanda l'utilizzo della **Griglia dell'Avversità**.

La Griglia dell'Avversità non è un test psicometrico né uno strumento di valutazione standardizzato; piuttosto, rappresenta un quadro di riferimento per valutare e comprendere i diversi e variegati modi in cui individui, famiglie, comunità e società più ampie rispondono alle avversità. È utile per ricordarci la complessità, l'unicità e la totalità delle persone colpite da avversità, contrastando così polarizzazioni e generalizzazioni poco utili. Questo aspetto è particolarmente importante nel contesto del nostro

lavoro, che spesso considera i sopravvissuti alle avversità esclusivamente come vittime impotenti. La Griglia dell'Avversità classifica le risposte agli eventi avversi (come lo spostamento, la guerra e la persecuzione) in tre tipologie: (i) risposte negative, (ii) risposte invariate e (iii) risposte positive. La griglia è in linea con la teoria dei sistemi socio-ecologici, discussa precedentemente in questa unità, collocando difficoltà e nuove opportunità all'interno dell'intero spettro ecologico che circonda migranti e rifugiati. L'IOM, in collaborazione con il Professor Renos Papadopoulos, ha sviluppato [una risorsa supplementare sull'utilizzo della Griglia dell'Avversità](#) come parte del loro manuale sul Supporto Psicosociale e di Salute Mentale (MHPSS) nelle emergenze e negli spostamenti [18]. Maggiori informazioni sull'utilizzo della griglia sono disponibili nel  [Repository](#) (vedi 1.3 – Scheda 1. “La Griglia dell'Avversità in dettaglio” e [Risorse utili](#)).

4. Sfide e fattori protettivi specifici per diverse sottopopolazioni

Alcuni gruppi di migranti e rifugiati necessitano di considerazioni specifiche in relazione ai fattori di rischio e protezione, nonché agli ostacoli e ai facilitatori che incontrano nell'accesso alle cure. Sulla base delle evidenze disponibili, l'OMS ha individuato cinque temi interconnessi rilevanti per diversi gruppi, contesti e fasi del processo migratorio:

1. identità personale e supporto comunitario;
2. bisogni primari e sicurezza;
3. concetti culturali di salute mentale e stigma;
4. esposizione alle avversità ed eventi potenzialmente traumatici;
5. orientamento nei sistemi e nei servizi di salute mentale e in altri ambiti di assistenza [5].

Informazioni supplementari su questi temi, così come sulle sfide e le influenze protettive affrontate da specifiche sottopopolazioni (come donne, persone con esperienze di tortura, individui LGBTQI+, anziani e persone con disabilità), sono disponibili nel  [Repository](#) (vedi 1.3 – Scheda 2. “Sfide e influenze protettive uniche per specifiche sottopopolazioni”). Una revisione più approfondita delle sfide e delle influenze protettive che riguardano bambini e giovani è disponibile nel [Modulo 3, Unità 3.5: Rispondere alle situazioni particolari dei bambini](#)).

 **Pausa di riflessione:** Impegnati in una riflessione personale (o in una riflessione di gruppo con i tuoi pari) e valuta come molteplici fattori si intersecano nel determinare la vulnerabilità e la resilienza dei migranti. Ecco quattro esempi che illustrano l'interazione dei fattori a livello micro, meso e macro. Come discusso in precedenza, questi fattori possono influenzare (in modo positivo, negativo o neutro) la capacità dei migranti di evitare, resistere, affrontare o riprendersi dalle diverse forme di avversità che spesso devono affrontare.

Ora, tenendo in considerazione il modello socio-ecologico e la teoria sui fattori di rischio, protettivi e promotori/resilienti, valuta possibili risposte che potrebbero sostenere il benessere psicosociale degli individui in ciascuno dei seguenti scenari.

Example 1

A middle-aged man having a high level of education, enjoying good health and belonging to a powerful segment of society would typically have a low level of vulnerability. However, he could find himself vulnerable to extortion and violence if he were to engage in unsafe migration practices, such as hiring migrant smugglers to help him gain access to a country through irregular means, particularly if he were to travel with the smugglers through countries with no mechanisms to protect smuggled migrants from violence.

Example 2

A family that experiences a crisis, such as the loss of employment owing to a health emergency for the primary wage earner, might make migration decisions that heighten the vulnerability of one or more family members to labour exploitation. However, it would be less likely to make such decisions if it could turn for support to extended family members, community members and/or social welfare programmes. The household/family risk factors would be mitigated by protective factors at the community level.

Example 3

People who regularly face discrimination, harassment and barriers in accessing services because of their status as migrants are more likely to be vulnerable to violence, exploitation and abuse. If they cannot turn to other members of the community for assistance, and if they cannot access the same services as others, they are likely to become isolated and vulnerable to being targeted by those who would abuse or exploit them.

Example 4

Members of a community displaced by a natural disaster may face increased risks of trafficking, as traffickers often target displaced populations. However, if local and national leaders act quickly to mitigate the trafficking risk by providing displaced persons with accurate and timely information and by taking effective law enforcement action against trafficking, then the community members are likely to be adequately protected from the risk.

Fonte: IOM, [The Determinants of Migrant Vulnerability](#), e adattato dal team di EU-MiCare per gli scopi di questo corso.

L'adattamento di questa grafica per le finalità di questo esercizio non implica l'approvazione da parte dell'IOM.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32(7), 513–531. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.32.7.513>
- [2] Sallis, J., Owen, N., & Fisher, E. (2008). Ecological models of health behavior. In K. Glanz, B. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (pp. 465–482). Jossey-Bass.
- [3] Michaels, C., Blake, L., Lynn, A., Greyford, T., & Benning, S. (2020). *Mental health and well-being ecological model*. Center for Leadership Education in Maternal & Child Public Health, University of Minnesota – Twin Cities; Last update: July 2024. Retrieved July 27, 2024, from the UoM website.
- [4] World Health Organization (2022). *World mental health report: transforming mental health for all*. Executive summary. Geneva: WHO.
- [5] World Health Organization (2023). *Mental health of refugees and migrants: risk and protective factors and access to care* (Global Evidence Review on Health and Migration (GEHM) series). Geneva: WHO.
- [6] World Health Organization (2018). *Mental health promotion and mental health care in refugees and migrants* (Technical guidance on refugee and migrant health). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- [7] IFRC Reference Centre for Psychosocial Support (2023). *Community-Based Mental Health (CBMH) training guide*. Copenhagen: IFRC.
- [8] Herrman, H., Stewart, D. E., Diaz-Granados, N., Berger, E. L., Jackson, B., & Yuen, T. (2011). What is resilience? *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 56(5), 258–265. <https://doi.org/10.1177/070674371105600504>
- [9] Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C., & Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *European journal of psychotraumatology*, 5, 10.3402/ejpt.v5.25338. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25338>
- [10] Patel, V., & Goodman, A. (2007). Researching protective and promotive factors in mental health. *International journal of epidemiology*, 36(4), 703–707. <https://doi.org/10.1093/ije/dym147>
- [11] Herrman, H. (2001). The Need for Mental Health Promotion. *Australian & New Zealand journal of psychiatry*, 35(6), 709–715. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2001.00947.x>
- [12] Sim, A., Bowes, L., & Gardner, F. (2019). The Promotive Effects of Social Support for Parental Resilience in a Refugee Context: A Cross-Sectional Study with Syrian Mothers in Lebanon. *Prevention science*, 20(5), 674–683. <https://doi.org/10.1007/s11121-019-0983-0>
- [13] Chan, K. J., Young, M. Y., & Sharif, N. (2016). Well-being after trauma: A review of posttraumatic growth among refugees. *Canadian psychology. Psychologie canadienne*, 57(4), 291–299. <https://doi.org/10.1037/cap0000065>
- [14] Ssenyonga, J., Owens, V., & Olema, D. K. (2013). Posttraumatic growth, resilience, and posttraumatic stress disorder (PTSD) among refugees. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 82, 144–148. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.06.238>
- [15] Sims, K., & Pooley, J. A. (2017). Posttraumatic growth amongst refugee populations: A systematic review. In U. Kumar (Ed.), *The Routledge international handbook of psychosocial resilience* (pp. 230–247). Routledge/Taylor & Francis Group.

- [16] Papadopoulos, R. K. (2007). Refugees, trauma and Adversity-Activated Development. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 9(3), 301–312. <https://doi.org/10.1080/13642530701496930>
- [17] Papadopoulos, R. K. (2021). *Involuntary Dislocation: Home, Trauma, Resilience and Adversity-Activated Development*. Routledge.
- [18] International Organization for Migration. (2022). *Manual on community-based mental health and psychosocial support in emergencies and displacement* (2nd ed.). Geneva: IOM.

Unità 1.4: Dimensioni psicosociali del processo di migrazione

Descrizione dell'unità

Questa unità fornisce una panoramica di diversi modelli che analizzano i processi psicosociali legati alla migrazione. Inizialmente, vengono presentate le fasi psicologiche in un contesto generale di migrazione. Successivamente, vengono approfonditi due modelli che esplorano le complessità associate allo spostamento e alla “dislocazione involontaria”. Infine, viene introdotto il concetto di “lutto migratorio”. Sono inclusi materiali supplementari che offrono informazioni su acculturazione, strategie di acculturazione e stress acculturativo.

Sezioni dell'unità:

1. [Introduzione](#)
2. [Processi psicosociali della migrazione](#)
3. [Lutto migratorio](#)

1. Introduzione

La migrazione è un processo complesso e dinamico che comporta significativi adattamenti psicologici. È un processo che **inizia molto prima dell'atto stesso di migrare e prosegue ben oltre l'arrivo nella nuova destinazione.** Comprendere il percorso psicologico della migrazione può aiutare gli operatori sul campo a comprendere meglio l'esperienza delle persone che assistono, adattando i loro interventi di supporto alle necessità specifiche. Come discusso nell'[Unità 1.3](#), il contesto in cui avviene la migrazione e le circostanze che la caratterizzano determinano sia i fattori di rischio che quelli di protezione. In base alla complessa interazione di questi fattori, gli individui possono sviluppare risposte resilienti alle difficoltà o affrontare sfide di salute mentale con diversi gradi di gravità.

L'obiettivo principale di questa unità è offrire un quadro di riferimento che permetta a professionisti e volontari di comprendere **i complessi percorsi psicologici vissuti da migranti e rifugiati.** Una comprensione più approfondita ci consente di **superare la visione riduttiva della cosiddetta “esperienza di migranti e**

rifugiati” come un singolo evento traumatico. Troppo spesso, nell’ambito dell’assistenza a migranti e rifugiati, **il supporto si limita a concentrarsi esclusivamente sulla devastazione e sullo sconvolgimento che hanno dato origine alla migrazione e allo spostamento, trascurando le vite precedenti e le sfide che persistono dopo il reinsediamento.** Ampliare la prospettiva per includere l’intero arco dei processi psicosociali (prima, durante e dopo la migrazione) consente di sviluppare una comprensione più approfondita e articolata dei profondi cambiamenti che la perdita della propria casa porta nella vita e nell’identità delle persone coinvolte.

2. Processi psicosociali della migrazione

Quando si lavora con persone che hanno vissuto esperienze migratorie, è essenziale riconoscere **la tendenza diffusa a confondere un evento in sé con il modo unico in cui esso viene vissuto da un individuo, una famiglia o una comunità.** Un errore che si verifica nel nostro settore è quando l’errata convinzione che tutti gli individui reagiscano alle avversità in modo uniforme sostituisce la corretta assunzione che ogni persona vive gli eventi esterni in modo diverso (a causa di fattori determinanti come le storie personali e collettive, le influenze culturali e sociali, le narrazioni dominanti più ampie, le dinamiche di potere, ecc.). **Questo porta alla nozione semplificata secondo cui tutte le persone esposte ad avversità, come guerre o disastri naturali, diventeranno inevitabilmente “traumatizzate”.**

Questa prospettiva riduce la complessità delle esperienze individuali a una narrazione unica e omogenea. **Per comprendere realmente le avversità, è necessario identificarne le componenti distintive, che includono:** (a) l’evento in sé, (b) l’esperienza vissuta dell’evento, (c) l’impatto di questa esperienza, (d) la risposta complessiva all’impatto e (e) il modo in cui tutti questi elementi vengono comunicati agli altri [1]. Spesso, la percezione iniziale e semplificata di un evento (ad esempio, la migrazione vista come “crisi” o “trauma”) tende a dominare l’interpretazione di tutti questi aspetti. I modelli che analizzano le cosiddette “fasi psicologiche della migrazione” offrono una comprensione più completa, poiché **prendono in considerazione non solo i fattori di stress esterni, ma anche i processi psicosociali individuali che i migranti attraversano mentre ricostruiscono la propria vita.**

→ **VIDEO:** [Chimamanda Ngozi Adichie: The danger of a single story | TED](#) 

Questa prospettiva più ampia invita a un cambiamento fondamentale nel nostro approccio epistemologico alla cura. Invece di patologizzare la sofferenza o considerare il trauma come un esito inevitabile, **siamo incoraggiati a cogliere le sfumature di come gli eventi vengono vissuti ed elaborati nel tempo** [1]. Questo implica anche **distinguere il disagio dal disturbo** [2] e **riconoscere i molteplici modi in cui individui e comunità rispondono alle avversità e alle difficoltà**. In sostanza, questa comprensione più profonda ci spinge a relazionarci con le persone che assistiamo **come individui completi, plasmati da un continuum di esperienze, piuttosto che come vittime statiche di eventi singoli**. Si tratta di spostare il focus dall'intervento di crisi a **un processo continuo di cura psicosociale che rispetti la complessità della migrazione come un percorso trasformativo e multifaccettato**.

© **Punto chiave:** *Dimensioni psicosociali del processo migratorio – dalla teoria alla pratica*

Ma come possiamo applicare questi concetti nel contesto del nostro lavoro quotidiano? Quando si lavora con una persona o una famiglia, può essere utile considerare: (1) **la fase migratoria in cui si trovano**, (2) **le sfide che stanno affrontando attualmente** e (3) **i processi emotivi associati a queste sfide** [1].

Le difficili circostanze legate all'esperienza vissuta dai migranti sono in costante dialogo con le risorse esterne e interne di cui dispongono. Ad esempio, come visto nelle unità precedenti, se una persona non parla la lingua della società di accoglienza e affronta gravi difficoltà economiche, ma è anche altamente adattabile e dispone di una rete di supporto sociale forte, potrebbe essere meno incline a sviluppare gravi problemi di salute mentale. Al contrario, una persona che affronta sfide simili ma non ha queste risorse sarà più soggetta a esiti negativi per la salute mentale. Anche se un migrante si è adattato funzionalmente alla società di accoglienza, è comunque fondamentale per gli operatori sul campo **rimanere sensibili alle sue necessità, capacità e risorse e al modo in cui queste evolvono durante il processo migratorio**.

La sezione seguente descrive i processi psicosociali che i migranti e i rifugiati sono probabilmente destinati a sperimentare quando fuggono dalle loro terre d'origine. È divisa in due parti: la prima presenta una concettualizzazione generale che delinea le fasi che i migranti possono attraversare in termini di aspetti emotivi chiave e dinamiche familiari, mentre la seconda si concentra sulle particolarità dell'esperienza del rifugiato.

Fasi psicologiche generali della migrazione

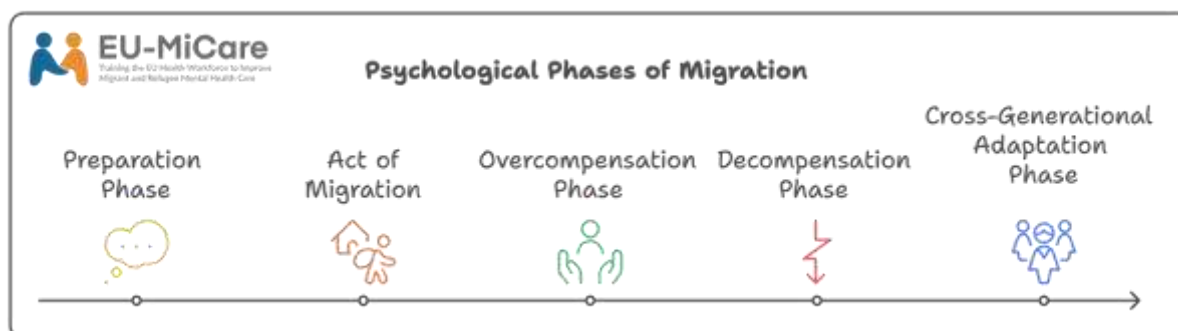
Il primo processo descritto in questa unità riguarda le esperienze psicologiche degli individui spinti a migrare. Facciamo riferimento a due autori chiave in questo ambito: il professor Carlos E. Sluzki [4], psichiatra argentino ed esperto in migrazione e terapia familiare, e il professor Wielant Machleidt [5], psichiatra tedesco noto per il suo lavoro in psichiatria transculturale e salute mentale legata alla migrazione.

Sluzki ha sviluppato un modello fondamentale che delinea le fasi psicologiche della migrazione, concentrandosi sull'**adattamento funzionale**. Nel contesto della migrazione, l'adattamento funzionale si riferisce **al processo con cui gli individui si adeguano e affrontano le sfide poste dal loro nuovo ambiente, in particolare per quanto riguarda il funzionamento psicologico e sociale**. Questo adattamento include **l'apprendimento di come orientarsi nelle norme sociali, nelle leggi e nelle pratiche culturali della società di accoglienza, pur mantenendo la capacità di affrontare i fattori di stress legati alla migrazione**. Un adattamento funzionale riuscito si caratterizza per la capacità della persona di integrarsi nel nuovo ambiente e preservare il proprio benessere mentale ed emotivo, spesso **sviluppando nuove strategie di coping e sistemi di supporto** [4].

Questo modello ha posto le basi per contributi successivi, come quelli di Machleidt [5], che ha enfatizzato gli **aspetti emotivi della migrazione**. Il modello propone che il processo psicologico della migrazione possa essere suddiviso in cinque fasi vissute da tutti i migranti (Figura 1.4.1), indipendentemente dal loro contesto culturale. Riconoscendo **la natura ciclica delle emozioni, gli effetti dell'esclusione sociale e l'importanza**

dell'**integrazione culturale**, professionisti e volontari possono interagire con le popolazioni migranti in modo più significativo, supportando il loro adattamento sostenibile nelle nuove abitazioni.

Figura 1.4.1. “Fasi psicologiche della migrazione”



Nota: grafica sviluppata dal team EU-MiCare dalla fonte Sluzki (2010) and Machleidt (2013)

[Sluzki, C.E. (2010). Psychologische Phasen der Migration und ihrer Auswirkungen. In T. Hegemann & R. Salman (Hrsg.), Handbuch Transkulturelle Psychiatrie (p. 108-123). Berlin: Psychiatrie Verlag; e, Machleidt, M. (2013). Migration, Kultur und psychische Gesundheit. Dem Fremden begegnen. (1st Ed). Stuttgart. W. Kohlhammer GmbH.]

Nella tabella seguente, vengono descritti in dettaglio ogni fase, integrando entrambi i modelli e specificando i principali aspetti emotivi e le dinamiche familiari che possono emergere [4,5].

Fasi psicologiche della migrazione		
Fase	Aspetti emotivi chiave	Dinamiche familiari
Fase di preparazione Il processo decisionale. Questa fase comprende la presa di decisioni, la pianificazione e l'anticipazione che precedono la migrazione.	- Paura - Incertezza - Euforia e speranza	- Discussioni sulla decisione di migrare - Conflitti dovuti alla separazione della famiglia o al fatto che la migrazione coinvolga l'intero nucleo familiare, una decisione che potrebbe non essere condivisa da tutti i membri della famiglia.
Atto di migrazione Il processo effettivo di trasferimento, che può essere breve o prolungato.	Stress e ansia dovuti all'incertezza riguardo al viaggio e all'arrivo, oltre all'impatto emotivo derivante dalla separazione.	Potrebbe verificarsi un “lutto dell’addio” [5], che comporta la perdita di ruoli familiari (ad esempio, il ruolo di caregiver all'interno della famiglia) e di ambienti conosciuti.

Fase di ipercompensazione Il periodo iniziale dopo l'arrivo è caratterizzato da una “fase della luna di miele” [5], durante la quale si tende a idealizzare la cultura del paese ospitante. Questa fase può durare da sei mesi fino a uno o due anni. L'obiettivo principale è orientarsi nel nuovo contesto e assicurarsi i mezzi di sussistenza nel paese ospitante.	• Alto ottimismo ed entusiasmo • Emozioni contrastanti: curiosità, paura, vergogna, tristezza e gioia • Elaborazione emotiva graduale attraverso interazioni con altre persone in situazioni simili • Massima capacità di gestione funzionale dello stress (ad esempio, la capacità di affrontare in modo sano le difficoltà della vita)	• I conflitti rimangono sullo sfondo • Le dinamiche e le norme familiari tipiche vengono enfatizzate; ad esempio, le famiglie unite possono mostrare una maggiore vicinanza emotiva tra i vari membri, mentre le famiglie già distanti possono evidenziare un maggiore distacco.
Fase di scompenso Due sottofasi principali: 1. Fase di adattamento critico (lotta per adattarsi al nuovo ambiente). 2. Fase del lutto (lutto emotivo per aver lasciato il paese d'origine).	• Disillusione accompagnata dall'idealizzazione della cultura di origine • Transizione graduale dall'euforia al lutto • Stress da acculturazione, ovvero la pressione psicologica legata all'adattamento a una nuova cultura, con un impatto potenzialmente significativo • Ansia e frustrazione, con un andamento ciclico delle emozioni rispetto alla fase precedente • Possibile insorgenza di problematiche di salute mentale e crisi	• Messa in discussione dell'identità, con strategie di coping precedenti che potrebbero risultare meno efficaci; perdita del ruolo precedentemente ricoperto nella società o in famiglia • Possibili conflitti culturali dovuti al fatto che bambini e adolescenti si adattano più rapidamente alla nuova cultura rispetto agli altri membri della famiglia • Cambiamenti nei ruoli e nelle strutture familiari a causa di nuove situazioni lavorative e scolastiche • Impatto sulle risorse già disponibili alla famiglia
Fase di adattamento intergenerazionale Integrazione dei valori tradizionali con le nuove norme culturali. Questa fase si allinea con la Fase di integrazione sostenibile (vedi Unità 1.1) descritta dall'IOM, durante la quale gli individui	• Cambiamenti interni, tra cui lo sviluppo della resilienza emotiva e strategie di coping per gestire lo stress • Raggiungimento di un livello di efficacia nel nuovo ambiente • Adattamento degli atteggiamenti verso la nuova cultura	• Potenziati conflitti tra generazioni (ad esempio, tra genitori migranti e i loro figli nati e/o cresciuti nel paese ospitante) riguardo a lingua, comportamenti o valori • Lo stile di vita delle generazioni successive diventa

iniziano a percepire il paese ospitante come il proprio.	• Modifiche alle abitudini culturali originarie • Sviluppo di competenze interculturali attraverso l'acquisizione di abilità necessarie per navigare e comunicare efficacemente nella nuova cultura • Senso di appartenenza a entrambi i contesti culturali, che contribuisce ad aumentare l'autostima e il benessere emotivo. Mancato raggiungimento di questo equilibrio può portare a sentimenti di alienazione da entrambe le culture • Ambivalenza emotiva, caratterizzata da una combinazione di orgoglio e risentimento, lealtà e distacco nei confronti della propria eredità culturale	progressivamente più simile a quello della società ospitante • Inversione dei ruoli, con i figli di migranti nati nel nuovo paese (migranti di seconda generazione) spesso incaricati di bilanciare le due culture distinte che li circondano, fungendo da “intermediari culturali” all'interno delle loro famiglie di origine e/o con nuovi immigrati o nuovi arrivati dal loro paese d'origine • Le generazioni più giovani possono essere spinte dalla speranza di una vita migliore, trovando motivazione per il successo accademico o professionale, ma sperimentando una pressione emotiva per soddisfare le aspettative familiari • Gradi variabili di identificazione con la cultura della famiglia d'origine nelle seconde, terze e quarte generazioni
Fase di identità bi- o multiculturale e inclusione <i>Questa fase si concentra su come individui e famiglie navigano e armonizzano due (o più) identità culturali. È più legata alla formazione dell'identità individuale che alle dinamiche familiari. In questa fase, le persone sviluppano un'identità coerente che integra e bilancia elementi di entrambe le culture.</i>	• Conflitto interiore e tensione emotiva tra le diverse identità culturali, con la sensazione di essere divisi tra la cultura d'origine e le norme della società ospitante • Confusione, ansia o senso di colpa, soprattutto quando gli aspetti culturali appaiono incompatibili • Graduale sviluppo di un senso di orgoglio, appartenenza e stabilità • Capacità di esprimere autenticamente aspetti di entrambe le culture senza timore di rifiuto	• Tensione tra i membri più anziani della famiglia (che possono mantenere più saldamente i valori tradizionali) e le generazioni più giovani (che tendono a adattarsi più rapidamente alla cultura del paese ospitante) • Equilibrio tra aspettative culturali diverse all'interno della famiglia, come rispettare i valori culturali tradizionali adattandosi al contempo alle nuove norme sociali

→ **VIDEO:** [Michael Rain: What it's like to be the child of immigrants | TED](#) 

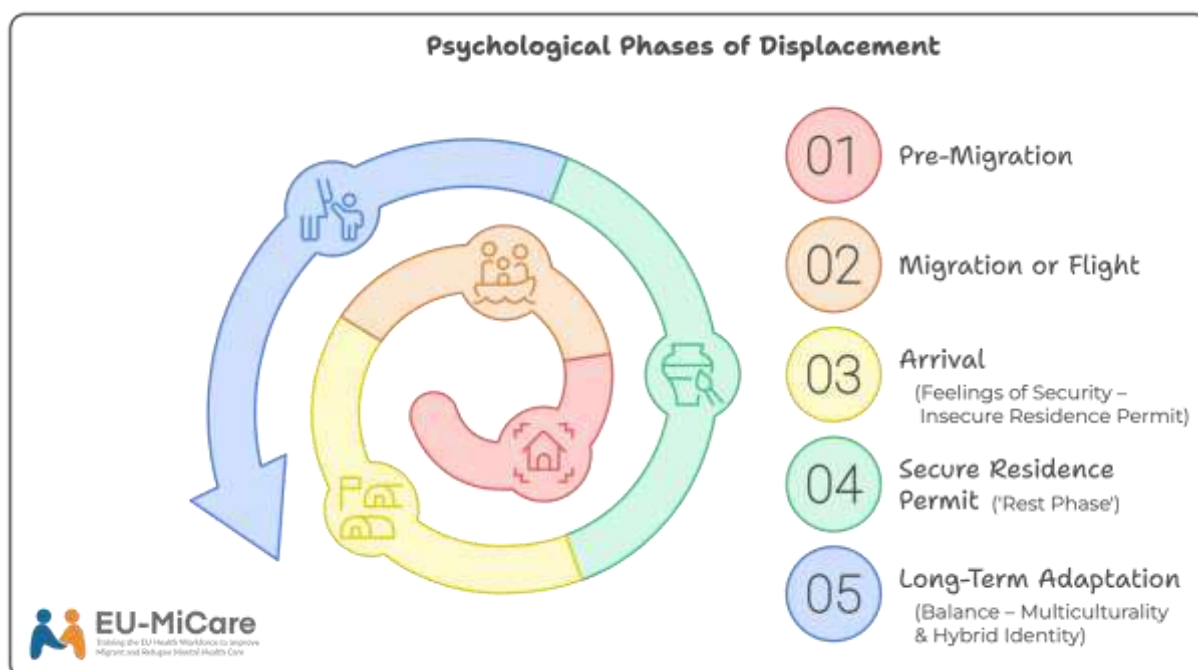
Fasi psicologiche dello spostamento (“displacement”)

Il percorso psicologico delle persone costrette a lasciare la propria casa a causa di conflitti, persecuzioni o disastri ambientali differisce notevolmente da quello di chi migra in circostanze meno drammatiche. Spesso, la fase critica di adattamento si sovrappone al processo di spostamento, intensificando le difficoltà legate alla salute mentale. Inoltre, i meccanismi di coping e le reti di supporto conosciute nel paese d’origine potrebbero non essere disponibili nel nuovo ambiente, portando a crisi di identità [6].

È fondamentale riflettere sulle peculiarità delle diverse fasi in questo contesto, poiché ciascuna rappresenta sfide e opportunità uniche e richiede forme di supporto differenti (tra cui assistenza psicologica, aiuti umanitari e risorse comunitarie). La seguente grafica (Figura 1.4.2) offre una panoramica sintetica delle fasi psicologiche dello spostamento.

Una revisione più approfondita è disponibile nel  **Repository** (vedi 1.4 – Scheda 1. “Fasi psicologiche dello spostamento, “displacement”), che evidenzia i principali processi emotivi di ogni fase [6,7]. La Figura 1.4.1-R nella stessa scheda, realizzata dallo psicologo ed esperto di traumi tedesco, il Dottor Jan Ilhan Kizilhan, offre una rappresentazione visiva dei processi coinvolti sia nella migrazione mista che nello spostamento, come discusso in

Figura 1.4.2. “Fasi psicologiche dello spostamento (displacement)”



Nota: grafica sviluppata dal team EU-MiCare dalla fonte Kizilhan (2012)

[Kizilhan, J.I. (2012). Kultursensible Psychotherapie. Berlin: VWB.]

© **Punto chiave:** *Processi interni ed esterni di dislocazione involontaria*

Il Professor Renos Papadopoulos propone un modello composto da **sei segmenti** e **quattro fasi** di ciò che definisce “dislocazione involontaria” [1], qui indicata anche come “displacement”. Come discusso nell’Unità 1.1, la dislocazione involontaria va intesa come un processo longitudinale, non come un singolo evento che si verifica in un dato momento. **Questo percorso si muove dalla dislocazione** (la sensazione iniziale che la propria casa non sembri più tale, seguita dalla partenza dalla casa) **alla rilocalizzazione** (la ricerca, scoperta e occupazione di una nuova casa) **e coinvolge sia dimensioni interne che esterne**. Distinguendo questi aspetti, possiamo comprendere meglio le sfumature delle seguenti sei fasi (o segmenti) di questo processo [1]:

1. **Dislocazione interna:** la sensazione iniziale di non sentirsi più “a casa” nel proprio spazio familiare, dove la casa non viene più percepita come sicura o sostenibile.

2. **Dislocazione esterna:** l'abbandono forzato della propria casa fisica o simbolica a causa della sua insicurezza, che può comportare la fuga da uno spazio geografico o l'essere separati da elementi culturali, spirituali o psicologici legati alla casa.
3. **Desiderio di una nuova casa:** la ricerca di un nuovo spazio che offra sicurezza e la possibilità di creare un senso di appartenenza sostenibile.
4. **Identificazione di una nuova casa:** la scoperta di un luogo che ha il potenziale per diventare una nuova e sicura dimora.
5. **Stabilizzarsi:** la lotta per stabilire una nuova casa e ricreare un senso di comfort e sicurezza in questo nuovo spazio.
6. **Dare un senso all'esperienza:** elaborare e comprendere i complessi livelli della dislocazione e i loro impatti emotivi, psicologici ed esistenziali.

A completare questi segmenti vi sono le quattro fasi descritte di seguito [1], proposte come un'alternativa ad altre classificazioni del processo migratorio e dei rifugiati, come quelle menzionate in precedenza.

1. **Anticipazione:** questa fase si concentra sul periodo che precede la partenza da casa. Gli individui sono consapevoli del pericolo imminente e devono prendere decisioni rapide e fondamentali, non solo per se stessi ma anche per i propri cari. Affrontano l'incertezza se restare o partire, sotto un'intensa pressione dovuta al tempo limitato e alle conseguenze di ogni scelta. Questa fase può essere suddivisa in due sottofasi: (1) quando la casa è ancora percepita come sicura, e (2) quando iniziano ad accettare la realtà del "distacco iniziale", ovvero il momento in cui si confrontano per la prima volta con il fatto che devono lasciare la loro casa e che la partenza è inevitabile.
2. **Eventi devastanti:** questa fase segna l'esplosione degli eventi temuti, inclusi quelli traumatici (come gravi minacce alla propria vita). Queste esperienze costituiscono una parte centrale della narrazione personale dell'individuo, influenzando la loro risposta emotiva e psicologica alla dislocazione. Questa fase è spesso indicata anche come "il trauma".
3. **Sopravvivenza:** in questa fase l'attenzione si sposta sulla sopravvivenza immediata; garantire un rifugio, cibo, acqua e sicurezza. Gli individui sperimentano una perdita di controllo poiché le decisioni riguardanti la loro quotidianità sono spesso prese da altri, lasciandoli in uno stato temporaneo in cui hanno poco o nessun potere decisionale. La sopravvivenza può includere

anche la ricerca di assistenza medica, il ricongiungimento con i familiari e la gestione di aiuti e supporti di emergenza.

4. **Adattamento:** man mano che gli individui si stabiliscono in sistemazioni a lungo termine, l'incertezza si riduce. Iniziano ad affrontare nuove sfide, come adattarsi a una cultura diversa, imparare una nuova lingua e gestire la vita quotidiana, immaginando al contempo un futuro nel nuovo ambiente. Tuttavia, le leggi sull'immigrazione possono influenzare questa prospettiva.

Ogni individuo vive questi processi in modo unico, influenzato dalle proprie circostanze specifiche. Il percorso dalla *dislocazione* alla *rilocalizzazione* può includere fasi di difficoltà, adattamento e riconciliazione con le perdite subite durante la dislocazione, insieme agli sforzi per ricostruire un senso coerente di sé all'interno di un nuovo contesto [1].

3. Lutto migratorio

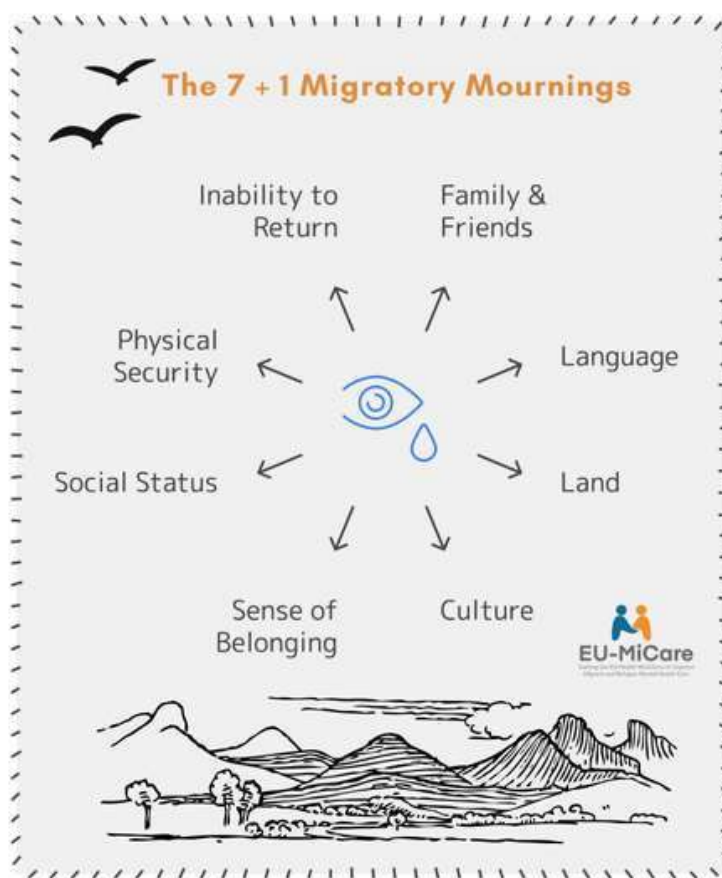
La Sindrome di Ulisse, conosciuta anche come “**lutto migratorio**” o “la sindrome dell’immigrato con stress cronico e multiplo”, è un concetto introdotto nel 2002 dallo psichiatra spagnolo, il Dottor Joseba Achotegui [8], per descrivere le sfide psicologiche ed emotive che i migranti affrontano durante il processo migratorio. Ispirato al viaggio mitico dell’eroe greco Odisseo (Ulisse), questo modello può aiutare gli operatori sul campo a identificare aree specifiche della vita dei migranti che necessitano di particolare attenzione al fine di promuovere la resilienza e prevenire gravi problematiche di salute mentale.

Analogamente a quanto descritto sopra, invece di patologizzare le risposte psicologiche alla migrazione, il modello serve come un quadro per identificare gli adattamenti psicologici che i migranti subiscono a causa di numerose perdite e sfide continue [9]. La grafica e la tabella seguenti presentano le sette aree di lutto della Sindrome di Ulisse, insieme a un’ulteriore area proposta dal Professor González Calvo, che ha contribuito ad ampliare la teoria di Achotegui identificando le caratteristiche chiave del lutto migratorio, come la sua natura parziale, ricorrente e multipla [10,11].

Ulteriori informazioni sull'applicazione pratica di questa teoria sono disponibili nel  **Repository** (vedi 1.4 – Scheda informativa 2. “Lutto Migratorio”).

→ **VIDEO:** [Ulysses Syndrome and Ways to Heal](#) 

Figura 1.4.3. “I 7 + 1 Lutti Migratori”



Nota: grafica sviluppata dal team EU-MiCare dalla fonte Achotegui (2024)

[Achotegui, J. (2024). Migratory grief, as partial, recurrent and multiple grief. *International Journal of Family & Community Medicine*, 8(2), 44–47.
<https://doi.org/10.15406/ijfcm.2024.08.00348>]

I 7 + 1 Lutti Migratori	
Famiglia e amici	Dolore emotivo derivante dal lasciare indietro la famiglia, gli amici e le reti sociali familiari.
Lingua	Frustrazione e isolamento derivanti dalla perdita della capacità di comunicare fluentemente in una nuova lingua.
Terra	Questo tipo di lutto comprende il concetto di “terra” in senso più ampio: i paesaggi, i colori, i profumi, la luminosità, il clima, ecc.
Cultura	Sfide nell’adattamento a una nuova cultura con norme, abitudini e valori differenti. Questo è legato al processo di acculturazione .
Senso di appartenenza	Perdita del nostro gruppo di appartenenza, dove siamo identificati e riconosciuti. Esperienze di pregiudizio, razzismo, xenofobia, marginalizzazione ed esclusione nel paese di accoglienza possono accentuare il disagio psicologico.
Status	Perdita di status sociale (ad esempio: accettare un lavoro mal retribuito). Le limitazioni dovute a una situazione abitativa precaria possono anche rappresentare una perdita di status (ad esempio: i rifugiati che affrontano limitazioni specifiche legate all’alloggio o alle opportunità professionali a causa del riconoscimento parziale della loro precedente formazione professionale).
Sicurezza fisica	L’ansia per il pericolo fisico durante il viaggio o nel paese di accoglienza. In molti casi, i rischi presenti non sono così elevati come quelli lasciati dietro.
Impossibilità di ritornare [10]	Per alcune persone, il desiderio e la sensazione di voler tornare spesso persistono e non vengono mai completamente abbandonati. Per alcuni migranti, se le condizioni economiche e amministrative lo permettono, potrebbe esserci la possibilità di tornare, anche se solo per fare visita ai propri cari. Per altri, tuttavia, questa opzione non sarà nemmeno contemplata a causa di conflitti, persecuzioni politiche, instabilità economica e altre problematiche.

Nell’ambito del progetto “La Sindrome di Ulisse e i Modi per Guarire”, Hui International, in collaborazione con il dottor Joseba Achotegui, ha sviluppato una serie di risorse multilingue (tra cui inglese, arabo, farsi, pashto e ucraino) **per sensibilizzare sui fattori di stress o sui lutti migratori, affrontati da migranti e rifugiati in tutto il mondo**. Una scheda informativa utile di quattro pagine è disponibile [qui](#). Questo documento, insieme ad altri materiali dello stesso progetto, è incluso nel  **Repository** (vedi [Modulo 1, Risorse utili](#)).

 Pausa di riflessione: *Impegnarsi in una riflessione personale*

Considera una persona che stai attualmente assistendo o con cui sei in contatto.

- Quale fase pensi che stia vivendo in questo momento? Riesci a identificare una fase che ha già superato?
- Utilizzando la teoria del Lutto Migratorio, combinata con le altre informazioni sopra indicate, quali aree potrebbero fungere da risorsa per questa persona nel suo nuovo ambiente? Dove stanno emergendo le difficoltà attuali e in quali ambiti potrebbe vivere un lutto più profondo?
- Quali interventi o segnalazioni puoi avviare nel tuo ambito lavorativo per sostenere la loro adattabilità funzionale e promuovere la loro salute mentale nel nuovo ambiente?

Adattato da [Ulysses Syndrome Project](#)

BIBLIOGRAFIA

- [1] Papadopoulos, R. K. (2021). *Involuntary Dislocation: Home, Trauma, Resilience and Adversity-Activated Development*. Routledge.
- [2] Horwitz, A. V. (2007). Distinguishing distress from disorder as psychological outcomes of stressful social arrangements. *Health* (London, England: 1997), 11(3), 273–289. <https://doi.org/10.1177/1363459307077541>
- [3] von Lersner, U., & Kizilhan, J. I. (2017). *Kultursensitive Psychotherapie*. Hogrefe Verlag.
- [4] Sluzki, C. E. (2010). Psychologische Phasen der Migration und ihrer Auswirkungen. In T. Hegemann & R. Salman (Eds.), *Handbuch Transkulturelle Psychiatrie* (pp. 108-123). Psychiatrie Verlag.
- [5] Machleidt, M. (2013). *Migration, Kultur und psychische Gesundheit. Dem Fremden begegnen* (1st ed.). W. Kohlhammer GmbH.
- [6] Kizilhan, J. I. (2012). *Kultursensible Psychotherapie*. VWB.
- [7] Kizilhan, J. I. (n.d.). Psychologische Phasen der Migration [Video]. MiMi Gewaltprävention. <https://mimi-gewaltpraevention-lernen.de/migration/> [Accessed September 18. 2024].
- [8] Achotegui, J. (2022). Immigrants living extreme migratory grief: The Ulysses syndrome. *International Journal of Family & Community Medicine*, 6, 303-305. <https://doi.org/10.15406/ijfcm.2022.06.00295>
- [9] Achotegui, J., Solanas, A., Fajardo, Y., Espinosa, M., Bonilla, I., & Espeso, D. (2017). Concordancia entre evaluadores en la detección de factores de riesgo en la salud mental de la inmigración: Escala Ulises. *Norte de Salud Mental*, 15(57), 13-23.
- [10] González Calvo, V. (2005). El duelo migratorio. *Trabajo Social*, núm. 7, 77-97.
- [11] Achotegui, J. (2024). Migratory grief, as partial, recurrent, and multiple grief. *International Journal of Family & Community Medicine*, 8(2), 44–47. <https://doi.org/10.15406/ijfcm.2024.08.00348>

Unità 1.5: Le condizioni di salute mentale più comuni tra migranti e rifugiati

Descrizione dell'unità

Questa unità formativa offre una panoramica sui risultati e le limitazioni della ricerca esistente sulle condizioni di salute mentale nel contesto della migrazione. Sottolinea inoltre l'importanza di fare una distinzione tra condizioni psichiatriche gravi e risposte normali alle avversità. Viene fornita una breve descrizione delle categorie diagnostiche comuni, accompagnata da considerazioni culturali. Si propone un cambiamento dall'approccio biomedico, tipico della psichiatria dominante, verso una comprensione olistica dei fattori sociali, contestuali e strutturali che influenzano il benessere psicosociale di migranti e rifugiati.

Sezioni dell'unità:

1. [Introduzione](#)
2. [Evidenze attualmente disponibili sui problemi di salute mentale in migranti e rifugiati](#)
3. [Considerazioni per gli interventi con migranti che affrontano condizioni di salute mentale](#)
4. [Categorie diagnostiche comuni](#)

1. Introduzione

Come visto nelle unità precedenti, l'OMS definisce la salute mentale come uno stato in cui gli individui realizzano il proprio potenziale, affrontano lo stress della vita, lavorano in modo produttivo e contribuiscono alla loro comunità [1]. **La migrazione può minacciare questo stato a causa dei motivi stressanti legati alla partenza da casa, delle difficili condizioni di viaggio e delle difficoltà incontrate nel nuovo ambiente.**

Questi fattori di stress possono portare a esiti psicologici negativi e, in particolare tra i rifugiati, a una *“risposta normale a circostanze anormali”* che include, tra gli altri fenomeni, il disorientamento nostalgico – un desiderio per il passato mentre ci si sente persi nel presente [2]. Tuttavia, **non tutti i migranti vivranno**

o risponderanno allo stress in modo negativo; per la maggior parte, la migrazione rappresenta anche un'opportunità per creare nuovi significati e ricostruire una nuova normalità.

Distinguere tra reazioni psicologiche normali e potenziali disturbi di salute mentale in individui che hanno vissuto esperienze migratorie stressanti è fondamentale. Le reazioni psicologiche normali allo stress legato alla migrazione potrebbero includere temporanei sentimenti di tristezza, ansia e difficoltà nel sonno. Queste reazioni sono generalmente **proporzionali ai fattori di stress e tendono a diminuire man mano che la persona si adatta al nuovo ambiente**.

Tuttavia, quando questi sintomi **persistono, si intensificano nel tempo o compromettono significativamente la capacità di funzionare**, potrebbero indicare la presenza di un disturbo di salute mentale [3-6]. I sintomi che potrebbero segnalare lo sviluppo di una patologia includono depressione prolungata, ansia grave, disturbi del sonno continui o pensieri intrusivi **che persistono nonostante altre forme di supporto psicosociale e non si alleviano con il tempo**. È quindi fondamentale che professionisti e volontari monitorino attentamente questi sintomi per distinguere tra risposte adattive derivanti dall'esposizione all'avversità e segnali di condizioni più gravi che richiedono un intervento specialistico.

2. Evidenze attualmente disponibili sui problemi di salute mentale in migranti e rifugiati

La ricerca nell'area della salute mentale e migrazione mostra risultati contrastanti, rendendo **difficile generalizzare le conclusioni**. Gli studi si concentrano generalmente su ansia, depressione, disturbo da stress post-traumatico (PTSD) e, in misura minore, disturbi psicotici. In particolare, per i rifugiati, l'*American Psychiatric Association* riporta una variazione significativa nella prevalenza dei disturbi di salute mentale [7]:

- dal 4% al 40% per l'ansia
- dal 5% al 44% per la depressione
- dal 9% al 36% per il disturbo da stress post-traumatico

Questa ampia variazione tra i diversi studi può essere attribuita al fatto che spesso questi **non considerano la relazione tra le condizioni di salute mentale e i diversi tipi di migrazione, i fattori socio-economici, la cultura e il contesto**. Le variazioni derivano anche da problemi legati alla dimensione e alla selezione del campione, all'affidabilità e all'adattamento culturale degli strumenti, alla mancanza di studi longitudinali e alla dipendenza eccessiva dai report auto-riferiti [8]. È importante sottolineare che le statistiche allarmistiche sulla malattia mentale tra le popolazioni migranti **non sono sempre supportate da revisioni sistematiche**. La prevalenza dei disturbi mentali **varia significativamente** tra persone di diversi contesti culturali e sarà influenzata da una serie di fattori personali, sociali e culturali [8,9]; in altre parole, **la migrazione può essere un processo stressante, ma non ogni migrante risponderà allo stress allo stesso modo**.

© **Punto chiave:** *Un'analisi dalla ricerca sulla salute mentale di migranti e rifugiati*

Una revisione di studi europea **non ha rilevato differenze sostanziali nei disturbi mentali tra le popolazioni migranti e non migranti** [10]. Solo il disturbo da stress post-traumatico (PTSD) era più prevalente tra i rifugiati rispetto ai non rifugiati. Tuttavia, non è il disturbo più comune – la depressione lo è, colpendo solo una piccola percentuale di persone, simile alla popolazione generale.

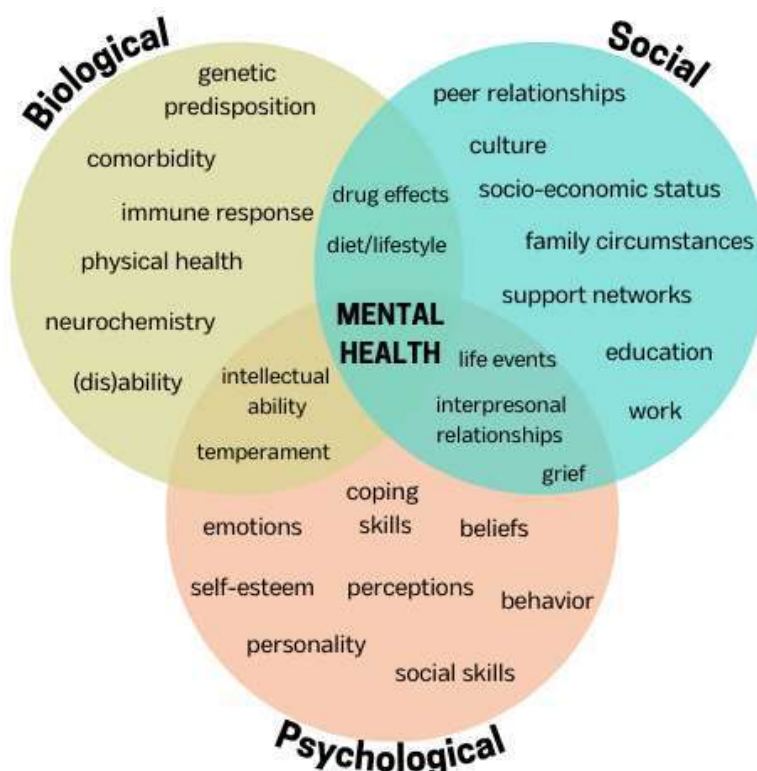
Infatti, gli studi indicano che i problemi di salute mentale dei migranti sono spesso legati al loro processo di integrazione e ai fattori sociali con cui si confrontano nel paese di accoglienza [11,12]. Esperienze di violenza, sfruttamento e detenzione aumentano la vulnerabilità ai disturbi mentali [11-13], con i sopravvissuti alla tratta di esseri umani più inclini a sviluppare PTSD [14].

3. Considerazioni per gli interventi con migranti che affrontano condizioni di salute mentale

Queste considerazioni evidenziano la necessità per i fornitori di servizi di rispondere alle persone con cui lavorano in modo da riflettere **la complessità, la totalità e l'unicità della loro esperienza**. Ciò implica **comprendere i loro sintomi all'interno dei contesti sociali e culturali in cui vivono, andando oltre gli approcci diagnostici tradizionali**.

I professionisti – in particolare quelli della salute e della salute mentale che, secondo le normative nazionali, sono incaricati di fornire trattamenti tramite interventi specializzati come la farmacoterapia e la psicoterapia – dovrebbero adottare un approccio multidimensionale, come il **modello biopsicosociale** [14]. Come nel caso della teoria dei sistemi socio-ecologici discussa nell'Unità 1.3, questo modello considera i problemi di salute mentale come il risultato di vari fattori interconnessi (biologici, psicologici e sociali). Questo approccio riconosce che **le sfide legate alla salute mentale derivano da molteplici aspetti della vita di una persona e influenzano il suo benessere complessivo**.

Figura 1.5.1. “Il modello biopsicosociale nella salute mentale”



Nota: grafica sviluppata dal team EU-MiCare dall'Engel's influential biopsychosocial model proposal [Engel G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science (New York, N.Y.), 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>]

Le versioni più recenti dei due principali manuali utilizzati nella maggior parte dei paesi europei per la valutazione dei disturbi mentali, l'**ICD-11** dell'Organizzazione Mondiale della Sanità [3] e il **DSM-5** dell'American Psychiatric Association [4], sono stati progettati con maggiore sensibilità culturale al fine di migliorare la diagnosi e la cura tra le popolazioni diverse.

Come rispondiamo quindi alle diverse esigenze delle persone che incontriamo nella pratica quotidiana del nostro lavoro? L'OMS ha prodotto una [nota esplicativa](#) sul supporto alla salute mentale e al benessere psicosociale di rifugiati, richiedenti asilo e migranti in Europa. Essa descrive le sfide che affrontano e le varie risposte di salute mentale che possono sperimentare, le quali possono cambiare nel tempo [15]. Questo documento è incluso nel  **Repository** (vedi [Modulo 1, Risorse Utili](#)). **Informazioni dettagliate sulle competenze per riconoscere e valutare i bisogni di salute mentale dei migranti saranno fornite nel [Modulo 2](#).**

4. Categorie diagnostiche comuni

Secondo l'OMS, “un **disturbo mentale** è caratterizzato da **un’alterazione clinicamente significativo nelle capacità cognitive, nella regolazione emotiva o nel comportamento di un individuo**. Di solito, è associato a disagio o a compromissione in aree funzionali importanti. I disturbi mentali possono anche essere definiti come condizioni di salute mentale. Quest’ultimo è un termine più ampio che include i disturbi mentali, le disabilità psicosociali e (altri) stati mentali associati a disagio significativo, compromissione nel funzionamento o rischio di autolesionismo” [5].

Nella sezione seguente descriviamo la presentazione comune di alcune categorie diagnostiche o “disturbi” spesso attribuiti a migranti e rifugiati, insieme a una serie di considerazioni culturali basate sulle raccomandazioni fornite dall'OMS [3,5,15,16]. Una revisione più approfondita del legame tra cultura e salute mentale sarà fornita nel [Modulo 2, Unità 2.1: Comprendere l'influenza della cultura sulla salute mentale](#).

La sezione sottostante è destinata a migliorare le competenze di tutti i professionisti e volontari che lavorano con queste popolazioni. Tuttavia, **non si tratta di una guida esaustiva e non dovrebbe essere**

utilizzata per scopi diagnostici, che devono essere sempre effettuati da professionisti medici qualificati. Le condizioni che non saranno trattate in questa sezione comprendono l'uso di sostanze dannose, le lesioni cerebrali traumatiche e i disturbi neuroevolutivi, come la demenza e le disabilità intellettive.

Un fattore critico da considerare quando si lavora con etichette diagnostiche è che **queste non riusciranno mai a catturare completamente l'esperienza delle persone a cui si riferiscono** [17].

I bisogni di salute mentale dei migranti sono complessi e multifattoriali; non considerarli come tali può portare a diagnosi errate (cioè identificazioni scorrette di una condizione psicologica; queste comprendono sia la sovradiagnosi, quando una condizione viene erroneamente identificata pur non essendo presente, sia la sottodiagnosi, quando una condizione esistente viene ignorata).

Le diagnosi errate tra migranti e rifugiati hanno gravi implicazioni. La sovradiagnosi **può causare stigma psichiatrico e distogliere l'attenzione da questioni come la discriminazione istituzionale e l'oppressione sistemica**, che sono alla base delle disuguaglianze nella salute mentale [18]. La sottodiagnosi può portare a **trattamenti inefficaci, ritardi nelle cure e a costi medici più elevati** [19].

- **Depressione**

Secondo l'ICD-11 [3], *“i disturbi depressivi sono caratterizzati da **umore depresso** (ad esempio, triste, irritabile, vuoto) o **perdita di piacere**, accompagnati da altri sintomi cognitivi, comportamentali o neurovegetativi che influiscono significativamente sulla capacità dell'individuo di funzionare”*. Come per tutte le altre condizioni di salute mentale, il trattamento per i disturbi depressivi dovrebbe essere preso in considerazione solo se la persona presenta sintomi persistenti per diverse settimane e, di conseguenza, ha difficoltà considerevoli nell'eseguire le attività quotidiane [5].

I sintomi della depressione possono includere difficoltà nella concentrazione, nell'energia, nella memoria, nel pensiero, nell'organizzazione e nell'inizio dei compiti; disperazione per il futuro; e pensieri o atti suicidi [5]. La depressione può essere meno riconoscibile nei migranti e nei rifugiati a causa delle **differenze culturali nell'esprimere il disagio**.

- **Disturbi d'ansia e correlati alla paura**

Secondo l'ICD-11 [3], “i disturbi legati all'ansia e alla paura sono caratterizzati da una **paura e ansia eccessive**, e da disturbi comportamentali correlati, con **sintomi abbastanza gravi da provocare un disagio significativo o un compromesso nel funzionamento**. La paura e l'ansia sono fenomeni strettamente correlati: la paura rappresenta una reazione a una minaccia imminente percepita nel presente, mentre l'ansia è più orientata al futuro, riferendosi a una minaccia anticipata percepita”.

Per la diagnosi specifica di disturbo d'ansia generalizzata, è necessario che siano presenti sintomi marcati di ansia, manifestati da uno stato d'animo inquieto (chiamato anche “preoccupazione” o “ansia libera”) e da una preoccupazione eccessiva per eventi negativi che riguardano vari aspetti della vita quotidiana. Anche quando l'ansia è grave, la diagnosi può risultare complicata.

L'ansia e la preoccupazione sono risposte normali allo stress; a livelli sani, possono essere utili nella risoluzione dei problemi. Per la maggior parte dei migranti e rifugiati, ansia e preoccupazione sono **gestibili e non interferiscono con la vita quotidiana**. Le persone in situazioni di stress estremo (come quelle che vivono in condizioni abitative precarie) possono sperimentare un'ansia e una preoccupazione intense, che sono appropriate alla loro situazione. Le **preoccupazioni realistiche** (come le barriere linguistiche, la paura della deportazione **e la separazione dalla famiglia**) potrebbero essere giudicate come eccessive senza un adeguato contesto. Tuttavia, queste non dovrebbero essere considerate segni di disturbo d'ansia generalizzata se si verificano solo in tali circostanze [3,16]. Nel disturbo d'ansia generalizzata, ansia e preoccupazione sono eccessive, persistenti e intense, con un impatto negativo sul funzionamento.

Inoltre, le caratteristiche culturali possono influenzare il modo in cui l'ansia si manifesta. Alcuni gruppi possono presentare **più sintomi fisici che preoccupazione**, come vertigini o sensazione di calore alla testa. I migranti e i rifugiati potrebbero vivere l'ansia in modi che vanno oltre le descrizioni dei disturbi d'ansia generalizzata e da attacchi di panico, comprendendo **sindromi specifiche** di alcune culture, come gli “ataques de nervios” nelle comunità latine, caratterizzati da intenso disagio emotivo e sintomi fisici [21].

- **Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD)**

Secondo l'ICD-11 [3], **“il disturbo da stress post-traumatico (PTSD) può svilupparsi dopo l'esposizione a un evento o una serie di eventi estremamente minacciosi o spaventosi”**. Quando un insieme specifico e caratteristico di sintomi (rievocazione, evitamento e sensazione di minaccia attuale amplificata) persiste per più di un mese dopo un evento potenzialmente traumatico, la persona potrebbe aver sviluppato il PTSD [5].

Il PTSD è generalmente caratterizzato da diversi gruppi di sintomi: sintomi intrusivi (ad esempio: ricordi o sogni stressanti ricorrenti legati all'esperienza traumatica), sintomi di evitamento (ad esempio: evitare i promemoria esterni dell'evento), alterazioni negative nelle cognizioni e nell'umore, e cambiamenti nell'eccitazione e nella reattività.

I sintomi del PTSD possono variare notevolmente tra persone di contesti culturali diversi [3]. In alcuni gruppi, **la rabbia potrebbe essere il modo più prominente e culturalmente appropriato per esprimere il disagio**, mentre in altri, **gli incubi potrebbero avere significati culturali rilevanti**. Sintomi come mal di testa, vertigini e disturbi gastrointestinali potrebbero essere comuni in alcune culture, ma non tipicamente inclusi nelle descrizioni standard del PTSD, portando a potenziali diagnosi errate. Le differenze culturali influenzano anche **come il PTSD si sviluppa e come l'avversità viene percepita**. Ad esempio, in alcune culture, **le avversità che colpiscono i membri della famiglia sono considerate più gravi di quelle che una persona ha subito personalmente, o le persone potrebbero essere particolarmente turbate dall'incapacità di eseguire i rituali funebri**. Infine, alcuni sintomi, come i pensieri intrusivi, potrebbero essere considerati normali in determinati contesti.

Va notato che molte persone che sono sopravvissute a eventi estremamente minacciosi o spaventosi potrebbero sviluppare un disturbo da adattamento piuttosto che il PTSD. Il disturbo da adattamento può derivare da qualsiasi tipo di stress, non solo da eventi gravi, e **può peggiorare in assenza di supporto familiare o comunitario**, specialmente per gli individui provenienti da culture collettiviste, come spesso accade con migranti e rifugiati [3]. Tuttavia, esiste il rischio di etichettare come malattia risposte adattive

e culturalmente normali, soprattutto quando il professionista non è familiare con la cultura della persona [16].

Per i rifugiati e i richiedenti asilo che affrontano una lunga incertezza e ansia, può essere difficile giudicare ciò che è veramente “maladattivo”. Simile al PTSD, la diagnosi del disturbo da adattamento richiede l’identificazione di uno specifico fattore di stress o di più fattori di stress, implicando una causa chiara. Questo approccio non è adatto a chi ha affrontato **molteplici avversità a lungo termine che influenzano vari aspetti della loro vita e delle loro relazioni, specialmente quando l’avversità è continua** [22].

- **Disturbi dello spettro psicotico**

Secondo l’ICD-11 [3], i disturbi dello spettro psicotico sono “un gruppo di disturbi caratterizzati da gravi compromissioni nel testare la realtà e alterazioni del comportamento, come manifestato da sintomi quali deliri, allucinazioni, disorganizzazione del pensiero (tipicamente manifestata come linguaggio disorganizzato) e comportamento disorganizzato”. **I soggetti con psicosi possono credere o percepire cose che non sono reali. Le loro credenze ed esperienze sono generalmente viste come anormali dalle loro comunità.** Le persone con psicosi spesso non si rendono conto di avere una condizione di salute mentale e sono frequentemente incapaci di funzionare normalmente in molte aree della loro vita [5].

Le credenze e le espressioni di disagio variano tra le culture; pertanto, ciò che può sembrare strano o “psicotico” in una cultura potrebbe essere normale in un’altra [19]. Ad esempio, le credenze nella stregoneria o nelle forze sovrannaturali o le paure legate ai tabù culturali sono comuni in molte culture [3]. Le normali manifestazioni conseguenti a un lutto potrebbero manifestarsi in modi che somigliano a sintomi psicotici, come vedere spiriti, fenomeno che si verifica frequentemente tra le comunità ispaniche/latinoamericane e del sud della Cina. I malintesi tra gli individui e i fornitori di servizi provenienti da culture diverse possono complicare la diagnosi, quindi **il coinvolgimento della famiglia o della comunità può essere utile.**

Le minoranze etniche e i migranti vengono spesso diagnosticati con disturbi psicotici, cosa che potrebbe derivare da una diagnosi errata dello stress legato alla migrazione e alla discriminazione [3]. È importante

prestare attenzione quando si effettua una diagnosi tramite interpreti o in una seconda lingua per evitare di interpretare erroneamente le espressioni culturali come psicosi. La vulnerabilità ai disturbi psicotici nei migranti può essere innescata **dall'esperienza di dislocazione, dallo stress cronico, dall'isolamento sociale e dal disorientamento culturale**. Altri fattori includono **una storia di malattie mentali, un accesso inadeguato all'assistenza sanitaria e l'uso di sostanze come meccanismo di coping contro lo stress** [22].

BIBLIOGRAFIA

- [1] World Health Organization (2004). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice (Summary Report)*. Geneva: World Health Organization.
- [2] Papadopoulos, R. K. (2002b). Refugees, home and trauma. In R. K. Papadopoulos (Ed.), *Therapeutic care for refugees: No place like home* (pp. 9–39). London: Karnac.
- [3] World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (11th ed.). <https://icd.who.int/>
- [4] American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- [5] World Health Organization (2022). *Mental disorders – key facts*. Retrieved April 30, 2024, from WHO's website.
- [6] World Health Organization and United Nations High Commissioner for Refugees (2015). *mhGAP Humanitarian Intervention Guide (mhGAP-HIG): Clinical management of mental, neurological and substance use conditions in humanitarian emergencies*. Geneva: WHO.
- [7] American Psychiatric Association (2020). *Mental health facts on refugees, asylum-seekers, & survivors of forced displacement*. Retrieved June 5, 2024, from the APA website.
- [8] Schininá, G. (2021). Migration governance and mental health. In D. Bhugra, O. Ayonrinde, E. J. Tolentino, K. Valsraj, & A. Ventriglio (Eds.), *Oxford Textbook of Migrant Psychiatry* (pp. 243–250). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780198833741.003.0027>
- [9] Schininá, G., & Zanghellini, T. E. (2018). Internal and International Migration and its Impact on the Mental Health of Migrants. In *Mental Health and Illness in Migration* (pp. 1–19). Springer Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-10-0750-7_3-1
- [10] Priebe, S., Giacco, D., & El-Nagib, R. (2016). *Public health aspects of mental health among migrants and refugees: a review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers and irregular migrants in the WHO European Region*. Geneva: WHO.
- [11] Hynie, M. (2018). The Social Determinants of Refugee Mental Health in the Post-Migration Context: A Critical Review. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 63(5), 297–303. <https://doi.org/10.1177/0706743717746666>
- [12] Porter, M., & Haslam, N. (2005). Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: A meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 294(5), 602–612. <https://doi.org/10.1001/jama.294.5.602>
- [13] Ottisova, L., Hemmings, S., Howard, L. M., Zimmerman, C., & Oram, S. (2016). Prevalence and risk of violence and the mental, physical and sexual health problems associated with human trafficking: an updated systematic review. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 25(4), 317–341. <https://doi.org/10.1017/S2045796016000135a>
- [14] Engel G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>

- [15] World Health Organization (2015). *Mental Health and Psychosocial Support for Refugees, Asylum Seekers and Migrants on the Move in Europe*. Geneva: WHO.
- [16] World Health Organization (2024). *Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders*. Geneva: WHO.
- [17] Kirmayer L. J. (2001). Cultural variations in the clinical presentation of depression and anxiety: implications for diagnosis and treatment. *The Journal of clinical psychiatry*, 62 Suppl 13, 22–30.
- [18] Metzl, J. M., & Hansen, H. (2018). Structural competency and psychiatry. *JAMA psychiatry*, 75(2), 115–116. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.3891>
- [19] Schoretsanitis, G., Bhugra, D., & Exadaktylos, A. (2021). Psychiatric emergencies in asylum seekers. In D. Bhugra, O. Ayonrinde, E. J. Tolentino, Jr., K. Valsraj, & A. Ventriglio (Eds.), *Oxford textbook of migrant psychiatry* (pp. 533–542). Oxford University Press.
- [20] Kirmayer, L. J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A. G., Guzder, J., Hassan, G., Rousseau, C., & Pottie, K. (2011). Common mental health problems in migrants and refugees: General approach in primary care. *Canadian Medical Association journal*, 183(12), E959–E967. <https://doi.org/10.1503/cmaj.090292>
- [21] Liebowitz, M. R., Salmán, E., Jusino, C. M., Garfinkel, R., Street, L., Cárdenas, D. L., Silvestre, J., Fyer, A. J., Carrasco, J. L., & Davies, S. (1994). Ataque de nervios and panic disorder. *The American journal of psychiatry*, 151(6), 871–875. <https://doi.org/10.1176/ajp.151.6.871>
- [19] Sen, P., Summers, A., & Maloney, C. (2022). Common diagnoses. In C. Maloney, J. Nelki, & A. Summers (Eds.), *Seeking asylum and mental health: A practical guide for professionals* (pp. 150–165). Cambridge: Cambridge University Press.
- [22] Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R. A., & van Ommeren, M. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 302(5), 537–549. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1132>



Co-funded by
the European Union



Funded by the European Union.

Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

This work is licensed under a

[Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) (CC-BY-NC 4.0).

Repository

Module 1. Foundations of Psychosocial Care in Migration Contexts

The information provided hereafter is supplementary and not part of the core material of this Module.

However, learners seeking a more thorough understanding of the subject matter are strongly advised to review this document in addition to the main curriculum.

Unit: 1.2 Social Determinants of Mental Health

Figure 1.2.1-R. “Social Determinants and Social Needs: Moving Beyond Midstream”

So how do we look ‘upstream’, to the so-called *causes-of-the-causes* of poor health? This useful graphic below illustrates some examples of interventions at all three levels. It can serve as a guide for professionals to see what their personal and collective impact can be at every level.



Note: Graphic sourced from the de Beaumont Foundation and Trust for America's Health, January 2019, "[Health Affairs: Meeting Individual Social Needs Falls Short Of Addressing Social Determinants Of Health](#)"

Handout 1: “Social Determinants of Mental Health in Detail”

As health and mental health professionals, social workers, cultural mediators, and volunteers working with migrants and refugees, understanding the numerous factors influencing people’s mental health and psychosocial well-being is essential for providing effective and targeted support and advocating for policy changes that address the root causes of health disparities.

A more comprehensive review of studies on how different social determinants impact the mental health of migrants and refugees is provided below.

- **Housing, basic amenities, and the environment**

Poor housing conditions are associated with adverse health outcomes. Research reveals that migrants and refugees face a multitude of mental health challenges due to a combination of insufficient support, inadequate housing, and structural discrimination. Studies have demonstrated that migrants and refugees experiencing housing insecurity had a difficulty accessing mental health support services. Lack of housing also hindered people’s capacity to improve language proficiency or participate in ESOL (English for Speakers of Other Languages) classes, consequently affecting their prospects for long-term integration [1]. Additionally, **prolonged stays in refugee camps and the associated daily stressors** (lack of freedom of movement, concerns regarding safety, substandard living conditions) **have been linked to poor mental health outcomes** [2,3]. Improving housing quality – by integrating adequate ventilation, moisture control, heating-cooling systems, and insulation to combat issues like dampness, mold, indoor air pollution, and extreme temperatures – can decrease the likelihood of respiratory diseases, cardiovascular issues, cancer, and mental health conditions [4].

- **Income and social protection**

Income and social security have been found to be **among the most important determinants of mental health**. Regardless of their original socio-economic background, refugees are often forced to leave behind their material possessions, livelihoods, savings, and professional credentials when fleeing their homelands. While some manage to retain resources, many arrive in a state of relative poverty, which can persist for years. Studies comparing refugee mental health to that of resident populations consistently show an association between refugees’ economic opportunities in the host country (including the right to work, access to employment, and socio-economic status) and their mental well-being. Studies have shown **that refugees who were unemployed, had infrequent contact with social support networks, perceived their job as of a lower level than their skills and qualifications, and found money management difficult**, were significantly **more likely to have poorer mental health outcomes than others** [5-7].

- **Education**

Education serves as a critical social determinant for the mental health for migrant and refugee populations by providing **a sense of stability, fostering social connections, enhancing self-esteem, improving economic prospects, and reducing stigma**. In a mixed-method study from Germany that combined interviews with gatekeepers (teachers and school psychologists) and longitudinal surveys with refugee adolescents, school and social activities were found to be major stabilizers and sources of support for refugee mental health [8]. An additional critical finding was that schools that were predominantly attended by migrant and low-income children were understaffed to meet the complex developmental and educational needs of a multicultural and socially disadvantaged student body, which in turn led to significant barriers to accessing mental health services, including delayed or nonexistent help-seeking on behalf of the students. On the contrary, **the more positively refugee adolescents viewed their school environment, the fewer barriers they anticipated in accessing mental health services**.

- **Employment**

A growing number of research suggests that **situational factors contributing to unemployment and underemployment are linked to adverse mental health outcomes**, including depression, high levels of stress, and anxiety [9]. **Unemployment disrupts established routines and time structures**, which can have negative effects on psychological well-being. Employment not only provides a sense of structure but also fosters shared experiences, expanding social connections beyond familial relationships. Migrants and refugees experiencing underemployment or unemployment often feel **marginalized and frustrated**, which can exacerbate mental distress.

Unlike voluntary migrants who often have more agency in their migration decisions, refugees encounter greater obstacles in securing suitable employment due to factors beyond their control (e.g., labor market restrictions during the asylum-seeking process). This includes arriving in a new country with limited proficiency in the official language. Additionally, refugees may encounter difficulties in having their qualifications recognized. While credential recognition is a common challenge for migrants, studies suggest that refugees may face even greater hurdles, often finding themselves overqualified for the jobs they manage to secure [10]. This **mismatch between qualifications and employment status** has been associated with lower self-reported mental health, as it impacts **people's sense of self-worth** in profound ways.

- **Language skills and interpretation**

The ability to speak the official language of the host country – or access proper interpretation – both emerge as critical factors influencing mental health outcomes. Being able to speak, read, and write in the local language is vital for effective communication with healthcare providers and integration into social settings. For migrants and refugees, language consistently poses **a barrier to accessing health and social care services, impeding**

access to preventative treatment and screening, and leading to fragmented care and delayed linkage to appropriate services [11]. The absence of qualified, professional interpreters also emerges as a frequent issue in health settings; interpreters often have undefined roles, which can result in the delivery of unclear information and compromise the quality of care [12]. Addressing these barriers is crucial for providing culturally responsive and people-centered services, and for empowering people to be active agents in the decisions that concern their health and well-being.

- **Legal status and the asylum-seeking process**

Within the legal system, asylum seekers are those who have submitted their application for being recognized as refugees but have not yet been granted refugee status. As a result, they do not have the same legal rights as those who are legally recognized as refugees. Apart from the pre-migration stress and the difficulties they are faced with in the host country, they also have to deal with issues related to the asylum-seeking process. For instance, they may face an **insecure residency status** and have to **wait for an indefinite amount of time** to receive the outcome of their application [13]. This indefinite waiting period can be **extremely stressful**, and its length has been associated with **increased risk of poor mental health outcomes** [14]. Asylum interviews are also perceived as stressful by asylum seekers and have a negative impact on their mental well-being [15].

- **Access to affordable health services of decent quality**

Migrants and refugees often face numerous barriers in accessing health services, ranging from **discriminatory behavior by healthcare professionals, unaffordable fees, low health literacy, and lack of culturally sensitive care** [16,17]. They may also find it difficult to gain access to healthcare professionals who are culturally and linguistically appropriate and sensitive to their needs. With health systems becoming increasingly digitized, it is also common for migrants and refugees to become ‘digitally excluded’ and thereby unable to access information and help related to their health [18].

- **Culture, spirituality, and religious background**

The experience of involuntary dislocation is a highly stressful event in a person’s life that disrupts their social network and sense of belongingness. During the post-migration stage, migrants and refugees may encounter **cultural and religious differences in the host community**, making it difficult for them to adapt to their new settings. When people struggle to adapt to the culture of the host community, their mental health and psychosocial well-being can be compromised. This may often show up as diminished mood and anxiety, as well as a difficulty to socially engage [19].

Being religious or spiritual can have a healing effect on people on the move by allowing them to retain **a sense of connection** with their social and cultural practices. **The ability to practice one’s religion is connected to positive mental health and well-being** and equips people with the skills needed to cope with the stress that often surrounds displacement [20,21]. Religion also offers migrants and refugees a like-minded community that

they can practice or connect with, which increases their access to emotional and social support, and protects against mental illness [22].

- **Social inclusion and social isolation**

Social isolation is a public health concern and has been shown to disproportionately affect migrants and refugees. Studies on the relationship between migration and loneliness generally show that **migrants and refugees of all ages report higher levels of loneliness** compared to the local population [23]. Migrants and refugees are at greater risk of experiencing social isolation in a host community due to lack of access to their previous social networks and challenges in understanding how the new social context operates. In turn, feelings of loneliness may be mediated by factors such as education, satisfaction with social relationships, and the feeling of belonging or fitting into one's environment [24]. Social inclusion for migrants and refugees can take many forms, ranging from participating in community festivities and events, to taking language classes, having access to health services and education opportunities, etc. **Having a larger local network**, which includes more of their own relatives and friends, **along with more frequent interactions with local friends, helps reduce feelings of loneliness and isolation** [25].

- **Prejudice, racism, and discrimination**

Migrants and refugees are at increased risk of experiencing prejudice, racism, and structural discrimination. This can be at any stage of the migration cycle. Many individuals and communities are forced to flee their home country on account of racism and discrimination, such as the Rohingya people. Once they manage to flee and seek asylum in another country, they may also encounter harsh and restrictive national policies, which criminalize them and view them as a 'threat' to the national security. This may take the form of denying or creating unnecessary hurdles in attaining refugee status, which may in turn affect their psychosocial well-being [26]. When they are granted refugee status, discrimination and racism in the resettlement country may prevent them from successfully integrating [27]. Although significant knowledge gaps exist regarding the impact of discrimination on mental health, a meta-analysis found consistent links between the two [28]. Additionally, another study demonstrated that **discrimination results in more limited access to social support** for migrants and refugees, which in turn makes them more physically and mentally vulnerable [29].

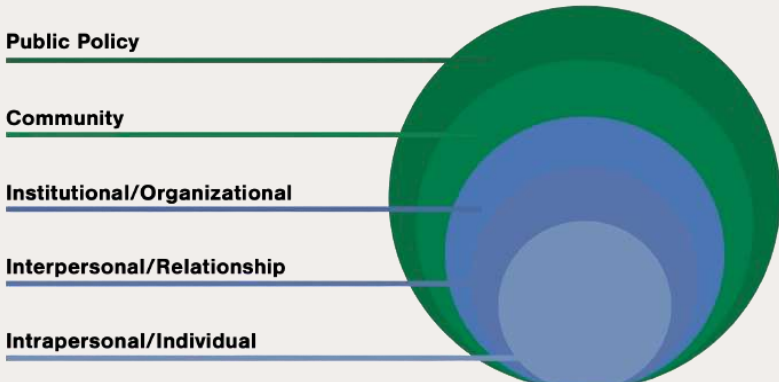
REFERENCES

- [1] Allsopp, J., Sigona, N., & Phillimore, J. (2014). *Poverty among refugees and asylum seekers in the UK: An evidence and policy review*. Birmingham: University of Birmingham, Institute for Research into Superdiversity.
- [2] van de Wiel, W., Castillo-Laborde, C., Francisco Urzúa, I., Fish, M., & Scholte, W. F. (2021). Mental health consequences of long-term stays in refugee camps: preliminary evidence from Moria. *BMC public health*, 21(1), 1290. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11301-x>
- [3] Riley, A., Varner, A., Ventevogel, P., Taimur Hasan, M. M., & Welton-Mitchell, C. (2017). Daily stressors, trauma exposure, and mental health among stateless Rohingya refugees in Bangladesh. *Transcultural psychiatry*, 54(3), 304–331. <https://doi.org/10.1177/1363461517705571>
- [4] The Lancet. (2024). Housing: an overlooked social determinant of health. In *The Lancet* (Vol. 403, Issue 10438, p. 1723). Elsevier BV. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(24\)00914-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(24)00914-0)
- [5] Chen, C., Smith, P., & Mustard, C. (2010). The prevalence of over-qualification and its association with health status among occupationally active new immigrants to Canada. *Ethnicity & health*, 15(6), 601–619. <https://doi.org/10.1080/13557858.2010.502591>
- [6] Bakker, L., Dagevos, J., & Engbersen, G. (2013). The Importance of Resources and Security in the Socio-Economic Integration of Refugees. A Study on the Impact of Length of Stay in Asylum Accommodation and Residence Status on Socio-Economic Integration for the Four Largest Refugee Groups in the Netherlands. In *Journal of International Migration and Integration* (Vol. 15, Issue 3, pp. 431–448). Springer Science and Business Media LLC. <https://doi.org/10.1007/s12134-013-0296-2>
- [7] Porter, M., & Haslam, N. (2005). Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis. *JAMA*, 294(5), 602–612. <https://doi.org/10.1001/jama.294.5.602>
- [8] Podar, M.-D., Freţian, A.-M., Demir, Z., Razum, O., & Namer, Y. (2022). How schools in Germany shape and impact the lives of adolescent refugees in terms of mental health and social mobility. In *SSM - Population Health* (Vol. 19, p. 101169). Elsevier BV. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2022.101169>
- [9] Bogic, M., Ajdukovic, D., Bremner, S., Franciskovic, T., Galeazzi, G. M., Kucukalic, A., Lecic-Tosevski, D., Morina, N., Popovski, M., Schützwohl, M., Wang, D., & Priebe, S. (2012). Factors associated with mental disorders in long-settled war refugees: refugees from the former Yugoslavia in Germany, Italy and the UK. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 200(3), 216–223. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.084764>
- [10] Chen, C., Smith, P., & Mustard, C. (2010). The prevalence of over-qualification and its association with health status among occupationally active new immigrants to Canada. *Ethnicity & health*, 15(6), 601–619. <https://doi.org/10.1080/13557858.2010.502591>
- [11] Pandey, M., Maina, R. G., Amoyaw, J., Li, Y., Kamrul, R., Michaels, C. R., & Maroof, R. (2021). Impacts of English language proficiency on healthcare access, use, and outcomes among immigrants: a qualitative study. *BMC health services research*, 21(1), 741. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06750-4>
- [12] Kale, E., & Syed, H. R. (2010). Language barriers and the use of interpreters in the public health services. A questionnaire-based survey. *Patient education and counseling*, 81(2), 187–191. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.05.002>
- [13] Robjant, K., Hassan, R., & Katona, C. (2009). Mental health implications of detaining asylum seekers: systematic review. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 194(4), 306–312. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.053223>
- [14] Laban, C. J., Gernaat, H. B., Komproe, I. H., Schreuders, B. A., & De Jong, J. T. (2004). Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in The Netherlands. *The Journal of nervous and mental disease*, 192(12), 843–851. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000146739.26187.15>
- [15] Schock, K., Rosner, R., & Knaevelsrud, C. (2015). Impact of asylum interviews on the mental health of traumatized asylum seekers. *European journal of psychotraumatology*, 6, 26286. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.26286>
- [16] Stanciole, A. E., & Huber, M. (2009). European Centre Policy Brief, May 2009 – [Access to Health Care for Migrants, Ethnic Minorities, and Asylum Seekers in Europe](#). Retrieved March 6, 2024, from the European website on Integration.
- [17] Alarcon F. J. (2022). The Migrant Crisis and Access to Health Care. *Delaware journal of public health*, 8(4), 20–25. <https://doi.org/10.32481/djph.2022.10.006>

- [18] Refugee Council UK (2021). *Healthcare for refugees: Where are the gaps and how do we help?* Retrieved March 6, 2024, from the Refugee Council website.
- [19] Andreouli, E. (2013). Identity and acculturation: The case of naturalised citizens in Britain. In *Culture & Psychology* (Vol. 19, Issue 2, pp. 165–183). SAGE Publications. <https://doi.org/10.1177/1354067X13478984>
- [20] Wu, S., Ellingson, S., Hagstrom, P., & Kucinkas, J. (2021). Religion and refugee well-being: the importance of inclusive community. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 60(2), 291–308.
- [21] Maier, K., Konaszewski, K., Skalski, S. B., Büssing, A., & Surzykiewicz, J. (2022). Spiritual Needs, Religious Coping and Mental Wellbeing: A Cross-Sectional Study among Migrants and Refugees in Germany. *International journal of environmental research and public health*, 19(6), 3415. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063415>
- [22] Emmett, J. M. (2021). *Religion, Refugees, and Mental Health in South Asia: A Systematic Review*. University of Washington.
- [23] Strang, A. B., & Quinn, N. (2019). Integration or Isolation? Refugees' Social Connections and Wellbeing. In *Journal of Refugee Studies* (Vol. 34, Issue 1, pp. 328–353). Oxford University Press (OUP). <https://doi.org/10.1093/jrs/fezo40>
- [24] Barjaková, M., Garnero, A., & d'Hombres, B. (2023). Risk factors for loneliness: A literature review. *Social science & medicine* (1982), 334, 116163. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.116163>
- [25] Koelet, S., & de Valk, H. A. (2016). Social networks and feelings of social loneliness after migration: The case of European migrants with a native partner in Belgium. *Ethnicities*, 16(4), 610–630. <https://doi.org/10.1177/1468796816638398>
- [26] Fenix – Humanitarian Legal Aid (2023). *Waiting to be Heard: Considerations on the impact of Greek asylum policies on the psychosocial wellbeing of asylum seekers on Lesbos*. Retrieved March 18, 2024, from the Relief Web website.
- [27] Ayón, C. (2015). *Economic, social, and health effects of discrimination on Latino immigrant families*. Washington, DC: Migration Policy Institute.
- [28] Szaflarski, M., & Bauldry, S. (2019). The Effects of Perceived Discrimination on Immigrant and Refugee Physical and Mental Health. *Advances in medical sociology*, 19, 173–204. <https://doi.org/10.1108/S1057-629020190000019009>
- [29] Pascoe EA, & Smart Richman L (2009). Perceived discrimination and health: a meta-analytic review. *Psychol Bull*, 135(4), 531–554. <https://doi.org/10.1037/a0016059>

Unit: 1.3 Risk, Protective, and Promotive/Resilience Factors

Table 1.3.1-R. “Risk and Protective Factors to Promote Resilience”

The Five Levels of the Social-Ecological Framework Understanding the influence of risk and protective factors can have significant positive impacts in promoting good mental health and resilience for individuals, families, groups, and communities.		
Definition of risk factors Risk factors are aspects, characteristics, or exposures that increase the risk of developing a difficult mental health outcome. Definition of protective factors Protective factors are aspects, characteristics, or exposures that reduce risk factors, or independently act to increase positive outcomes.		 Public Policy Community Institutional/Organizational Interpersonal/Relationship Intrapersonal/Individual
Level	Risk Factors	Protective Factors
Individual <i>The individual characteristics that influence behavior, such as knowledge, attitudes, beliefs, skills, physical characteristics, and personality traits.</i>	- Genetic or familial predisposition - Gender and age - Childhood neglect - History of discrimination - Minority status (e.g., gender identity/ sexual orientation, marginalized racial/ethnic group) - Disability or chronic health condition - Low socio-economic status - Exposure to trauma (witnessing or experiencing), including involvement in armed groups - Experience of physical or sexual abuse	- Self-esteem - Coping styles - Civic engagement - Individual agency - Religious beliefs and practices - Access to livelihoods (including household-level) - Access to supportive and inclusive learning pathways (schools, training centers, etc.) - Access to care and support services
Relationships <i>Formal and informal social networks and social support systems, including family, friends, peers, neighbors, teachers, co-workers, service providers.</i>	- Loss of parent/caregiver or family member - A history of mental health conditions within the family, including depression, suicide, and self-harm - Alcohol and substance use within household - Intimate partner violence (witnessing or experiencing) - Household-level economic stress - Abuse and neglect within the family - Experiences of racism, sexism, ableism, and gender-based violence	- Parental support and parental monitoring - Secure attachment - Positive family functioning - Positive mental health of parent/caregiver - Quality of home environment - Emotional support - Peer social support - Participation and engagement in supportive relationships

Organizations <i>Rules, regulations, policies, and informal structures of organizations and institutions (such as schools, workplaces, agencies, businesses, healthcare services, etc.) that may constrain or promote recommended behaviors.</i>	• Destruction of schools, workplaces, hospitals and/or lack of access to inclusive opportunities • Violence experienced at school, work, healthcare, and other agencies – by peers, teachers, supervisors, service providers • Lack of connectedness and a sense of belonging, including through teasing, discrimination, stigma • Lack of capacity of service providers • Lack of accessible physical environment and resources	• School retention/ level of schooling achieved • Work retention • Social support • Social cohesion programs • Counselling/peer-to-peer support • Mental and physical health promotion in school and work settings and in educational and employment planning • Meaningful participation in work, leisure, or community groups • Referral systems to connect people to appropriate services
Community <i>Social networks and norms, or standards, which exist among individuals, groups, and organizations/ institutions within defined boundaries.</i>	• Disruption of social networks • Changes in gender or religious dynamics • Cultural norms or concepts (i.e., hiding distress, using violence to resolve conflict) • Community-level violence • Stigma and discrimination • Prevailing perceptions of mental health/illness and acceptable coping strategies within communities	• Cultural norms, practices, or concepts (i.e., adherence to ideology, connection to land) • Community acceptance and cohesion • Inclusive services • Accessible spaces for living, working, and recreation • Adequate preparedness measures to mitigate risks from natural hazards
Public Policy <i>Local, state, and federal policies and laws that regulate or support healthy actions and practices.</i>	• Housing/settlement options (i.e., temporary vs. permanent) • Modes of delivery of support • Limited access to services and economic opportunities in historically excluded communities • Systemic marginalization and discrimination • Policies that serve to discriminate against members of specific communities • Absence of accountability mechanisms • Poor governance	• Peace and security • Supportive policies and legal frameworks • Trust in national system and government • Specific mental health policies for vulnerable groups, including children and adolescents • On the move support for migrants • Equitable development, with inclusive services and assistance at all levels

Note: Graphic sourced by McClay et al. (2023); Table re-produced by the EU-MiCare team based on information provided by the WHO (2023), UNICEF, (n.d.), McLeroy et al. (1988), and McClay et al. (2023).

[World Health Organization (2023). [Mental health of refugees and migrants: risk and protective factors and access to care](#);

UNICEF (n.d.). [Brief on the social ecological model](#);

McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly*, 15(4), 351– 377. <https://doi.org/10.1177/109019818801500401>;

McClay, A., Schaefer, C., Max, J. L., Sedivy, V., & Garrido, M. (2023). [Increasing our impact using a social-ecological approach](#). Administration on Children, Youth and Families, Family and Youth Services Bureau.]

Table 1.3.2-R. “Additional Risk and Protective Factors for Migrants and Refugees”

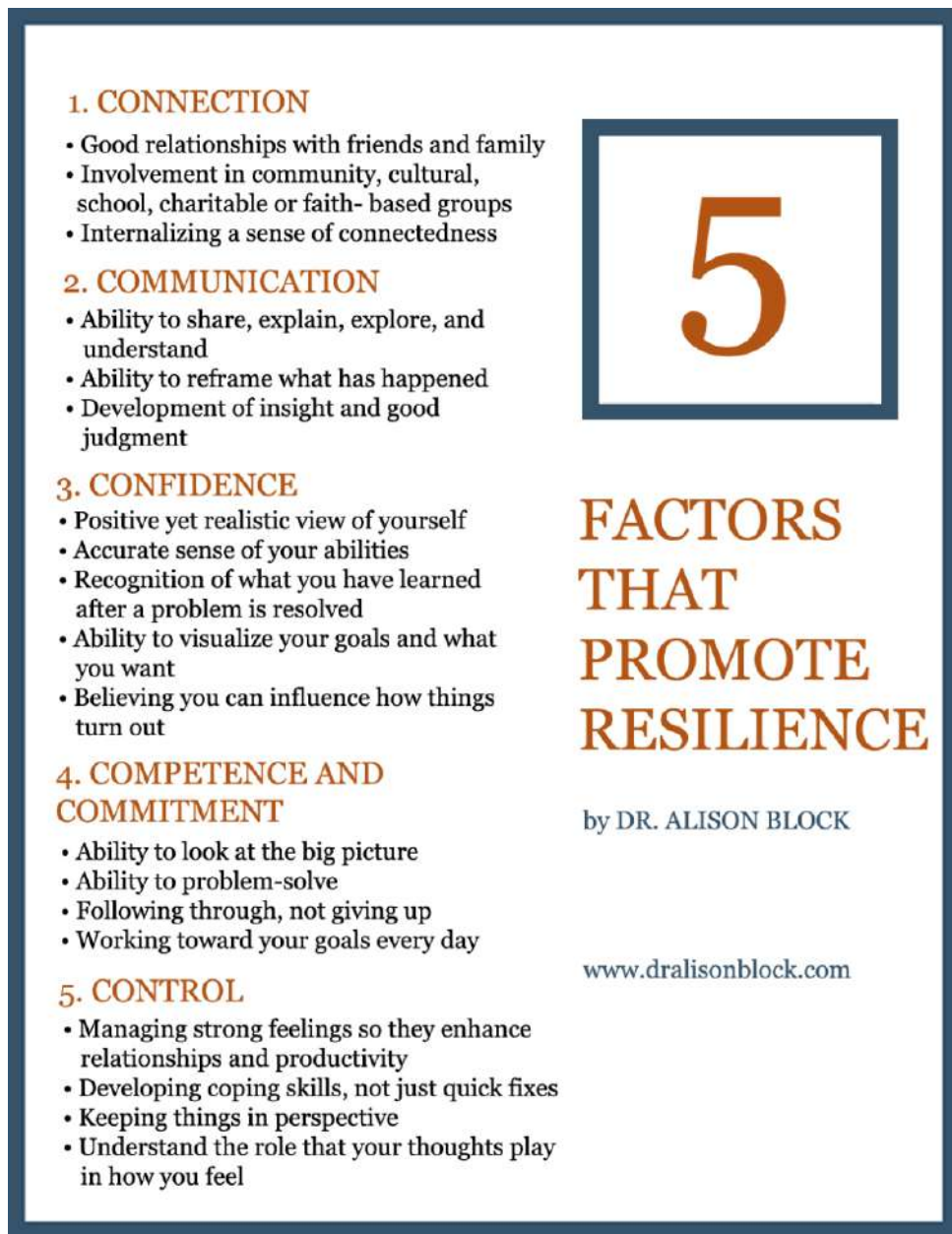
Level	Risk Factors	Protective Factors
Before travel	- Exposed to and/or witnessing potentially traumatic and violent events - Economic hardship and social deprivation - History of mental health problems before migration	- Good financial conditions - A higher level of education in the home country
During travel	- Violent events and abuse and/or exploitation during the journey - Unsafe travel routes - Separation from loved ones - Witnessing the death of others (e.g., shipwreck, border violence)	- Travelling through less dangerous or more direct routes - Having the support of family members or trusted friends during the travel
Settlement in a host country	- Food insecurity - Lack of (suitable) accommodation or dissatisfaction with accommodation - Lack of access to information - Delays in residency/asylum-seeking process	- Having better conditions of settlement - Access to health care - Prompter and/or smoother process for obtaining a residence status
Integration in a host country	- Social isolation - Unemployment - Discrimination and victimization - Challenges related to cultural identity and acculturation issues - Descending social mobility - Length of resettlement (long-term resettled refugees and migrants vs. those at first resettlement)	- Social networks, including people from different ethnic groups - Sense of belonging in the host country
Immigration status challenged or revoked	- Threats of deportation - Detention in immigration centres - Losing jobs and/or accommodation	- Sense of being safe in the home country - Presence of a family or a social network there - Maintaining a strong sense of belonging

Note: Table re-produced by the EU-MiCare team based on information provided by the WHO (2023) and IOM (n.d.)

[World Health Organization (2023). [Mental health of refugees and migrants: risk and protective factors and access to care](#); IOM (n.d.). [The Determinants of Migrant Vulnerability](#).]

Figure 1.3.1-R. “Five Factors that Promote Resilience”

The graphic below illustrates five factors that promote resilience across individuals and communities. Note that resilience is not a trait that a person simply possesses or lacks; it is a dynamic process influenced by various interacting elements.



5

FACTORS THAT PROMOTE RESILIENCE

by DR. ALISON BLOCK

www.dralisonblock.com

- 1. CONNECTION**
 - Good relationships with friends and family
 - Involvement in community, cultural, school, charitable or faith-based groups
 - Internalizing a sense of connectedness
- 2. COMMUNICATION**
 - Ability to share, explain, explore, and understand
 - Ability to reframe what has happened
 - Development of insight and good judgment
- 3. CONFIDENCE**
 - Positive yet realistic view of yourself
 - Accurate sense of your abilities
 - Recognition of what you have learned after a problem is resolved
 - Ability to visualize your goals and what you want
 - Believing you can influence how things turn out
- 4. COMPETENCE AND COMMITMENT**
 - Ability to look at the big picture
 - Ability to problem-solve
 - Following through, not giving up
 - Working toward your goals every day
- 5. CONTROL**
 - Managing strong feelings so they enhance relationships and productivity
 - Developing coping skills, not just quick fixes
 - Keeping things in perspective
 - Understand the role that your thoughts play in how you feel

Note: Graphic sourced from the Dr. Alison Block and the Anti-Poverty Service – Learning Resources, 2021, “[5 Factors that Promote Resilience](#)”

Handout 1: “Adversity Grid in Detail”

Developed by Prof. Renos Papadopoulos, the *Adversity Grid* (see Figure 1.3.4) is a **conceptual framework** designed to help workers and survivors of adversity **distinguish the diverse range of responses to highly challenging events**. It allows for the **crucial differentiation between distress and disorder**, and **facilitates the processing of adverse events** by making it easier to understand the complex impacts of adversity. This approach counters the common simplifications, polarizations, and generalizations that often arise in the field of migrant and refugee care and prevents the development of a victim identity among people who have survived adversities.

By providing a holistic and nuanced view of the refugee experience, **it avoids dehumanization and recognizes people’s complexity, uniqueness, and totality**. The Grid also acknowledges that adversity affects not just individuals but also families, communities, and societies. While it is not a test or quantifiable assessment tool, it captures how adversity impacts these larger units, reflecting their collective experiences and perceptions.

Figure 1.3.2-R. “Adversity/Trauma’ Grid: Range of Responses to Adversity”

ADVERSITY GRID						
	Negative			Unchanged		Positive Adversity-Activated Development (AAD)
	PD Psychiatric Disorder PTSD	DPR Distressful Psychological Reactions	OHS Ordinary Human Suffering	- NU	+ PU Resilience	
Levels						
Individual						
Family						
Community						
Society/ Culture						

Note: Graphic sourced by Babel Day Centre, 2019, Manual on the
“[Psychosocial Dimensions of the Refugee Condition – Synergic Approach](#)”, ed. Renos Papadopoulos

How to utilize the Adversity Grid

The Adversity Grid is a **versatile framework** that can be used to understand the impacts of adversity on individuals, families, communities, and societies, whether for assessment or therapeutic purposes. It provides

a comprehensive view by considering positive and negative impacts as well as unchanged states across various levels of human groups.

Negative responses to adversity are categorized into three levels:

- **Psychiatric disorders (PD):** Severe and diagnosable conditions, such as PTSD, that meet criteria set by the DSM-5 or ICD-11 (see [Unit 1.5](#) for more details). These are the most severe and intense responses that often require clinical intervention.
- **Distressful psychological reactions (DPR):** Symptoms that don't meet the full criteria for a psychiatric disorder but still affect individuals' mental health. Examples include occasional intrusive thoughts or mood changes that do not escalate to clinical levels.
- **Ordinary human suffering (OHS):** Common negative effects that result from adversity but do not fit the criteria for psychiatric or psychological disorders. This category recognizes that many people experience significant distress without developing clinical conditions.

Unchanged responses to adversity refer to personal qualities, relationships, and behaviors that remain constant, or unchanged, despite the adversities faced. This category highlights that not all aspects of a person's life change in response to adversity.

Positive responses to adversity involve recognizing that adversity can lead to personal growth and new strengths. This concept, known as Adversity-Activated Development (AAD), refers to the development of new, positive traits or capabilities that arise specifically due to the experience of adversity. Unlike pre-existing strengths that individuals maintain, AAD represents new, transformative aspects of development triggered by the adversity itself. This approach emphasizes that overcoming adversity can lead to meaningful and constructive changes in a person's life.

Applications of the Grid

The Grid can be utilized by various population groups:

- Field workers can start a collaborative conversation about the Grid with the individuals they are working with, and then provide them with a copy (either in print or digital format) for self-reflection. Afterward, individuals can return for a discussion of their insights. Writing responses can be done on separate sheets or digital documents, as the Grid's spaces are too small for detailed notes. The Grid can be completed over multiple sessions or in a single meeting, depending on priorities. It can also be used informally for exploration without writing, or solely for the worker's orientation without involving service users. Typically, the Grid is used by two people together but can also be adapted for couples, families, or groups, such as in refugee camps, for collective exploration.

- Individuals/service users can use the Grid in a self-administered way to reflect on their own experiences beyond the obvious impacts, enhancing self-awareness. When used periodically over time, the Grid helps individuals observe changes in their responses and understand the actions and circumstances that led to these changes. This approach empowers individuals by allowing them to gain insights from their own experiences, rather than relying solely on external experts.
- Field workers, particularly those employed or volunteering in distressing environments where burnout or vicarious trauma are common concerns, can find the Grid useful for themselves. By applying the Grid to their own experiences, professionals and volunteers can gain a holistic view of their own responses to adversity. This self-awareness helps them understand the full range of their reactions and better manage the complexities of their work, counteracting the negative effects often associated with working in challenging settings.

The Grid is flexible and can be adapted to fit different contexts by modifying the levels and categories used. For instance, if family or community levels are not relevant, they can be replaced with alternatives, such as work teams or specific organizations. The number of levels can also be adjusted based on the focus of the assessment. Additionally, the three categories of negative effects can be tailored to fit specific situations. If the focus is not on mental health, you can replace psychiatric and psychological categories with simpler severity gradations (e.g., ‘Most Severe,’ ‘Moderately Severe,’ ‘Least Severe’) or other relevant degrees of negative impact. Similarly, the Grid can be adjusted to include different degrees of positive development in Adversity-Activated Development (AAD) based on the needs of the situation. Lastly, it can incorporate the dimension of time by adding layers that represent different chronological phases. This can be visualized as a three-dimensional cube, with each layer representing a distinct time period or phase. For example, when working with individuals who have been involuntarily displaced, you may use four different Grids to capture responses during each phase: Anticipation, Devastating Events, Survival, and Adjustment (see [Unit 1.4](#) for more details on the phases of involuntary dislocation).

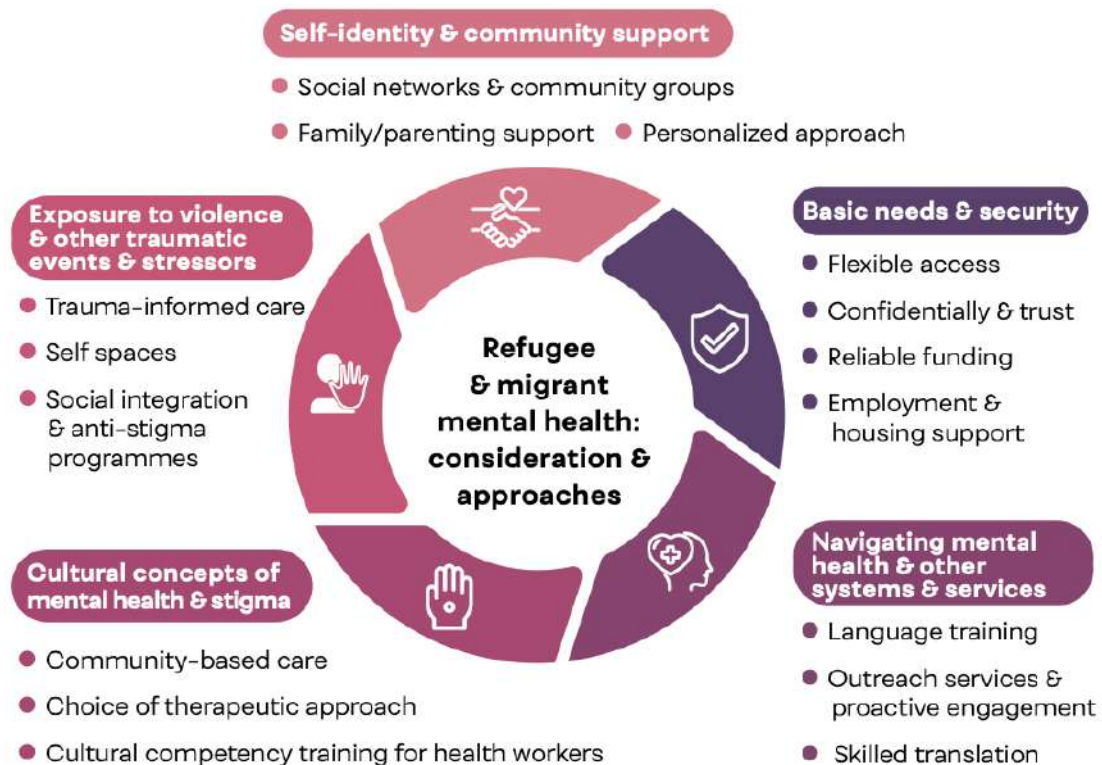
Content developed by the EU-MiCare team based on information in:

Papadopoulos, R. K. (2021). *Involuntary Dislocation: Home, Trauma, Resilience and Adversity-Activated Development*. Routledge.

Handout 2: “Challenges and Protective Influences Unique to Specific Sub-Populations”

Evidence shows that risk and protective factors, as well as barriers and facilitators to care, vary among different migrant groups. In [a recent report](#) on the mental health needs of migrants and refugees, the World Health Organization has identified five key themes that apply across different groups and stages of migration: self-identity and community support; basic needs and security; cultural concepts of mental health and stigma; exposure to trauma; and navigating health systems. These themes are interconnected and can guide effective interventions for improving mental health care for migrants and refugees (see Figure 1.3.5).

Figure 1.3.3-R. “Considerations and approaches for refugee and migrant mental health”



Note: Graphic sourced by the WHO, 2023,
“[Mental health of refugees and migrants: risk and protective factors and access to care](#)”

A more comprehensive review on specific risk and protective factors faced by different sub-groups (such as women, people with experiences of torture, and LGBTQI+ individuals) is provided below.

- **Women**

Data indicates that migrant and refugee women and girls represent nearly half of international migrants worldwide. Despite this, there is limited research on the intersection of gender and migration, particularly as it

relates to experiences of sexual assault and intimate partner violence [1]. Young refugee women are particularly vulnerable to gender-based violence (including female genital mutilation/FGM) throughout their journey and often require reproductive health care after settling into a new country. A study in California revealed that one in three refugee women reported having survived traumatic events prior to migration, including physical assault, captivity, sexual assault, and weapon assault [2]. Refugee women in Western countries face a tenfold risk of developing symptoms of post-traumatic stress disorder (PTSD) compared to non-refugee women [3].

Compounding the migration-related challenges for women are difficulties related to resettlement. Migrant and refugee women face barriers such as separation from family, language difficulties, and unfamiliarity with their new environment. They often experience increased hardship and reduced social support as they transition from collectivist cultures to more individualistic ones. Additionally, they may be reluctant to seek help outside their family due to cultural differences and past experiences. Refugee women also struggle with the loss of resources, renegotiation of new roles, and institutional racism in the host communities [3].

Conversely, a growing body of research emphasizes the importance of faith, religious practice, and community engagement in the psychosocial well-being of migrant and refugee women. In a study exploring the experiences of refugee women in regional locations in Australia [4], a factor that was identified as crucial for coping was establishing connections with communities, whether from their country of origin or the host country. For those who were resettled without male partners, particularly important was the development of social supports within the local community due to being ostracized by their community of origin. Volunteers played an important role in filling support gaps in rural areas where services were lacking. Additionally, gaining employment was highlighted as contributing significantly to women's sense of belonging, providing not only extra income but also purpose, routine, and social support.

- **People with experiences of torture**

Experiences of torture have consistently been shown to be a strong predictor of various long-lasting physical and psychological challenges. Research indicates a significant association between torture severity and mental health symptoms, including depression, anxiety, and PTSD [5]. For refugee torture survivors, particularly those suffering from a pre-existing mental health condition, language barriers in the host society pose a significant risk factor by hindering access, utilization, and effectiveness of mental health services [5]. Moreover, immigration status plays a crucial role in mental health outcomes, with studies indicating that fear of detention and deportation exacerbate symptoms of PTSD [6].

Nonetheless, it is not possible to pinpoint the exact prevalence of psychological conditions among torture survivors due to the heterogeneous samples and measures used across studies. This means that the lived realities of migrants and refugees with experiences of torture are not being adequately represented. As a case in point, researchers have reported that some individuals manifest extraordinary resilience and growth in the aftermath of torture, as seen in Ugandan former child soldiers [7] and Iraqi refugees [8]. As with migrant and refugee

women, community engagement plays a vital role in fostering resilience in people who have experienced torture. Refugee communities hold high values on collectivism and social cohesion, and evidence suggests that torture survivors who engage with community resources show higher levels of resilience. Language fluency and employment serve as additional resilience-promoting factors, with improved psychological outcomes observed among those proficient in English and employed [9].

- **LGBTQI+ individuals**

Lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, and intersex (LGBTQI+) migrants and refugees encounter unique and specific risks throughout the migration process. Their experiences differ from those of other migrants due to the compounded and intersecting discrimination they may face, particularly related to their diverse sexual orientations, gender identities and expressions, and sex characteristics (SOGIESC). LGBTQI+ migrants and refugees have been found to exhibit significantly high prevalence rates of mental health challenges, including depression, anxiety, PTSD, suicidality, and substance use. These rates are markedly elevated compared to non-LGBTQI+ migrants as well as LGBTQI+ individuals without a migration background [10], suggesting that the intersectionality of multiple marginalized identities amplifies the vulnerability to poor mental health outcomes.

Risk factors for LGBTQI+ migrants and refugees include experiences of discrimination and violence in their countries of origin, often perpetrated by community members and state actors. Upon migration, they often continue to face risks of discrimination and violence, even in countries that are perceived as more accepting. Structural violence during the asylum-seeking process exacerbates these challenges, as they frequently encounter restricted access to healthcare, social services, and employment rights. Additionally, the necessity to continually verify their SOGIESC identity to secure asylum can be re-traumatizing, especially for those accustomed to concealing their identities due to criminalization or victimization in their home countries [11].

Protective and promotive factors for migrants and refugees with diverse SOGIESC include social support, the ability to accept and process emotions, and maintaining hope and optimism about the future. Studies indicate that support from the LGBTQI+ community, access to legal and community services, and the ability to remain hopeful, significantly contribute to positive mental health outcomes [12]. Despite enduring symptoms of depression, anxiety, and PTSD, many LGBTQI+ migrants and refugees demonstrate remarkable adaptability, underscoring that resilience and vulnerability are not mutually exclusive and can coexist. This is often facilitated by the newfound freedom to express their identities, which highlights the complex interplay between mental health and the capacity for positive adaptation.

- **Older adults**

Older migrants and refugees (i.e., those 65 and above) are perceived to be more vulnerable than their younger counterparts. Migration and forced displacement are considered to be significant risk factors for the development of mental health conditions in older adults, particularly anxiety, depression, and PTSD [13]. Older adults are also particularly vulnerable to poor mental health outcomes due to the cumulative effect of the life-

threatening events they may have been exposed to after fleeing their countries of origin [14]. Moreover, they may arrive in host countries with other underlying physical and mental health conditions – the experience of migration and forced displacement gets compounded by age-specific conditions such as neurodegenerative disorders, chronic physical illness, etc. [13] Adding to these challenges are the difficulties in adapting to new languages and customs, and struggling with isolation from family members during the transition [15].

Social support is a crucial protective factor for the well-being of older migrants and refugees. As seen above, health issues in later life, combined with past adversities, can lead to poor outcomes. However, strong social support can mitigate these effects by improving overall well-being and reducing early mortality [16]. Emotional support, particularly from family and community, buffers against the negative impacts of past adversities, enhancing life satisfaction and meaning. Older migrants and refugees who harbor a sense of purpose (such as in their roles as contributing and productive family members) have been found to have a higher quality of life [17]. Other protective factors include access to basic services, adherence to cultural and spiritual practices, and participation in ethnic communities and religious networks. Personal factors such as language acquisition, cognitive reappraisal, and optimism also play an important role [16].

- **Persons living with disabilities**

According to Article 1 of the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities [18], “*persons with disabilities include those who have long-term physical, mental, intellectual or sensory impairments which in interaction with various barriers may hinder their full and effective participation in society on an equal basis with others*”. Migrants and refugees living with disabilities are considered to be an ‘invisible’ population, as they are systematically neglected and excluded from the discourse [19]. The intersection of migration and disability is critical as migrants and refugees with chronic physical and mental health conditions are especially vulnerable to exposure to adversity and often lack necessary care during the asylum-seeking process [20].

In their home countries, migrants and refugees living with disabilities may face persecution or stigma on the basis of their political views, religious beliefs, or disability (being actively discriminated against on grounds of impairment). Delays in social and healthcare services can worsen disabling conditions, serving as a significant risk factor for well-being [20]. They may also face challenges with their psychosocial well-being, including stigmatization and discrimination, lack of access to specialized educational programming, communication barriers, etc. [19-21]. Additional risk factors including the lack of suitable housing and employment that accommodates their specific needs, and a difficulty in accessing treatment due to structural barriers, such as limited capacity, long waiting times, a focus on short-term rather than long-term support, and inadequate allowances which may result in an over-reliance on charities for assistance [20,21].

Protective factors for migrants and refugees with disabilities include social inclusion in host countries, suitable housing, access to tailored and accommodating educational and vocational opportunities, and adequate healthcare services [22]. Community support and social networks are also critical in helping to trace and actively screen individuals with non-communicable conditions, as is often the case with neurodevelopmental disabilities.

REFERENCES

- [1] Hennebry, J., KC, H., and Williams, K. (2021). *Gender and Migration Data: A Guide for Evidence-based, Gender-responsive Migration Governance*. Geneva: International Organization for Migration (IOM).
- [2] Sudhinaraset, M., Cabanting, N., & Ramos, M. (2019). The health profile of newly-arrived refugee women and girls and the role of region of origin: using a population-based dataset in California between 2013 and 2017. *International journal for equity in health*, 18(1), 158. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1066-3>
- [3] Hawkins, M. M., Schmitt, M. E., Adebayo, C. T., Weitzel, J., Olukotun, O., Christensen, A. M., Ruiz, A. M., Gilman, K., Quigley, K., Dressel, A., & Mkandawire-Valhmu, L. (2021). Promoting the health of refugee women: a scoping literature review incorporating the social ecological model. *International journal for equity in health*, 20(1), 45. <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01387-5>
- [4] Hawkes, C., Norris, K., Joyce, J., & Paton, D. (2021). Exploring Resilience, Coping and Wellbeing in Women of Refugee Background Resettled in Regional Australia. In *Frontiers in Psychology* (Vol. 12). Frontiers Media SA. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.704570>
- [5] Elklit, A., Palic, S., Lasgaard, M., & Kjær, K. (2012). Social support, Coping and Posttraumatic Stress Symptoms in Young Refugees. *Torture*, 22(1), 11-23.
- [6] Steel, Z., Silove, D., Brooks, R., Momartin, S., Alzuhairi, B., & Susljik, I. (2006). Impact of immigration detention and temporary protection on the mental health of refugees. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 188, 58-64. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.104.007864>
- [7] Klasen, F., Oettingen, G., Daniels, J., Post, M., Hoyer, C., & Adam, H. (2010). Posttraumatic resilience in former Ugandan child soldiers. *Child development*, 81(4), 1096-1113. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01456.x>
- [8] Kira, I., Amer, M. M., & Wrobel, N. H. (2014). Arab Refugees: Trauma, Resilience, and Recovery. In S. C. Nassar-McMillan et al. (Eds.), *A Biopsychosocial Approach to Arab Americans: Perspectives on Culture, Development, and Health* (pp. 175-195). New York: Springer. http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4614-8238-3_9
- [9] Pannu Khin, P., Burt, K., & Fondacaro, K. (2022). Identifying resilience-promoting factors for refugee survivors of torture. *Torture*, 32(3), 31-48. <https://doi.org/10.7146/torture.v32i3.128843>
- [10] Lewis N. M. (2009). Mental health in sexual minorities: recent indicators, trends, and their relationships to place in North America and Europe. *Health & place*, 15(4), 1029-1045. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2009.05.003>
- [11] White, L. C., Cooper, M., & Lawrence, D. (2019). Mental illness and resilience among sexual and gender minority refugees and asylum seekers. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*, 69(678), 10-11. <https://doi.org/10.3399/bjgp19X700349>
- [12] Alessi, E. J. (2016). Resilience in sexual and gender minority forced migrants: A qualitative exploration. *Traumatology*, 22(3), 203-213. <https://doi.org/10.1037/trm0000077>
- [13] Virgincar, A., Doherty, S., & Siriwardhana, C. (2016). The impact of forced migration on the mental health of the elderly: a scoping review. *International psychogeriatrics*, 28(6), 889-896. <https://doi.org/10.1017/S1041610216000193>
- [14] Peters-Nehrenheim, V., Rommerskirch-Manietta, M., Purwins, D., Roes, M., & Tezcan-Güntekin, H. (2022). Care preferences of older migrants and minority ethnic groups with various care needs: a protocol for a scoping review. *BMJ open*, 12(11), e061712. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-061712>
- [15] Yang, M. S., & Hedeker, D. (2020). A life-span approach to examining older vulnerable population's subjective well-being: the role of adversity and trauma. *Aging & mental health*, 24(12), 2043-2052. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1652245>
- [16] Tipples, J. A., Erwin, S., Eller, K., Dutra Gross, R. M., Bearss, B., Kemp, B., Mollard, E., Njiru, L., Okwarah, P., Palmer-Wackerly, A. L., & Lakati, A. (2023). Multisystemic Resilience and Psychosocial Wellbeing among Older Refugees: A Systematic Review with Implications for Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS). *Journal of immigrant and minority health*, 25(5), 1152-1170. <https://doi.org/10.1007/s10903-023-01516-y>
- [17] Krause, N. (2004). Lifetime trauma, emotional support, and life satisfaction among older adults. *The gerontologist*, 44(5), 615-623. <https://doi.org/10.1093/geront/44.5.615>

- [18] United Nations (2006). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. Retrieved March 17, 2024, from the UN website.
- [19] European Union Agency for Asylum (2024). *Persons with disabilities in asylum and reception systems – Situation Analysis*. Publications Office of the European Union. Retrieved March 17, 2024, from the EUAA website.
- [20] Harris, J. (2003). 'All Doors are Closed to Us': A social model analysis of the experiences of disabled refugees and asylum seekers in Britain. *Disability & Society*, 18(4), 395–410. <https://doi.org/10.1080/0968759032000080968>
- [21] Soldatic, K., Somers, K., Buckley, A., & Fleay, C. (2015). 'Nowhere to be found': disabled refugees and asylum seekers within the Australian resettlement landscape. *Disability and the global south*, 2(1), 501-522.
- [22] Rfat, M., Zeng, Y., Yang, Y., Adhikari, K., & Zhu, Y. (2022). A Scoping Review of Needs and Barriers to Achieving a Livable Life among Refugees with Disabilities: Implications for Future Research, Practice, and Policy. *Journal of evidence-based social work*, 20(3), 373–403. <https://doi.org/10.1080/26408066.2022.2162357>

Unit: 1.4 Psychosocial Dimensions of the Migration Process

Handout 1: “Psychological Phases of Displacement”

In line with the general model of migration by Sluzki and Machleidt discussed in Unit 1.4, the following table presents a conceptualization of the psychological phases of displacement [1,2].

It is important to recognize that these models are not definitive and do not suggest a strictly linear progression; rather, they aim to enhance our understanding of the complex and nuanced dimensions of human experience. Each migratory journey is unique.

Table 1.3.1-R. “Psychological Phases of Displacement”

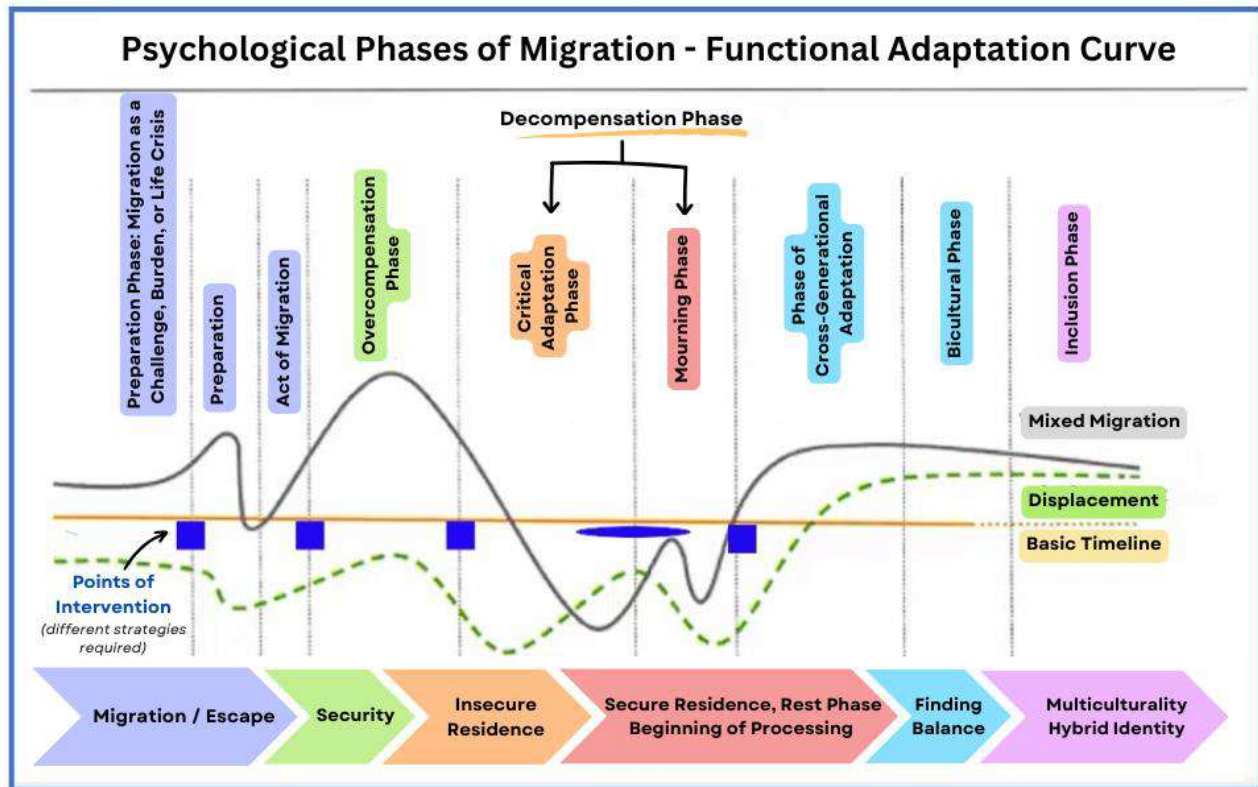
Pre-Migration <i>Period previous to displacement. It may include experiences of persecution, violence or living in a state of fear and uncertainty.</i>	Fear of persecution, trauma from past experiences, loss of security, and uncertainty about the future.
Migration or Flight <i>Actual process of displacement. This process can take months, until the displaced person or family arrive to their destination.</i>	Fleeing from danger, crossing borders, and seeking refuge in other countries. Possible experience of traumatic events during the migration journey. Loss of home and community. Uncertainty about the future.
Arrival (Feelings of Security – Insecure Residence Permit) <i>Period immediately following arrival in the host country, often characterized by relief at escaping immediate danger and uncertainty.</i>	Culture shock , language barriers, loss of social support networks, and uncertainty about legal status and rights. Asylum application processes (or the lack of options to obtain regularized residency permits and, consequently, feel secure and able to start building up stability) constitute a major stressor during this phase.
Secure Residence Permit (Rest Phase) <i>Period after ensuring security and stability (in many cases due to a secure residence permit) where the person typically enters in a “rest phase”.</i>	Distressful memories may resurface, leading to significant psychological distress. Emotional decompensation can occur when individuals, already vulnerable due to past life-threatening experiences, become less able to manage their emotional responses. If these issues remain unattended and the individual lacks access to coping resources, decompensation can worsen, potentially resulting in more severe mental health issues, such as depression or anxiety disorders.
Long-Term Adaptation Phase (Balance – Multiculturality & Hybrid Identity) <i>Finding balance and rediscovering the identity of oneself. Ongoing process of adaptation to the new context and new life situation, which may take years.</i>	The regular acculturation process and the development of multicultural identities might start to take place. Acculturative stress, experiences of discrimination, barriers and opportunities to accessing education, employment, and healthcare can make a difference on how the functional adaptation to the new environment and psychological well-being might develop.

Note: Table adapted by the EU-MiCare team based on information by Kizilhan (2012; n.d.)

[Kizilhan, J.I. (2012). Kultursensible Psychotherapie. (p. 19-20). Berlin: VWB; and, Kizilhan, J.I. (n.d.). Psychologische Phasen der Migration [Video]. [MiMi Gewaltprävention](#). Accessed September 18, 2024.]

The processes surrounding mixed migration and displacement are visually integrated in the graphic below, highlighting both differences and commonalities for easier understanding and comparison.

Figure 1.4.1-R “Migratory Processes in Mixed Migration and Displacement”



Note: Adapted from Kizilhan, J.I. (2012). *Kultursensible Psychotherapie*. (p. 20). Berlin: VWB; Sluzki, C.E. (2010). Psychologische Phasen der Migration und ihrer Auswirkungen. In T. Hegemann & R. Salman (Hrsg.), *Handbuch Transkulturelle Psychiatrie* (p. 110). Berlin: Psychiatrie Verlag.

Handout 2: “Migratory Mourning”

Achotegui’s theory offers field workers a framework to better understand the emotional complexities migrants and refugees may face when leaving their home countries. It acknowledges the profound sense of loss many experience, which includes not only tangible losses like homes and communities but also symbolic ones such as identity, social status, and cultural belonging. Field workers can assess these areas by considering:

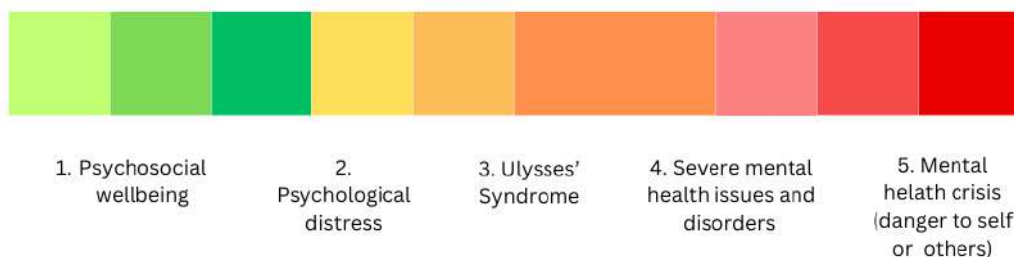
- **Vulnerability:** Assess the individual’s history for prior difficulties that may affect their ability to adapt in specific areas (e.g., someone with pre-existing social anxiety may struggle to form new relationships). Vulnerable indicators might include:
 - *Physical Vulnerability*
 - *Psychological Vulnerability*
 - *Personal History*
 - *Age*
- **Stressor:** Identify the number and severity of post-migration obstacles in each area and determine if the person or family has sufficient resources to overcome them (e.g., a person accustomed to rural life might find urban living stressful due to limited access to nature). These might include:
 - *Personal Stressors*
 - *Environmental and Social Stressors*

Each area can be evaluated to understand the degree of stress and vulnerability a migrant experiences, depending on the resources they bring and the challenges or opportunities in the host community. Each vulnerability factor or stressor, which also determines the type of migratory mourning, can be assessed as “simple” (i.e., the mourning can be processed adequately), “complex” (i.e., with difficulties that can be overcome through the coping skills of the person or family), or “intense” (i.e., when difficulties are severe and may lead to a deeper crisis). Additionally, the level of support or discrimination in the host environment can significantly impact migrants’ mental well-being.

Understanding these factors helps field workers identify areas where migrants are most vulnerable. It also highlights potential sources of resilience within the new environment. By recognizing their specific challenges and strengths, migrants can better navigate their journey, and professionals and volunteers can provide realistic, effective support tailored to their unique experiences.

The following section of this handout contains [a reproduction of the “Ulysses Scale”](#), originally developed in Spanish by Dr. Joseba Achotegui from the University of Barcelona, in collaboration with the Health Initiative of the Americas (HIA) at the School of Public Health, University of California, Berkeley. The scale was created to assist in assessing migratory grief and Ulysses Syndrome. The original material is available from [the Centre de Documentació en Atenció a les Persones](#) (Documentation Center for People Services), part of the Diputació de Barcelona (Barcelona Provincial Council) in Catalonia, Spain.

The concept of Ulysses Syndrome falls within mental health, positioned on the boundary between common mental health challenges and diagnosable disorders.



	Vulnerability		Stressors	
Grief for the family	Simple		Simple	
	Complex		Complex	
	Extreme		Extreme	
Grief for the language	Simple		Simple	
	Complex		Complex	
	Extreme		Extreme	
Grief for the culture	Simple		Simple	
	Complex		Complex	
	Extreme		Extreme	
Grief for the land	Simple		Simple	
	Complex		Complex	
	Complex		Complex	
Grief for the social status	Simple		Simple	
	Complex		Complex	
	Extreme		Extreme	
Grief for the group of belonging	Simple		Simple	
	Complex		Complex	
	Extreme		Extreme	
Grief for physical risks	Simple		Simple	
	Complex		Complex	
	Extreme		Extreme	

Recount	Simple	Complex
Vulnerability		
Stressor		
Mourning		

Other Observations	
Protective Factors	
Cultural Factors	
Risk Factors	
Subjective Factors	
Other Factors	
General Comments	

→ **VIDEO:** [The Ulysses Syndrome: Mental Health in a Minute](#)

Recommendations on how to apply the Ulysses scale based on a case study (Juan):

- **Background:** Juan is a 28-year-old man who arrived in Oakland, California, two years ago from Mexico. He was a healthy, strong, positive individual, actively involved in his community. He comes from a family that had good relationships.
- **Symptoms:** They include sadness, crying, anxiety, recurring thoughts about his problems, severe headaches, insomnia. He does not experience apathy or thoughts of death.
- **Personal Situation:** He left behind two children, ages 6 and 4, in Mexico and regrets that he does not know when he will see them again. He works in construction, installing roofs on houses; a risky and dangerous job, and he has fallen twice. He has had to move several times because his limited income, along with what he sends to his family, often does not cover rent. Additionally, he has a large debt from the journey to the U.S. He sees no way out of his situation.
- **Legal Status and Safety Concerns:** He is undocumented and fears deportation every day. If he returns without the money he owes, he fears for his life.
- **Language Barrier:** He does not speak English.

Vulnerability	Stressors

Grief for the family Vulnerability: No physical or mental limitations prior to migration Stressors: Forced separation from young children	Simple	X	Simple	
	Complex		Complex	
	Extreme		Extreme	X
Grief for the language Vulnerability: No physical or mental limitations prior to migration Stressors: Does not speak English	Simple	X	Simple	
	Complex		Complex	
	Extreme		Extreme	X
Grief for the culture Vulnerability: No physical or mental limitations prior to migration Stressors: Cannot connect with native culture	Simple	X	Simple	
	Complex		Complex	
	Extreme		Extreme	X
Grief for the land Vulnerability: No physical or mental limitations prior to migration Stressors: Oakland's climate is mild	Simple	X	Simple	X
	Complex		Complex	
	Complex		Complex	
Grief for the social status Vulnerability: No physical or mental limitations prior to migration Stressors: Hard work, undocumented status, severe housing issues	Simple	X	Simple	
	Complex		Complex	
	Extreme		Extreme	X
Grief for the group of belonging Vulnerability: No physical or mental limitations prior to migration Stressors: Has not experienced racism directly but believes there are certain prejudices toward immigrants	Simple	X	Simple	X
	Complex		Complex	
	Extreme		Extreme	
Grief for physical risks Vulnerability: No physical or mental limitations prior to migration Stressors: Fear of detention, works in dangerous conditions, threat of death if he returns	Simple	X	Simple	
	Complex		Complex	
	Extreme		Extreme	X

Content developed by the EU-MiCare team based on information in:

Achotegui, J. (2024). Migratory grief, as partial, recurrent, and multiple grief. *International Journal of Family & Community Medicine*, 8(2), 44–47. <https://doi.org/10.15406/ijfcm.2024.08.00348>

Achotegui, J. (2022). Immigrants living extreme migratory grief: The Ulysses syndrome. *International Journal of Family & Community Medicine*, 6, 303–305. <https://doi.org/10.15406/ijfcm.2022.06.00295>

Achotegui, J., Solanas, A., Fajardo, Y., Espinosa, M., Bonilla, I., & Espeso, D. (2017). Concordancia entre evaluadores en la detección de factores de riesgo en la salud mental de la inmigración: Escala Ulises. *Norte de Salud Mental*, 15(57), 13–23.

Handout 3: “Berry’s Acculturation Theory”

1. Acculturation, acculturative strategies, and acculturative stress

Prof. John W. Berry defines acculturation as “the dual process of cultural and psychological change that takes place as a result of contact between two or more cultural groups and their individual members. At the group level, it involves changes in social structures and institutions and in cultural practices. At the individual level, it involves changes in a person’s behavioural repertoire” [3].

Berry's model of acculturation provides a comprehensive framework for explaining how individuals and groups adapt to a new cultural environment using different strategies. It considers both the migrants' experiences (individual perspective) and the reactions and policies of the host society (societal perspective).

Individual Perspective

From the individual's point of view, there are four acculturation strategies based on two key dimensions: the degree to which individuals maintain their original culture and the degree to which they integrate new values and seek interaction with the host society.

- **Assimilation:** Individuals adopt mostly the host culture and separate from their original culture. They seek to become indistinguishable from the host society regarding behaviours, traditions and values. This strategy can lead to higher social acceptance but may involve significant personal and cultural loss.
- **Separation:** Individuals maintain their original culture and avoid interaction with the host society. They live within their cultural enclaves and limit their exposure to the broader host culture. While this strategy preserves their cultural identity, it can lead to social isolation and limited opportunities.
- **Integration:** Individuals maintain their original culture while also engaging with the host culture. They become bicultural, navigating and blending elements from both cultures. This strategy often leads to positive outcomes, such as increased social support and better mental health, as it allows individuals to retain their cultural identity while gaining the benefits of the new culture.
- **Marginalization:** Individuals neither maintain their original culture nor adopt the host culture. They feel disconnected from both their heritage and the new society, which can lead to significant psychological stress and social alienation.

Host Society Perspective

From the host society's point of view, Berry’s model examines how the broader societal context influences the acculturation process. This includes the attitudes, policies, and practices that shape the experiences of migrants.

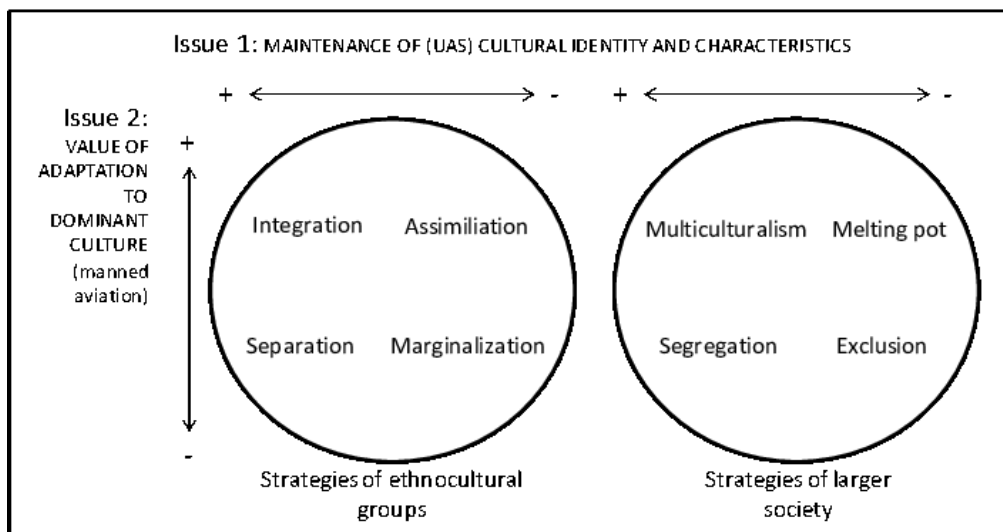
- **Multiculturalism:** The host society encourages the maintenance of original cultural identities and supports cultural diversity. This approach promotes integration by providing resources and opportunities for migrants to engage with both their culture of origin and the new culture. It leads to

positive outcomes for both the host society and the migrants, fostering social cohesion and mutual respect.

- **Melting Pot:** The host society expects immigrants to assimilate and adopt the dominant culture, often at the expense of their original cultural identities. This approach can pressure migrants to abandon their heritage, leading to potential loss of cultural diversity and identity conflict for individuals.
- **Segregation:** The host society supports the maintenance of original cultures but restricts interaction with the dominant culture. This can lead to the development of cultural enclaves and limited social integration. While it preserves cultural identities, it may hinder social cohesion and create parallel societies.
- **Exclusion:** The host society neither supports the maintenance of original cultures nor encourages interaction with the dominant culture. This approach marginalises migrants, leading to significant social and economic disadvantages. It fosters discrimination and social exclusion, negatively impacting the well-being of migrants and the overall harmony of society.

Berry's model emphasises that the interaction between individual strategies and societal attitudes significantly influences the acculturation process. For example, an individual's integration strategy is more likely to be successful in a multicultural society that values diversity. Conversely, an individual seeking to integrate in a society with exclusionary attitudes may face significant challenges and stress.

Figure 1.4.2-R. “Model of acculturation strategies”



Note: Berry, J. W. (2005). Acculturation: Living successfully in two cultures. *International Journal of Intercultural Relations*, 29(6), 697–712. <https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2005.07.013>

REFERENCES

- [1] Kizilhan, J.I. (2012). *Kultursensible Psychotherapie*. (pp. 19-20). Berlin: VWB.
- [2] Kizilhan, J.I. (n.d.). *Psychologische Phasen der Migration* [Video]. [MiMi Gewaltprevention](#). Accessed September 18, 2024.
- [3] Berry, J. W. (2005). Acculturation: Living successfully in two cultures. *International Journal of Intercultural Relations*, 29(6), 697–712. <https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2005.07.013>



Funded by the European Union.

Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) (CC-BY-NC 4.0).

Modulo 2.

Migliorare le competenze nel riconoscere e valutare i bisogni di salute mentale dei migranti

***Mediatori Culturali, Interpreti, Assistenti Sociali, Counselor,
Caregiver di Minori Non Accompagnati, Volontari***

Contenuto redatto da **Ethno-Medical Center/EMZ (Ethno-Medizinisches Zentrum e.V. – Germania)**,
dall'Istituto di Ricerca sulle Politiche di Benessere Sociale (POLIBIENESTAR, Università di Valencia –
Spagna)

e dalla **Cyprus University of Technology/CUT (Cipro)** e revisionato da **Babel Day Centre**
(Syn-Eirmos NGO of Social Solidarity – Grecia),

in collaborazione con **Cyprus University of Technology/CUT (Cyprus)**

Ultimo aggiornamento: dicembre 2024.

Modulo:	Migliorare le competenze nel riconoscere e valutare i bisogni di salute mentale dei migranti
Versione:	Mediatori Culturali, Interpreti, Assistenti Sociali, Counselor, Caregiver di Minori Non Accompagnati, Volontari
Partner responsabili:	EMZ, Polibienestar, CUT, Syn-Eirmos/Babel Day Centre

Descrizione del modulo

Questo modulo è rivolto a professionisti e volontari che operano al di fuori di contesti clinici, come assistenti sociali, mediatori culturali e altri operatori pertinenti e affronta il tema dell'identificazione e della valutazione dei bisogni di salute mentale di migranti e rifugiati. L'Unità 2.1 ha l'obiettivo di supportare i professionisti che lavorano in contesti transculturali nella comprensione e gestione dell'influenza della cultura nella valutazione dei bisogni di salute mentale. L'Unità 2.2 approfondisce la prospettiva intersezionale su migrazione e salute mentale, basandosi sul presupposto che l'applicazione della teoria dell'intersezionalità possa rappresentare meglio la complessità dell'esperienza di migranti e rifugiati. Una prospettiva intersezionale può inoltre aiutare professionisti e volontari ad ampliare il proprio punto di vista, a identificare ulteriori elementi rilevanti per la loro pratica e a riflettere sulle proprie posizioni e su come queste influenzino gli incontri con le persone con cui lavorano. L'Unità 2.3 approfondisce la valutazione dei bisogni di salute mentale di migranti e rifugiati. Presenta strategie per condurre una valutazione della salute mentale con un approccio culturalmente sensibile e fornisce strumenti pratici per lo *screening* e il rinvio a personale specializzato. Esplora inoltre la valutazione del rischio di suicidio, tenendo conto delle influenze culturali e delle vulnerabilità specifiche di migranti e rifugiati. Infine, l'Unità 2.4 si propone di migliorare le conoscenze e le competenze dei partecipanti nel riconoscere e valutare le crisi, oltre che nell'implementare il Primo Soccorso Psicologico (PFA) nel contesto lavorativo. Comprendendo la definizione di PFA insieme al suo quadro di riferimento e alle sue pratiche di base, i partecipanti saranno meglio preparati a creare un ambiente sicuro, affrontando le sfide di una risposta rapida ai bisogni di salute mentale delle popolazioni migranti in diverse situazioni.

Obiettivi di apprendimento del modulo:

Al completamento di questo modulo, i partecipanti saranno in grado di:

- Analizzare come i fattori culturali influenzino i diversi aspetti della salute mentale.
- Individuare le quattro trappole culturali nelle interazioni transculturali.
- Esplorare i quadri di riferimento per valutare e comprendere le problematiche di salute mentale di popolazioni culturalmente e linguisticamente diverse.
- Utilizzare l'autoriflessione per riconoscere pregiudizi culturali, convinzioni e stereotipi personali.
- Riflettere sulle intersezioni tra potere, privilegio e identità e sul loro impatto sulla salute mentale.
- Utilizzare strumenti di *screening* per la salute mentale culturalmente appropriati, come una versione adattata del Cultural Formulation Interview (CFI) del DSM-5 per personale non specializzato.
- Valutare approcci efficaci per l'analisi del rischio di suicidio.
- Comprendere la differenza tra una crisi psicosociale e un'emergenza psichiatrica.
- Mostrare modalità efficaci per affrontare il tema del suicidio con persone in difficoltà.
- Definire il Primo Soccorso Psicologico (PFA) e l'intervento in situazioni di crisi.
- Spiegare cosa sia il PFA e cosa non sia.
- Elencare i tre principi fondamentali di azione del PFA.

Unità in questo Modulo

Modulo 2. Migliorare le competenze nel riconoscere e valutare i bisogni di salute mentale dei migranti
Unità 2.1: Comprendere l'influenza della cultura sulla salute mentale
Unità 2.2: Prospettive intersezionali sulla migrazione e la salute mentale
Unità 2.3: Approcci per lo screening della salute mentale di migranti e rifugiati
Unità 2.4: Primo soccorso psicologico (PFA)

Unità 2.1: Comprendere l'influenza della cultura sulla salute mentale

Descrizione dell'Unità

Questa Unità formativa mira a supportare i professionisti che lavorano con popolazioni migranti e rifugiate nella comprensione dell'influenza della cultura nella valutazione dei bisogni di salute mentale. Affronta una varietà di fattori culturali che influenzano il modo in cui i fornitori di servizi e gli utenti percepiscono e affrontano la salute mentale, inclusi i potenziali stigmi legati alla richiesta di aiuto. L'Unità offre inoltre una serie di considerazioni pratiche e strumenti di autoriflessione pensati per aiutare gli operatori sul campo a superare le barriere culturali e affrontare le sfide nelle interazioni con migranti e rifugiati.

Sezioni dell'Unità

1. [Introduzione](#)
2. [La relazione tra cultura e salute mentale](#)
3. [Le quattro trappole culturali nelle interazioni con migranti e rifugiati](#)
4. [Integrare prospettive diverse nella valutazione della salute mentale](#)

1. Introduzione

Come visto nell'Unità 1.1, la cultura influenza il modo in cui parliamo di salute mentale e, a sua volta, il modo in cui parliamo di salute mentale influenza la cultura. **Quando incontriamo una parola, sia scritta che parlata, le attribuiamo un significato condizionato dalle nostre prospettive culturali e sociali.** Le esperienze di vita modellano il modo in cui interpretiamo e comprendiamo quella parola. Ad esempio, i termini “salute mentale” e “malattia mentale” **possono essere interpretati e spiegati in modi diversi a seconda dei gruppi razziali, etnici o culturali** [1].

Nel contesto sanitario, dove si incontrano persone con origini culturali e linguistiche diverse, **la cultura permea quasi ogni aspetto dell'interazione.** Influisce **sul modo in cui le persone esprimono i propri sintomi e sui sintomi che scelgono di condividere.** Condiziona **se e quando decidono di cercare aiuto, il**

tipo di supporto che cercano, il modo in cui affrontano le difficoltà, le reti sociali su cui fanno affidamento e il livello di stigma che associano ai problemi di salute mentale. Inoltre, la cultura dà forma al significato che le persone attribuiscono alle proprie esperienze. Alcuni possono interpretare i problemi di salute mentale come condizioni fisiche, mentre altri li vedono come segni di sfortuna o maledizione. **Se un sistema sanitario non considera queste prospettive diversificate, rischia di non fornire agli individui l'aiuto di cui hanno realmente bisogno [1-4].**

Per offrire servizi di salute mentale efficaci, è fondamentale creare **un ambiente in cui vi sia una comprensione condivisa – non solo in termini di lingua, ma anche di allineamento delle aspettative, prospettive e interpretazioni tra il fornitore del servizio e la persona che riceve le cure [4].** Sviluppare una comprensione condivisa, o un linguaggio comune, significa raggiungere un riconoscimento reciproco che costituisca la base per una fiducia e una comunicazione autentiche tra individui con punti di vista differenti. Questa non è una competenza che può essere appresa una volta per tutte e applicata in modo uniforme. Al contrario, **si tratta di un processo attivo e continuo, che si evolve attraverso l'interazione e la collaborazione costante con le persone con cui lavoriamo.**

© **Punto chiave:** *Contesti interculturali, multiculturali, cross-culturali o transculturali? Una nota sul linguaggio*

Nelle discussioni sulle differenze culturali e sui contesti diversificati, i termini *multiculturale*, *interculturale*, *transculturale* e *cross-culturale* assumono significati distinti [5,12]:

- ♦ Il *multiculturalismo* descrive **l'esistenza parallela di diversi gruppi culturali all'interno di una società, come un mosaico di identità culturali separate e relativamente stabili.** Gli ambienti multiculturali spesso non favoriscono interazioni profonde tra le culture, poiché si concentrano sulla tolleranza e sulla rappresentanza piuttosto che su uno scambio attivo o sull'integrazione. Il multiculturalismo tende a preservare i confini culturali, permettendo ai gruppi di coesistere senza necessariamente influenzarsi a vicenda nelle pratiche o nelle prospettive.

- ♦ L'**interculturalismo** si concentra sulle **interazioni e le relazioni tra gruppi culturali distinti**. Promuove il dialogo e la comprensione reciproca, riconoscendo le differenze culturali, spesso in contesti caratterizzati da tensioni storiche o strutturali tra gruppi dominanti e minoritari. I modelli interculturali sono particolarmente rilevanti nei contesti educativi e comunitari, dove è prioritario favorire la comprensione reciproca tra gruppi culturali diversi.
- ♦ Il **cross-culturalismo** si concentra sul **confronto e sull'analisi di comportamenti, valori, sistemi di credenze, morali, abitudini e norme sociali tra gruppi culturali differenti**; il suo obiettivo principale è comprendere le sfumature culturali che influenzano le interazioni umane. Si tratta di un approccio sistematico nella ricerca, volto a identificare le somiglianze e le differenze tra le culture. Pur non implicando integrazione o fusione, consente a ricercatori e professionisti di sviluppare modelli che facilitano la comunicazione e aiutano a prevenire fraintendimenti in contesti diversificati.
- ♦ Il **transculturalismo** deriva da prospettive teoriche che vedono le culture come relazionali, dinamiche, fluide e in continua evoluzione. In questa visione, **le culture non sono né statiche né isolate, ma vengono plasmate attivamente attraverso interazioni continue e influenze reciproche**. Questa prospettiva è particolarmente rilevante nei contesti migratori, poiché mette in evidenza le esperienze condivise e interconnesse che attraversano le barriere culturali. Superando l'idea di culture come "isole" separate, il transculturalismo promuove una mentalità di coesione sociale, **rappresentando un quadro cruciale per comprendere le complessità dell'identità e dell'appartenenza in un mondo sempre più globalizzato**.

In questo corso, adottiamo una prospettiva transculturale che va oltre una comprensione unidimensionale e lineare della migrazione. Per comprendere appieno le complessità delle esperienze vissute da migranti e rifugiati, riconosciamo che gli individui interagiscono costantemente con (e si adattano a) elementi culturali diversi, accedendo a reti più ampie di conoscenza. Come professionisti e fornitori di servizi, anche noi siamo chiamati a evolverci, lasciando alle spalle le prospettive familiari per incontrare veramente le persone nel loro cammino verso la costruzione di una nuova casa. Questa

trasformazione reciproca permette a entrambe le parti di superare le divisioni culturali, favorendo un percorso comune di resilienza, adattamento e comprensione.

2. La relazione tra cultura e salute mentale

La fenomenologia della salute mentale **si riferisce al modo in cui gli individui vivono e danno significato al proprio benessere mentale**. Si concentra sui significati e sulle interpretazioni soggettive che le persone attribuiscono alle loro esperienze psicologiche, all'interno di un contesto culturale più ampio di credenze, valori e pratiche [1]. Tuttavia, la cultura non influenza solo le esperienze soggettive degli individui, ma anche **le dinamiche delle loro relazioni con i professionisti della salute** [6,7]. Come discusso nell'Unità 1.5, quando i fattori sociali e culturali vengono ignorati nel processo di valutazione, possono verificarsi errori diagnostici e il perpetuarsi di stereotipi clinici basati su razza, etnia, genere e altri fattori. Inoltre, un crescente numero di studi evidenzia che **i sistemi sanitari attuali potrebbero non essere sufficientemente attrezzati per rispondere alle esigenze delle popolazioni minoritarie e migranti in contesti transculturali** [3]. Nella sezione seguente, faremo riferimento a una serie di fattori culturali che possono influenzare diversi aspetti della salute mentale.

Identità personale

La cultura influenza in modo significativo non solo il modo in cui gli individui definiscono e affrontano i problemi, ma anche **le loro assunzioni sull'identità personale e le relazioni**. Questa diversità di visioni del mondo implica che le credenze fondamentali sulla realtà e sul sé variano ampiamente tra le culture. La depressione, ad esempio, **nelle culture non occidentali si manifesta spesso attraverso disturbi somatici e relazionali, riflettendo una concezione socio-centrica (o collettiva) dell'identità in questi contesti** [1,3,4]. Qui, il senso di sé è profondamente radicato nelle relazioni e nei contesti sociali (e da essi è continuamente plasmato). Al contrario, le culture occidentali tendono a descrivere la depressione attraverso **sentimenti di inutilità e disperazione**. Questi sono stati intrapsichici che riflettono una concezione individualistica del sé, inteso come un'entità autonoma e interiore, responsabile della propria capacità di agire [4].

Nei contesti non occidentali, dove l'identità personale è più relazionale, **concetti come onore, dovere e virtù rivestono un ruolo centrale**, mentre **le società occidentali privilegiano l'auto-realizzazione e l'autenticità**. Questa differenza nella concezione del sé influisce anche sul tipo di esperienze emotive riportate: **il senso di colpa è più comune nelle culture individualistiche**, in quanto deriva da un'autocritica interna, mentre **la vergogna è più pronunciata nelle culture collettivistiche**, legata al giudizio sociale. Queste visioni contrastanti dell'identità possono rappresentare una sfida per i professionisti, specialmente per coloro formati in modelli occidentali che si concentrano sul cambiamento individuale [4].

Stili di coping e ricerca di trattamento

La cultura influenza anche gli stili di coping e i comportamenti relativi alla ricerca di trattamento [3,4], determinando **se un individuo si rivolgerà ai servizi di salute mentale convenzionali o ai guaritori tradizionali**. Nelle culture in cui il disagio psicologico è percepito come il risultato di forze spirituali (come maledizioni o il malocchio), è più probabile che le persone cerchino supporto presso praticanti della comunità piuttosto che presso strutture psichiatriche [1,3,4]. La ricerca di trattamento può essere inoltre influenzata dalle esperienze di apprendimento socio-culturale legate alla salute mentale. Alcune culture promuovono l'apertura emotiva, mentre altre incoraggiano la moderazione. Nelle culture in cui i **problemi di salute mentale sono associati a vergogna o debolezza, le persone possono interiorizzare tali credenze**, mostrando riluttanza nell'accedere ai servizi di salute mentale.

Stigma

Definito come un "insieme di atteggiamenti e credenze negative" [8], lo **stigma motiva la paura sociale, l'evitamento e la discriminazione verso le persone che affrontano difficoltà di salute mentale**. Lo stigma legato ai problemi di salute mentale e alla ricerca di aiuto può essere analizzato attraverso cinque domini distinti ma interconnessi [9]: (1) **auto-stigma**, (2) **stigma legato alla ricerca di aiuto**, (3) **stigma associativo**, (4) **stigma pubblico** e (5) **stigma anticipato**. Lo stigma è particolarmente radicato in alcuni gruppi culturali, che possono sperimentare una vergogna e un isolamento più intensi a causa delle norme culturali. Studi dimostrano, ad esempio, che le comunità asiatico-americane negli Stati Uniti cercano aiuto a tassi inferiori,

in parte a causa dello **stigma estremo che associa la malattia mentale al disonore familiare** [10]. Inoltre, ricerche transculturali evidenziano come gli atteggiamenti pubblici verso la malattia mentale varino [1,10,11]: le comunità ispaniche e asiatico-americane tendono a considerare le persone con difficoltà di salute mentale più pericolose rispetto ad altri gruppi, rafforzando potenzialmente le barriere al trattamento.

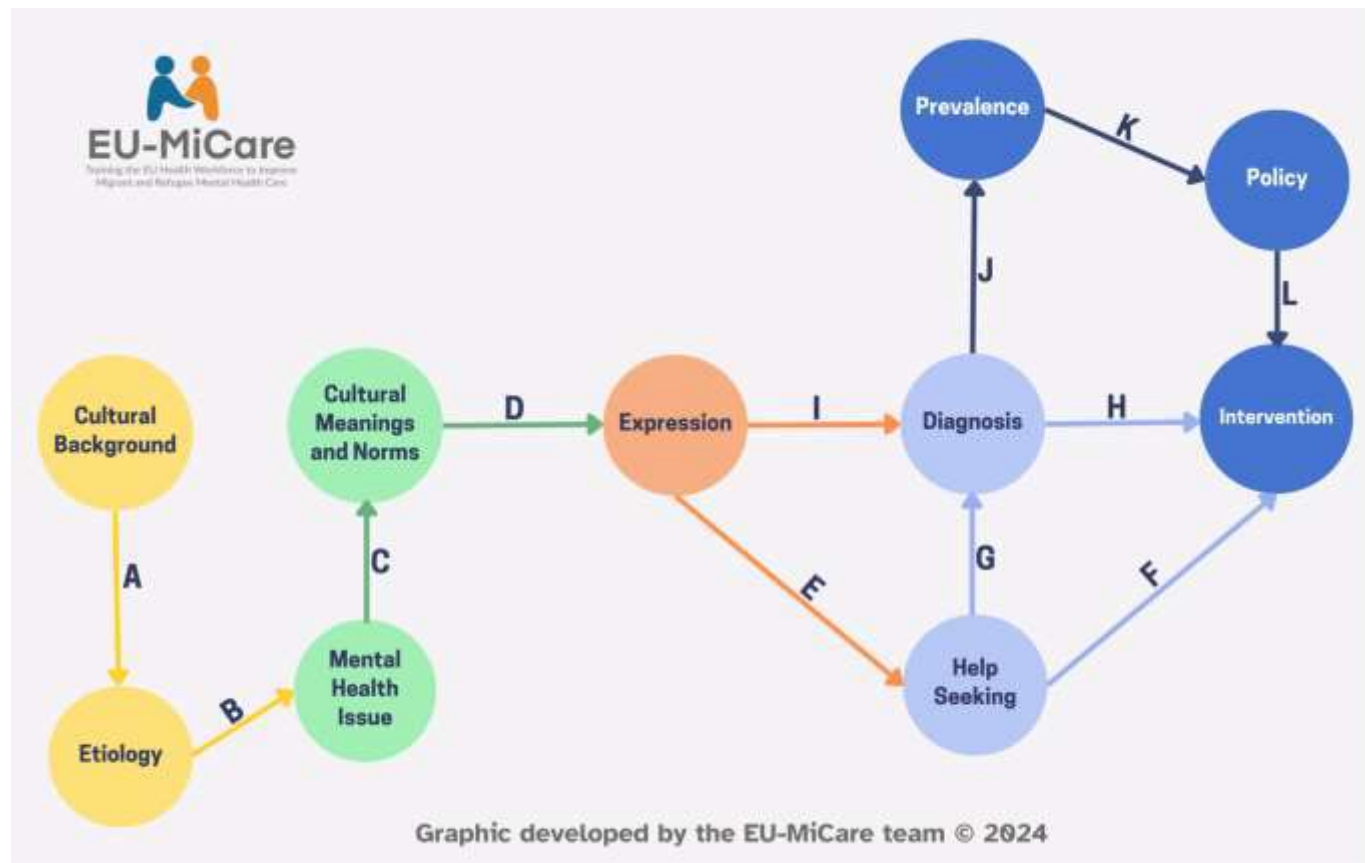
Relazioni all'interno dei sistemi sanitari

Quando gli utenti dei servizi e i professionisti non condividono lo stesso contesto culturale, **il rischio di disallineamenti nei valori, nelle supposizioni e nelle aspettative riguardo al trattamento può aumentare**, con il pericolo che i professionisti trascurino sintomi o prospettive che l'utente considera essenziali. Inoltre, **le dinamiche di potere, i pregiudizi istituzionali e le ingiustizie storiche che permeano i sistemi sanitari** possono rappresentare barriere significative per l'erogazione di cure efficaci [2,7]. Ad esempio, le popolazioni emarginate affrontano spesso discriminazioni sistemiche, che possono alimentare **sentimenti di sfiducia nei confronti delle istituzioni sanitarie, storicamente incapaci di offrire un servizio equo**.

Anche i professionisti della salute, come qualsiasi altro gruppo, possiedono una cultura professionale specifica – caratterizzata da un forte orientamento verso i **modelli biomedici, che interpretano le problematiche di salute mentale come il risultato di squilibri chimici nel cervello**. Ciò può portare a enfatizzare le “diagnosi oggettive” e i trattamenti farmacologici come metodo d'intervento principale [4]. Tuttavia, questo approccio rischia di **privilegiare soluzioni universali, creando involontariamente una distanza dagli utenti, trascurando le percezioni culturalmente radicate che modellano le esperienze individuali di salute mentale**.

Sebbene vi sia una crescente consapevolezza tra i professionisti del ruolo significativo della cultura sulla salute mentale, molti continuano a faticare nel tradurre questi fattori culturali nella pratica clinica. Il modello *Cultural Influences on Mental Health* (CIMH) (vedi Figura 2.1.1 di seguito e tabella nella pagina successiva) [3] è stato sviluppato appositamente per colmare questa lacuna, offrendo **un approccio strutturato per comprendere come la cultura interagisca con la salute mentale**.

Figura 2.1.1. “Il modello delle influenze culturali sulla salute mentale (CIMH)”



Nota: grafici adattata dal team EU-MiCare dalla fonte Hwang et al. (2008)

Componenti del modello CIMH	
Percorsi A e B:	Il contesto culturale e le caratteristiche individuali (A) sono fattori che influenzano l'insorgenza di problemi di salute mentale (B). Ad esempio, i rifugiati che hanno subito uno sradicamento possono affrontare stress specifici e ostacoli nell'accesso alle cure, aumentando il rischio di conseguenze negative sulla salute mentale.
Percorsi C e D:	I significati e le norme culturali (C) plasmano il modo in cui i problemi di salute mentale vengono espressi (D).
Percorsi E e I:	Il modo in cui i problemi di salute mentale vengono espressi influisce sulla decisione di cercare aiuto (E) e sulle ipotesi diagnostiche formulate (I).
Percorsi G, H e F:	I professionisti di diversi ambiti, come la medicina di base, i servizi di salute mentale e le pratiche di medicina indigena o tradizionale, possono interpretare in modo diverso la presentazione dei problemi di salute mentale (G), portando a trattamenti e risultati diversi (H e F).

Percorsi J, K e L:

La diagnosi influisce sui dati relativi alla prevalenza dei problemi di salute mentale all'interno di gruppi specifici, come i migranti (J). Questi dati possono guidare le decisioni politiche (K), influenzando così i tipi di trattamenti disponibili, comprese le cure culturalmente sensibili e le risorse di salute mentale nelle lingue native (L).

Nota: risorsa riprodotta dal team EU-MiCare dalla fonte Hwang et al. (2008)

© **Punto chiave:** Un approccio culturalmente sensibile al counseling in caso di lutto traumatico

Per illustrare queste considerazioni culturali, il Professor John McLeod [4] ha fornito il seguente caso di studio:

Nell'inverno del 1984, circa 12.000 Falascia (ebrei d'Etiopia) furono costretti ad abbandonare i loro villaggi nel nord dell'Etiopia a causa di una combinazione di fame, paura della guerra e il desiderio di emigrare in Israele. Durante il lungo cammino attraverso il deserto e nei centri per rifugiati, circa 3.000 persone morirono. Alla fine, il governo israeliano riuscì a organizzare un ponte aereo per portare in salvo i sopravvissuti, ma solo dopo aver subito enormi traumi e disgregazioni nelle loro famiglie.

Circa due anni dopo, M., una donna etiopica di 31 anni, sposata e madre di quattro figli, che parlava esclusivamente l'amarico, venne indirizzata a un reparto psichiatrico di Gerusalemme. Sebbene fosse difficile ottenere una traduzione adeguata, emerse che M. aveva vagato per settimane nel deserto, durante le quali suo figlio era morto. Aveva continuato a trasportare il corpo per diversi giorni, fino al suo arrivo in Israele, dove il cadavere, ormai maleodorante, le era stato tolto e sepolto. Nei due anni precedenti, M. era stata ricoverata più volte per quelli che erano stati definiti "attacchi di asma". Ora appariva agitata, spaventata e depressa, lamentandosi di "avere un serpente nella gamba". Le fu diagnosticato un episodio psicotico acuto. Il personale del reparto psichiatrico riuscì a coinvolgere un'antropologa esperta della cultura e della lingua di M., scoprendo così che la donna si percepiva come "impura". Non aveva infatti potuto sottoporsi al rito di purificazione previsto dalla sua setta religiosa per chiunque fosse entrato in contatto con un cadavere umano. Inoltre, sua suocera le aveva impedito di esprimere il proprio dolore per il lutto subito. L'espressione "serpente nella gamba" si rivelò essere una metafora usata dai Falascia per indicare un conflitto con la suocera. M. ricevette supporto psicologico che la incoraggiò a parlare della morte del figlio, e venne organizzato per lei un rito di

purificazione. A 30 mesi di follow-up, risultava in buona salute e aveva avuto un altro bambino, sebbene confessasse di portare ancora il lutto per il figlio perduto.

Il caso di M e le questioni che solleva sono trattati in modo più approfondito in Schreiber (1995). Questo caso evidenzia i punti di forza di un approccio multiculturale. Sebbene la persona in difficoltà presentasse sintomi fisici e somatici che, in teoria, avrebbero potuto essere affrontati con farmaci e con la psichiatria convenzionale occidentale, i terapeuti coinvolti si impegnarono a esplorare il significato profondo di questi sintomi. Successivamente, elaborarono una forma di intervento che combinava pratiche tradizionali indigene e approcci psicoterapeutici, adattandola alle esigenze specifiche di questa persona.

3. Le quattro trappole culturali nelle interazioni con migranti e rifugiati

Come discusso in precedenza, per promuovere il benessere psicosociale nel contesto delle interazioni transculturali, **gli operatori sul campo devono superare le difficoltà legate ai propri pregiudizi e atteggiamenti**. Affrontare queste difficoltà richiede autoriflessione e consapevolezza delle quattro trappole culturali che potrebbero compromettere l'efficacia della comunicazione con persone provenienti da contesti culturali e linguistici differenti [12,13].

Le quattro trappole culturali nelle interazioni transculturali

1. Asimmetrie di potere

Le differenze nello status sociale, nella posizione legale o nei ruoli istituzionali possono creare squilibri nelle interazioni tra operatori sul campo e migranti o rifugiati, influenzando la comunicazione e la collaborazione.

ESEMPIO: Mariela, una donna indigena proveniente da una zona rurale di El Salvador, potrebbe sentirsi intimidita dalla sua assistente sociale tedesca a causa del suo status legale e della scarsa familiarità con il sistema sanitario tedesco. Questo squilibrio di potere potrebbe indurla a esitare nel parlare apertamente dei suoi problemi di salute mentale, per timore di essere stigmatizzata, compromettendo così la sua salute generale e il processo di adattamento.

2. Esperienze collettive

Sia gli assistiti/utenti dei servizi che i professionisti portano in terapia le proprie esperienze culturali collettive e le tensioni storiche, influenzando le percezioni e le interazioni reciproche.

ESEMPIO (continua): Se l'assistente sociale di Mariela nutre preconcetti sugli indigeni salvadoregni, considerandoli resistenti alla medicina moderna sulla base di stereotipi storici, questo potrebbe influenzare la sua percezione della riluttanza di Mariela nei confronti di determinati trattamenti.

3. Rappresentazioni degli stranieri	I ritratti offerti dai media influenzano pregiudizi e stereotipi, plasmando le percezioni dei diversi gruppi culturali.

ESEMPIO (continua): I media spesso rappresentano i migranti salvadoregni in una luce negativa, il che potrebbe portare l'assistente sociale di Mariela a vederla inconsciamente attraverso una lente stereotipata, ad esempio percependola come una vittima o definendola esclusivamente in base al suo status di migrante. Riconoscere e mettere in discussione questi stereotipi consente all'assistente sociale di offrire un'assistenza più personalizzata e significativa.

4. Diversi modelli culturali	Le differenze nelle norme culturali possono generare incomprensioni nella relazione tra la persona che cerca aiuto e il professionista.

ESEMPIO (continua): L'assistente sociale di Mariela potrebbe aspettarsi di avviare le sessioni di counseling affrontando direttamente le questioni psicosociali, mentre Mariela è abituata a costruire un rapporto di fiducia attraverso conversazioni informali iniziali. Questo approccio diretto potrebbe risultare per Mariela brusco o impersonale. L'assistente sociale dovrebbe riconoscere questa differenza culturale e dedicare tempo alla costruzione della relazione, favorendo così una comunicazione più efficace e un miglior risultato terapeutico.

Nota: risorsa riprodotta dal team EU-MiCare dalla fonte von Lersner & Kizilhan (2017)

4. Integrare prospettive diverse nella valutazione della salute mentale

La sezione seguente presenta modelli pratici e strumenti pensati per aiutare a identificare e affrontare i punti di stallo nella relazione professionista-cliente, in particolare nel contesto dell'assistenza a migranti e rifugiati. Un riepilogo delle categorie diagnostiche e delle relative considerazioni culturali può essere trovato nel Modulo 1, Unità 1.5: Le condizioni di salute mentale più comuni tra migranti e rifugiati.

Modelli esplicativi nella pratica clinica

Un aspetto essenziale del lavoro in contesti transculturali è **comprendere come le persone attribuiscono significato alle loro esperienze**. Il DSM-5 definisce i **concetti culturali del disagio** come i modi in cui i gruppi culturali “vivono, comprendono e comunicano la sofferenza, i problemi comportamentali o i pensieri ed

emozioni problematici” [14]. Queste “interpretazioni” o “spiegazioni,” che possono differire dai modelli scientifici, riflettono i modelli esplicativi di malattia propri delle persone. L’utilizzo di un **modello esplicativo** (EM) consente ai clinici di porre domande del tipo **Cosa, Perché, Come e Chi** per creare un linguaggio comune con i pazienti, con l’obiettivo di raggiungere un risultato condiviso: la guarigione [15,16]. Integrare i modelli esplicativi nei processi di valutazione permette ai professionisti di acquisire preziose informazioni sulle credenze, le aspettative e il *background* della persona, aumentando l’efficacia dell’intervento..

 **Pausa di riflessione:** *Impegnati in una riflessione personale (o in una riflessione di gruppo con i tuoi colleghi) pensando a un momento particolarmente difficile.*

Rifletti su un’esperienza difficile o stressante che hai vissuto in un contesto culturale diverso, un’esperienza in cui ti sei sentito frustrato, confuso, imbarazzato o profondamente turbato. Considera come il tuo contesto culturale potrebbe aver influenzato la tua reazione a questa situazione. Riesci a identificare fattori culturali che potrebbero spiegare la tua risposta? Come avrebbero reagito le persone locali di quella cultura in modo simile o diverso, e quale potrebbe essere stato il loro modello esplicativo di disagio o malattia in quella situazione? Perché pensi che ci siano differenze nelle reazioni, se ce ne sono?

Fonte: [Culture Matters: The Peace Corps Cross-Cultural Workbook](#)
e adattato dal team EU-MiCare per gli scopi di questo corso.

L’adattamento di questa grafica per gli scopi di questo esercizio non implica l’approvazione da parte di Peace Corps.

L’**Intervista per l’Inquadramento Culturale** (CFI) [17] è il primo strumento del sistema DSM progettato per integrare l’approccio del modello esplicativo nell’analisi delle problematiche legate alla salute mentale. La CFI sarà approfondita nell’Unità 2.3. Nel frattempo, la tabella nella pagina successiva offre una guida pratica che può essere utilizzata come **spunto iniziale per avviare un dialogo sulla salute mentale**. Questo strumento aiuta i professionisti **a comprendere la prospettiva individuale della persona e a costruire un ponte per sviluppare modelli esplicativi personalizzati** [12].

→ **VIDEO:** [Using the Cultural Formulation Interview](#) 

Come definiresti il tuo problema?

1. Quali sono le conseguenze del problema?
2. Quali sono le cause del problema?
3. Da quanto tempo persiste il problema?
4. Quali spiegazioni offre la tua famiglia o il tuo ambiente sociale riguardo al problema?
5. Quali preoccupazioni hai riguardo al problema?
6. Come pensi che possa essere affrontato o trattato?
7. Chi potrebbe aiutarti?

Nota: risorsa riprodotta dal team EU-MiCare dalla fonte Von Lersner & Kizilhan (2017)

Espressioni culturali di profonda tristezza (“idiomi del disagio”)

Sebbene la depressione sia riconosciuta come un concetto universale che attraversa le culture [12], gli approcci culturali al disagio sono influenzati dai modelli esplicativi individuali e dalle norme culturali legate alla salute mentale. Di conseguenza, persone provenienti da contesti culturali diversi possono esprimere il disagio in modi distinti. Queste espressioni specifiche, **che spesso non si allineano direttamente a sintomi o sindromi definiti, ma riflettono piuttosto una comprensione collettiva del disagio all'interno di una comunità**, sono conosciute come **idiomi del disagio** [18].

Esempio: In Turchia, due espressioni idiomatiche che rappresentano una profonda tristezza sono “ho la testa fredda” e “ho il fegato freddo”. Le emozioni espresse non rientrano nei tradizionali schemi diagnostici occidentali e devono essere interpretate in modo figurato. Queste espressioni offrono una comprensione degli stati interiori attraverso una modalità culturalmente condivisa [12].

Perché è importante considerare gli idiomi del disagio? Queste espressioni rappresentano un ponte essenziale per i professionisti della salute mentale, consentendo loro di approfondire la comprensione delle problematiche e delle sfide che migranti e rifugiati esprimono riguardo al proprio benessere. Inoltre, per i professionisti di altri ambiti, gli idiomi del disagio possono segnalare che una persona si trova in una

fase in cui è opportuno avviare un percorso di assistenza specializzata e indirizzarla a un esperto di salute mentale. Pur non essendo necessario memorizzare ogni idioma, frase o concetto, poiché la loro rilevanza varia (o può essere assente) a seconda delle comunità, è fondamentale che i professionisti mantengano un atteggiamento aperto e curioso. Questo significa esplorare le molteplici forme di comunicazione influenzate da fattori come generazione, storia, area geografica e identità di genere.

Il DSM-5 presenta un elenco di “concetti culturali del disagio” per supportare i professionisti della salute mentale nell’integrare queste sfumature nella pratica clinica [14], evidenziando l’importanza di comprendere non solo l’intensità, ma anche il significato profondo di queste espressioni di disagio specifiche per ogni cultura. Ulteriori informazioni sono disponibili nel  [Repository](#) (vedi 2.1 – Scheda informativa 1: “Elenco degli idiomi del disagio”).

Competenza culturale e sensibilità culturale

Lo sviluppo della competenza culturale richiede un approccio articolato che comprenda una profonda conoscenza delle norme, dei valori, delle credenze e degli stili di comunicazione propri di culture diverse. Inoltre, richiede **la capacità di sviluppare empatia, curiosità, umiltà e apertura verso le differenze culturali** [2,7]. La sensibilità culturale non si limita alla semplice consapevolezza della diversità; essa implica la capacità di adattare il proprio comportamento, la comunicazione e le modalità di intervento per rispondere in modo efficace ai bisogni e alle preferenze di individui provenienti da contesti culturali differenti. Ciò include pratiche come l’ascolto attivo, la sospensione del giudizio e l’attenzione alle sfumature culturali nella comunicazione verbale e non verbale [7].

Un’adeguata riflessione e lo sviluppo di queste competenze possono essere di grande aiuto nell’affrontare le sfide incontrate in situazioni simili a quelle descritte in precedenza. Un ulteriore approfondimento su queste competenze e concetti sarà fornito nel Modulo 3, Unità 3.1: Comunicazione efficace e Unità 3.2: Consapevolezza culturale.

 Pausa di riflessione: Rifletti sull'analogia dell'iceberg della cultura

La cultura è stata efficacemente paragonata a un iceberg. Proprio come un iceberg presenta una parte visibile sopra la superficie dell'acqua e una parte molto più ampia e nascosta sotto di essa, anche la cultura comprende aspetti osservabili e altri che possono essere solo immaginati, sospettati o intuiti.

Allo stesso modo, la parte visibile della cultura (i comportamenti osservabili) rappresenta solo una piccola frazione di un insieme molto più vasto. L'idea dell'iceberg culturale è stata introdotta da Edward T. Hall nel suo libro *Beyond Culture* (1976).

Prenditi un momento per riflettere sulle caratteristiche elencate qui di seguito. Pensa a quali di questi aspetti sono visibili nelle tue interazioni quotidiane con migranti e rifugiati, e a quali, invece, rimangono meno evidenti o nascosti sotto la superficie. Rifletti su come questi elementi culturali invisibili possano influenzare i comportamenti e le esperienze che riesci a osservare nel tuo ruolo di professionista o volontario. Durante la riflessione, poni queste domande:

- In che modo gli elementi invisibili della cultura modellano o influenzano i comportamenti visibili?
- Come potrebbero questi fattori influenzare la loro salute mentale o le loro strategie di adattamento?
- In che modo comprendere questi aspetti nascosti potrebbe modificare il tuo approccio verso le persone con cui lavori?

(continua alla pagina successiva)

1. facial expressions	10. gestures	18. concept of self
2. religious beliefs	11. holiday customs	19. work ethic
3. religious rituals	12. concept of fairness	20. concept of beauty
4. importance of time	13. nature of friendship	21. music
5. paintings	14. notions of modesty	22. styles of dress
6. values	15. foods	23. general world view
7. literature	16. eating habits	24. concept of personal space
8. child raising beliefs	17. understanding of the natural world	25. rules of social etiquette
9. concept of leadership		

Fonte: [Culture Matters: The Peace Corps Cross-Cultural Workbook](#)
e adattato dal team EU-MiCare per gli scopi di questo corso.

L'adattamento di questa grafica per gli scopi di questo esercizio non implica l'approvazione da parte di Peace Corps.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Office of the Surgeon General (US), Center for Mental Health Services (US), & National Institute of Mental Health (US). (2001). *Mental health: Culture, race, and ethnicity: A supplement to mental health: A report of the Surgeon General*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- [2] Ogundare, T. (2020). Culture and mental health: Towards cultural competence in mental health delivery. *Journal of Health and Social Sciences*, 5(1), 23–34.
- [3] Hwang, W. C., Myers, H. F., Abe-Kim, J., & Ting, J. Y. (2008). A conceptual paradigm for understanding culture's impact on mental health: the cultural influences on mental health (CIMH) model. *Clinical Psychology Review*, 28(2), 211–227. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.05.001>
- [4] McLeod, J. (2013). Multicultural counseling. In *An Introduction to Counselling* (5th ed., pp. 286–315). Open University Press.
- [5] Benessaïeh, A. (2010). *Transcultural Americas: Cultures, Identities, and Nation-States in a Globalized World*. Ottawa, Ontario: University of Ottawa Press.
- [6] Smedley, B. D., Stith, A. Y., Nelson, A. R., & Institute of Medicine (U.S.) Committee on Understanding and Eliminating Racial and Ethnic Disparities in Health Care (2003). *Unequal treatment: Confronting racial and ethnic disparities in health care*. Washington, DC: National Academy Press.
- [7] Kirmayer, L. J. (2012). Rethinking cultural competence. *Transcultural Psychiatry*, 49(2), 149–164. <https://doi.org/10.1177/1363461512444673>
- [8] Corrigan, P. W., & Penn, D. L. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *American Psychologist*, 54(9), 765–776. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.54.9.765>
- [9] Crowe, A., Averett, P., Glass, J. S., Dotson-Blake, K. P., Grissom, S. E., Ficken, D. K., & Holmes, J. (2016). Mental health stigma: Personal and cultural impacts on attitudes. *Journal of Counselor Practice*, 7(2), 97–119.
- [10] Zhang, A. Y., Snowden, L. R., & Sue, S. (1998). Differences between Asian and White Americans' help seeking and utilization patterns in the Los Angeles area. *Journal of Community Psychology*, 26(4), 317–326. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6629\(199807\)26:4<317::AID-JCOP2>3.0.CO;2-Q](https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6629(199807)26:4<317::AID-JCOP2>3.0.CO;2-Q)
- [11] Tucker, J. R., Hammer, J. H., Vogel, D. L., Bitman, R. L., Wade, N. G., & Maier, E. J. (2013). Disentangling self-stigma: are mental illness and help-seeking self-stigmas different? *Journal of Counseling Psychology*, 60(4), 520–531. <https://doi.org/10.1037/a0033555>
- [12] von Lersner, U., & Kizilhan, J. I. (2017). *Kultursensitive Psychotherapie*. Hogrefe. <https://doi.org/10.1026/02755-000>
- [13] Auernheimer, G. (2002). Interkulturelle Kommunikation, mehrdimensional betrachtet, mit Konsequenzen für das Verständnis von interkultureller Kompetenz. In G. Auernheimer (Hrsg.), *Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität* (Interkulturelle Studien, Bd. 13, 2. Aufl., 35–65). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- [14] American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

- [15] Kirmayer, L.J. and Bhugra, D. (2009). Culture and mental illness: social context and explanatory models. In I.M. Salloum and J.E. Mezzich (Eds.), *Psychiatric Diagnosis: Patterns and Prospects* (pp.29–37). New York: John Wiley & Sons.
- [16] Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley, CA: University of California Press.
- [17] Lewis-Fernández, R., Aggarwal, N. K., Hinton, L., Hinton, D. E., & Kirmayer, L. J. (Eds.) (2016). *DSM-5® handbook on the cultural formulation interview*. American Psychiatric Publishing, Inc.
- [18] Kaiser, B. N., & Jo Weaver, L. (2019). Culture-bound syndromes, idioms of distress, and cultural concepts of distress: New directions for an old concept in psychological anthropology. *Transcultural Psychiatry*, 56(4), 589–598.
<https://doi.org/10.1177/1363461519862708>

Unità 2.2: Prospettive intersezionali sulla migrazione e la salute mentale

Descrizione dell'Unità

Questa Unità formativa si propone di supportare professionisti e volontari che lavorano con migranti e rifugiati nell'andare oltre approcci semplicistici nella loro pratica. Affronta i rischi dell'essenzialismo culturale, che tende a ridurre gli individui a un unico elemento identitario, ignorando la complessità delle loro esperienze. L'Unità adotta una prospettiva intersezionale, sottolineando l'importanza di una comprensione multidimensionale dell'identità che includa fattori come razza/etnia, genere, età e status giuridico, oltre alla cultura. Inoltre, offre strumenti e modelli per riconoscere meglio l'interazione tra questi fattori, proponendo un approccio più articolato per sostenere la salute mentale e il benessere psicosociale di migranti e rifugiati.

Sezioni dell'Unità

1. [Introduzione: oltre la cultura](#)
2. [Esplorare le dimensioni socio-politiche dell'identità nel lavoro con migranti e rifugiati](#)
3. [Intersezionalità: un quadro per comprendere la complessità](#)

1. Introduzione: oltre la cultura

Come mostrato nelle Unità precedenti, la cultura è un elemento centrale che modella le identità e le esperienze individuali, comprese le percezioni della salute mentale e del benessere. Tuttavia, incombe il **rischio dell'essenzialismo culturale** – una prospettiva che restringe il campo, posizionando la cultura come unico fattore determinante delle azioni e dei risultati, in particolare nel caso di migranti e rifugiati. Questa tendenza, simile alla **semplificazione** delle identità dei migranti, appiattisce la complessità delle vite delle persone in narrazioni unidimensionali definite esclusivamente dall'origine, dall'aspetto o dalla lingua. Ciò che l'essenzialismo e la semplificazione hanno in comune è che **gli individui vengono ridotti (e categorizzati) a una sola caratteristica** – in questo caso, la cultura – **mentre tutte le altre dimensioni della**

loro identità vengono ignorate o, peggio, cancellate. Questo, alla fine, rafforza gli stereotipi e perpetua le divisioni tra “Noi” e “Loro”.

Quando definiamo noi stessi, pochi di noi si affiderebbero esclusivamente alle categorie di “tedesco”, “italiano”, “spagnolo” o “greco” senza includere altre dimensioni dell’identità, come il nostro genere, la nostra professione o la nostra età. La cultura non può in alcun modo essere considerata un’unica spiegazione per il comportamento umano. Anche all’interno dello stesso gruppo culturale, le interpretazioni e le pratiche culturali possono variare notevolmente, influenzate da fattori come l’età, la classe sociale, il livello di istruzione, il genere, l’orientamento sessuale o il contesto geografico.

Per superare questa prospettiva limitante, è necessario adottare una comprensione più articolata della cultura. La cultura non deve essere concepita come un monolite, bensì come un’**interazione dinamica di discorsi e pratiche, profondamente condizionata da sistemi di potere più ampi**. In questo contesto, l’intersezionalità rappresenta uno strumento fondamentale, fornendo un mezzo per smantellare binarismi semplicistici e mettere in evidenza le forze strutturali che modellano le realtà vissute delle persone in movimento. Sebbene la cultura abbia un’influenza innegabile sulla salute mentale, **non può essere separata dai modi in cui la migrazione si intreccia con altre dimensioni dell’identità**, come la razza/etnia, la classe sociale e il genere.

Comprendere le esperienze di coloro che intendiamo sostenere richiede **una prospettiva multidimensionale che rispetti la complessità delle loro identità e posizioni**. Per gli operatori sul campo, questo implica il riconoscimento dei **molteplici fattori che influenzano le vite di migranti e rifugiati** – nei loro Paesi d’origine, durante i loro percorsi e nei nuovi contesti in cui si stabiliscono. Tale consapevolezza è essenziale per rispondere alle loro esigenze, alle loro preoccupazioni e alle loro risorse specifiche, in particolare nel sostegno alla salute mentale e al benessere psicosociale. Questa Unità analizzerà la prospettiva intersezionale come quadro di riferimento per superare spiegazioni riduttive basate esclusivamente sulla cultura, concentrandosi invece su **un’analisi più ampia del potere e del suo ruolo nel**

definire chi sono i migranti e i rifugiati, insieme alle sfide e alle contraddizioni che si trovano ad affrontare.

2. Esplorare le dimensioni socio-politiche dell'identità nel lavoro con migranti e rifugiati

Non esiste un elenco definitivo di elementi significativi (noti anche come indicatori di identità, categorie sociali o dimensioni), così come non esiste un elenco definitivo di identità. Nella letteratura accademica e nella ricerca, gli elementi più discussi sono genere, razza/etnia¹ e classe sociale, a seconda del contesto della ricerca. Tuttavia, per alcune persone, altre dimensioni come età, sessualità, disabilità, religione o status legale possono assumere un ruolo fondamentale. Essenzialmente, **le dimensioni decisive variano da individuo a individuo e dipendono sia dalla situazione personale sia dal contesto.**

La Figura 2.2.1 illustra i diversi livelli in cui gli individui, in base a specifiche caratteristiche, possono sperimentare emarginazione o esercitare potere all'interno della società. **Le posizioni più vicine al centro rappresentano il potere e indicano che l'individuo può beneficiare di maggior privilegio in quella dimensione** (ad esempio: essere cittadino, essere bianco o essere benestante). Al contrario, **le posizioni più distanti dal centro segnalano una maggiore emarginazione e un potenziale rischio di discriminazione** (ad esempio: avere una disabilità significativa o non avere una casa).

¹ Nel contesto statunitense, i termini “razza” ed “etnia” sono categorie abitualmente utilizzate dalla ricerca, dai media e dalle classificazioni censuarie. Nel contesto europeo, per le sue connotazioni storiche e per la possibilità di rafforzare gli stereotipi sulla razza, il termine “razza” viene per lo più evitato. Vengono invece utilizzati concetti alternativi come “etnia”, “origine etnica” o “contesto migratorio”.

Figura 2.2.1. “La ruota del potere/privilegio”



Nota: grafica realizzata da @sylviaaduckworth basata su Consiglio Canadese per i Rifugiati.

Posizionandoti sulla ruota lungo le diverse categorie, probabilmente noterai che, in alcuni casi, la tua posizione è più vicina al centro, mentre in altri ti troverai più verso l'esterno. Lo stesso vale per i migranti e i rifugiati che potresti incontrare in un contesto professionale. Sebbene questa versione della ruota includa molte caratteristiche importanti, **non dovrebbe essere considerata definitiva**. È possibile aggiungere ulteriori categorie, oppure alcune incluse potrebbero avere un ruolo marginale per determinati individui o in specifici contesti. **Esistono numerose dimensioni che influenzano le esperienze vissute dai migranti e dai rifugiati, sia in modo positivo che negativo**. Una lista indicativa, non esaustiva, può essere trovata nel [Repository](#) (vedi 2.2 – Documento 1. “Un elenco non esaustivo di caratteristiche”)

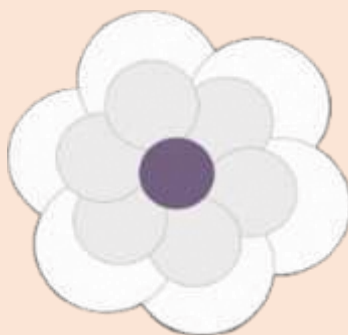
La salute mentale è inclusa come categoria nella ruota del potere e dei privilegi, evidenziandone la duplice relazione con posizioni di privilegio ed emarginazione. Le persone con una salute mentale stabile hanno spesso una maggiore capacità di orientarsi nei sistemi di potere rispetto a quelle che presentano

vulnerabilità in ambito mentale. Tuttavia, questa dinamica è strettamente intrecciata con altre dimensioni dell'identità, variando in intensità e impatto:

- **Cittadinanza/Status legale:** L'insicurezza prolungata riguardo allo status legale aggrava in modo significativo i problemi di salute mentale tra rifugiati, richiedenti asilo e migranti privi di documenti. Come già visto nell'Unità 1.2, fattori quali detenzione, mobilità limitata e condizioni abitative precarie contribuiscono al peggioramento della salute mentale [1,2,3].
- **Aspetto/Colore della pelle:** Caratteristiche visibili di differenza, come il colore della pelle o l'abbigliamento culturale, aumentano significativamente l'esposizione alla discriminazione e alla violenza razzista, entrambe fortemente correlate al disagio psicologico. Queste esperienze **non sono distribuite uniformemente tra migranti e rifugiati, ma variano in base a razza ed etnia**. Le persone facilmente identificabili come "straniere" o "altre" in base al loro aspetto (ad esempio, pelle più scura o abbigliamento culturale come il velo) affrontano rischi maggiori di discriminazione e violenza. Coloro che riescono a integrarsi più facilmente in società prevalentemente bianche ed europee hanno meno probabilità di subire tali trattamenti [4,5,6]. Queste disparità sottolineano il peso sproporzionato che grava sulla salute mentale dei gruppi visibilmente emarginati.
- **Genere:** Nella salute mentale, i modelli spesso seguono le concezioni tradizionali di femminilità e mascolinità, oltre alle aspettative di genere. Le donne tendono a essere maggiormente soggette a disturbi interiorizzati, come ansia e depressione, spesso caratterizzati da autocritica e senso di colpa [7]. Al contrario, gli uomini sono più inclini a disturbi esternalizzati, come l'abuso di sostanze o la dipendenza, che si manifestano frequentemente con comportamenti aggressivi o conflittuali [8,9]. **Tuttavia, le ricerche più recenti sulla salute mentale sottolineano la necessità di comprendere situazioni che emergono all'intersezione tra genere e altri fattori, come razza/etnia e classe sociale.**

 Pausa di riflessione: *Impegnati in una riflessione personale utilizzando il Fiore del Potere.*

Disegna un fiore grande su un foglio di carta, seguendo l'esempio riportato di seguito. Assegna a 6–7 petali delle categorie di identità rilevanti per il tuo contesto, come sesso, razza/etnia, classe sociale, religione, tipo di famiglia, livello di istruzione, abilità/disabilità o origine geografica. Il centro del fiore rappresenta la nazionalità (ad esempio, spagnola), i petali interni riflettono le tue caratteristiche specifiche (ad esempio, genere: femminile; religione: musulmana), mentre i petali esterni rappresentano le identità dominanti nella società (ossia quelle identità che storicamente e attualmente hanno maggiori risorse e influenza; ad esempio, genere: maschile; religione: cattolica).



Dopo aver completato i petali con le tue caratteristiche personali, rifletti sulle seguenti domande:

- Quante delle tue caratteristiche personali differiscono dall'identità dominante?
- Quali delle tue caratteristiche sono fisse o immutabili?
- Che cosa ti rivela questa riflessione sul tuo potere personale o sul tuo potenziale di esercitare potere?
- In che modo questa consapevolezza potrebbe influenzare il tuo ruolo di professionista o volontario che lavora con migranti e rifugiati?

Fonte [JASS \(Just Associates\): We Rise Toolkit](#)
adattato dal team EU-MiCare per gli scopi di questo corso

3. Intersezionalità: un quadro per comprendere la complessità

Come già osservato, **ogni individuo occupa simultaneamente diverse posizioni lungo le molteplici dimensioni dell'identità**. Tuttavia, per comprenderle pienamente, non è sufficiente limitarsi a elencarle o sommarle. È essenziale adottare un approccio che le analizzi in modo integrato, esplorando come queste categorie si intrecciano e si influenzano reciprocamente. Questo metodo rivela la natura profondamente interconnessa delle dimensioni identitarie e il loro impatto complessivo. Il concetto di intersezionalità fornisce una chiave preziosa per comprendere queste interazioni.

L'**intersezionalità** affonda le sue radici nelle lotte sociali e nel movimento per i diritti civili degli anni Settanta negli Stati Uniti, che miravano a contrastare forme di discriminazione multilivello. All'epoca, l'attenzione **era rivolta all'oppressione specifica subita dalle donne nere, colpite contemporaneamente dal sessismo e dal razzismo**. Per molto tempo, questo concetto è rimasto confinato agli ambienti femministi e accademici. Tuttavia, negli ultimi anni, la prospettiva intersezionale è stata sempre più applicata in contesti più ampi, come l'analisi delle disparità sanitarie.

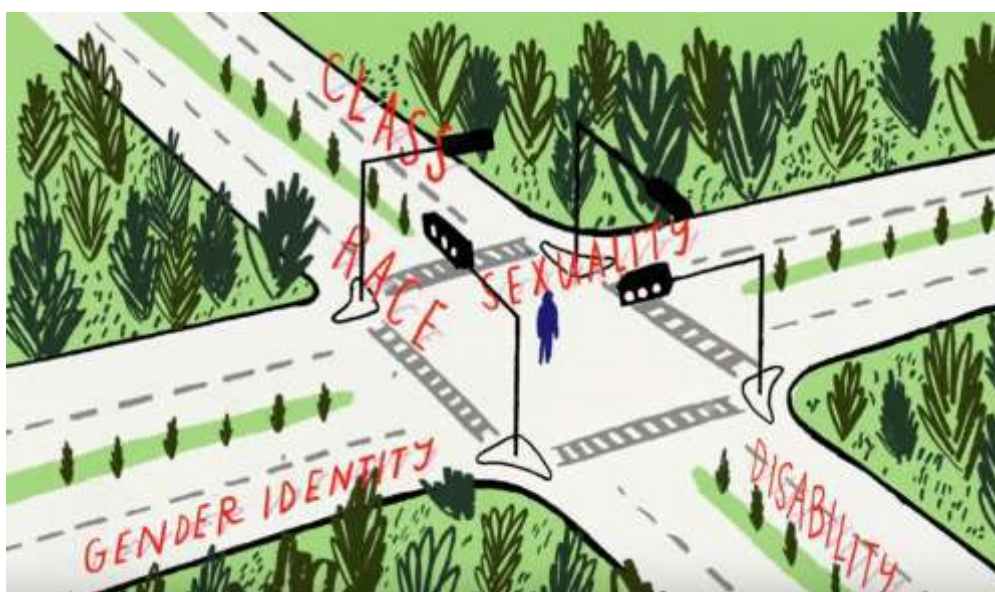
→ **VIDEO:** [What is Intersectionality?](#) 

Il concetto di intersezionalità è stato introdotto alla fine degli anni '80 dalla giurista e sociologa afroamericana Kimberlé Crenshaw [10,11]. Nei suoi studi giuridici, Crenshaw ha utilizzato **la metafora di un incrocio stradale (crossroad) per spiegare le complesse interazioni tra i marcatori identitari/sociali e le diverse forme di discriminazione e oppressione**, come illustrato nella Figura 2.2.2 a pagina successiva. Da allora, l'intersezionalità è diventata uno strumento fondamentale della teoria sociale, offrendo una comprensione approfondita di come le varie categorie sociali si intersecano, dando luogo a esperienze uniche di disuguaglianza e ingiustizia.

Ciò che rende innovativo l'approccio intersezionale è il suo **focus sugli effetti simultanei, sovrapposti e reciprocamente influenti delle diverse categorie socio-politiche**. Questa prospettiva va oltre il semplice riconoscimento delle molteplici dimensioni dell'identità e la loro somma: richiede di comprendere

l'interdipendenza tra di esse. Negli incroci tra queste identità, **gli individui possono sperimentare contemporaneamente sia privilegi sia discriminazioni, in base alla loro appartenenza a diversi gruppi sociali.** Ad esempio, una persona può subire discriminazioni per via della propria identità di genere, ma al contempo godere di privilegi legati al proprio status socioeconomico.

Figura 2.2.2. “L’intersezionalità come un incrocio stradale”



Nota: screenshot tratto dal National Museum of African American History and Culture (NMAAHC) (2017): #APeoplesJourney: African American Women and the Struggle for Equality; YouTube [28.03.2024].

→ **VIDEO:** [Intersectionality and Health](#)

→ **VIDEO:** [Intersectionality and Mental Health](#)

Nel caso di migranti e rifugiati, un approccio intersezionale può aiutare gli operatori sul campo a riconoscere come si originano i processi di discriminazione ed esclusione, e come l'accesso alle risorse e le barriere alla partecipazione siano determinati dall'interazione tra diversi marcatori sociali di differenza. Il caso seguente esemplifica come una prospettiva intersezionale possa migliorare la comprensione di situazioni reali:

(...) una giovane donna Rom subisce discriminazioni nel mercato del lavoro perché (i) è Rom e viene percepita come “pericolosa”, (ii) è una donna e quindi considerata “destinata ad avere presto figli”, e (iii) è giovane, e pertanto vista come “inesperta”. Questi fattori sovrapposti creano una forma di discriminazione amplificata che non può essere compresa semplicemente sommando ciascun criterio individuale. Nell’essere considerata inesperta e incompetente, condivide alcune esperienze di discriminazione con i giovani; nell’essere vista come conforme a un ruolo tradizionale, condivide esperienze con altre donne; nell’essere percepita come pericolosa, condivide esperienze con tutte le persone Rom, compresi gli uomini. Tuttavia, è l’intersezione di tutti questi elementi che rende unica la sua esperienza. (...)

Sebbene la prospettiva intersezionale sia spesso utilizzata per analizzare specifiche forme di oppressione o discriminazione – come nell’esempio precedente – **può anche essere impiegata per identificare risorse e opportunità specifiche che emergono dall’interazione tra diverse dimensioni**. I professionisti e i volontari che lavorano con migranti e rifugiati sono chiamati a comprendere la complessità delle situazioni di vita delle persone con cui operano, caratterizzate dalla **presenza simultanea di privilegi, discriminazioni e risorse**. L’intersezionalità può aiutarli non solo a focalizzarsi sui fattori che rendono difficile la vita di queste persone (ad esempio, difficoltà e avversità legate al genere o all’orientamento sessuale, esperienze di esclusione e mobilità sociale discendente a causa dell’etnia, ecc.), ma **anche su quegli elementi che, se adeguatamente valorizzati, possono rappresentare una risorsa e aprire nuove prospettive per il futuro** (ad esempio, esperienze di appartenenza a una comunità sociale o religiosa, lo sviluppo di competenze e conoscenze personali, legami sociali e familiari).

© **Punto chiave:** *Mettere in pratica le idee di intersezionalità*

Come possono i concetti piuttosto astratti di questa Unità essere concretizzati da professionisti e volontari sul campo? Come possiamo avviare un cambiamento di atteggiamenti e prospettive nella pratica quotidiana? Ecco alcune proposte:

- Considerare la cultura come una delle tante dimensioni che modellano le identità personali e le posizioni di migranti e rifugiati. Ricordate che siamo molto più della cultura in cui siamo cresciuti, e lo stesso vale per le persone con cui lavorate.

- Concentrarsi sull'unicità di ogni persona ed evitare di stereotipare gli individui come rappresentanti di una particolare cultura. Se volete comprendere il ruolo della cultura per una persona specifica, chiedeteglielo direttamente.
- Riconoscere che tutti, voi compresi, siamo influenzati da aspetti culturali che plasmano il nostro modo di pensare, agire e percepire il mondo. Riflettete su come il vostro contesto culturale (insieme ad altri fattori) possa influenzare le vostre percezioni e valutazioni di situazioni o comportamenti.
- Andare oltre la sola competenza culturale come quadro unico per fornire supporto. Sebbene la conoscenza di una cultura sia utile, concentrarsi su esperienze condivise ed elementi comuni favorirà legami più forti con le persone che assistete.
- Utilizzare una prospettiva intersezionale per comprendere le complesse circostanze di vita delle persone che supportate. Considerate l'interazione di varie dimensioni sociali (come genere, età, status legale) ed esplorate come questi fattori possano generare risorse per affrontare le sfide.
- Essere riflessivi! La vostra posizione sociale e le vostre esperienze influenzano gli incontri con le persone con cui interagite. Strumenti come la Ruota del Potere/Privilegio e il Fiore del Potere possono aiutarvi a diventare più consapevoli di come questi fattori incidano sul vostro lavoro.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Hajak, V. L., Sardana, S., Verdeli, H., & Grimm, S. (2021). A systematic review of factors affecting mental health and well-being of asylum seekers and refugees in Germany. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 643704. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.643704>
- [2] Boettcher, V. S., & Neuner, F. (2022). The impact of an insecure asylum status on mental health of adult refugees in Germany. *Clinical Psychology in Europe*, 4(1), e6587. <https://doi.org/10.32872/cpe.6587>
- [3] PICUM (2022). *Insecure residence status, mental health and resilience* (Briefing Paper). Retrieved July 16, 2024, from the PICUM website. https://picum.org/our-publications/?_languages=english
- [4] Williams, D. R., Lawrence, J. A., Davis, B. A., & Vu, C. (2019). Understanding how discrimination can affect health. *Health Services Research*, 54(Suppl 2), 1374–1388. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.13222>
- [5] Antidiskriminierungsstelle des Bundes. (2016). *Diskriminierungsrisiken für Geflüchtete in Deutschland*. Eine Bestandsaufnahme der Antidiskriminierungsstelle des Bundes.
- [6] Szaflarski, M., & Bauldry, S. (2019). The effects of perceived discrimination on immigrant and refugee physical and mental health. *Advances in Medical Sociology*, 19, 173–204. <https://doi.org/10.1108/S1057-629020190000019009>
- [7] Nesterko, Y., Jäckle, D., Friedrich, M., Holzapfel, L., & Glaesmer, H. (2020). Factors predicting symptoms of somatization, depression, anxiety, post-traumatic stress disorder, self-rated mental and physical health among recently arrived refugees in Germany. *Conflict and Health*, 14, 44. <https://doi.org/10.1186/s13031-020-00291-z>
- [8] Barbieri, D., García Cazorla, A., & Thil, L. (2021). *Gender Equality Index 2021: Health*. Publications Office of the European Union. <https://data.europa.eu/doi/10.2839/834132>
- [9] World Health Organization (2002). *Gender and mental health*. Geneva: WHO. <https://iris.who.int/handle/10665/68884>
- [10] Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1, 139–167.
- [11] Crenshaw, K. (1991). Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Review*, 43, 1241–1299.
- [12] Fredman, S. (2016). *Intersectional discrimination in EU gender equality and non-discrimination law*. Publications Office. European Commission, Directorate-General for Justice and Consumers. <https://data.europa.eu/doi/10.2838/241520>

Unità 2.3: Approcci per lo screening della salute mentale di migranti e rifugiati

Descrizione dell'Unità

Questa Unità offre approfondimenti pratici per assistenti sociali, mediatori culturali, volontari e altri operatori pertinenti sulla valutazione dei bisogni di salute mentale di migranti e rifugiati. Introduce un quadro per la collaborazione interdisciplinare, con particolare attenzione ai processi di screening, intervento e invio a specialisti. A supporto di questo, viene fornita una versione sintetica dell'Intervista per l'Inquadramento Culturale (*Cultural Formulation Interview*, CFI) del DSM-5, pensata per favorire una comprensione condivisa tra la persona che cerca aiuto e l'operatore. L'Unità fornisce inoltre indicazioni sulla valutazione del rischio di suicidio, evidenziando strategie per affrontare questo aspetto complesso ma essenziale dell'assistenza a migranti e rifugiati.

Sezioni dell'Unità

1. [Introduzione](#)
2. [Un quadro di riferimento essenziale per la valutazione della salute mentale in contesti multiculturali](#)
3. [Valutazione della salute mentale: l'Intervista per l'Inquadramento Culturale \(CFI\)](#)
4. [Valutazione del rischio di suicidio: aspetti chiave](#)

1. Introduzione

La valutazione della salute mentale in contesti caratterizzati dalla diversità rappresenta una sfida significativa, in particolare per il personale non specializzato che potrebbe non avere la formazione formale tipicamente associata alla diagnosi e al trattamento di condizioni di salute mentale [1,2]. Sebbene sia vero che, nella maggior parte dei paesi, i professionisti specializzati (come psicologi e psichiatri) siano principalmente responsabili della diagnosi e del trattamento psicologico, la realtà è che qualsiasi professionista o volontario – sia esso assistente sociale, mediatore culturale o operatore sul campo –

potrebbe incontrare persone con problematiche di salute mentale. È un mito che lo *screening* della salute mentale sia un compito riservato esclusivamente agli esperti. Al contrario, è fondamentale dotare il personale non specializzato di competenze di base per valutare efficacemente i bisogni di salute mentale [3]. Questo consente loro di identificare i passi necessari e di guidare verso interventi adeguati, inclusi eventuali *follow-up* e invii per chi necessita di un supporto più specializzato. La necessità di strumenti culturalmente sensibili e adattabili diventa ancora più urgente quando si lavora con popolazioni come migranti e rifugiati, i cui diversi contesti culturali e linguistici spesso mettono in discussione gli approcci tradizionali e centrati sul mondo occidentale [1]. Questa Unità affronta queste lacune offrendo un quadro per lo *screening* della salute mentale progettato appositamente per professionisti e volontari non specializzati che lavorano con migranti e rifugiati in vari contesti.

2. Un quadro di riferimento essenziale per la valutazione della salute mentale in contesti multiculturali

Gli interventi psicosociali con migranti e rifugiati si sviluppano spesso attraverso diverse fasi, ciascuna delle quali richiede approcci mirati e strumenti specializzati per affrontare in modo efficace i bisogni diversificati di questa popolazione. In questi contesti, la collaborazione interdisciplinare è cruciale, specialmente quando le sfide sono complesse e le risorse limitate. In pratica, ciò comporta l'integrazione di competenze provenienti dai settori della salute, dell'istruzione, della giustizia, della protezione e dell'ambito psicosociale, con l'obiettivo di creare un sistema di cura coordinato e strutturato su più livelli. La definizione chiara dei ruoli e l'integrazione ragionata delle competenze tra le diverse discipline favoriscono un approccio coerente, assicurando che in ogni fase dell'intervento vengano intraprese azioni appropriate. In questa direzione, il seguente quadro mette in evidenza tre passaggi fondamentali e interconnessi nella valutazione della salute mentale [1,3]:

- 1) **Screening e valutazione**, per i quali è necessario disporre di strumenti e quadri di riferimento adeguati a supportare la valutazione dei due passaggi successivi → *Strumenti e quadri di riferimento per valutazione*

Questa fase richiede strumenti e **quadri di valutazione culturalmente sensibili e adeguati per identificare i bisogni specifici e le preoccupazioni dell'individuo**. Gli *screening* e le valutazioni iniziali sono fondamentali per stabilire se le competenze del professionista o le capacità di un volontario siano sufficienti per affrontare tali bisogni. **Gli strumenti di valutazione dovrebbero coprire in modo esaustivo ambiti come la salute fisica e mentale, la stabilità socio-economica e l'accesso a risorse legali ed educative [2].**

2) Intervento, erogato nell'**ambito delle proprie competenze e utilizzando strategie di intervento sicure**
→ *Strategie professionali di intervento sicuro*

Adattare gli interventi per rispondere ai bisogni e alle preoccupazioni specifiche dell'individuo è essenziale per favorire l'adattamento a un nuovo contesto e ridurre lo stress migratorio. Questo richiede approcci multidisciplinari, tra cui consulenza psicosociale, programmi di integrazione lavorativa ed educativa e assistenza legale. **Le strategie di intervento devono essere pertinenti alle sfide attuali affrontate dall'individuo**. È inoltre importante riconoscere sia i propri limiti professionali che personali.

Oltre a questi aspetti, è essenziale che il personale non specializzato sia in grado di condurre un esame di base dello stato mentale (MSE) per identificare le principali problematiche di salute mentale. L'MSE consiste nell'osservare e documentare elementi fondamentali dello stato mentale di una persona [3]. Questi includono **il Comportamento e l'Aspetto** (segnali legati al modo in cui una persona appare o si comporta), **l'Umore e l'Affettività** (espressione e regolazione delle emozioni), **il Contenuto del Pensiero** (tematiche dei pensieri, come deliri, paranoia o ideazione suicidaria), **i Disturbi Percettivi** (ad esempio, allucinazioni) e **la Cognizione** (alterazioni delle capacità mentali come memoria, ragionamento o processi decisionali). Queste osservazioni forniscono informazioni essenziali che possono guidare ulteriori interventi o il rinvio a specialisti, se necessario. È altrettanto importante comprendere che **il processo di screening e valutazione non si limita all'identificazione dei sintomi, ma mira a costruire fiducia e una comprensione condivisa tra il professionista e la persona che richiede aiuto**, come spiegato nell'Unità 2.1.

3) Invio a risorse esterne, quando è necessario mobilitare risorse di supporto e coinvolgere altri professionisti → *Mobilitazione delle risorse e utilizzo di reti di invio*

Un professionista o volontario ben informato, che operi all'interno di una rete ampia e articolata di risorse, è meglio equipaggiato per affrontare gli interventi con maggiore sicurezza, riducendo l'isolamento che spesso si riscontra in situazioni complesse della vita reale. **La mappatura dei servizi deve essere effettuata prima dello screening e della valutazione per garantire la disponibilità di percorsi di invio efficaci** [4]. La collaborazione con organizzazioni della società civile, municipalità e autorità locali è fondamentale per ottimizzare gli sforzi di supporto. Stabilire relazioni durature con punti di riferimento all'interno di diverse agenzie facilita un processo di invio fluido ed efficiente. Le reti di invio dovrebbero includere servizi essenziali quali **assistenza medica, supporto psicosociale, consulenza legale, consulenza sociale, mediazione culturale e sostegno all'occupazione**, tutti elementi cruciali per il benessere psicosociale di migranti e rifugiati [3,4].

3. Implicazioni per la diagnosi e la valutazione

Come illustrato nell'Unità 2.1, il modello esplicativo adottato da un individuo per affrontare determinate difficoltà, combinato con lo stigma potenziale legato all'espressione dei problemi di salute mentale, può influenzare il livello di comfort nel discutere argomenti intimi con i professionisti sanitari. Una persona che adotta un modello esplicativo prevalentemente somatico per i sintomi di ansia (come la "difficoltà a respirare") e teme di essere giudicata o rifiutata per i propri problemi di salute mentale, potrebbe trovare particolarmente difficile rispondere a domande sulle esperienze intime, come eventi avversi, o persino riconoscere e accettare emozioni spiacevoli.

L'Intervista per l'Inquadramento Culturale (*Cultural Formulation Interview*, CFI) è stata sviluppata dall'*American Psychiatric Association* come parte della quinta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5), **con l'obiettivo di creare un ponte di comunicazione tra l'operatore sul campo e la persona che cerca aiuto** (vedi anche Unità 2.1) [5]. La CFI si basa sul lavoro di Arthur Kleinman, uno psichiatra e antropologo di spicco. Il modello di formulazione culturale di Kleinman evidenzia **l'importanza di comprendere il contesto culturale in cui si manifestano i sintomi mentali**, prendendo in considerazione fattori come l'identità culturale, il contesto sociale e il significato della malattia all'interno di diversi quadri culturali.

In che modo LA CFI può essermi utile come assistente sociale, mediatore culturale o volontario?

La CFI è preziosa per assistenti sociali, mediatori culturali e volontari, poiché facilita la comunicazione e la costruzione di un rapporto di fiducia con persone provenienti da contesti culturali diversi, rendendo più semplice superare le barriere e migliorare il supporto complessivo.

Breve Esplorazione adattata dall'Intervista per l'Inquadramento Culturale (CFI) DSM-5

Spiegazione	Formulazione Suggerita
Definizione culturale del problema <i>(Comprendere le definizioni culturali del problema)</i>	
Elicitare il punto di vista dell'individuo sui problemi centrali e le preoccupazioni principali. Concentrarsi sul modo in cui l'individuo comprende il problema. Utilizzare il termine, l'espressione o una breve descrizione emersa dalla domanda per identificare il problema nelle domande successive (es. "il tuo conflitto con tuo figlio").	Cosa ti porta qui oggi? Le persone spesso comprendono i loro problemi in modo personale, che può essere simile o diverso da come i medici descrivono il problema. Come descriveresti il tuo problema?
Percezioni culturali specifiche della possibile causa, del contesto e del supporto disponibile <i>(Identificare percezioni culturali sulla causa, il contesto e i sistemi di supporto)</i>	
Questa domanda indica il significato del problema per la persona, che potrebbe essere rilevante per il trattamento clinico. Tenere presente che le persone possono identificare cause multiple, a seconda dell'aspetto del problema considerato.	Perché pensi che ti sia successo questo? Quali pensi siano le cause del problema?
Concentrarsi sui punti di vista dei membri della rete sociale della persona, che possono essere diversi e divergenti da quelli dell'individuo.	Cosa pensano gli altri membri della tua famiglia, i tuoi amici o le persone del tuo ambiente delle cause del tuo problema?
Fattori culturali specifici che influenzano le strategie di affrontamento e le richieste di aiuto <i>(Esplorare i fattori che influenzano l'autogestione e i comportamenti di ricerca di aiuto in passato)</i>	
Chiedere informazioni sui diversi tipi di opzioni di supporto (es. trattamento medico, cure psichiatriche, gruppi di supporto, consulenza sul lavoro, medicina popolare, consulenza religiosa o spirituale e altre forme di trattamento tradizionale o alternativo).	Le persone spesso cercano aiuto in modi diversi, tra cui diversi medici, aiutanti o guaritori. Quali tipi di trattamento, aiuto, consulenza o guarigione hai cercato in passato per la tua condizione?
Chiarire l'esperienza e la valutazione della persona sull'aiuto ricevuto.	Quali tipi di aiuto o trattamento sono stati più utili? Quali non lo sono stati?

Fattori culturali specifici che Influenzano la richiesta attuale di aiuto

(Riconoscere l'impatto dei fattori culturali sulla relazione tra la persona e il professionista)

Chiarire i bisogni e le aspettative attuali della persona riguardo all'aiuto, senza porre limiti. Concentrarsi sui punti di vista della loro rete sociale riguardo ai comportamenti di ricerca di aiuto.	Quali tipi di aiuto ritieni che sarebbero più utili per il tuo problema in questo momento?
Esplorare eventuali preoccupazioni legate alla struttura del trattamento o al rapporto medico-paziente, incluse percezioni di razzismo, barriere linguistiche o differenze culturali che potrebbero influenzare la loro disponibilità a cercare aiuto, la comunicazione o la qualità delle cure.	Ti sei mai preoccupato di questo e c'è qualcosa che possiamo fare per assicurarci che tu riceva il trattamento di cui hai bisogno?

Nota: adattato da Falkai et al., 2015 e citato da Lersner & Kizilhan, 2017

4. Valutazione del rischio di suicidio: aspetti chiave

Gli operatori sul campo, inclusi i volontari, potrebbero trovarsi ad affrontare situazioni in cui devono valutare se la vita della persona con cui stanno lavorando è a rischio a causa di pensieri suicidari. Revisioni sistematiche e meta-analisi dimostrano che queste popolazioni presentano tassi significativamente più elevati di suicidio e comportamenti suicidari (come tentativi e ideazione) rispetto alla popolazione generale. **Esperienze di avversità e isolamento sociale contribuiscono in modo rilevante a questo rischio maggiore.** Come evidenziato nel Modulo 1, **questa vulnerabilità di queste persone è ulteriormente aggravata dalla complessa rete di sfide socioeconomiche, culturali e psicologiche che devono affrontare [6,7,8].**

Parlare di suicidio può essere difficile sia per chi cerca aiuto che per chi offre supporto, specialmente se questi ultimi non sono formati o abituati ad affrontare tali argomenti. Tuttavia, il fatto che sia un tema complesso non significa che possa essere ignorato. Per questo motivo, la sezione seguente offre strumenti di base per aiutare gli operatori sul campo a sentirsi più preparati ad affrontare questa delicata questione.

Oltre a una prospettiva orientata alla crisi, è fondamentale comprendere che, quando le persone si sentono intrappolate nelle loro circostanze, il loro disagio spesso si manifesta con affermazioni emotivamente cariche, incluse espressioni di intenzioni suicidarie. Queste dichiarazioni riguardano meno l'idea di finalità e più il bisogno di comunicare la profondità del loro dolore e una disperata richiesta di riconoscimento. Per

i professionisti e i volontari, è cruciale affrontare tali momenti con empatia, riconoscendo la gravità dei sentimenti della persona [8,9].

Il ruolo della responsabilità collettiva nella prevenzione del suicidio

Nel trattare il rischio di suicidio tra migranti e rifugiati, è importante riconoscere che, **sebbene i professionisti della salute e i lavoratori sul campo svolgano un ruolo cruciale, non sono soli nella gestione di queste situazioni complesse**. La prevenzione del suicidio non dovrebbe gravare esclusivamente sulle spalle dei singoli operatori; **è una responsabilità collettiva condivisa da organizzazioni, comunità e reti di supporto**. La responsabilità di tutelare le persone a rischio è integrata in strutture organizzative che garantiscono risorse adeguate e meccanismi di responsabilità. La ricerca evidenzia che i sistemi sanitari devono adottare misure proattive per identificare e affrontare il rischio di suicidio in vari contesti assistenziali. Tuttavia, molte organizzazioni non forniscono un supporto sufficiente, lasciando gli operatori a dover affrontare questi rischi in isolamento.

La prevenzione del suicidio dovrebbe essere considerata parte di **una strategia più ampia e coordinata, che includa una chiara attribuzione di responsabilità organizzative, valutazioni regolari del rischio, protocolli completi per la cura e la post-cura, e un follow-up accurato**. Quest'ultimo dovrebbe comprendere anche invii appropriati e servizi di riabilitazione per le persone a rischio, oltre a supporto per chi fornisce assistenza. I lavoratori sul campo dovrebbero essere dotati non solo delle competenze necessarie, ma anche del **supporto istituzionale per intervenire efficacemente**. Integrare questi elementi garantisce che nessun singolo operatore debba sopportare da solo il peso emotivo e logistico della gestione di queste situazioni.

Principi fondamentali nella risposta alle espressioni di intento suicidario

In sostanza, quando una persona esprime pensieri suicidari, potrebbe voler dire: *“Il dolore è così travolgente che non riesco a immaginare un futuro”*. **Validare questo dolore** (riconoscendo la sensazione di essere intrappolati) **può offrire alla persona un senso di essere vista e ascoltata**. Affermazioni come: *“Sembra che questa situazione sia così opprimente da rendere difficile vedere delle alternative in questo momento”*

riflettono sia empatia che accettazione della loro esperienza. Ulteriori raccomandazioni su come rispondere alle espressioni di intenti suicidari sono fornite di seguito [8,9].

- ◆ **Mantieni un atteggiamento aperto.** Adotta un atteggiamento aperto nell'esplorare in modo culturalmente sensibile il rischio attuale dell'individuo, tenendo conto sia dei tabù che dei fattori protettivi, come credenze o atteggiamenti culturali e religiosi riguardo al suicidio. Chiedi alla persona se sta avendo pensieri sulla morte in generale. Se il suicidio rappresenta un tabù per motivi religiosi o culturali, sarà molto difficile per la persona esprimerlo, poiché questi pensieri sono spesso accompagnati da sensi di colpa. Mantieni una conversazione aperta, empatica e amichevole, evitando giudizi e mostrando comprensione per il conflitto interiore che la persona potrebbe provare [9].
- ◆ **Valida le emozioni.** Mostra comprensione per questi pensieri nel contesto della vita attuale. Dimostrare rispetto e comprensione verso tali pensieri può rafforzare la relazione e promuovere la fiducia.
- ◆ **Prendi sul serio la persona.** Nel contesto di una minaccia di deportazione, la persona potrebbe esprimere il desiderio di morire piuttosto che tornare nel proprio luogo di origine. Anche se queste espressioni potrebbero essere percepite come una ricerca di attenzione o un tentativo strumentale di fermare la deportazione, è importante ricordare che, nel tuo ruolo di professionista o di volontario, devi prenderle sul serio e agire entro i limiti del tuo ambito di intervento: valutare, intervenire, indirizzare.
- ◆ **Normalizza.** Ricorda che i pensieri legati alla morte fanno parte della sintomatologia di alcune condizioni cliniche, come la depressione o il disturbo post-traumatico da stress (PTSD). Tuttavia, non è necessario avere una diagnosi clinica per sperimentare pensieri suicidari. Comunica alla persona che non è sola con questi pensieri. Altri, in situazioni simili, li sperimentano. Non si tratta di un segno di "follia", ma di un'espressione di disperazione in una situazione difficile.
- ◆ **Rinforza e allevia.** Loda la persona per aver cercato aiuto e per il coraggio dimostrato nell'aprirsi e parlare di questi pensieri. Questo è il primo passo per trovare alternative al suicidio. Rassicura che ha fatto la scelta giusta e rinforza questa idea.

- ◆ **Utilizza strumenti di valutazione culturalmente sensibili.** Valuta eventuali problematiche di salute mentale sottostanti per fornire un trattamento adeguato e/o indirizzare la persona alle risorse appropriate.
- ◆ **Non sei solo: collega o indirizza ad altri professionisti.** Se necessario, attiva risorse indirizzando la persona verso un ambiente più protettivo in caso di alto rischio suicidario e se le tue capacità di intervento sono al limite. Questo potrebbe includere il coinvolgimento di un collega con maggiore esperienza o formazione, di un professionista sanitario, di una clinica o dei servizi di emergenza, a seconda del rischio e dell'urgenza.
- ◆ **Attiva risorse a medio termine.** Una volta valutate le risorse disponibili, attiva risorse formali, informali o istituzionali indirizzando la persona verso altri professionisti che possano occuparsi di aspetti legali (es. legati allo stato di immigrazione), sociali (es. attivazione di gruppi di supporto), socioeconomici (es. occupazione o alloggio) o familiari (es. risoluzione di conflitti familiari).

Miti relativi ai pensieri e comportamenti suicidari

Esistono numerosi miti sui comportamenti suicidari. **Questi fraintendimenti possono indurre alcuni operatori a sentirsi ansiosi o impreparati nell'affrontare persone in difficoltà.** Acquisire conoscenze, formazione ed esperienza nell'intervento in situazioni di crisi suicidaria migliora notevolmente la competenza di un consulente e, di conseguenza, rafforza la sua sicurezza. La formazione dovrebbe concentrarsi sullo sviluppo della capacità di mantenere la calma di fronte a emozioni intense.

Un primo passo per lavorare in questa direzione è identificare alcune credenze errate e dannose riguardo ai pensieri e ai comportamenti suicidari. La tabella seguente elenca 10 miti comuni individuati dall'OMS [10].

10 miti comuni sui pensieri e comportamenti suicidari	
Mito	Realtà
Mito 1: Le persone che parlano di suicidio non si faranno del male perché vogliono solo attirare l'attenzione.	Un consulente deve prendere tutte le precauzioni quando si trova di fronte a un individuo che parla di ideazione suicidaria, intenzione o piano. Ogni minaccia di autolesionismo deve essere presa sul serio.
Mito 2: Parlare con un paziente di suicidio significa dargli l'idea.	Un consulente non causa comportamenti suicidari semplicemente chiedendo se il paziente sta pensando di farsi del male. La validazione dello stato emotivo e la normalizzazione della situazione di stress sono

	fondamentali per ridurre l'ideazione suicidaria.
Mito 3: Il suicidio è sempre impulsivo e avviene senza preavviso.	Il suicidio può sembrare impulsivo, ma può essere meditato per un certo periodo. Molte persone con ideazioni suicidarie inviano segnali verbali o comportamentali che indicano l'intenzione di farsi del male.
Mito 4: Chi è suicida vuole morire o è determinato a uccidersi.	La maggior parte delle persone con pensieri suicidari condivide le proprie idee con almeno un'altra persona o contatta una linea di emergenza o un medico, dimostrando ambivalenza piuttosto che un impegno a uccidersi.
Mito 5: Quando una persona mostra segni di miglioramento o sopravvive a un tentativo di suicidio, è fuori pericolo.	Uno dei momenti più pericolosi è subito dopo la crisi o quando la persona è in ospedale dopo un tentativo. La settimana successiva alla dimissione è un periodo particolarmente fragile e a rischio di autolesionismo. Poiché un predittore del comportamento futuro è il comportamento passato, la persona suicida spesso continua a essere a rischio.
Mito 6: Il suicidio è sempre ereditario.	Non tutti i suicidi possono essere collegati all'ereditarietà e gli studi conclusivi sono limitati. Tuttavia, una storia familiare di suicidio è un importante fattore di rischio , soprattutto nelle famiglie dove la depressione è comune
Mito 7: Le persone che tentano o commettono suicidio soffrono sempre di un disturbo mentale.	I comportamenti suicidari sono stati associati a depressione, abuso di sostanze, schizofrenia e altri disturbi mentali, oltre a comportamenti distruttivi e aggressivi. Tuttavia, questa associazione non deve essere sopravvalutata. La proporzione relativa di questi disturbi varia in base al contesto e ci sono casi in cui non era evidente alcun disturbo mentale.
Mito 8: Il suicidio riguarda solo "certi tipi di persone" e non noi.	Il suicidio colpisce persone di tutti i tipi e si riscontra in ogni tipo di sistema sociale e famiglia.
Mito 9: Una volta che una persona ha tentato il suicidio, non ci riproverà mai più.	I tentativi di suicidio sono un predittore critico del suicidio.
Mito 10: I bambini non si suicidano perché non comprendono la finalità della morte e non sono cognitivamente in grado di compiere un atto suicidario.	Sebbene sia raro, i bambini possono suicidarsi e ogni gesto, a qualsiasi età, deve essere preso sul serio.

Nota: adattato dall'OMS (2006)

Distinguere tra una crisi psicosociale e un'emergenza psichiatrica

Comprendere **la differenza tra una crisi psicosociale e un'emergenza psichiatrica** è fondamentale in questo contesto, poiché consente agli operatori sul campo di fornire la risposta e l'intervento adeguati. **Un'emergenza psichiatrica richiede un'azione immediata per garantire la sicurezza della persona e degli altri, mentre una crisi psicosociale può necessitare di interventi di supporto senza la stessa urgenza.** Questa conoscenza aiuta a allocare efficacemente le risorse, garantendo che le persone ricevano il livello

di assistenza adeguato e costruendo fiducia affrontando ogni situazione nel modo più appropriato. Nella tabella seguente sono elencati alcuni fattori chiave che possono aiutare a identificare il tipo di crisi che si sta affrontando [11].

Crisi psicosociale O emergenza psichiatrica?	
Crisi psicosociale	Emergenza psichiatrica
• Crisi soggettiva grave. • Collasso delle capacità di gestione o delle risorse. • Interventi entro 24-48 ore. • Può essere utile un approccio multidisciplinare. • Stabilire un contatto, fornire orientamento verso soluzioni e attivare risorse.	• Emergenza medica oggettiva. • Pericolo per la vita. • È necessario un intervento immediato. • L'intervento multidisciplinare è indispensabile. • Risposta orientata all'azione.

Nota: adattato da Stein, C. (2020)

Considerazioni nella valutazione del rischio immediato di suicidio

Come visto in precedenza, oltre ai fattori di rischio, esistono anche risorse e capacità che aiutano la persona a continuare e a prevenire il suicidio. Per questo motivo, affrontare un argomento così delicato richiede lo sviluppo di una conversazione in cui entrambi gli aspetti vengano presi in considerazione. La Figura 2.3.1, nella pagina successiva, utilizza un sistema a semaforo per rappresentare i livelli di rischio suicidario. Ogni colore corrisponde a fattori che influenzano il rischio: all'aumentare dei fattori di rischio, cresce il livello di preoccupazione, determinando l'urgenza dell'intervento. È fondamentale sottolineare che i fattori di rischio e quelli protettivi sono correlati e cumulativi. Questo implica che gli individui con alcuni fattori di rischio hanno una maggiore probabilità di sperimentarne altri e potrebbero disporre di un numero inferiore di fattori protettivi.

Figura 2.3.1. “Fattori protettivi e di rischio per il comportamento suicidario”



Nota: adattato dal team EU-MiCare dai principi generali di Valutazione del Rischio di Suicidio.

Se dopo l'esplorazione si identificano livelli **arancione** o **rosso**, è necessario stipulare un accordo verbale e contattare i servizi di emergenza.

Se dopo l'esplorazione si identificano livelli **giallo** o **arancione**, indirizzare la persona a un professionista della salute mentale e creare insieme a lei un piano di sicurezza.

La Figura 2.3.2 introduce un altro grafico che approfondisce questo concetto, presentando un modello a *continuum* per aiutare gli operatori sul campo a identificare reazioni di disagio che potrebbero richiedere supporto [12]. Come discusso nell'Unità 1.1, la salute mentale si colloca su un ampio *continuum*, che va da un funzionamento positivo e sano a un'estremità, fino a sintomi o condizioni gravi che influiscono significativamente sulla vita quotidiana all'altra. È importante sottolineare che la salute mentale non è fissa o statica; gli individui si spostano lungo il loro *continuum* personale in risposta a fattori di stress ed esperienze. Questo concetto di *continuum* offre agli operatori sul campo un quadro pratico e non stigmatizzante per identificare i problemi di salute mentale. Il modello evidenzia anche segnali di avvertimento osservabili, come cambiamenti nei sentimenti, nei pensieri, nel comportamento o nelle condizioni fisiche, che possono fungere da indizi o “bandiere rosse” per il rischio di suicidio.

Le strategie chiave includono: (a) osservare cambiamenti drastici nel comportamento; (b) monitorare i cambiamenti nel tempo; (c) affrontare le preoccupazioni e porre domande dirette, spesso il passaggio più difficile [12]. Maggiori informazioni su come avviare una conversazione sul suicidio saranno fornite più avanti.

Entrambi questi modelli sono destinati esclusivamente a scopo di riferimento, per semplificare il processo di valutazione del rischio di suicidio. L'obiettivo è fornire agli operatori sul campo strumenti per distinguere tra normali fluttuazioni emotive e segnali che richiedono attenzione o intervento immediato. Tuttavia, è sempre essenziale evitare di prendere decisioni in isolamento e discutere casi specifici all'interno del contesto del proprio team in caso di dubbi.

Figura 2.3.2. “Reazioni ordinarie e angosianti nel modello del continuum della salute mentale”

		Green	Yellow	Orange	Red
Examples	Feeling changes	- Normal mood fluctuations - Sense of purpose - Enjoyment of life	- Irritable - Impatient - Some loss of pleasure in usual interests	- Overwhelmed - Persistent self-doubt - Loss of pleasure in usual interests	- Depressed mood - Panic attacks - Guilt - Hopelessness
	Thinking changes	- Good concentration - Positive attitude	- Some lapses in concentration - Forgetful	- Poor concentration - Bad decisions - Negative attitude	- Inability to concentrate - Frequent suicidal thoughts
	Behaviour changes	- Consistent work performance - Socially active - Taking things in stride	- Subtle changes in work performance - Decreased social activity	- Noticeable changes in work performance - Social avoidance or withdrawal	- Substantial changes in work performance - Isolation, avoiding social events - Angry outbursts
	Physical changes	- Physically well - Good energy level	- Muscle tension - Low energy	- Increased tension, aches and pains - Increased fatigue	- Physical illness - Constant fatigue, exhaustion

Nota: adattato da Harman (n.d)

Iniziare la conversazione sul suicidio

Parlare di suicidio e autolesionismo non è mai facile. Di seguito sono riportate alcune domande suggerite che possono aiutare a rompere il ghiaccio e ad affrontare questo delicato argomento [13]. Anche in questo caso, l'obiettivo di queste domande non è quello di porle in modo letterale o come in un'intervista. È invece **consigliato creare un ambiente empatico e rispettoso, in cui la persona si senta al sicuro nel condividere le proprie difficoltà.**

Come parlare di suicidio o di autolesionismo

1. **Crea un ambiente sicuro e riservato per consentire alla persona di condividere i propri pensieri. Non giudicare la persona per avere pensieri suicidi. Offri di parlare con lei da sola o insieme ad altre persone di sua scelta.**
2. **Usa una serie di domande che conducano naturalmente a ulteriori approfondimenti. Ad esempio:**
 - Inizia dal presente: Come ti senti?
 - Riconosci i sentimenti della persona: Sembri triste o turbato. Vorrei farti alcune domande al riguardo.
 - Come vedi il tuo futuro? Quali sono le tue speranze per il futuro?
 - A volte le persone sentono che la vita non valga la pena di essere vissuta.
 - Puoi dirmi come ti senti riguardo alla tua vita?
 - Quali aspetti della tua vita rendono la vita degna di essere vissuta?
 - Quali aspetti della tua vita ti fanno pensare che non valga la pena vivere?
 - Ti capita mai di desiderare una fuga permanente dalla vita?
 - Come pensi che questo potrebbe accadere? Cosa potresti fare per realizzarlo?
 - Pensi mai alla tua morte o al morire?
 - Hai mai pensato di farti del male o di toglierti la vita?
3. **Se la persona ha espresso idee suicide, chiedi ulteriormente:**
 - Pensi mai di farti del male?
 - Quando hai iniziato a provare questi pensieri e sentimenti?
 - Cosa è successo prima che li provassi?
 - Hai mai fatto piani per porre fine alla tua vita?
 - Hai pensato a quando farlo? Hai mai tentato il suicidio?
 - Riesci a distrarti da questi pensieri con un'attività o pensieri più positivi?
 - Hai mai agito su questi pensieri?
 - Se non l'hai fatto, quanto pensi di essere arrivato vicino a farlo?
 - Cosa ti ha fermato dall'agire su questi pensieri?
 - Pensi che potresti agire su questi pensieri di autolesionismo o suicidio in futuro?
 - Hai un piano per farti del male o toglierti la vita? Puoi dirmi di più al riguardo?
 - Hai accesso ai metodi per farlo, come farmaci da banco, farmaci prescritti, coltelli o vicinanza a un balcone, un ponte o una metropolitana?
 - Se ti togliessi la vita, cosa pensi accadrebbe alle persone a te care dopo la tua morte?
4. **Valuta i fattori protettivi con domande come:**
 - Come ti senti riguardo al tuo futuro?
 - Cosa potrebbe aiutarti a sentirti o a pensare in modo più positivo, ottimistico o fiducioso sul tuo futuro?
 - Cosa potrebbe rendere più (o meno) probabile che tu tenti di toglierti la vita?
 - Cosa accade nella tua vita che ti fa desiderare di morire o di fuggire dalla vita?

- Cosa accade nella tua vita che ti aiuta a desiderare di vivere?
- Se iniziassi di nuovo a pensare di farti del male o di ucciderti, cosa faresti per prevenirlo?

Nota: adattato dall'mhGAP-HIG dell'OMS (2015) e dall'Associazione degli Infermieri Registrati dell'Ontario (n.d.)

Stabilire un accordo verbale e sviluppare un piano di sicurezza collaborativo

Quando il rischio di suicidio è moderato o elevato, stabilire un accordo verbale e sviluppare un piano collaborativo può rappresentare un metodo efficace per sostenere la sicurezza di una persona che sta vivendo pensieri o comportamenti suicidari. **Il piano mira a garantire la sicurezza e a fornire una guida proattiva nei momenti di crisi, quando il tumulto emotivo o psicologico potrebbe ostacolare la chiarezza del pensiero.** In genere, il piano include strategie di *coping* e passaggi specifici per cercare aiuto quando i pensieri suicidari diventano più intensi. Qualunque sia il formato, il piano viene co-creato con la persona interessata, valorizzando la sua autonomia e il suo contributo nell'identificare le strategie più adatte per affrontare emozioni difficili [3].

Al centro di questo processo si trova l'opzione di introdurre un **accordo verbale**. Tale accordo rappresenta **l'impegno della persona a rimanere al sicuro fino al prossimo incontro, con la consapevolezza del ruolo svolto dalle risorse disponibili nel supportare la sua sicurezza.** Tuttavia, come indicato in precedenza, un accordo verbale non delega la responsabilità esclusivamente all'individuo. Piuttosto, riconosce che **la sicurezza è una responsabilità condivisa da una rete più ampia – il sistema sanitario, i servizi di salute mentale e le strutture di supporto della persona contribuiscono tutti a questo obiettivo.** Questo impegno a mantenere la sicurezza dovrebbe essere radicato nella **responsabilità collettiva di tali sistemi.**

Quando viene stabilito un accordo verbale, esso dovrebbe essere inteso come un impegno reciproco e strutturato tra la persona, la sua comunità e i professionisti coinvolti, piuttosto che come una promessa isolata di un singolo individuo. Nell'ambito di questo processo, i seguenti passi offrono una struttura e una maggiore chiarezza [9]:

1) Introduzione di un accordo verbale

Si propone l'opzione di stabilire un accordo verbale e un piano di sicurezza, assicurandosi che la persona sia in grado di impegnarsi (ad esempio, non sotto l'effetto di alcol o altre sostanze che potrebbero compromettere il giudizio). Frase suggerita: *“Alcune persone che affrontano difficoltà simili trovano utile stabilire un accordo verbale. Ti piacerebbe concordare insieme ora, per assicurarci che tu possa rimanere al sicuro fino al nostro prossimo incontro?”*.

2) Impegno verbale alla sicurezza

La persona si impegna a rimanere in vita, al sicuro e a non farsi del male fino al prossimo appuntamento, specificando data e ora. Questo accordo include un riconoscimento verbale che non metterà in pericolo la propria vita, né intenzionalmente né involontariamente, e un impegno a utilizzare tutte le risorse disponibili per mantenere la propria sicurezza.

Questo accordo verbale da parte della persona dovrebbe essere completato dallo sviluppo di un piano di sicurezza dettagliato, supportato dalle azioni dei professionisti. Da parte loro, i professionisti e i volontari devono impegnarsi a garantire che siano presenti meccanismi per la sicurezza e il supporto continuo. Questi meccanismi includono, e talvolta presuppongono, diversi elementi chiave: mappatura dei servizi disponibili (comprese informazioni specifiche, come gli orari di apertura di cliniche di emergenza o banchi alimentari, in particolare per persone in condizioni precarie), facilitazione della condivisione di informazioni nel contesto organizzativo nel rispetto della riservatezza, mobilitazione delle risorse e coinvolgimento attivo dei caregiver o della rete di supporto della persona [3].

3) Piano di contatti di emergenza

Un piano di emergenza viene sviluppato in collaborazione, identificando chi la persona contatterà se la sua condizione peggiora. Questo elenco può includere fino a tre persone fidate (membri della famiglia, amici o figure di supporto) e/o un professionista o un'istituzione di salute mentale. La persona dovrebbe avere facile accesso ai propri contatti di emergenza, ad esempio conservando un elenco scritto con nomi e numeri di telefono nel portafoglio o sul telefono.

4) Conferma dell'accordo

Sia l'operatore sul campo sia la persona confermano verbalmente la comprensione e l'accettazione dell'accordo, garantendo chiarezza sui rispettivi ruoli nel piano di crisi.

5) Follow-up

La persona viene informata sull'orario e sul luogo del prossimo appuntamento e viene incoraggiata a utilizzare i contatti di emergenza o le risorse di crisi concordate, se necessario, prima dell'incontro.

L'impegno verbale è solo uno degli elementi all'interno del più ampio processo collaborativo di pianificazione della sicurezza, ma rappresenta un aspetto cruciale per stabilire un senso di sicurezza e responsabilità condivisa. Può rivelarsi particolarmente efficace quando barriere linguistiche o differenze educative rendono difficili da comprendere i documenti scritti. La pianificazione della sicurezza può includere anche l'identificazione di una gamma di strategie personalizzate in base alle esigenze e alle preoccupazioni specifiche della persona, come tecniche per alleviare emozioni angoscienti, pratiche di auto-cura, mantenere una dieta equilibrata, stabilire confini sani e creare routine di sonno regolari. Questi elementi, nel loro insieme, costituiscono una **“cassetta degli attrezzi” che la persona può utilizzare nei momenti di emozioni intense e difficili.**

Nessun piano di sicurezza è identico a un altro; deve rimanere flessibile e reattivo, evolvendosi in base alle mutevoli circostanze della persona. In questa prospettiva, **i piani di sicurezza non sono legati a modelli rigidi o predefiniti, ma rappresentano documenti dinamici e vivi che si adattano alle complessità e alle evoluzioni del percorso individuale.**

Verifiche regolari sono essenziali per mantenere la fiducia e apportare le modifiche necessarie al piano. Gli operatori dovrebbero incoraggiare la revisione del piano di sicurezza durante le sessioni di follow-up, per assicurarsi che rimanga rilevante ed efficace. Altrettanto importante è affrontare questo processo con sensibilità culturale. Se la persona prova disagio con il termine “suicidio” a causa di tabù culturali o di difficoltà personali, riformulare il piano come una risorsa “per mantenerla al sicuro” o “per affrontare momenti di crisi” può renderlo più accessibile e di supporto [13].

Per migliorare l'utilità di un piano di sicurezza, è importante offrire formati che si adattino alle preferenze e alle esigenze di accesso della persona. Per alcuni, una copia cartacea tangibile può rappresentare una risorsa affidabile, mentre altri potrebbero trovare più utili strumenti elettronici o applicazioni, oppure una semplice foto salvata sul telefono per un rapido riferimento. Qualunque sia il formato, l'operatore dovrebbe conservare una copia documentata, garantendo una continuità assistenziale senza interruzioni. È fondamentale che all'interno delle strutture organizzative vengano definiti protocolli standardizzati per l'archiviazione, la revisione e l'aggiornamento dei piani di sicurezza, al fine di **evitare ridondanze e ridurre l'impatto emotivo causato dal dover ripercorrere ripetutamente esperienze angoscianti, un problema spesso affrontato dagli individui** [3].

Se la persona sta vivendo pensieri suicidari ma non c'è un pericolo immediato per la sua vita, è il momento di indirizzarla a un professionista della salute mentale. Se è già in contatto con un professionista, incoraggiatela a discutere di questi pensieri durante il prossimo appuntamento o a richiederne uno anticipato se l'attesa risulta troppo lunga. Nel caso in cui non sia possibile fissare un appuntamento nei giorni successivi, è consigliabile sviluppare un piano di sicurezza più dettagliato. La tabella riassume i passaggi fondamentali da considerare per creare un piano di sicurezza volto a gestire pensieri suicidari acuti [14].

Passaggi di un piano di crisi per affrontare pensieri suicidari acuti	
1. Identificazione dei segnali di allarme di una crisi suicida.	<i>Come puoi accorgerti che è il momento di utilizzare/attivare il piano di emergenza?</i>
2. Strategie di coping da utilizzare in autonomia.	<i>Quali azioni puoi intraprendere da solo per gestire questi pensieri ed evitare di agire su di essi?</i>
3. Persone e situazioni sociali che ti distraggono da questi pensieri.	<i>Ci sono individui o contesti sociali che possono aiutarti a spostare la tua attenzione? Ci sono luoghi in cui ti senti sicuro e protetto?</i>
4. Persone di supporto a cui puoi rivolgerti per aiuto.	<i>A chi puoi rivolgerti per ricevere supporto emotivo o condividere le tue difficoltà?</i>
5. Contatti di centri di aiuto professionale.	

Nota: adattato da Stanley, B., & Brown, G. K. (2012)

BIBLIOGRAFIA

- [1] Von Lersner, U., & Kizilhan, J. I. (2017). *Kultursensitive Psychotherapie*. Hogrefe Verlag.
- [2] International Organization for Migration (2020). Individual Factors Assessment Toolkit. In *Protection and Assistance for Migrants Vulnerable to Violence, Exploitation, and Abuse: Individual Case Management*. Retrieved October 12, 2024, from <https://www.iom.int>
- [3] World Health Organization (2015). *mhGAP Humanitarian Intervention Guide (mhGAP-HIG): Clinical Management of Mental, Neurological and Substance Use Conditions in Humanitarian Emergencies*. Geneva: WHO.
- [4] Ager, A., & Strang, A. (2008). Understanding integration: A conceptual framework. *Journal of Refugee Studies*, 21(2), 166–191. <https://doi.org/10.1093/jrs/fen016>
- [5] American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- [6] Amiri, S. (2022). Prevalence of Suicide in Immigrants/Refugees: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Archives of Suicide Research*, 26(2), 370–405. <https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1802379>
- [7] Cogo, E., Murray, M., Villanueva, G., Hamel, C., Garner, P., Senior, S. L., & Henschke, N. (2022). Suicide rates and suicidal behaviour in displaced people: A systematic review. *PloS one*, 17(3), e0263797. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0263797>
- [8] Forte, A., Trobia, F., Gualtieri, F., Lamis, D. A., Cardamone, G., Giallonardo, V., Fiorillo, A., Girardi, P., & Pompili, M. (2018). Suicide risk among immigrants and ethnic minorities: A literature overview. *International journal of environmental research and public health*, 15(7), 1438. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071438>
- [9] Gräßler, M., Iskenius, E. L., Hovermann jun., E. (2017). *Tehrapie-Tools. Psychotherapie für Menschen mit Migraitons- und Fluchterfahrung*. (1st ed.). Beltz.
- [10] World Health Organization (2006). *Preventing suicide: a resource for counselors*. Geneva: WHO.
- [11] Stein, C. (2020). *Spannungsfelder der Krisenintervention* (2nd ed.). W. Kohlhammer GmbH. <https://doi.org/10.17433/978-3-17-034163-0>
- [12] Harman, G. (n.d.). ADF suicide prevention – BeyondBlue. Retrieved September 18, 2024, from https://researchcentre.army.gov.au/sites/default/files/suicide_primer_beyondblue.pdf
- [13] Registered Nurses' Association of Ontario (n.d.). Interview questions for assessment of suicidal ideation and plan. Nursing Best Practice Guidelines. Retrieved September 18, 2024, from <https://bpgmobile.rnao.ca/content/interview-questions-assessment-suicidal-ideation-and-plan>
- [14] Stanley, B., & Brown, G. K. (2012). Safety planning intervention: A brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(2), 256–264. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.01.001>

Unità 2.4: Primo Soccorso Psicologico (PFA)

Descrizione dell'Unità

Questa Unità è progettata per migliorare la capacità dei partecipanti di riconoscere e valutare le crisi e di implementare efficacemente il Primo Soccorso Psicologico (PFA) nel contesto della migrazione. L'obiettivo principale è promuovere e tutelare la salute mentale e il benessere psicosociale di migranti e rifugiati. Attraverso l'analisi dei principi fondamentali, delle pratiche essenziali e delle diverse modalità di applicazione del PFA, i partecipanti saranno meglio attrezzati per creare un ambiente inclusivo e di supporto per le persone con cui interagiscono. Questo permetterà loro di rispondere in modo efficace ed empatico alle diverse necessità di salute mentale che possono emergere in questa popolazione.

Sezioni dell'Unità

1. [Introduzione](#)
2. [Definizione del Primo Soccorso Psicologico \(PFA\): scopo e componenti](#)
3. [Linee guida per il PFA in diverse crisi: "Osserva, Ascolta, Collega"](#)
4. [Uno scenario pratico di PFA per la riflessione operativa](#)

1. Introduzione

Quando si verificano eventi traumatici – come disastri naturali, incidenti, incendi o episodi di violenza interpersonale (ad esempio violenza sessuale) – individui, famiglie e intere comunità possono essere profondamente colpiti [1,2]. Le reazioni individuali a questi eventi possono variare significativamente, poiché ogni persona elabora gli eventi in modo diverso. Alcuni possono sentirsi sopraffatti, confusi o incerti su ciò che sta accadendo, mentre altri possono sperimentare paura, ansia, intorpidimento o distacco emotivo. Le reazioni possono spaziare da lievi a gravi, a seconda dell'individuo e delle circostanze. Sebbene le persone abbiano una resilienza intrinseca e siano in grado di affrontare le sfide della vita, alcune possono essere particolarmente vulnerabili durante una crisi e richiedere un supporto aggiuntivo [1]. Lo scopo

principale del Primo Soccorso Psicologico (PFA), che verrà approfondito in questa Unità, è aiutare chi si trova in difficoltà fornendo un sostegno emotivo e pratico nell'immediato dopo un evento traumatico [2]. In tali situazioni, chiunque potrebbe trovarsi nella posizione di offrire questo aiuto essenziale.

Il Primo Soccorso Psicologico (PFA) è concepito per aiutare le persone a sentirsi più calme, sicure e protette. Si tratta di un approccio compassionevole e di supporto che si concentra sulla risposta ai bisogni emotivi e pratici. Il PFA si fonda sulla comprensione che, nei momenti di crisi, le persone possono provare emozioni travolgenti che riducono la loro capacità di affrontare la situazione [1,2]. Attraverso l'ascolto attivo e una comunicazione costante con la persona in difficoltà, chi offre aiuto si impegna a identificare i bisogni immediati e a sostenere la persona nel ritrovare un senso di controllo [2].

2. Definizione del Primo Soccorso Psicologico (PFA): scopo e componenti

Definizione di PFA

Il Primo Soccorso Psicologico (PFA) **consiste in una risposta umana e solidale verso individui che soffrono e necessitano di assistenza**. Comprende le seguenti pratiche e principi [1,2]:

- Fornire assistenza e supporto pratico senza essere invadenti.
- Valutare i bisogni e le preoccupazioni per determinare l'aiuto più adeguato.
- Rispondere ai bisogni primari, come l'accesso a cibo e acqua.
- Ascoltare le persone senza forzarle a parlare.
- Confortare le persone e aiutarle a ritrovare la calma.
- Collegare le persone a informazioni, servizi e reti di supporto sociale.
- Proteggere gli individui da ulteriori danni e stress.

È inoltre importante chiarire cosa il PFA NON è:

- Non è un approccio riservato esclusivamente ai professionisti.
- Non è una consulenza professionale o una terapia.
- Non comporta chiedere a qualcuno di discutere o analizzare l'evento traumatico.
- Non implica fare pressione sugli individui per ottenere dettagli su ciò che è accaduto.

- Non include una discussione approfondita sull'evento traumatico.
- Non significa spingere le persone a condividere i propri sentimenti e reazioni all'evento.

PFA: chi, dove e quando?

CHI può fornire il PFA?	<i>Chiunque sul campo può fornire il PF</i> – volontari, primi soccorritori, membri del pubblico. Non è limitato a specialisti della salute mentale o a persone con competenze specifiche.
A CHI è rivolto il PFA?	<i>Il PFA è rivolto a persone che stanno vivendo uno stato di disagio a seguito dell'esposizione ad una crisi.</i> Può essere offerto sia a bambini che a adulti. Tuttavia, non tutti avranno bisogno o desidereranno il PFA. Non forzare l'aiuto a chi non lo vuole, ma assicurati di essere facilmente accessibile a coloro che potrebbero cercare supporto.
QUANDO viene fornito il PFA?	Il PFA è finalizzato ad aiutare persone <i>colpite molto recentemente da un evento angosciante</i> ed è solitamente fornito <i>durante o immediatamente dopo l'evento</i> . Tuttavia, potrebbe essere necessario anche giorni o settimane dopo, a seconda della durata dell'evento, della sua gravità e della risposta individuale.
DOVE viene fornito il PFA?	Il PFA viene fornito in <i>luoghi sufficientemente sicuri sia per te che per le persone con cui stai lavorando</i> . Può includere spazi comunitari come il luogo di un incidente, centri sanitari, rifugi, campi, scuole o punti di distribuzione di cibo e altri aiuti. Il PFA dovrebbe anche essere offerto <i>in ambienti che garantiscano la privacy per parlare con chi riceve il supporto</i> . Per le persone esposte a determinati tipi di eventi di crisi, come la violenza sessuale, la <i>privacy</i> è essenziale per mantenere la riservatezza e preservare la dignità della persona.

Nota: riprodotta dal team EU-MiCare dalla fonte OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) (2011, 2013) e IFRC Reference Centre for Psychosocial Support (2018)

3. Linee guida per il PFA in diverse crisi: “Osserva, Ascolta, Collega”

Definizione di crisi ed eventi di crisi

La **crisi** è definita come: “Una condizione instabile che implica un cambiamento imminente, improvviso o significativo, che richiede attenzione e azione urgenti per proteggere la vita, i beni, le proprietà o l'ambiente” [4]. Il Primo Soccorso Psicologico (PFA) può essere utile in una vasta gamma di situazioni in cui le persone stanno vivendo sofferenza o disagio. In ognuno di questi contesti, il PFA può essere applicato con un approccio personalizzato, utilizzando linee guida specifiche per affrontare le esigenze uniche di coloro che sono stati colpiti. Le crisi sono classificate nei seguenti tipi [2]:

Crisi personali	La maggior parte delle persone affronta una crisi a un certo punto della vita, che si tratti di un incidente stradale, della perdita del lavoro o della morte di una persona cara. Le crisi personali possono produrre una vasta gamma di risposte, a seconda delle circostanze e del loro impatto sull'individuo.
Sfide sociali	Lo staff e i volontari supportano individui e gruppi di persone emarginate che vivono in condizioni di isolamento sociale.
Sfide sanitari	Le Società Nazionali in molti paesi del mondo sono coinvolte in attività legate alla salute, tra cui la formazione, la fornitura di PFA e il supporto a persone con disabilità fisiche e mentali.
Disastri naturali	Disastri come terremoti, inondazioni e incendi colpiscono spesso un gran numero di persone contemporaneamente. Questi eventi possono causare danni ambientali diffusi e provocare significative perdite di vite umane e abitazioni.
Disastri causati dall'uomo	Molti disastri sono il risultato di comportamenti umani, come incendi, esplosioni in fabbriche o miniere, incidenti di trasporto di massa o situazioni di panico durante festival in cui crollano palchi.
Violenza	Molte persone assistono o subiscono violenza, come nei conflitti domestici, nella violenza sessuale o di genere, nella violenza criminale, nelle attività di bande organizzate, nei crimini d'odio e nella violenza basata sullo stigma, ecc.
Dislocamento	Sempre più persone stanno migrando in tutto il mondo e le ragioni della migrazione globale sono estremamente varie.

Nota: riprodotta dal team EU-MiCare dalla fonte IFRC Reference Centre for Psychosocial Support (2018)

“Osserva, Ascolta, Collega”

I tre principi fondamentali di azione del Primo Soccorso Psicologico (PFA) sono osserva, ascolta e collega. Questi principi d'azione ti aiuteranno a intervenire in modo sicuro durante una crisi, avvicinarti alle persone colpite, comprendere i loro bisogni e metterle in contatto con supporto pratico e informazioni [1-3,5]:

“OSSERVA”

- Valuta cosa è accaduto o sta accadendo.
- Determina chi ha bisogno di aiuto e valuta i rischi per la sicurezza.
- Controlla la presenza di lesioni fisiche e identifica i bisogni pratici immediati.
- Valuta le reazioni emotive.

“ASCOLTA”

- Presta attenzione e ascolta attivamente, accettando le emozioni della persona in difficoltà.
- Cerca di creare per loro un ambiente di calma.
- Chiedi informazioni sui bisogni e sulle preoccupazioni immediate della persona per affrontare le fonti di disagio più urgenti.

“COLLEGA”

- Aiuta la persona in difficoltà ad accedere a informazioni fondamentali.
- Mettila in contatto con i suoi cari e con persone in grado di aiutarla a risolvere problemi pratici.
- Collegala ai servizi di supporto sociale.

Cosa fare e non fare per una comunicazione efficace

Per favorire un ambiente sicuro e garantire una comunicazione efficace, è possibile applicare alcune strategie [1,7].

COSA FARE E DIRE ✓	COSA NON FARE E DIRE X
• Cerca un luogo tranquillo per parlare e riduci al minimo le distrazioni esterne. • Rispetta la privacy e mantieni confidenziale la storia della persona, se appropriato. • Rimani vicino alla persona, ma mantieni una distanza adeguata in base alla sua età, genere e cultura. • Fai capire che stai ascoltando: ad esempio, annuisci o usa espressioni come “hmmmm...”. • Sii paziente e calmo. • Fornisci informazioni fattuali, se le possiedi. Sii onesto riguardo a ciò che sai e a ciò che non sai: “Non lo so, ma cercherò di scoprirlo per te.” • Dai informazioni in modo comprensibile – mantienile semplici.	• Non fare pressione affinché qualcuno racconti la propria storia. • Non interrompere o affrettare il racconto di qualcuno (ad esempio, evita di guardare l’orologio o di parlare troppo velocemente). • Non toccare la persona se non sei sicuro che sia appropriato farlo. • Non giudicare ciò che hanno fatto o non fatto, né come si sentono. Evita frasi come: “Non dovresti sentirti così” o “Dovresti sentirti fortunato di essere sopravvissuto”. • Non inventarti cose che non conosci. • Non usare termini troppo tecnici. • Non raccontare la storia di qualcun altro. • Non parlare dei tuoi problemi personali. • Non fare promesse o rassicurazioni false.

- Riconosci come si sente la persona e qualsiasi perdita o evento importante di cui ti parla, come la perdita della casa o la morte di una persona cara: “Mi dispiace. Posso immaginare quanto sia triste per te.”
- Riconosci le forze della persona e come si è aiutata da sola.
- Lascia spazio al silenzio.
- Non pensare e agire come se dovessi risolvere tutti i problemi della persona.
- Non togliere alla persona la forza e il senso di essere in grado di prendersi cura di sé.
- Non parlare delle persone in termini negativi (ad esempio, evita di definirle “pazze” o “folli”).

Nota: adattato dal team EU-MiCare dalla guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (2011), *Psychological first aid: Guide for field workers*.

→ **VIDEO:** [What is PFA?](#) 

Considerazioni speciali per l'erogazione del PFA

Affinché il Primo Soccorso Psicologico (PFA) sia compassionevole, ma anche contestualmente rilevante ed efficace, è fondamentale riconoscere le sfide specifiche affrontate da determinati gruppi [1]. Bambini e adolescenti, ad esempio, sono particolarmente vulnerabili a causa del loro sviluppo emotivo e psicologico in corso. I loro bisogni vanno oltre la sicurezza e il conforto immediati, richiedendo interventi che favoriscano la resilienza e la stabilità a lungo termine. Allo stesso modo, le persone con condizioni di salute o disabilità affrontano difficoltà aggravate, poiché lo sradicamento spesso interrompe l'accesso alle cure essenziali e al supporto. Coloro che sono maggiormente a rischio di discriminazione o violenza costituiscono un altro gruppo che necessita di particolare attenzione. Come discusso nell'Unità 2.2, le esperienze di emarginazione, basate su fattori come etnia, genere o altri aspetti, possono intensificare significativamente il peso psicologico dello spostamento. Per questi individui, il PFA deve integrare considerazioni fisiche e psicologiche, insieme a interventi a livello sociale (ad esempio mediazione e advocacy) che affrontino le disuguaglianze e vulnerabilità sottostanti che influenzano le loro esperienze.

L'implementazione del PFA è spesso complicata dalla diversità dei quadri di riferimento disponibili. Sebbene le linee guida dell'OMS rappresentino un fondamento essenziale, sono emerse numerose adattamenti, ciascuno progettato per rispondere ai bisogni specifici di popolazioni o contesti particolari [6]. Questo ha portato a una ricca varietà di approcci, che riflette la complessità delle esperienze umane

durante le crisi. Questa diversità, sebbene impegnativa, rappresenta anche uno dei maggiori punti di forza del PFA. Consente ai professionisti di scegliere modelli che si adattino alle caratteristiche culturali, sociali e individuali delle persone che servono. In definitiva, l'efficacia del PFA risiede nella sua adattabilità e capacità di risposta, riconoscendo che, sebbene la sofferenza sia un'esperienza umana condivisa, i percorsi verso la guarigione sono profondamente personali e diversificati.

4. Uno scenario pratico di PFA per la riflessione operativa

“I rifugiati arrivano in una nuova località, trasportati su camion e vengono informati che questo sarà ora il loro nuovo luogo di residenza. Sono stati trasferiti a causa del conflitto che li ha costretti a lasciare le loro comunità di origine. Mentre scendono dai camion, è evidente una gamma di emozioni: alcuni piangono e sono visibilmente spaventati, altri appaiono disorientati, mentre alcuni sospirano di sollievo. Per la maggior parte di loro prevalgono paura e incertezza; non sanno dove dormiranno, cosa mangeranno o come potranno accedere alle cure mediche. Il suono improvviso di qualsiasi rumore forte spaventa alcuni, evocando il timore di spari. Sei un volontario di un'agenzia che distribuisce generi alimentari e ti è stato chiesto di aiutare nei punti di distribuzione.”

Mentre ti prepari a fornire aiuto, **considera cosa vorresti sapere su questa situazione**. Chiediti:

- Chi sono le persone che aiuterò?
- Qual è il loro contesto culturale?
- Ci sono regole di condotta o usanze che devo seguire? Ad esempio, è più appropriato che donne operatrici parlino con donne rifugiate?
- Quanto lontano hanno viaggiato?
- Cosa so sul conflitto che hanno vissuto?
- Quali servizi vengono forniti nel luogo in cui i rifugiati vengono accolti?
- Se sto lavorando in un *team*, come ci organizzeremo per aiutare in questa situazione? Quali compiti assumerà ciascuna persona? Come ci coordineremo tra di noi e con altri gruppi di aiuto che potrebbero essere presenti?

Quando **incontri** un gruppo di rifugiati, cosa dovresti **OSSERVARE**?

- Di cosa avrà bisogno la maggior parte dei rifugiati?
- Saranno affamati, assetati o stanchi? Qualcuno è ferito o malato?

- Ci sono famiglie o persone provenienti dallo stesso villaggio all'interno del gruppo di rifugiati? Ci sono bambini o adolescenti non accompagnati?
- Chi altro potrebbe aver bisogno di un aiuto speciale? Le persone del gruppo di rifugiati sembrano avere reazioni diverse alla crisi. Che tipo di risposte emotive osservi?

Quando ti **avvicini** alle persone nel gruppo di rifugiati, come puoi **ASCOLTARE** al meglio le loro preoccupazioni?

- Come dovrei presentarmi prima di offrire supporto?
- Le persone che hanno vissuto o assistito a episodi di violenza potrebbero essere molto spaventate e sentirsi insicure. Come posso supportarle e aiutarle a ritrovare la calma?
- Come posso identificare i bisogni e le preoccupazioni di persone che potrebbero necessitare di un aiuto speciale, come le donne?
- Come mi avvicinerò e aiuterò bambini e adolescenti non accompagnati?

Cosa puoi fare per **COLLEGARE** le persone a **informazioni e supporto pratico**?

- Quali bisogni primari potrebbero avere le persone?
- Quali servizi di supporto sono disponibili e potrebbero essere utili?
- Come possono le persone accedere a questi servizi?
- Quando e dove le persone possono trovare ulteriori informazioni su ciò che sta causando questo evento?
- Come posso aiutare a proteggere le persone vulnerabili, come donne o bambini non accompagnati, da ulteriori danni?
- Come posso aiutare a mettere in contatto le persone vulnerabili con i loro cari e con i servizi?
- Quali bisogni speciali potrebbero avere le persone, inclusi coloro che sono stati esposti alla violenza? Cosa posso fare per collegare le persone con i loro cari o con i servizi?

BIBLIOGRAFIA

- [1] World Health Organization (2011). *Psychological first aid: Guide for field workers*. Geneva: WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548205>
- [2] International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (2018). *A guide to psychological first aid for Red Cross and Red Crescent societies*. Copenhagen: IFRC Reference Centre for Psychosocial Support. Retrieved September 12, 2024, from <https://pscentre.org/?resource=a-guide-to-psychological-first-aid-for-red-cross-red-crescent-societies>
- [3] World Health Organization (2013). *Psychological first aid: Facilitator's manual for orienting field workers*. Geneva: WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548618>
- [4] World Health Organization (2020). *Glossary of health emergency and disaster risk management terminology*. Geneva: WHO. Retrieved September 17, 2024 from <https://www.who.int/publications/i/item/glossary-of-health-emergency-and-disaster-risk-management-terminology>
- [5] Uribe Guajardo, M. G., Slewa-Younan, S., Santalucia, Y., & Jorm, A. F. (2016). Important considerations when providing mental health first aid to Iraqi refugees in Australia: A Delphi study. *International Journal of Mental Health Systems*, 10(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s13033-016-0087-1>
- [6] Hermosilla, S., Forthal, S., Sadowska, K., Magill, E. B., Watson, P., & Pike, K. M. (2023). We need to build the evidence: A systematic review of psychological first aid on mental health and well-being. *Journal of Traumatic Stress*, 36(1), 5–16. <https://doi.org/10.1002/jts.22888>
- [7] Blunt Therapy (n.d.). *A brief guide to psychological first aid*. Retrieved May 10, 2024, from <https://www.blunt-therapy.com/a-brief-guide-to-psychological-first-aid/>
- [8] Levy, E., Farchi, M., Gidron, Y., & Shahar, E. (2020). Psychological first aid through the 'SIX Cs model' – An intervention with migrants on the move. *Intervention*, 18(1), 71–77. https://doi.org/10.4103/INTV.INTV_51_18



Co-funded by
the European Union



Funded by the European Union.

Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

This work is licensed under a

[Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) (CC-BY-NC 4.0).



Repository

Module 2. Improving Skills on Recognizing & Assessing Migrants' Mental Health Needs

The information provided hereafter is supplementary and not part of the core material of this Module.

However, learners seeking a more thorough understanding of the subject matter are strongly advised to review this document in addition to the main curriculum.

Unit: 2.1 Understanding the Influence of Culture on Mental Health and Mental Health Promotion

Handout 1: "List of Idioms of Distress"

With the introduction of the DSM-IV in 1994, culture-bound syndromes were officially recognized in psychiatric classification for the first time. The DSM-5 (2013) revised and expanded this section, shifting from viewing culture as region-based to understanding it as a dynamic, broader concept [1,2].

The DSM-5 defines three types of cultural concepts of distress:

1. *Cultural syndromes* - Symptom patterns commonly found in specific cultural contexts, recognized locally as meaningful illness experiences.
2. *Cultural idioms of distress* - Shared ways of expressing suffering that may not align with specific diagnoses, reflecting how individuals talk about personal or social distress.
3. *Cultural explanations or perceived causes* - Culturally shaped beliefs about the origin or meaning of symptoms or illness.

An appendix in the DSM-5 [2] includes a glossary of well-documented cultural concepts of distress, highlighting their clinical relevance and the relationships between syndromes, idioms, and cultural explanations. This glossary is reproduced in Table 2.1.1.-R: "Glossary of Cultural Concepts of Distress" below.

We recommend field workers to view this glossary not as a fixed or universal reference, but as a set of examples to guide awareness and inquiry. Culture and language are constantly evolving; idioms may vary across generations, social groups, or regions, and their meanings may shift over time. Field workers should remain open and curious, especially when encountering unfamiliar expressions or forms of distress. Engaging with individuals to co-create a shared understanding of their experience-rather than relying solely on predefined terms-helps ensure more respectful and accurate support. Ultimately, the glossary is a starting point, not a substitute for culturally sensitive, person-centered engagement.

Table 2.1.1.-R: "Glossary of Cultural Concepts of Distress"

Idiom/Syndrom	Description
Ataque de nervios Related conditions in other cultural contexts: <i>Indisposition</i> in Haiti, <i>blacking out</i> in the Southern United States, and <i>falling out</i> in the West Indies. Related conditions in DSM-5: Panic attack, panic disorder, other specified or unspecified dissociative disorder, conversion (functional neurologic symptom) disorder, intermittent explosive disorder, other specified or unspecified anxiety disorder, other specified or unspecified trauma and stressor-related disorder.	<i>Ataque de nervios</i> ("attack of nerves") is a syndrome among individuals of Latino descent, characterized by symptoms of intense emotional upset, including acute anxiety, anger, or grief; screaming and shouting uncontrollably; attack of crying; trembling; heat in the chest rising into the head; and becoming verbally and physically aggressive. Dissociative experiences (e.g., depersonalization, derealization, amnesia), seizure-like or fainting episodes, and suicidal gestures are prominent in some <i>ataques</i> but absent in others. A general feature of an <i>ataque de nervios</i> is a sense of being out of control. Attacks frequently occur as a direct result of a stressful event relating to the family, such as news of the death of a close relative, conflicts with a spouse or children, or witnessing an accident involving a family member. For a minority of individuals, no particular social event triggers their <i>ataques</i>; instead, their vulnerability to losing control comes from the accumulated experience of suffering. No one-to-one relationship has been found between <i>ataque</i> and any specific psychiatric disorder, although several disorders, including panic disorder, other specified or unspecified dissociative disorder, and conversion disorder, have symptomatic overlap with <i>ataque</i>. In community samples, <i>ataque</i> is associated with suicidal ideation, disability, and outpatient psychiatric utilization, after adjustment for psychiatric diagnoses, traumatic exposure, and other covariates. However, some <i>ataques</i> represent normative expressions of acute distress (e.g., at a funeral) without clinical sequelae. The term <i>ataque de nervios</i> may also refer to an idiom of distress that includes any "fit"-like paroxysm of emotionality (e.g., hysterical laughing) and may be used to indicate an episode of loss of control in response to an intense stressor.

Dhat syndrome

Related conditions in other cultural contexts:

koro in Southeast Asia, particularly Singapore and shen-k'uei ("kidney deficiency") in China.

Related conditions in DSM-5: Major depressive disorder, persistent depressive disorder (dysthymia), generalized anxiety disorder, somatic symptom disorder, illness anxiety disorder, erectile disorder, early (premature) ejaculation, other specified or unspecified sexual dysfunction, academic problem.

Dhat syndrome is a term that was coined in **South Asia** little more than half a century ago to account for common clinical presentations of young male patients who attributed their various symptoms to semen loss. Despite the name, it is not a discrete syndrome but rather a cultural explanation of distress for patients who refer to diverse symptoms, such as anxiety, fatigue, weakness, weight loss, impotence, other multiple somatic complaints, and depressive mood. The cardinal feature is anxiety and distress about the loss of *dhat* in the absence of any identifiable physiological dysfunction. *Dhat* was identified by patients as a white discharge that was noted on defecation or urination. Ideas about this substance are related to the concept of *dhatu* (semen) described in the Hindu system of medicine, Ayurveda, as one of seven essential bodily fluids whose balance is necessary to maintain health.

Although *dhat syndrome* was formulated as a cultural guide to local clinical practice, related ideas about the harmful effects of semen loss have been shown to be widespread in the general population, suggesting a cultural disposition for explaining health problems and symptoms with reference to *dhat syndrome*. Research in health care settings has yielded diverse estimates of the syndrome's prevalence (e.g., 64% of men attending psychiatric clinics in India for sexual complaints; 30% of men attending general medical clinics in Pakistan). Although *dhat syndrome* is most commonly identified with young men from lower socioeconomic backgrounds, middle-aged men may also be affected. Comparable concerns about white vaginal discharge (leu-korrhea) have been associated with a variant of the concept for women.

Khyâl cap

Related conditions in other cultural contexts:

Laos (*pen lom*), Tibet (*srog rlunggi nad*), Sri Lanka (*vata*), and Korea (*hwa byung*).

"Khyâl attacks" (*khyâl cap*), or "wind attacks," is a syndrome found among **Cambodians in the United States and Cambodia**. Common symptoms include those of panic attacks, such as dizziness, palpitations, shortness of breath, and cold extremities, as well as other symptoms of anxiety and autonomic arousal (e.g., tinnitus and neck soreness). Khyâl attacks include catastrophic cognitions centered on the concern that *khyâl* (a windlike substance) may rise in the body—along with blood—

Related conditions in DSM-5: Panic attack, panic disorder, generalized anxiety disorder, agoraphobia, posttraumatic stress disorder, illness anxiety disorder.

and cause a range of serious effects (e.g., compressing the lungs to cause shortness of breath and asphyxia; entering the cranium to cause tinnitus, dizziness, blurry vision, and a fatal syncope). Khyâl attacks may occur without warning, but are frequently brought about by triggers such as worrisome thoughts, standing up (i.e., orthostasis), specific odors with negative associations, and agoraphobic-type cues like going to crowded spaces or riding in a car. Khyâl attacks usually meet panic attack criteria and may shape the experience of other anxiety and trauma- and stressor-related disorders. Khyâl attacks may be associated with considerable disability.

Kufungisisa

Related conditions in other cultural contexts: "Thinking too much" is a common idiom of distress and cultural explanation across many countries and ethnic groups. It has been described in Africa, the Caribbean and Latin America, and among East Asian and Native American groups.

Kufungisisa ("thinking too much" in Shona) is an idiom of distress and a cultural explanation among the **Shona of Zimbabwe**. As an explanation, it is considered to be causative of anxiety, depression, and somatic problems (e.g., "my heart is painful because I think too much"). As an idiom of psychosocial distress, it is indicative of interpersonal and social difficulties (e.g., marital problems, having no money to take care of children). Kufungisisa involves ruminating on upsetting thoughts, particularly worries.

Related conditions in DSM-5: Major depressive disorder, persistent depressive disorder (dysthymia), generalized anxiety disorder, posttraumatic stress disorder, obsessive-compulsive disorder, persistent complex bereavement disorder.

Kufungisisa is associated with a range of psychopathology, including anxiety symptoms, excessive worry, panic attacks, depressive symptoms, and irritability. In a study of a random community sample, two-thirds of the cases identified by a general psychopathology measure were of this complaint.

In many cultures, "thinking too much" is considered to be damaging to the mind and body and to cause specific symptoms like headache and dizziness. "Thinking too much" may also be a key component of cultural syndromes such as "brain fog" in Nigeria. In the case of brain fog, "thinking too much" is primarily attributed to excessive study, which is considered to damage the brain in particular, with symptoms including feelings of heat or crawling sensations in the head.

Maladi moun

Related conditions in other cultural contexts:

Concerns about illness (typically, physical illness) caused by envy or social conflict are common across cultures and often expressed in the form of "evil eye" (e.g. in Spanish, *mal de ojo*, in Italian, *mal'occhio*).

Related conditions in DSM-5: Delusional disorder, persecutory type; schizophrenia with paranoid features.

Maladi moun (literally "humanly caused illness," also referred to as "sent sickness") is a cultural explanation in Haitian communities for diverse medical and psychiatric disorders. In this explanatory model, interpersonal envy and malice cause people to harm their enemies by sending illnesses such as psychosis, depression, social or academic failure, and inability to perform activities of daily living. The etiological model assumes that illness may be caused by others' envy and hatred, provoked by the victim's economic success as evidenced by a new job or expensive purchase. One person's gain is assumed to produce another person's loss, so visible success makes one vulnerable to attack. Assigning the label of sent sickness depends on mode of onset and social status more than presenting symptoms. The acute onset of new symptoms or an abrupt behavioral change raises suspicions of a spiritual attack. Someone who is attractive, intelligent, or wealthy is perceived as especially vulnerable, and even young healthy children are at risk.

Nervios

Related conditions in other cultural contexts:

Nevra among Greeks in North America, *nierbi* among Sicilians in North America, and *nerves* among whites in Appalachia and Newfoundland.

Related conditions in DSM-5: Major depressive disorder, persistent depressive disorder (dysthymia), generalized anxiety disorder, social anxiety disorder, other specified or unspecified dissociative disorder, somatic symptom disorder, schizophrenia.

Nervios ("nerves") is a common idiom of distress among Latinos in the United States and Latin America. Refers both to a general state of vulnerability to stress and to a syndrome evoked by difficult life circumstances. *Nervios* includes a wide range of symptoms of emotional distress, somatic disturbance, and inability to function. Common symptoms include headaches and "brain aches," irritability, stomach disturbances, sleep difficulties, nervousness, tearfulness, inability to concentrate, trembling, tingling sensations, and *mareos* (dizziness with occasional vertigo-like exacerbations). *Nervios* tends to be an ongoing problem, although it is variable in the degree of disability manifested. *Nervios* is a broad syndrome that ranges from cases free of a mental disorder to presentations resembling adjustment, anxiety, depressive, dissociative, somatoform, or psychotic disorders. Differential diagnosis depends on the constellation of symptoms, the kind of social events associated with onset and progress, and the level of disability experienced.

Shenjing shuairuo

Related conditions in other cultural contexts:

Neurasthenia-spectrum idioms and syndromes are present in India (*ashaktapanna*) and Japan (*shinkei-suijaku*), among other settings. Other conditions, such as brain fog syndrome, burnout syndrome, and chronic fatigue syndrome, are also closely related.

Related conditions in DSM-5: Major depressive disorder, persistent depressive disorder (dysthymia), generalized anxiety disorder, somatic symptom disorder, social anxiety disorder, specific phobia, posttraumatic stress disorder.

Shenjing shuairuo ("Weakness of the nervous system" in **Mandarin Chinese**) is a cultural syndrome that integrates conceptual categories of traditional Chinese medicine with the Western diagnosis of neurasthenia. In the second, revised edition of the Chinese Classification of Mental Disorders (CCMD-2-R), *shenjing shuairuo* is defined as a syndrome composed of three out of five nonhierarchical symptom clusters: weakness (e.g., mental fatigue), emotions (e.g., feeling vexed), excitement (e.g., increased recollections), nervous pain (e.g., headache), and sleep (e.g., insomnia). *Fan nao* (feeling vexed) is a form of irritability mixed with worry and distress over conflicting thoughts and unfulfilled desires. The third edition of the CCMD retains *shenjing shuairuo* as a somatoform diagnosis of exclusion. Salient precipitants of *shenjing shuairuo* include work- or family-related stressors, loss of face (*mianzi*, *lianzi*), and an acute sense of failure (e.g., in academic performance). *Shenjing shuairuo* is related to traditional concepts of weakness (*xu*) and health imbalances related to deficiencies of a vital essence (e.g., the depletion of *qi* [vital energy] following overstraining or stagnation of *qi* due to excessive worry). In the traditional interpretation, *shenjing shuairuo* results when bodily channels (*jing*) conveying vital forces (*shen*) become dysregulated as a result of various social and interpersonal stressors, such as the inability to change a chronically frustrating and distressing situation. Various psychiatric disorders are associated with *shenjing shuairuo*, notably mood, anxiety, and somatic symptom disorders. In medical clinics in China, however, up to 45% of patients with *shenjing shuairuo* do not meet criteria for any DSM-IV disorder.

Susto

Related conditions in other cultural contexts:

Similar etiological concepts and symptom configurations are found globally. In the Andean region, *susto* is referred to as *espanto*.

Susto ("fright") is a cultural explanation for distress and misfortune prevalent among some **Latinos** in the United States and among people in **Mexico, Central America, and South America**. It is not recognized as an illness category among Latinos from the Caribbean. *Susto* is an illness attributed to a frightening event that causes the soul to leave the body and results in unhappiness and sickness, as well as difficulties functioning in key social roles. Symptoms may appear any time from days to years after the fright is experienced. In extreme cases, *susto* may result in death. There are no

Related conditions in DSM-5: Major depressive disorder, posttraumatic stress disorder, other specified or unspecified trauma and stressor-related disorder, somatic symptom disorders.

specific defining symptoms for *susto*; however, symptoms that are often reported by people with *susto* include appetite disturbances, inadequate or excessive sleep, troubled sleep or dreams, feelings of sadness, low self-worth or dirtiness, interpersonal sensitivity, and lack of motivation to do anything. Somatic symptoms accompanying *susto* may include muscle aches and pains, cold in the extremities, pallor, headache, stomachache, and diarrhea. Precipitating events are diverse, and include natural phenomena, animals, interpersonal situations, and supernatural agents, among others.

Three syndromic types of *susto* (referred to as *cibih* in the local Zapotec language) have been identified, each having different relationships with psychiatric diagnoses. An interpersonal *susto* characterized by feelings of loss, abandonment, and not being loved by family, with accompanying symptoms of sadness, poor self-image, and suicidal ideation, seemed to be closely related to major depressive disorder. When *susto* resulted from a traumatic event that played a major role in shaping symptoms and in emotional processing of the experience, the diagnosis of posttraumatic stress disorder appeared more appropriate. *Susto* characterized by various recurrent somatic symptoms—for which the person sought health care from several practitioners—was thought to resemble a somatic symptom disorder.

Taijin kyofusho

Related conditions in other cultural contexts:
Taein kong po in Korea.

Related conditions in DSM-5: Social anxiety disorder, body dysmorphic disorder, delusional disorder, obsessive-compulsive disorder, olfactory reference

Taijin kyofusho ("interpersonal fear disorder" in **Japanese**) is a cultural syndrome characterized by anxiety about and avoidance of interpersonal situations due to the thought, feeling, or conviction that one's appearance and actions in social interactions are inadequate or offensive to others. In the United States, the variant involves having an offensive body odor and is termed olfactory reference syndrome. Individuals with *taijin kyofusho* tend to focus on the impact of their symptoms and behaviors on others. Variants include major concerns about facial blushing (erythrophobia), having an offensive body odor (olfactory reference syndrome), inappropriate

syndrome (a type of other specified obsessive-compulsive and related disorder). Olfactory reference syndrome is related specifically to the *jikoshu-kyofu* variant of *taijin kyofusho*, whose core symptom is the concern that the person emits an offensive body odor. This presentation is seen in various cultures outside Japan.

gaze (too much or too little eye contact), stiff or awkward facial expression or bodily movements (e.g., stiffening, trembling), or body deformity.

Taijin kyofusho is a broader construct than social anxiety disorder in DSM-5. In addition to performance anxiety, *taijin kyofusho* includes two culture-related forms: a "sensitive type," with extreme social sensitivity and anxiety about interpersonal interactions, and an "offensive type," in which the major concern is offending others. As a category, *taijin kyofusho* thus includes syndromes with features of body dysmorphic disorder as well as delusional disorder. Concerns may have a delusional quality, responding poorly to simple reassurance or counterexample.

The distinctive symptoms of *taijin kyofusho* occur in specific cultural contexts and, to some extent, with more severe social anxiety across cultures. Similar syndromes are found in Korea and other societies that place a strong emphasis on the self-conscious maintenance of appropriate social behavior in hierarchical interpersonal relationships. *Taijin kyofusho*-like symptoms have also been described in other cultural contexts, including the United States, Australia, and New Zealand.

Note: American Psychiatric Association. (2013). Glossary of cultural concepts of distress. In *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., pp. 833–837).

American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

REFERENCES

- [1] American Psychiatric Association. (2013). Glossary of cultural concepts of distress. In *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., pp. 833–837). American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- [2] von Lersner, U., & Kizilhan, J. I. (2017). *Kultursensitive Psychotherapie*. Hogrefe. <https://doi.org/10.1026/02755-000>

Unit: 2.2 Intersectionality

Handout 1: “A Non-Exhaustive List of Characteristics”

Based on relevant research [1-7] below you will find a tentative, non-exhaustive list of dimensions that can be especially relevant for refugees and migrants and how they can play a positive/negative role for them.

- **Gender:** generally speaking, the life experiences of individuals are always gendered and this is true for any setting. Concerning refugees and migrants in particular, gender can be e.g. relevant in shaping experiences in the country of origin (e.g. specific oppression and lack of freedom for women in some countries of origin) and during the flight/migration process (e.g. women are generally more exposed to gender-based violence). On the other hand, life in the destination country can coincide with a re-negotiation of gender roles within the family and with new opportunities for all genders.
- **Race/Ethnicity:** these elements are especially relevant regarding exposure to discrimination and racism. Among refugees and migrants, those who are easily labeled as foreigners (e.g. because of their skin color or appearance) are more exposed to discrimination, racist violence etc. These elements, in turn, can have a great impact on how the person feels in the migration country, his/her willingness and ability of participation in the migration society. Race/ethnicity may play a role also in the country of origin, e.g. in case of an ethnic minority.
- **Class:** class is central for the experiences of refugees and migrants in their countries of origin, as class belonging influences education, access to resources, economic situation etc. These factors, in turn, enable some people to leave their country more easily or comfortably than others, or to leave at all when those belonging to the poorest social class might not have this option. Although the flight/migration experience and arrival in a new country often levels the class differences in some ways (e.g. because all asylum seekers/refugees are accommodated in the same facilities and undergo the same legal processes), these persist concerning the immaterial aspects (e.g. knowledge of foreign languages, education, contacts).
- **Age:** age determines the “bodily” experience of flight/migration, the possibilities and perspectives in the country of migration (e.g. in learning the language, finding a job) but is also relevant from a legal point of view. Minors enjoy different rights than adults regarding their asylum process and chances of legal status, and special regulations apply to unaccompanied minors. In this regard, young asylum seekers and migrants might also enjoy some advantages due to their age.
- **Sexuality:** discrimination and oppression based on sexual orientation are a common ground for flight and migration from repressive countries of origin. Furthermore, sexuality plays a role in the country of arrival, as further discrimination experiences due to this reason cannot be excluded. However, it also informs the chances of a successful asylum-seeking procedure, as special rights are recognized to people from sexual minorities coming from countries where e.g. homosexuality is banned and repressed. The shared belonging to a sexual minority can, in some cases, facilitate the contact and the bonding with organized communities in the countries of arrival. This, in turn, can enhance the feeling

of being part of a community and enjoying a safe-space, elements that can become very important for the quality of life and mental health of refugees and migrants.

- **(Dis)ability:** while representing doubtless an additional hurdle in the asylum/migration process, like age and sexuality, disability can provide to the affected person additional possibilities concerning legal status and benefits in the country of migration.
- **Legal status:** this element is of crucial importance for refugees and migrants, as it defines the whole array of possibilities and future perspectives they dispose of (e.g. access to a legal employment, to health care, to education, to social benefits, right to apply for a private accommodation, possibility of travelling, possibility of applying for family reunification etc.). Those with a secure legal status (as recognized refugees or as migrants with legal residency) enjoy much better life conditions than those with an insecure status (e.g. because the asylum process is not completed yet). At the very bottom are the undocumented migrants and those whose asylum application has been rejected, who are *de facto* condemned to an existence in the shadow, with illegal employment, no access to social benefits and an utterly insecure future perspective.
- **Religion:** religion-based persecution can often be a ground for seeking refuge in another country, and members of some religious minorities have chances to a successful asylum application. Furthermore, religion can be for many people an important form of resilience, providing comfort in especially challenging times, but also enabling access to specific communities in the country of migration due to a shared religious belonging.
- **Family ties:** fleeing or migrating with family members instead of alone can be an important resource during the process. However, dependent family members such as young children or the elderly can also represent an additional source of concern, limit participation possibilities for the care-taking person (e.g. the participation to a language course when the children do not attend Kindergarten). Refugees and migrants who have left their countries by themselves can, on the other hand, experience great worries about their families left behind, feeling of shame or responsibility towards them etc.

REFERENCES

- [1] Anthias, F. (2013). Hierarchies of social location, class and intersectionality: Towards a translocational frame. *International Sociology*, 28(1), 121–138. <https://doi.org/10.1177/0268580912463155>
- [2] Cole, E. R. (2009). Intersectionality and research in psychology. *American Psychologist*, 64(3), 170–180. <https://doi.org/10.1037/a0014564>
- [3] Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1, 139-167.
- [4] Crenshaw, K. (1991). Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Review*, 43, 1241-1299.
- [5] Danisi, C., Dustin, M., Ferreira, N., & Held, N. (2021). *Queering Asylum in Europe: Legal and Social Experiences of Seeking International Protection on grounds of Sexual Orientation and Gender Identity*. Springer Nature.
- [6] Ekoh, P. C., & Okoye, U. O. (2022). More than just forced migrants: using intersectionality to understand the challenges and experiences of older refugees in Western societies. *Journal of Social Work in Developing Societies*, Vol. 4(2), 33–52.
- [7] Moussaoui, D., Bhugra, D., Tribe, R., & Ventriglio, A. (2021). *Mental Health, Mental Illness and Migration*. Springer.

Unit:

2.3 Mental Health and Suicide Risk Assessment

Table 1: “List of Recommended Tests”

Construct measured	Test	
Life Quality and Health	RHS-15 (Refugee Health Screener-15; Hollifield et al., 2013) ^[1] RHS-15 PDF – Pathways to Wellness	Brief screening tool specifically designed to assess emotional distress in refugees and other displaced migrants. Developed to address the unique mental health needs of refugees, the RHS-15 helps identify individuals who may be experiencing significant psychological distress, including symptoms of depression, anxiety, and PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder).
	WHOQOL-100 (WHO Quality of Life-100; Angermeyer, Kilian and Matschinger, 2000) ^[2] WHOQOL-100 – World Health Organization	The WHOQOL-100 assesses quality of life across physical, psychological, social, and environmental domains. It is well-suited for transcultural use due to its strong cross-cultural validity, extensive field-testing in diverse countries, and availability in multiple languages.
	WHOQOL-BREF (Short version of WHOQOL-100; Angermeyer, Kilian and Matschinger, 2000) WHOQOL-BREF – World Health Organization	Fewer items than WHOQOL-100. Quicker to administer.
	SWLS (Satisfaction with life scale; Diener et al. 1985) ^[3] SWLS – Ed Diener’s Lab, University of Illinois	A brief 5-item measure of global life satisfaction, assessing individuals’ judgments about their goals, achievements, and overall contentment with life. It is widely used across cultures due to its strong psychometric properties, simple wording, and availability in many languages. Its demonstrated cross-cultural reliability makes it a valuable tool in transcultural and international research on well-being.
	PSS (Perceived Stress Scale; Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983) ^[4] PSS – Mapi Research Trust	A widely used 10-item questionnaire that measures individuals’ perception of stress, focusing on feelings of unpredictability, lack of control, and overload. It is especially relevant in transcultural contexts due to its availability in numerous languages and its demonstrated validity across diverse cultural groups, making it a reliable tool for assessing perceived stress in international and multicultural research settings.

	IADQ (Adjustment Disorder Questionnaire; Shevlin et al., 2019) ^[5] IADQ – Trauma Measures Global	The IADQ is a brief self-report tool developed to assess Adjustment Disorder (Ajd) as defined by the ICD-11, focusing on core symptoms like stressor exposure, preoccupation, and failure to adapt. Designed for international applicability, it has been validated across diverse cultural contexts and is available in multiple languages, including English, German, Hebrew, and Chinese, making it a reliable instrument for cross-cultural research and screening.
Explanatory Models for Mental Health Issues	IPQ-R (Illness Perception Questionnaire-Revised; Moss-Morris et al., 2002) ^[6] IPQ-R PDF – Royal Holloway University of London	Helps to understand how individuals perceive their illness. It covers various dimensions such as identity (symptoms associated with the illness), cause (beliefs about the cause of the illness), timeline (perceived duration), consequences (expected impact), and control/cure (beliefs about the manageability and treatment of the illness). It is particularly relevant in transcultural contexts due to its strong psychometric properties, availability in multiple languages, and validation across diverse cultural settings, making it a valuable instrument for cross-cultural research and clinical practice.
	MINI (McGill Illness Narrative Interview, Groleau, Young and Kirmayer, 2006) ^[7] MINI – McGill University	A semi-structured qualitative interview designed to elicit detailed personal narratives about illness experiences. It comprises three main sections: (1) a temporal narrative of symptom and illness experience, (2) prototype narratives based on previous experiences or those of others, and (3) explanatory models encompassing labels, causal attributions, and expectations for treatment and outcomes. Supplementary sections explore help-seeking behaviors, treatment experiences, and the impact of illness on identity and relationships. The MINI has been translated into multiple languages and validated across diverse cultural contexts, making it a valuable tool for cross-cultural research and clinical practice.
Suicide Assessment	C-SSRS (Columbia-Suicide Severity Rating Scale; Posner et al., 2011) ^[8] C-SSRS – Columbia University	A structured tool designed to assess the severity and immediacy of suicidal ideation and behaviors. It evaluates aspects such as the presence of suicidal thoughts, the intensity and frequency of these thoughts, the presence of a plan, intent to act, and any preparatory behaviors or actual attempts. The C-SSRS is particularly relevant in transcultural contexts due to its availability in over 150 country-specific languages, many of which have undergone linguistic validation. This extensive linguistic adaptation ensures that the tool maintains its reliability and validity across diverse cultural settings, making it a valuable instrument for global suicide risk assessment.

	CARS (The Cultural Assessment of Risk for Suicide; Chu, J., Floyd, R., Diep, H., Pardo, S., Goldblum, P., & Bongar, B., 2013) ^[9] (A direct, freely available version of the full CARS questionnaire is not accessible online. For access to the full CARS instrument, including its manual and normative data, might require contacting the authors directly or obtaining them through academic or clinical channels).	A 39-item self-report measure developed to evaluate culturally specific suicide risk factors. It assesses dimensions such as cultural sanctions related to suicide, idioms of distress, minority stress, and social discord, which may influence suicidal thoughts and behaviors. The CARS has demonstrated good internal consistency and convergent validity with established suicide-related measures, making it a valuable tool for culturally competent suicide risk assessment.
	Suicide Risk Assessment Toolkit by Mental Health Commission of Canada (MHCC) in partnership with the Canadian Patient Safety Institute (CPSI) ^[10] Suicide Risk Assessment Toolkit – MHCC	This toolkit helps healthcare professionals choose and use suicide risk assessment tools effectively. It emphasizes that tools should support, not replace, clinical judgment. The toolkit reviews various tools, focusing on their reliability and cultural sensitivity, ensuring they are appropriate for diverse populations including Indigenous peoples, LGBTQ+ communities, and racialized groups. It offers practical guidance to integrate assessments into holistic care.
Depression	PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9; Kroenke, Spitzer & Williams, 2001) ^[11] Official PHQ Screeners Website	The PHQ-9 is a brief self-administered tool that assesses the severity of depression based on nine DSM-IV criteria. It asks respondents to rate the frequency of symptoms over the past two weeks. Widely used across cultures, it is available in multiple languages and has been validated internationally, making it suitable for transcultural research and clinical use.
	HAM-D (Test Hamilton - Depression scale; Hamilton 1959) ^[12] HAM-D PDF (University of Florida) HAM-D Online Calculator (QxMD)	The HAM-D is a clinician-administered scale used to assess the severity of depression symptoms, including mood, guilt, insomnia, anxiety, and somatic complaints. It is widely used in clinical and research settings and has been translated and validated in multiple languages, making it suitable for use in diverse cultural contexts.
	HSCL-25, second part (Hopkins Symptom Checklist, second part, depression; Petermann and Brähler, 2013) ^[13] HSCL-25 – HPRT Cambridge	The HSCL-25 is a self-report questionnaire assessing symptoms of anxiety and depression. Part 2 focuses on depression, evaluating mood, energy, sleep, and self-worth. It has been validated across various populations and translated into multiple languages, making it suitable for transcultural research and clinical use.
Anxiety Disorders	HAM-A (Test Hamilton – Anxiety scale; Hamilton, 1959) ^[12] HAM-A – MDCalc	The HAM-A is a clinician-administered scale that assesses the severity of anxiety through 14 items covering both psychological and somatic symptoms. It evaluates aspects like anxious mood, tension, and physical complaints. Widely translated and validated, it is a valuable tool for assessing anxiety in diverse cultural and clinical contexts.

	HSCL-25, first part (Hopkins Symptom Checklist, first part) ^[13] 🔗 HSCL-25 – HPRT Cambridge	The first part of the HSCL-25 focuses specifically on anxiety symptoms. It assesses a range of symptoms associated with anxiety, such as nervousness, fearfulness, and physical symptoms like dizziness. Due to its availability in multiple languages and strong cross-cultural validation, it is especially relevant in transcultural mental health assessments.
PTSD	CAPS-5 (Clinical Administered PTSD Scale for DSM-5; Weathers et al., 2013) ^[14] 🔗 CAPS-5 – ISTSS	The CAPS-5 is a structured clinical interview used to diagnose PTSD and assess symptom severity based on DSM-5 criteria. It is highly valued in transcultural contexts because clinicians can adapt questions and clarify meanings, allowing culturally sensitive assessment. It has been validated across diverse populations and is available in multiple languages.
	HTQ (Harvard Trauma Questionnaire; Mollica et al. 1992) ^[15] 🔗 HTQ – HPRT Cambridge	Self-report tool assessing trauma exposure and PTSD symptoms, especially in refugee and war-affected populations. Includes culturally specific items and has been translated and validated widely.
	ITQ (International Trauma Questionnaire; Cloitre et al., 2018) ^[16] 🔗 ITQ – Trauma Measures Global	Brief self-report tool for PTSD and Complex PTSD based on ICD-11. Designed to be culturally neutral and validated in many countries, with versions in over 30 languages.
	IES-R (The Impact of Event Scale – Revised; Weiß and Marmar, 1997) ^[17] 🔗 IES-R – Trauma Measures Global	Measures distress related to traumatic events, focusing on intrusion, avoidance, and hyperarousal. Broadly used and translated; suitable for transcultural contexts despite not being culture-specific.
	ITEM (International Exposure Trauma Measure; Hyland et al. 2021) ^[18] 🔗 ITEM – Trauma Measures Global	Self-report tool that assesses exposure to a wide range of potentially traumatic events. Developed explicitly for cross-cultural use, avoiding culturally biased assumptions. Validated internationally and available in multiple languages.
	PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5; Weathers et al. 2013) ^[19] 🔗 PCL-5 – LA County DMH	A self-report questionnaire for screening and monitoring PTSD symptoms. Widely used, translated into many languages, and adaptable to diverse populations.
Somatisation Disorder	PHQ-15 (Health questionnaire for patients - Somatisation; Kränke, Spitzer and Qillias, 2002) ^[20] 🔗 Official PHQ Screeners Website	Self-report questionnaire assessing the severity of somatic symptoms over the past four weeks. It covers 15 common physical complaints, such as pain, gastrointestinal issues, and fatigue. In transcultural contexts, its straightforward language and broad symptom coverage make it adaptable across diverse populations. The PHQ-15 has been translated into multiple languages and validated internationally, enhancing its utility in various cultural settings.

	SOMS-2 (Screening for somatoform symptoms - 2; Rief and Hiller, 2008) ^[21] (A direct, freely available version of the full SOMS-2 questionnaire is not accessible online. For access to the full SOMS-2 instrument, including its manual and normative data, might require contacting the authors directly or obtaining them through academic or clinical channels).	A comprehensive self-report tool designed to identify somatoform symptoms by listing numerous physical complaints without identifiable medical causes. Its broad symptom coverage supports detailed evaluation across cultural contexts, accommodating varying symptom expressions.
Migratory Stress, Acculturative Strategies, Migratory Mourning	BISS (Barcelona Immigration Stress Scale; Tomás-Sábado, Qureshi, Montserrat, & Collazos, 2007; Eiroa-Orosa, Evangelidou, Qureshi, & Collazos, 2023) ^[22, 23] (A direct, freely available version of the full BISS questionnaire is not accessible online. For access to the full BISS instrument, including its manual and normative data, might require contacting the authors directly or obtaining them through academic or clinical channels).	A 42-item self-report questionnaire developed to assess acculturative stress among immigrants, particularly in European contexts. It evaluates various stressors associated with the migration experience, such as homesickness, perceived discrimination, cultural adaptation challenges, and general psychosocial stress. Designed with cultural sensitivity in mind, the BISS has been validated across diverse immigrant populations, demonstrating its applicability in transcultural settings. Its comprehensive approach allows for a nuanced understanding of the psychological impact of immigration across different cultural groups.
	FRACC (Frankfurt Acculturation Scale; Bongard, Etzler and Frankenberg, 2020) ^[24] (A direct, freely available version of the full FRACC questionnaire is not accessible online. For access to the full FRACC instrument, including its manual and normative data, might require contacting the authors directly or obtaining them through academic or clinical channels).	Is a 20-item self-report tool that measures how migrants balance their heritage and host cultures, based on Berry's acculturation model. It identifies four strategies: integration, assimilation, separation, and marginalization.

Handout 2: “Complete CFI in English”

Cultural Formulation Interview (CFI)

Supplementary modules used to expand each CFI subtopic are noted in parentheses.

GUIDE TO INTERVIEWER

INSTRUCTIONS TO THE INTERVIEWER ARE *ITALICIZED*.

The following questions aim to clarify key aspects of the presenting clinical problem from the point of view of the individual and other members of the individual's social network (i.e., family, friends, or others involved in current problem). This includes the problem's meaning, potential sources of help, and expectations for services.

INTRODUCTION FOR THE INDIVIDUAL:

*I would like to understand the problems that bring you here so that I can help you more effectively. I want to know about **your** experience and ideas. I will ask some questions about what is going on and how you are dealing with it. Please remember there are no right or wrong answers.*

CULTURAL DEFINITION OF THE PROBLEM

CULTURAL DEFINITION OF THE PROBLEM

(Explanatory Model, Level of Functioning)

Elicit the individual's view of core problems and key concerns.
Focus on the individual's own way of understanding the problem.
Use the term, expression, or brief description elicited in question 1 to identify the problem in subsequent questions (e.g., “your conflict with your son”).

1. What brings you here today?
IF INDIVIDUAL GIVES FEW DETAILS OR ONLY MENTIONS SYMPTOMS OR A MEDICAL DIAGNOSIS, PROBE:
People often understand their problems in their own way, which may be similar to or different from how doctors describe the problem. How would you describe your problem?

Ask how individual frames the problem for members of the social network.

2. Sometimes people have different ways of describing their problem to their family, friends, or others in their community. How would you describe your problem to them?

Focus on the aspects of the problem that matter most to the individual.

3. What troubles you most about your problem?

CULTURAL PERCEPTIONS OF CAUSE, CONTEXT, AND SUPPORT

CAUSES

(Explanatory Model, Social Network, Older Adults)

This question indicates the meaning of the condition for the individual, which may be relevant for clinical care.

4. Why do you think this is happening to you? What do you think are the causes of your [PROBLEM]?

Note that individuals may identify multiple causes, depending on the facet of the problem they are considering.

PROMPT FURTHER IF REQUIRED:

Some people may explain their problem as the result of bad things that happen in their life, problems with others, a physical illness, a spiritual reason, or many other causes.

Focus on the views of members of the individual's social network. These may be diverse and vary from the individual's.

5. What do others in your family, your friends, or others in your community think is causing your [PROBLEM]?

Cultural Formulation Interview (CFI)

STRESSORS AND SUPPORTS

(Social Network, Caregivers, Psychosocial Stressors, Religion and Spirituality, Immigrants and Refugees, Cultural Identity, Older Adults, Coping and Help Seeking)

Elicit information on the individual's life context, focusing on resources, social supports, and resilience. May also probe other supports (e.g., from co-workers, from participation in religion or spirituality).

Focus on stressful aspects of the individual's environment. Can also probe, e.g., relationship problems, difficulties at work or school, or discrimination.

6. Are there any kinds of support that make your [PROBLEM] better, such as support from family, friends, or others?

7. Are there any kinds of stresses that make your [PROBLEM] worse, such as difficulties with money, or family problems?

ROLE OF CULTURAL IDENTITY

(Cultural Identity, Psychosocial Stressors, Religion and Spirituality, Immigrants and Refugees, Older Adults, Children and Adolescents)

Ask the individual to reflect on the most salient elements of his or her cultural identity. Use this information to tailor questions 9–10 as needed.

Elicit aspects of identity that make the problem better or worse.

Probe as needed (e.g., clinical worsening as a result of discrimination due to migration status, race/ethnicity, or sexual orientation).

Probe as needed (e.g., migration-related problems; conflict across generations or due to gender roles).

Sometimes, aspects of people's background or identity can make their [PROBLEM] better or worse. By **background** or **identity**, I mean, for example, the communities you belong to, the languages you speak, where you or your family are from, your race or ethnic background, your gender or sexual orientation, or your faith or religion.

8. For you, what are the most important aspects of your background or identity?

9. Are there any aspects of your background or identity that make a difference to your [PROBLEM]?

10. Are there any aspects of your background or identity that are causing other concerns or difficulties for you?

CULTURAL FACTORS AFFECTING SELF-COPING AND PAST HELP SEEKING

SELF-COPING

(Coping and Help Seeking, Religion and Spirituality, Older Adults, Caregivers, Psychosocial Stressors)

Clarify self-coping for the problem.

11. Sometimes people have various ways of dealing with problems like [PROBLEM]. What have you done on your own to cope with your [PROBLEM]?

Cultural Formulation Interview (CFI)

PAST HELP SEEKING

(Coping and Help Seeking, Religion and Spirituality, Older Adults, Caregivers, Psychosocial Stressors, Immigrants and Refugees, Social Network, Clinician-Patient Relationship)

Elicit various sources of help (e.g., medical care, mental health treatment, support groups, work-based counseling, folk healing, religious or spiritual counseling, other forms of traditional or alternative healing).

Probe as needed (e.g., "What other sources of help have you used?").

Clarify the individual's experience and regard for previous help.

12. Often, people look for help from many different sources, including different kinds of doctors, helpers, or healers. In the past, what kinds of treatment, help, advice, or healing have you sought for your [PROBLEM]?

PROBE IF DOES NOT DESCRIBE USEFULNESS OF HELP RECEIVED:

What types of help or treatment were most useful? Not useful?

BARRIERS

(Coping and Help Seeking, Religion and Spirituality, Older Adults, Psychosocial Stressors, Immigrants and Refugees, Social Network, Clinician-Patient Relationship)

Clarify the role of social barriers to help seeking, access to care, and problems engaging in previous treatment.

Probe details as needed (e.g., "What got in the way?").

13. Has anything prevented you from getting the help you need?

PROBE AS NEEDED:

For example, money, work or family commitments, stigma or discrimination, or lack of services that understand your language or background?

CULTURAL FACTORS AFFECTING CURRENT HELP SEEKING

PREFERENCES

(Social Network, Caregivers, Religion and Spirituality, Older Adults, Coping and Help Seeking)

Clarify individual's current perceived needs and expectations of help, broadly defined.

Probe if individual lists only one source of help (e.g., "What other kinds of help would be useful to you at this time?").

Focus on the views of the social network regarding help seeking.

Now let's talk some more about the help you need.

14. What kinds of help do you think would be most useful to you at this time for your [PROBLEM]?

15. Are there other kinds of help that your family, friends, or other people have suggested would be helpful for you now?

CLINICIAN-PATIENT RELATIONSHIP

(Clinician-Patient Relationship, Older Adults)

Elicit possible concerns about the clinic or the clinician-patient relationship, including perceived racism, language barriers, or cultural differences that may undermine goodwill, communication, or care delivery.

Probe details as needed (e.g., "In what way?").

Address possible barriers to care or concerns about the clinic and the clinician-patient relationship raised previously.

Sometimes doctors and patients misunderstand each other because they come from different backgrounds or have different expectations.

16. Have you been concerned about this and is there anything that we can do to provide you with the care you need?

Note: American Psychiatric Association. (2013). *Cultural Formulation Interview (CFI)*.

https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA_DSM5_Cultural-Formulation-Interview.pdf

Handout 3: “Risk Factors Associated with Suicide”

- **Acculturation stress and identity conflict:** the intense pressure to adapt to a new culture can lead to significant stress and identity conflict. As discussed in the unit 1.4. the struggle to balance the values and norms of their culture of origin with those of the host culture can result in feelings of confusion, isolation, and distress. These feelings can increase the risk of suicidal ideation and behaviour [26, 28].
- **Social isolation and lack of support networks:** separation from family and familiar social networks is common among migrants. This isolation can be exacerbated by language barriers and difficulties in establishing new social connections in the host country. The resulting loneliness and lack of social support are potent risk factors for suicide [26, 27].
- **Family conflicts:** Tensions and conflicts within the family, especially due to intergenerational cultural gaps or differing adaptation speeds, increase psychological distress and suicide risk among migrants [26, 27, 29].
- **Experiences of discrimination and xenophobia:** experiences of discrimination and xenophobia can lead to chronic stress, a sense of helplessness, and a diminished sense of belonging, all of which contribute to an increased risk of suicide. It might lead to re-traumatisation or new traumatic experiences, especially when physical and emotional violence takes part. Discrimination can also exacerbate the previous risk factors since the person feels isolated and has much fewer opportunities to establish and cover all basic needs [26, 27].
- **Trauma exposure pre- and post-migration:** consider the history of trauma of the client. These can be histories of trauma related to war, persecution, or violence in their home countries, as well as traumatic experiences during the migration process and can lead to (complex) post-traumatic stress disorder (C-PTSD) and other trauma-related mental health conditions that heighten the risk of suicide [26,28].
- **Legal status and fear of deportation:** uncertainty about legal status and the fear of deportation are significant existential stressors for many migrants. This fear can contribute to anxiety, depression, and feelings of hopelessness, all of which are associated with an increased risk of suicide [27, 28].
- **Substance abuse as coping mechanism:** studies show that alcohol abuse, in combination with other risk factors explained above, can lead to suicide behaviour and, therefore, a higher risk of suicide. This can be explained by the lack of sustainable resources to cope with emotional, psychological or social problems [27, 29].
- **Gender-specific vulnerabilities:** Immigrant women may face compounded risks due to gender roles, violence, and cultural pressures that increase their risk of suicidal behavior [26].

REFERENCES

- [1] Hollifield, M., Verbillis-Kolp, S., Farmer, B., Toolson, E. C., Woldehaimanot, T., Yamazaki, J., & SooHoo, J. (2013). The Refugee Health Screener-15 (RHS-15): Development and validation of an instrument for anxiety, depression, and PTSD in refugees. *General Hospital Psychiatry*, 35(2), 202–209. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2012.12.002>
- [2] Angermeyer, M. C., Kilian, R., & Matschinger, H. (2000). WHOQOL-100 and WHOQOL-BREF: A comparative review of their psychometric properties and results. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35(1), 36–43. <https://doi.org/10.1007/s001270050005>
- [3] Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71–75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- [4] Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385–396. <https://doi.org/10.2307/2136404>
- [5] Lorenz, L., Bachem, R. C., & Maercker, A. (2016). The Adjustment Disorder–New Module 20 as a Screening Instrument: Cluster Analysis and Cut-off Values. *The international journal of occupational and environmental medicine*, 7(4), 215–220. <https://doi.org/10.15171/ijoom.2016.775>
- [6] Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., Cameron, L. D., & Buick, D. (2002). The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology & Health*, 17(1), 1–16. <https://doi.org/10.1080/08870440290001494>
- [7] Groleau, D., Young, A., & Kirmayer, L. J. (2006). The McGill Illness Narrative Interview (MINI): an interview schedule to elicit meanings and modes of reasoning related to illness experience. *Transcultural psychiatry*, 43(4), 671–691. <https://doi.org/10.1177/1363461506070796>
- [8] Posner, K., Brown, G. K., Stanley, B., Brent, D. A., Yershova, K. V., Oquendo, M. A., ... & Mann, J. J. (2011). The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: Initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *American Journal of Psychiatry*, 168(12), 1266–1277. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10111704>
- [9] Chu, J., Floyd, R., Diep, H., Pardo, S., Goldblum, P., & Bongar, B. (2013). A tool for the culturally competent assessment of suicide: The Cultural Assessment of Risk for Suicide (CARS) Measure. *Psychological Assessment*, 25(1), 170–181. <https://doi.org/10.1037/a0031264>
- [10] Mental Health Commission of Canada (MHCC) & Canadian Patient Safety Institute (CPSI). (2021). *Suicide Risk Assessment Toolkit*. https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/2021-01/mhcc_cpsi_suicide_risk_assessment_toolkit_eng.pdf
- [11] Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- [12] Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32(1), 50–55. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x>
- [13] Petermann, F., & Brähler, E. (2013). *Hopkins Symptom Checklist (HSCL-25)*. Hogrefe Publishing.
- [14] Weathers, F.W., Blake, D.D., Schnurr, P.P., Kaloupek, D.G., Marx, B.P., & Keane, T.M. (2013). *The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5)*. [Assessment] Available from www.ptsd.va.gov
- [15] Mollica, R. F., Caspi-Yavin, Y., Bollini, P., Truong, T., Tor, S., & Lavelle, J. (1992). The Harvard Trauma Questionnaire: Validating a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma, and posttraumatic stress disorder in Indochinese refugees. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180(2), 111–116. <https://doi.org/10.1097/00005053-199202000-00008>
- [16] Cloitre, M., Roberts, N. P., Bisson, J. I., & Brewin, C. R. (2018). The International Trauma Questionnaire: Development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 138(6), 536–546. <https://doi.org/10.1111/acps.12956>
- [17] Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1997). The Impact of Event Scale – Revised. In J. P. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399–411). Guilford Press.
- [18] Nielsen, T., Elklit, A., Vang, M. L., Nielsen, S. B., Auning-Hansen, M., & Palic, S. (2023). Cross-cultural validity and psychometric properties of the International Trauma Questionnaire in a clinical refugee sample. *European Journal of Psychotraumatology*, 14(1). <https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2172256>
- [19] Weathers, F.W., Litz, B.T., Keane, T.M., Palmieri, P.A., Marx, B.P., & Schnurr, P.P. (2013). The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). Scale available from the National Center for PTSD at www.ptsd.va.gov.

- [20] Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2002). The PHQ-15: Validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 64(2), 258–266. <https://doi.org/10.1097/00006842-200203000-00008>
- [21] Rief, W., & Hiller, W. (2008). Screening für Somatoforme Störungen (SOMS). Manual. (2., vollständig überarbeitete und neu normierte Auflage). Bern: Hans Huber.
- [22] Tomás-Sábado, J., Qureshi, A., Montserrat, A., & Collazos, F. (2007). Construction and preliminary validation of the Barcelona Immigration Stress Scale. *Psychological Reports*, 100(3), 1013–1023. <https://doi.org/10.2466/PRO.100.3.1013-1023>
- [23] Eiroa-Orosa, F. J., Evangelidou, S., Qureshi, A., & Collazos, F. (2023). Cross-cultural validation of the Barcelona Immigration Stress Scale. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 25(6), 1339–1353. <https://doi.org/10.1007/s10903-023-01520-2>
- [24] Bongard, S., Etzler, S., & Frankenberg, E. (2020). Frankfurter Akkulturationsskala (FRAKK). Göttingen: Hogrefe. <https://doi.org/10.1026/0033-3042/a000648>
- [25] American Psychiatric Association. (2013). *Cultural Formulation Interview (CFI)*. https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA_DSM5_Cultural-Formulation-Interview.pdf
- [26] Heredia Montesinos, A., Heinz, A., Schouler-Ocak, M., & Aichberger, M. C. (2013). Precipitating and risk factors for suicidal behaviour among immigrant and ethnic minority women in Europe: A systematic review. *Suicidology Online*, 4, 60–80. <http://www.suicidology-online.com/pdf/SOL-2013-4-60-80.pdf>
- [27] Forte, A., Trobia, F., Gualtieri, F., Lamis, D. A., Cardamone, G., Giallonardo, V., Fiorillo, A., Girardi, P., & Pompili, M. (2024). Suicide risk among immigrants and ethnic minorities: A literature overview. *International Journal of Social Psychiatry*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/09540261.2024.2327389>
- [28] Forte, A., Trobia, F., Gualtieri, F., Lamis, D. A., Cardamone, G., Giallonardo, V., Fiorillo, A., Girardi, P., & Pompili, M. (2018). Suicide Risk among Immigrants and Ethnic Minorities: A Literature Overview. *International journal of environmental research and public health*, 15(7), 1438. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071438>
- [29] Carta, M. G., Bernal, M., Hardoy, M. C., & Haro-Abad, J. M. (2005). Migration and mental health in Europe (the state of the mental health in Europe working group: appendix 1). *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 1, 13. <https://doi.org/10.1186/1745-0179-1-13> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1208963/>

Unit: 2.4 Psychological First Aid

Handout 1: “Special Situation of Children”

How children react to the hardships of a crisis depends on their **age** and **developmental** stage. It also depends on the ways their caregivers and other adults interact with them (if they exist). For example, young children may not fully understand what is happening around them and are especially in need of support from caregivers. **In general, children cope better when they have a stable, calm adult around them.** [1,2]

THINGS TO SAY AND DO FOR CHILDREN

Keep together with loved ones

- » Keep them together with their caregivers and family whenever possible. Try not to let them get separated.
- » When unaccompanied, link them with a trustworthy child protection network or agency. Don't leave the child unattended.
- » If no child protection agency is available, take steps yourself to find their caregivers or to contact other family who can care for them.

Keep safe

- » Protect them from being exposed to any gruesome scenes, like injured people or terrible destruction.
- » Protect them from hearing upsetting stories about the event.
- » Protect them from the media or from people who want to interview them who are not part of the emergency response.

Listen, talk and play

- » Be calm, talk softly and be kind.
- » Listen to children's views on their situation.
- » Try to talk with them on their eye level, and use words and explanations they can understand.
- » Introduce yourself by name and let them know you are there to help.
- » Find out their name, where they are from, and any information you can in order to help find their caregivers and other family members.
- » When they are with their caregivers, support the caregivers in taking care of their own children.
- » If passing time with children, try to involve them in play activities or simple conversation about their interests, according to their age.

Note: Graphic from World Health Organization. (2011). *Psychological first aid: Guide for field workers*.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241548205>

Remember that children also have their own resources for coping. Learn what these are and support positive coping strategies, while helping them to avoid negative coping strategies. Older children and adolescents can often help in crisis situations. Finding safe ways for them to contribute to the situation may help them to feel more in control.

The three principles “Look, Listen, Link” of PFA for children: [1,2]

“LOOK” FOR:

- ✓ information on what has happened
- ✓ safety and security risks
- ✓ who the child is with or whether the child is alone
- ✓ physical injuries
- ✓ immediate basic, practical and protection needs emotional reactions.
- ✓ Assess emotional reactions

“LINK”

- ✓ assess the child’s needs, with the child, if possible
- ✓ help the child access protection and services for basic needs
- ✓ give age-appropriate information
- ✓ connect the child with loved ones and, if needed, social services

“LISTEN”

- ✓ approach the child and introduce yourself
- ✓ calm the child
- ✓ pay attention and listen actively
- ✓ accept and validate the child’s reactions and feelings
- ✓ ask about needs and concerns with age-appropriate questions
- ✓ help the child find solutions to their immediate needs and problem

Note: Adapted from *A guide to psychological first aid for Red Cross and Red Crescent societies* (pp. 58–61), by International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, 2018, IFRC Reference Centre for Psychosocial Support.

REFERENCES

- [1] World Health Organization. (2011). *Psychological first aid: Guide for field workers*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241548205>
- [2] International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. (2018). *A guide to psychological first aid for Red Cross and Red Crescent societies*. IFRC Reference Centre for Psychosocial Support.
Retrieved September 12, 2024, from <https://pscentre.org/?resource=a-guide-to-psychological-first-aid-for-red-cross-red-crescent-societies>



Co-funded by
the European Union



Funded by the European Union.

Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

This work is licensed under a

[Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) (CC-BY-NC 4.0).

Modulo 3.

Migliorare le competenze nella gestione dei bisogni di salute mentale dei migranti

Altri professionisti e Volontari

Contenuto redatto da **Prolepsis** (Institute of Preventive Medicine, Environmental and Occupational Health – Grecia), **Zadig** (Zadig Srl, società benefit – Italia) e **Cyprus Institute of Technology/CUT** (Cipro), e revisionato da **Prolepsis** (Grecia)

Ultimo aggiornamento: dicembre 2024

Modulo:	Migliorare le competenze nella gestione dei bisogni di salute mentale dei migranti
Versione:	Altri professionisti e Volontari
Partner responsabili:	Prolepsis Institute, Zadig, CUT

Descrizione del modulo

Questo modulo fornisce a professionisti e volontari che non operano come interpreti o mediatori culturali nei rispettivi contesti (per esempio, nel settore medico, del counseling, dell'assistenza sociale o del lavoro in comunità) le competenze e le strategie necessarie per gestire i bisogni di salute mentale di migranti e rifugiati. Si concentra su una comunicazione efficace, sulla consapevolezza culturale, sulla collaborazione con interpreti e mediatori culturali e sul lavoro di squadra interdisciplinare. Un'unità aggiuntiva, posta alla fine del modulo, dedica particolare attenzione alle esigenze specifiche di bambini e giovani migranti, inclusi i minori non accompagnati. L'unità 3.1 si concentra sulla comunicazione efficace, fornendo strumenti utili per sviluppare empatia, instaurare fiducia e costruire un rapporto solido con migranti e rifugiati, superando le barriere linguistiche e culturali attraverso tecniche come la Comunicazione Non-Violenta (NVC) e la pratica riflessiva. L'unità 3.2 sottolinea l'importanza della consapevolezza culturale, promuovendo l'auto-riflessione sui pregiudizi personali e favorendo approcci culturalmente sensibili alla cura, con un'introduzione alla competenza strutturale per affrontare le disuguaglianze sistemiche. L'unità 3.3 approfondisce la collaborazione per un'interpretazione e una mediazione culturale efficaci, evidenziando il ruolo di interpreti e mediatori culturali nel colmare i divari linguistici e culturali, e fornendo linee guida per il lavoro di squadra in contesti di comunicazione triadica. L'unità 3.4 esplora la collaborazione interdisciplinare nell'ambito della salute mentale e del supporto psicosociale, promuovendo approcci integrati di assistenza che coinvolgano diversi ruoli professionali. Infine, l'unità 3.5 esamina le esigenze specifiche dei

bambini migranti e rifugiati, affrontando i loro bisogni di salute mentale e supporto psicosociale attraverso strategie mirate per garantire sicurezza, fiducia e partecipazione attiva.

Obiettivi di apprendimento del modulo:

Al completamento di questo modulo, i partecipanti saranno in grado di:

- Dimostrare abilità di comunicazione efficace per instaurare fiducia, empatia e un rapporto solido con migranti e rifugiati.
- Identificare e affrontare i segnali della comunicazione non verbale, comprendendone il significato e utilizzandoli efficacemente per creare un rapporto positivo.
- Implementare strategie di comunicazione efficace, inclusa l'adozione della Comunicazione Non-Violenta (NVC) e della pratica riflessiva.
- Applicare consapevolezza culturale e competenza strutturale per personalizzare il supporto psicosociale.
- Collaborare in modo efficiente con interpreti e mediatori culturali, comprendendone i ruoli.
- Applicare le migliori pratiche di comunicazione triadica per superare barriere linguistiche e culturali.
- Facilitare la collaborazione interdisciplinare, integrando i ruoli di diversi professionisti per fornire supporto mentale e psicosociale alle popolazioni migranti e rifugiate.
- Analizzare i fattori di rischio e di protezione, nonché i bisogni e le risposte allo stress legati ai bambini sfollati.
- Rispondere ai bisogni specifici di bambini migranti e rifugiati, adottando approcci adeguati all'età per garantire sicurezza, fiducia e partecipazione attiva.

Unità in questo Modulo:

Modulo 3.
Migliorare le competenze nella gestione dei bisogni di salute mentale dei migranti
Unità 3.1: Comunicazione efficace
Unità 3.2: Consapevolezza culturale
Unità 3.3: Collaborazione per un'interpretazione e mediazione culturale efficace
Unità 3.4: Collaborazione interdisciplinare nella salute mentale e nel supporto psicosociale
Unità 3.5: Situazioni particolari dei bambini

Unità 3.1: Comunicazione efficace

Descrizione dell'unità
Questa unità affronta i principali aspetti della comunicazione efficace nel supporto a migranti e rifugiati nei contesti di salute mentale e supporto psicosociale. Si apre con strategie mirate a sviluppare empatia, instaurare fiducia e costruire relazioni solide, per poi esaminare il ruolo cruciale degli interpreti e dei mediatori culturali nel superare le barriere linguistiche e culturali. La comunicazione non verbale viene approfondita attraverso esempi pratici sull'utilizzo di gesti, tono di voce e linguaggio del corpo per favorire una migliore comprensione. Viene inoltre introdotta la pratica riflessiva, uno strumento utile per aiutare gli operatori sul campo a sviluppare consapevolezza di sé e a perfezionare i propri approcci comunicativi. Infine, i principi della Comunicazione Non-Violenta (CNV) – osservazioni, sentimenti, bisogni e richieste – vengono presentati come strumenti fondamentali per promuovere interazioni chiare, empatiche e collaborative.

Sezioni dell'unità:

1. [Introduzione](#)
2. [Elementi chiave della comunicazione efficace](#)

3. [Principi di Comunicazione Non-Violenta \(CNV\)](#)

1. Introduzione

La comunicazione efficace è fondamentale nei contesti di salute mentale che coinvolgono migranti e rifugiati, a causa delle loro sfide ed esperienze uniche [1, 2]. Comunicare in modo chiaro, empatico e culturalmente sensibile consente agli operatori sul campo di valutare accuratamente i bisogni, instaurare fiducia e offrire un supporto personalizzato. Questo approccio garantisce che le persone assistite si sentano ascoltate e comprese, promuovendo così la loro partecipazione attiva al processo terapeutico e migliorando i risultati in termini di salute mentale.

Inoltre, la comunicazione efficace è essenziale per superare le barriere nell'accesso alle cure [3]. Richiede risorse multilingue e una profonda comprensione dei contesti culturali che influenzano le percezioni e le pratiche legate alla salute mentale (vedi anche le Unità 2.1 e 2.3). Riconoscere e affrontare le sfide uniche poste dalle barriere linguistiche attraverso la collaborazione con interpreti e mediatori culturali rafforza la fiducia e garantisce interazioni più accurate e di supporto [4]. Un dialogo rispettoso e aperto aiuta professionisti e volontari a identificare e affrontare ostacoli come la paura della deportazione, lo stigma legato ai problemi di salute mentale e difficoltà pratiche come lavoro e alloggio [5].

Questa unità esplorerà gli elementi chiave della comunicazione efficace, come il ruolo dell'empatia, la costruzione di fiducia e rapporti positivi, la comunicazione non verbale e il pensiero riflessivo [6, 7, 8]. Verranno discusse strategie pratiche per ciascun elemento, al fine di migliorare la comunicazione dei professionisti con migranti e rifugiati. Infine, saranno approfonditi i principi della Comunicazione Non-Violenta (CNV).

2. Elementi chiave della comunicazione efficace

Comprendere il ruolo dell'empatia, della fiducia e della costruzione di rapporti

L'**empatia** consiste nella capacità di comprendere e condividere i sentimenti di un'altra persona. È fondamentale per costruire la fiducia, che, nel contesto di questa formazione, si riferisce alla creazione di

un rapporto basato sulla sincerità e sull'affidabilità, favorendo una relazione positiva e una connessione autentica tra il professionista e la persona che accede alle cure [9, 10]. L'empatia è indispensabile per superare le barriere: aiuta le persone a condividere esperienze difficili, riduce le paure legate all'autorità e favorisce lo sviluppo di una relazione solida [9-12].

L'empatia svolge un ruolo centrale nella relazione tra professionista e assistito. Essa è definita come la capacità di comprendere le esperienze vissute e i bisogni di un'altra persona, comunicare e confermare questa comprensione con l'individuo, e agire di conseguenza in modo solidale e utile [11]. L'empatia rappresenta la base di tutte le attività legate alla salute mentale e al benessere psicosociale [9-11].

Sebbene esista un'ampia letteratura che evidenzia l'importanza dell'empatia, i professionisti della sanità e altri operatori impegnati nel migliorare la salute mentale e il benessere psicosociale di migranti e rifugiati non sempre rispondono ai bisogni delle persone con un approccio empatico [13]. Inoltre, le barriere linguistiche rappresentano un fattore di rischio significativo che può influenzare la qualità delle cure fornite. L'Unità 3.3 metterà in evidenza il ruolo fondamentale degli interpreti e dei mediatori culturali nella salute mentale di migranti e rifugiati, e analizzerà le opportunità positive che la loro presenza può offrire in un'interazione transculturale [14].

L'efficacia dell'empatia nella cura della salute mentale non si limita alla semplice comprensione delle esperienze di un individuo, ma si estende al modo in cui tale comprensione viene trasmessa e tradotta in azioni concrete. Per i professionisti e i volontari, sviluppare competenze che permettano di esprimere empatia sia attraverso la comunicazione verbale che non verbale è essenziale. Questo richiede di validare e rispettare i sentimenti della persona, integrando prospettive diverse e riconoscendo la complessità delle sue esperienze [9]. Data la natura profondamente relazionale dell'empatia, in cui professionista e individuo si influenzano reciprocamente, la comunicazione efficace si configura come un processo dinamico e interattivo, fondamentale per costruire un rapporto di fiducia e promuovere il benessere.

Il Sistema di Codifica della Comunicazione Empatica (ECCS)

Il **Sistema di Codifica della Comunicazione Empatica (ECCS)** è uno strumento validato che misura la comunicazione empatica negli incontri tra professionista e assistito. La tabella sottostante può essere utilizzata come quadro di riferimento per aiutare i professionisti a comprendere meglio il modo in cui rispondono a diverse situazioni [15]. Le risposte evidenziate in rosso rappresentano reazioni indesiderate, mentre quelle evidenziate in verde indicano reazioni preferibili.

Sistema di Codifica della Comunicazione Empatica	
Negazione/disconferma	Il professionista ignora l'opportunità empatica di entrare in connessione con la persona o formula un'affermazione che crea disagio.
Riconoscimento superficiale	Il professionista fornisce una risposta meccanica, simile a un copione, con scarse opportunità empatiche e un riconoscimento minimo.
Riconoscimento implicito	Il professionista non riconosce il problema centrale nell'opportunità empatica, ma si concentra su un aspetto marginale di quanto rivelato e procede a cambiare argomento di discussione.
Riconoscimento	Il professionista riconosce il problema centrale nell'opportunità empatica, ma si concentra su un aspetto marginale di quanto emerso e procede a cambiare argomento di discussione.
Approfondimento	Il professionista ha riconosciuto la questione centrale descritta durante l'opportunità empatica e la approfondisce ulteriormente ponendo domande al migrante/rifugiato, offrendo supporto o consigli, oppure elaborando ulteriormente quanto rivelato dal paziente.
Conferma	Il professionista comunica al migrante/rifugiato che l'emozione o la sfida espressa è valida e legittima.
Sentimento o esperienza condivisa	Il professionista comunica di condividere l'emozione della persona o di aver vissuto una esperienza o una sfida simile.

Nota: contenuto adattato dal team EU-MiCare dalla fonte Bylund (2005).

Costruire fiducia e rapporti

☉ **Punto chiave:** L'importanza di costruire fiducia e rapporti

Costruire fiducia è essenziale per diverse ragioni fondamentali:

- ◆ I migranti e i rifugiati spesso provengono da contesti culturali diversi e potrebbero non parlare fluentemente la lingua locale. Queste differenze possono creare barriere significative

nell'accesso alle cure. Costruire fiducia permette agli operatori sul campo di superare questi ostacoli, assicurandosi che i migranti e i rifugiati si sentano ascoltati e compresi [16].

- ◆ Molti migranti e rifugiati hanno vissuto esperienze traumatiche, come guerre, persecuzioni, difficoltà economiche o viaggi pericolosi nel tentativo di raggiungere la sicurezza. Questi eventi possono aumentare il senso di vulnerabilità e di sfiducia. La fiducia è cruciale per farli sentire al sicuro e supportati, abbastanza da condividere le loro esperienze e sentimenti. Senza fiducia, potrebbero esitare ad aprirsi, ostacolando il processo terapeutico e la loro capacità di guarire e riprendersi [9-12].
- ◆ I migranti e i rifugiati possono nutrire una diffidenza verso le autorità a causa di esperienze negative vissute nei loro paesi d'origine o durante il viaggio migratorio. Questa sfiducia può estendersi ai professionisti e ai volontari con cui lavorano, rendendo difficile per loro cercare e usufruire dei servizi di salute mentale. Stabilire un rapporto di fiducia aiuta a mitigare queste paure, rendendo i migranti e i rifugiati più propensi a coinvolgersi e trarre beneficio dal supporto disponibile. Questo è particolarmente importante per incoraggiarli a partecipare alla terapia continuativa e a seguire i piani di trattamento [17].
- ◆ Un forte rapporto di fiducia aumenta l'efficacia degli interventi psicosociali, poiché favorisce la collaborazione, il rispetto reciproco e un impegno condiviso verso gli obiettivi terapeutici. Quando gli individui percepiscono che i professionisti si interessano genuinamente al loro benessere e sono impegnati nella loro ripresa, sono più motivati e partecipativi nella gestione della propria salute mentale.

Strategie pratiche e tecniche per costruire fiducia con migranti e rifugiati

Fiducia: nel contesto del lavoro con migranti e rifugiati, la fiducia si riferisce alla convinzione che il fornitore di servizi (ad esempio, assistente sociale, professionista sanitario o operatore umanitario) sia affidabile, onesto e sinceramente impegnato nel benessere delle persone assistite. Essa implica la creazione di un ambiente sicuro e di supporto, in cui migranti e rifugiati si sentano sicuri che le loro necessità e preoccupazioni saranno affrontate con rispetto e riservatezza [18].

Esempio pratico: Per costruire fiducia, un assistente sociale potrebbe mantenere costantemente le promesse, ad esempio fornendo risorse o informazioni entro i tempi concordati. Potrebbe inoltre dimostrare empatia ascoltando attivamente la storia di un rifugiato, dimostrando di apprezzare e rispettare le sue esperienze e le sue emozioni.

Rapporto: si riferisce alla relazione positiva e alla comprensione reciproca sviluppate tra il fornitore di servizi e la persona assistita. Implica la creazione di un legame che favorisca una comunicazione aperta e un senso di collaborazione, facendo sentire l'individuo ascoltato, compreso e rispettato [19].

Esempio pratico: Un operatore sanitario potrebbe instaurare un buon rapporto utilizzando una comunicazione attenta alle differenze culturali, chiedendo alla persona se si sente a proprio agio e mostrando un interesse autentico per la sua cultura e le sue esperienze personali. Questo può aiutare il migrante o il rifugiato a sentirsi più tranquillo nel condividere informazioni importanti sulla propria salute.

Come sarà ulteriormente approfondito nell'Unità 3.3, interpreti e mediatori culturali sono fondamentali per superare le barriere linguistiche e culturali, favorendo una comunicazione precisa e ricca di sfumature tra migranti o rifugiati e i fornitori di servizi [20]. Il loro compito non si limita a tradurre parole, ma include anche il trasferimento dei contesti culturali, fondamentali per una comprensione completa. La loro presenza è cruciale per instaurare fiducia e costruire relazioni, garantendo che ogni persona si senta compresa e rispettata nella propria lingua, un aspetto indispensabile per offrire un servizio davvero efficace.

L'importanza della comunicazione non verbale

Comunicazione non verbale: si riferisce alla trasmissione di messaggi o informazioni senza l'uso delle parole. Essa comprende espressioni facciali, gesti, postura, contatto visivo, tono di voce e altri segnali del linguaggio corporeo [21, 22]. È particolarmente rilevante nei contesti di salute mentale, dove migranti e rifugiati possono vivere emozioni intense come stress o ansia. Queste persone potrebbero non riuscire a trovare le parole per esprimere i propri sentimenti o potrebbero esitare a parlare apertamente a causa di norme culturali o del timore di essere stigmatizzate [3, 19, 21-23].

© **Punto chiave:** *Esempi pratici di comunicazione non verbale*

- ◆ **Espressioni facciali:** Un operatore può utilizzare un'espressione facciale calma ed empatica per rassicurare una persona che sta condividendo un'esperienza difficile. Un sorriso gentile o un cenno del capo possono comunicare comprensione e sostegno senza bisogno di parole.
- ◆ **Linguaggio del corpo:** Un linguaggio del corpo aperto e rilassato, come sedersi di fronte alla persona mantenendo le braccia non incrociate, può contribuire a far sentire l'individuo più a proprio agio. Questo atteggiamento trasmette la disponibilità e la piena presenza del professionista, favorendo un clima di fiducia e accoglienza.
- ◆ **Contatto visivo:** Stabilire un contatto visivo appropriato (rispettando le sensibilità culturali) può dimostrare attenzione e rispetto per ciò che la persona sta condividendo. Tuttavia, è cruciale considerare che, in alcune culture, il contatto visivo diretto può essere interpretato come irrispettoso o persino intimidatorio.
- ◆ **Tono di voce:** Un tono di voce rassicurante e calmo può aiutare a ridurre la tensione in situazioni in cui una persona si sente sopraffatta o turbata. Anche in presenza di barriere linguistiche, il tono può comunicare cura e attenzione, trasmettendo un senso di vicinanza e preoccupazione per il benessere dell'altro.
- ◆ **Gesti:** Gesti semplici, come offrire un fazzoletto, appoggiare delicatamente una mano sulla mano dell'altro (se culturalmente adeguato) o utilizzare segnali manuali per facilitare la comunicazione, possono essere strumenti potenti per esprimere sostegno e comprensione, particolarmente utili quando le parole non sono sufficienti o difficili da usare.

I segnali non verbali possono colmare il divario tra il professionista e il singolo, facendo sentire il migrante o il rifugiato più sicuro e compreso, anche quando non è in grado di esprimere pienamente i propri sentimenti o esperienze [24, 25].

Comprendere e mostrarsi sensibili alle variazioni culturali nella comunicazione non verbale è essenziale per costruire una relazione efficace e rispettosa. Un gesto confortante in una cultura potrebbe essere

facilmente frainteso in un'altra; per questo motivo, gli operatori devono sviluppare una consapevolezza culturale e adattarsi nell'utilizzo dei segnali non verbali, come una stretta di mano o un sorriso. L'interazione tra un operatore sul campo e un migrante o un rifugiato è profondamente influenzata dai comportamenti e dai segnali non verbali, che possono facilitare o ostacolare la comunicazione e la comprensione reciproca [21, 22, 25].

Attenzione	Si riferisce alla capacità del professionista di concentrarsi sull'interazione presente. Se il rifugiato o il migrante percepisce che il professionista è distratto o disinteressato, il rapporto rischia di essere compromesso. Per dimostrare interesse, il professionista deve prestare piena attenzione all'individuo, mantenere il contatto visivo e annuire per incoraggiare un dialogo significativo.
Positività-Negatività	Si riferisce al tono emotivo dell'interazione e al modo in cui il professionista e il rifugiato o il migrante rispondono l'uno all'altro. Un'interazione positiva sarà caratterizzata da comportamenti non verbali come inclinarsi in avanti e adottare posture aperte, indicando un'interazione piacevole. Segnali negativi, come indifferenza o disinteresse, possono creare una barriera all'erogazione efficace di cure per la salute mentale.
Coordinazione	Indica la capacità di rispecchiare i segnali non verbali tra il professionista e il rifugiato o il migrante, come il contatto visivo, i sorrisi reciproci o posture simili. Questo comportamento contribuisce a rafforzare il rapporto e favorisce il coinvolgimento reciproco durante l'interazione.
Osservazione	Si riferisce alla capacità del professionista di individuare e valutare il rischio che il rifugiato o il migrante possa rappresentare per se stesso o per gli altri.

Nota: contenuto adattato dal team EU-MiCare dalla fonte Folie & Gentile (2010)

I comportamenti non verbali rappresentano un elemento cruciale da osservare per un operatore sul campo, poiché offrono indicazioni utili per discernere e valutare il rischio che una persona possa arrecare danno a sé stessa o agli altri. Ad esempio, un migrante che nega una storia di autolesionismo, ma mostra cicatrici evidenti sugli avambracci, potrebbe essere considerato a maggior rischio di futuri episodi di autolesionismo o di suicidio accidentale. Analogamente, un individuo contrariato per un ricovero ospedaliero imposto contro la propria volontà potrebbe manifestare rabbia attraverso segnali non verbali, come alzare la voce o stringere i pugni. Il professionista o il volontario deve osservare attentamente questi segnali non verbali e adottare misure preventive per evitare che i sentimenti di disagio si intensifichino.

È fondamentale che il professionista osservi con attenzione l'individuo, monitorando eventuali cambiamenti nel suo stato mentale per identificare e approfondire le cause sottostanti di alterazioni

comportamentali rispetto alla norma abituale della persona. Qualsiasi variazione rispetto al comportamento consueto richiede un esame accurato e ulteriori approfondimenti.

Questo aspetto è particolarmente cruciale poiché i segnali non verbali, essendo spesso inconsci, forniscono una comprensione più autentica dello stato emotivo reale dell'individuo. Durante le sessioni terapeutiche, i cambiamenti nelle espressioni non verbali possono fungere da indicatori per il professionista, segnalando che la persona potrebbe non essere ancora pronto ad affrontare determinati temi.

L'Unità 2.3 può essere utile per integrare diversi approcci di *screening* e valutazione con la comunicazione non verbale.

Pratica riflessiva

La **pratica riflessiva** è un elemento fondamentale per una comunicazione efficace tra operatori sul campo e migranti o rifugiati. Consente a professionisti e volontari di sviluppare consapevolezza di sé, ridurre i pregiudizi e migliorare continuamente le proprie competenze e approcci. La pratica riflessiva si basa sulla capacità di distinguere il proprio mondo da quello della persona assistita. In assenza di questa consapevolezza, c'è il rischio che il professionista sovrapponga la propria visione a quella del migrante o del rifugiato, passando dalla comprensione empatica a una compassione potrebbe compromettere il mantenimento del proprio ruolo professionale o di supporto [26].

Quando una persona prova, compassione immagina se stessa nella situazione di un altro e riflette su come si sentirebbe in quella posizione. Al contrario, quando una persona prova empatia, si concentra sul comprendere cosa significhi realmente essere l'altra persona, vivendo i suoi sentimenti e la sua prospettiva, senza limitarsi a provare dispiacere per lei [27]. L'attenzione che gli operatori dedicano all'espressione dell'empatia favorisce una comunicazione più efficace e promuove il supporto emotivo necessario per le persone che, in molti casi, potrebbero essere state esposte a trattamenti iniqui o discriminatori [28].

La pratica riflessiva consiste in un processo continuo di auto-esame e valutazione delle proprie esperienze, pensieri e azioni per favorire la crescita personale e professionale. Nel contesto della salute mentale di rifugiati e migranti, la pratica riflessiva è particolarmente importante per diverse ragioni. Aiuta l'individuo

o il team a gestire le proprie emozioni e a mantenere il controllo, evitando di esserne sopraffatti. Conoscere il modo in cui determinate situazioni possono farci sentire ci offre l'opportunità di pianificare e prepararci adeguatamente.

La pratica riflessiva è un processo continuo che non si conclude mai. Per questo, è necessario effettuare un'autovalutazione a intervalli regolari. Questo processo di valutazione ci aiuta a vedere i progressi compiuti, a identificare ciò che dobbiamo ancora imparare e a pianificare come raggiungere i nostri obiettivi [29]. Questo argomento sarà approfondito nel Modulo 4. Self-care e benessere del personale.

⊙ **Punto chiave:** *Perché la pratica riflessiva è così importante?*

- La pratica riflessiva aiuta gli operatori sul campo a sviluppare una maggiore consapevolezza dei propri pregiudizi, assunzioni e prospettive culturali, elementi che possono influenzare significativamente le interazioni con migranti e rifugiati. Riflettendo regolarmente sui propri pensieri, parole e comportamenti, i professionisti possono identificare e attenuare eventuali pregiudizi inconsci o incomprensioni culturali che potrebbero compromettere una comunicazione efficace.
- La pratica riflessiva consente di migliorare il supporto offerto a migranti e rifugiati, favorendo un apprendimento continuo. Incoraggia gli operatori a valutare con attenzione i propri metodi e risultati, a cercare suggerimenti e a adattare il proprio approccio per rispondere meglio ai bisogni delle persone assistite. In un contesto complesso e dinamico come quello della salute mentale di migranti e rifugiati, la capacità di adattarsi e il desiderio di crescere professionalmente sono fondamentali per fornire un supporto adeguato ed efficace.

3. Principi di Comunicazione Non-Violenta (CNV)

→ **VIDEO:** [Non-Violent Communication by Marshal Rosenberg: Animated Book Summary](#) 

La **Comunicazione Non-Violenta (CNV)**, sviluppata da Marshall Rosenberg, è un modello di comunicazione che pone l'accento su empatia, comprensione e connessione compassionevole [30]. Si basa su quattro

componenti fondamentali: osservazioni, sentimenti, bisogni e richieste. La CNV mira a favorire interazioni più efficaci e armoniose, concentrandosi su questi elementi e riducendo incomprensioni e conflitti [31, 32]. Di seguito approfondiamo ciascun componente, includendo azioni concrete ed esempi pratici.

1. **Osservazioni:** identificare e descrivere azioni o eventi specifici in modo oggettivo, identificando ciò che influisce sul nostro benessere. Queste osservazioni devono essere prive di giudizi o interpretazioni, concentrandosi esclusivamente su ciò che può essere visto o ascoltato.

Applicazione: Ad esempio, un operatore sul campo potrebbe osservare: *“Ho notato che durante la nostra ultima sessione hai menzionato di avere difficoltà a dormire e di sentirti costantemente in tensione”*. Esprimendo chiaramente ciò che è stato osservato, senza giudizi, il professionista crea le basi per una conversazione aperta e priva di minacce.

2. **Sentimenti:** le risposte emotive che proviamo in relazione alle nostre osservazioni. Esprimere questi sentimenti aiuta a connettersi con la realtà emotiva della situazione.

Applicazione: Dopo aver osservato, è importante che l'operatore sul campo rifletta su come queste osservazioni influiscano sui propri sentimenti e sui possibili sentimenti del migrante o rifugiato. Ad esempio: *“Quando sento che hai difficoltà a dormire, mi preoccupa perché capisco quanto sia importante il riposo per il tuo benessere complessivo”*. Riconoscere e nominare i sentimenti convalida l'esperienza emotiva delle persone. Quando i fornitori di servizi condividono apertamente i propri sentimenti di preoccupazione, si umanizza l'interazione e si favorisce una connessione emotiva più profonda.

3. **Bisogni:** I bisogni, i valori o i desideri fondamentali che influenzano le nostre emozioni. Riconoscere questi bisogni aiuta a comprendere il motivo per cui proviamo determinate emozioni e cosa potrebbe essere necessario per affrontarle.

Applicazione: Ad esempio, il professionista potrebbe dire: *“Credo che la sua difficoltà a dormire possa essere collegata a un bisogno di sicurezza e stabilità, comprensibilmente difficile da soddisfare nella sua attuale situazione abitativa”*. Collegando le emozioni ai bisogni insoddisfatti, i professionisti dimostrano una comprensione più profonda delle sfide affrontate dalla persona. Questo approccio non solo aiuta ad affrontare le cause profonde del disagio (vedi anche Unità 1.2 e 1.3), ma evidenzia anche l'attenzione del professionista al contesto più ampio della vita dell'individuo.

4. **Richieste:** Si tratta di richieste specifiche, realizzabili e formulate con rispetto, volte a soddisfare i bisogni identificati. Queste richieste vengono strutturate in modo da favorire la collaborazione e rispettare l'autonomia dell'altra persona.

Applicazione: Dopo aver identificato i bisogni, il professionista può formulare una richiesta specifica che miri a soddisfarli. Ad esempio: "Saresti disposto/a a provare alcune tecniche di rilassamento o esercizi di *grounding* che potrebbero aiutarti a migliorare il sonno?" Formulare richieste chiare e attuabili permette a migranti e rifugiati di sentirsi coinvolti nella propria cura. Questo approccio dimostra rispetto per la loro autonomia e riconosce la loro capacità di intraprendere azioni per migliorare il proprio benessere. Questo metodo collaborativo non solo affronta le preoccupazioni immediate, ma rafforza anche la relazione complessiva, sottolineando l'idea che il professionista è lì per supportare, non per imporre.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Nithianandan, N., Gibson-Helm, M., McBride, J., & others. (2016). Factors affecting implementation of perinatal mental health screening in women of refugee background. *Implementation Science*, 11, 150. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0515-2>
- [2] Brown, C. M., Tilson, E. C., & Manzur, F. (2021). Effective communication with refugees and immigrants. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 48(1), 23-34.
- [3] Krystallidou, D., Temizöz, Ö., Wang, F., de Looper, M., Di Maria, E., Gattiglia, N., Giani, S., Hieke, G., Morganti, W., Pace, C. S., Schouten, B., & Braun, S. (2024). Communication in refugee and migrant mental healthcare: A systematic rapid review on the needs, barriers and strategies of seekers and providers of mental health services. *Health Policy*, 139, 104949. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2023.104949>
- [4] World Health Organization. (2023). *Refugee and migrant health toolkit*. <https://www.who.int/tools/refugee-and-migrant-health-toolkit>
- [5] Peñuela-O'Brien, E., Wan, M. W., Edge, D., & Berry, K. (2023). Health professionals' experiences of and attitudes towards mental healthcare for migrants and refugees in Europe: A qualitative systematic review. *Transcultural Psychiatry*, 60(1), 176-198. <https://doi.org/10.1177/13634615211067360>
- [6] Lau, L. S., & Rodgers, G. (2021). Cultural Competence in Refugee Service Settings: A Scoping Review. *Health equity*, 5(1), 124-134. <https://doi.org/10.1089/heq.2020.0094>
- [7] Ward, A., Andrews, L., Black, A., & Williamson, A. E. (2023). Communicating effectively with inclusion health populations: 2022 ICCH symposium. *Patient Education and Counseling*, 117, Article 107977. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.107977>
- [8] UN High Commissioner for Refugees. (2016). *Community-based protection in action: Effective & respectful communication in forced displacement*. <https://www.refworld.org/policy/opguidance/unhcr/2016/en/110175>
- [9] IOM. (2021). *Mental health and psychosocial support for resettled refugees*. <https://eca.iom.int/resources/mental-health-and-psychosocial-support-resettled-refugees>
- [10] Santhanam-Martin, R. (2020). Re-building trust and connectedness in exile: The role of health and social institutions. In L. De Haene & C. Rousseau (Eds.), *Working with refugee families: Trauma and exile in family relationships* (pp. 265-276). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108602105.018>
- [11] Krystallidou, D., Remael, A., de Boe, E., Hendrickx, K., Tsakitzidis, G., van de Geuchte, S., & Pype, P. (2018). Investigating empathy in interpreter-mediated simulated consultations: An explorative study. *Patient Education and Counseling*, 101(1), 33-42. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.07.022>
- [12] Hanewald, B., Knipper, M., Daub, J., Ebert, S., Bogdanski, C., Hinder, L., Hall, M., Berthold, D., & Stingl, M. (2022). Addressing the Mental Health Challenges of Refugees-A Regional Network-Based Approach in Middle Hesse Germany. *International journal of environmental research and public health*, 19(20), 13436. <https://doi.org/10.3390/ijerph192013436>

- [13] Yalim, A.C., Boyd, K. & Sualp, K. “Sometimes that Takes You Going the Extra Mile”: The Role of Providers’ Self-efficacy in Refugee Mental Health Services. *Community Mental Health Journal*, 59, 512–522 (2023). <https://doi.org/10.1007/s10597-022-01035-4>
- [14] Verrept H. What are the roles of intercultural mediators in health care and what is the evidence on their contributions and effectiveness in improving accessibility and quality of care for migrants and refugees in the WHO European Region? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019. (*Health Evidence Network Synthesis Report*, No. 64.) 2. RESULTS. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK550148/>
- [15] Bylund, C., & Makoul, G. (2005). Examining empathy in medical encounters: An observational study using the empathic communication coding system. *Health Communication*, 18(2), 123–140. https://doi.org/10.1207/s15327027hc1802_2
- [16] UNHCR. (2024). Integration Handbook for Resettled Refugees. <https://www.unhcr.org/handbooks/ih/>
- [17] AASW, NSW RHS, STARTTS. (2022). Working with people from refugee backgrounds: A guide for Social Workers, Australian Association of Social Workers (AASW), NSW Refugee Health Service (NSW RHS), & Service for the Treatment and Rehabilitation of Torture and Trauma Survivors (STARTTS), Sydney edition 2.
- [18] D’Alonzo, K. T., & Greene, L. (2020). Strategies to establish and maintain trust when working in immigrant communities. *Public Health Nursing*, 37(5), 764–768. <https://doi.org/10.1111/phn.12764>
- [19] Mental health of migrants and refugees: risk and protective factors and access to care. Geneva: World Health Organization. (2023). *Global Evidence Review on Health and Migration (GEHM) series*. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- [20] Tribe, R., & Thompson, K. (2022). Working with interpreters when working with forced migrants in mental health. *International review of psychiatry (Abingdon, England)*, 34(6), 613–621. <https://doi.org/10.1080/09540261.2022.2073202>
- [21] Hussein, B., & Mahmood, R. K. (2020). The types of nonverbal communication cues with reference to refugeeism. *Journal of Raparin University*, 7(2), 159–182. [https://doi.org/10.26750/Vol\(7\).No\(2\).paper8](https://doi.org/10.26750/Vol(7).No(2).paper8)
- [22] Rogers, R. (2024). Non-verbal communication & cultural differences for Afghan refugee youth facilitators. U.S. Committee for Refugees and Immigrants. https://refugees.org/wp-content/uploads/2024/03/USCRI-FieldTeams_nonverbalcommunication.pdf
- [23] Patel, P., Bernays, S., Dolan, H., Muscat, D. M., & Trevena, L. (2021). Communication Experiences in Primary Healthcare with Refugees and Asylum Seekers: A Literature Review and Narrative Synthesis. *International journal of environmental research and public health*, 18(4), 1469. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041469>
- [24] Santhanam-Martin, R. (2020). Re-building trust and connectedness in exile: The role of health and social institutions. In L. De Haene & C. Rousseau (Eds.), *Working with refugee families: Trauma and exile in family relationships* (pp. 265–276). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108602105.018>
- [25] Tickle-Degnen, L., & Rosenthal, R. (1990). The Nature of Rapport and Its Nonverbal Correlates. *Psychological Inquiry*, 1(4), 285–293. <http://www.jstor.org/stable/1449345>
- [26] Prosser, M., Stephenson, T., Mathur, J. et al. Reflective practice and transcultural psychiatry peer e-learning between Somaliland and the UK: a qualitative evaluation. *BMC Med Educ* 21, 58 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02465-y>

- [27] Burnard, P. (1992). Self-awareness skills. In *Effective communication skills for health professionals* (Therapy in Practice Series, Vol. 28). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-4511-2_12
- [28] Sklavou, K. (2019). A theoretical approach to intercultural counseling through social work practice. *Peer Reviewed Journal of Forensic & Genetic Sciences*, 3(4). <https://doi.org/10.32474/PRJFGS.2019.03.000167>.
- [29] Jack, K., & Miller, E. (2008). Exploring self-awareness in mental health practice. *Mental Health Practice*, 12(3), 31–35. <https://doi.org/10.7748/mhp2008.11.12.3.31.c6803>
- [30] Rosenberg, M. B. (2003). *Nonviolent communication: A language of life* (2nd ed.). PuddleDancer Press.
- [31] Alshughry, Usama. (2018). Non-violent communication and theatre of the oppressed: A case study with Syrian refugee women from the Kareemat Centre in Turkey. *Intervention* 16(2), 170-174, https://doi.org/10.4103/INTV.INTV_45_18
- [32] Rehema Zaid Obuyi. (2021). Enhancing Capacities in Nonviolent Communication to Change Perceptions and Addressing Root, Proximate and Tertiary Causes of Ethiopia's Tigray Crisis. *International and Public Affairs*, 5(1), 11-18. <https://doi.org/10.11648/j.ipa.20210501.13>

Unità 3.2: Consapevolezza culturale

Descrizione dell'unità

Questa unità approfondisce il concetto di consapevolezza culturale nel contesto della salute mentale e del supporto psicosociale a migranti e rifugiati. Sottolinea l'importanza dell'auto-riflessione e della comprensione della propria identità culturale, unita alla sensibilità verso le esperienze e i bisogni culturali degli altri.

L'unità invita gli operatori sul campo ad andare oltre la competenza culturale, adottando un approccio flessibile ed empatico, capace di adattare l'assistenza per rispettare i valori, le credenze e i comportamenti diversificati delle persone assistite.

Verrà inoltre trattata la competenza strutturale, un quadro di riferimento che supera la consapevolezza culturale, affrontando il modo in cui le dinamiche di potere, le discriminazioni e le strutture sociali influenzano gli esiti della salute mentale. Questo approccio promuove prospettive interdisciplinari, interventi strutturali e l'umiltà necessaria a riconoscere i limiti delle competenze degli operatori nel fronteggiare le disuguaglianze sistemiche.

Sezioni dell'unità:

1. [Introduzione](#)
2. [Consapevolezza culturale](#)
3. [Competenza strutturale con migranti e rifugiati](#)

1. Introduzione

Nel contesto della salute mentale e del supporto psicosociale, **competenza culturale** e **consapevolezza culturale** sono concetti chiave, ma rappresentano approcci differenti. La competenza culturale implica l'acquisizione di conoscenze specifiche su culture diverse, lo sviluppo di competenze per comunicare efficacemente oltre i confini culturali e l'adozione di atteggiamenti rispettosi verso le differenze culturali [1]. Tuttavia, nonostante il riconoscimento dell'importanza della cultura, i professionisti spesso faticano a

tradurre questo concetto in pratica, a causa della mancanza di linee guida chiare e di una visione operativa definita.

L'approccio della competenza culturale è stato oggetto di critiche per la sua tendenza a enfatizzare eccessivamente i tratti culturali, confondendo la cultura con etnia, nazionalità o lingua e riducendo comportamenti umani complessi a semplici stereotipi. Inoltre, il termine "competenza" è sempre più rifiutato, poiché suggerisce un risultato tecnico o una soluzione definitiva, anziché un processo continuo e un impegno costante. Molti programmi di formazione sulla competenza culturale hanno ulteriormente banalizzato il concetto di cultura, riducendolo a un elenco di caratteristiche predefinite che finiscono per alimentare stereotipi [2].

Quando si lavora con migranti e rifugiati, la consapevolezza culturale è sempre preferita. Questo approccio consente ai professionisti di adattarsi in modo dinamico, rispondendo alle esperienze e ai bisogni unici di ciascun individuo, piuttosto che affidarsi a un insieme fisso di competenze culturali. Questo metodo dinamico e riflessivo porta spesso a un supporto psicosociale più efficace e rispettoso per migranti e rifugiati. L'interazione complessa tra cultura e salute mentale è stata approfondita nell'Unità 2.1; qui vengono forniti modi pratici per consentire agli operatori sul campo di adattare il proprio lavoro e il comportamento quotidiano adottando un approccio basato sulla consapevolezza culturale.

2. Consapevolezza culturale

La consapevolezza culturale si concentra sulla comprensione della propria identità culturale e sull'influenza che questa esercita nelle interazioni con gli altri. Questo processo comprende un'attenta auto-riflessione per riconoscere i propri pregiudizi e valutarne l'impatto sulla percezione di migranti e rifugiati provenienti da contesti culturali diversi [3]. La consapevolezza culturale pone l'accento sull'apertura e sulla sensibilità verso le differenze culturali, senza necessariamente richiedere una conoscenza approfondita di altre culture. Nel rispondere ai bisogni di salute mentale e psicosociale, la consapevolezza culturale si focalizza sulla capacità di professionisti e volontari di fornire cure che rispettino i valori, le credenze e i comportamenti diversificati di migranti e rifugiati, adattando i servizi per soddisfare le loro esigenze sociali,

culturali e linguistiche. Questo approccio incoraggia i professionisti a rimanere flessibili, empatici e a interagire con migranti e rifugiati su un piano più personale.

I professionisti che operano con persone provenienti da contesti culturali e linguistici diversi devono sviluppare una profonda consapevolezza delle proprie supposizioni e dei propri pregiudizi culturali, possedere competenze e conoscenze culturali e rimanere aperti a diverse prospettive culturali sui problemi di salute mentale [4]. Questo approccio include il riconoscimento di valori differenti, l'evitare stereotipi e la scelta di trattamenti appropriati al contesto culturale della persona [5].

Interventi efficaci utilizzano metodi culturalmente appropriati per coinvolgere le persone, rispettando i sistemi e i valori culturali in modi che favoriscano la guarigione dai disturbi mentali [6].

© **Punto chiave:** *Suggerimenti pratici per la consapevolezza culturale*

Impegno nella pratica riflessiva e rispetto per la diversità

- Rifletti in modo critico sulla tua cultura, credenze, pregiudizi e valori, analizzando come questi influenzano le tue attitudini, i tuoi comportamenti e le tue interazioni con migranti e rifugiati. Potresti utilizzare strumenti come l'[Intercultural Sensitivity Scale](#) o l'[Harvard University Implicit Bias Test](#). Valuta come la tua cultura, razza, etnia, genere e classe si rapportano a quelle della persona che stai supportando e riconosci eventuali squilibri di potere esistenti.
- Rispetta e valorizza le differenze culturali. Evita un approccio uniforme (ad esempio: trattare tutti allo stesso modo) o fare supposizioni, generalizzazioni, stereotipi o giudizi sulle altre culture.
- Ricorda che la cultura è fluida, non rigida! La cultura è complessa, dinamica e non omogenea all'interno di una popolazione.
- Riconosci i tuoi limiti: comprendi quando e dove è necessario cercare la guida di esperti o indirizzare migranti e rifugiati verso servizi più adatti alle loro esigenze.
- Richiedi formazione e sviluppo delle competenze. Partecipa a percorsi di aggiornamento e formazione specifica, inclusi programmi di supervisione regolare, per migliorare le tue capacità e conoscenze.

- Contribuisci al miglioramento continuo attraverso valutazioni sistematiche e riscontri strutturati, individuando le aree di crescita per l'organizzazione.
- Non siamo osservatori passivi. Abbiamo un ruolo attivo nella qualità dei servizi offerti dall'organizzazione, influenzando positivamente il supporto fornito.

Acquisisci conoscenze su culture, storie ed esperienze diverse

- Valorizza le competenze, i punti di forza, le risorse, le capacità e i talenti di migranti e rifugiati.
- Informati sulle culture e sui paesi di origine di migranti e rifugiati, comprese le diverse etnie, lingue, religioni, norme di genere e pratiche culturali diffuse.
- Approfondisci il viaggio e l'esperienza di migranti e rifugiati, inclusi i fattori di stress affrontati lungo il percorso.
- Acquisisci conoscenze sul contesto storico e sociopolitico, sui conflitti e sui sistemi dei paesi di origine di migranti e rifugiati.
- Comprendi i fattori sistemici che influenzano la vita quotidiana di migranti e rifugiati, come razzismo, esclusione sociale, esclusione finanziaria, ecc.

Interagire con rispetto con migranti e rifugiati

- Cerca attivamente riscontri sulla tua comunicazione nei migranti e nei rifugiati, nonché nelle persone che facilitano l'interazione con loro, come interpreti e mediatori culturali, per migliorare la tua pratica.
- Sii umano prima di tutto! Approcciatvi alla persona con empatia, umiltà, mentalità aperta sincera motivazione a risolvere eventuali problemi che potrebbero emergere.
- Crea un ambiente che favorisca fiducia e sicurezza.
- Mantieni la continuità dei professionisti che interagiscono con l'individuo, ogni volta che è possibile.
- Evita l'uso di linguaggio stigmatizzante o stereotipato e affronta eventuali minacce reali o percepite nell'ambiente fisico, ad esempio regolando l'illuminazione e la disposizione dei posti a sedere.
- Discuti le aspettative del migrante o del rifugiato e fornisci una spiegazione chiara dello scopo e del ruolo dei servizi offerti.

- Chiarisci i ruoli professionali, inclusi quelli degli interpreti e di altri operatori, spiegando le regole e i limiti della riservatezza e altre linee guida etiche pertinenti.
- Garantisci che migranti e rifugiati comprendano come saranno utilizzate, condivise e protette le loro informazioni, nonché come funzionano i sistemi nazionali (ad esempio, il sistema sanitario) e come questi si relazionano o si differenziano dal sistema di immigrazione.
- Sii flessibile e pronto a rispondere: Adatta i servizi alle necessità del migrante o del rifugiato, includendo anche rinvii ad altri servizi quando appropriato. Poni domande come: *“Qual è l’aspetto più importante per te riguardo alla tua esperienza di malattia, trattamento o al nostro lavoro insieme?”* oppure *“Conosco poco del tuo paese di origine – cosa ritieni importante che io sappia per poterti aiutare meglio?”*
- Sviluppa la capacità di discutere argomenti delicati, come esperienze di avversità e tortura, e affronta comportamenti dannosi o illegali, come la violenza di genere, con attenzione e sensibilità.
- Evita di chiedere ai rifugiati di ripetere storie traumatiche. Prendi note dettagliate sui casi e, con il consenso dell’assistito, informa i servizi a cui viene indirizzato riguardo alla sua storia personale, in modo che non debba ripetere la sua esperienza con ogni operatore o servizio.
- Concentrati sulle informazioni essenziali per svolgere efficacemente il tuo lavoro, evitando di causare ulteriori traumi. Ad esempio, un dettaglio specifico su un caso di violenza di genere potrebbe non essere necessario per uno psicologo, mentre un’infermiera che esegue una valutazione potrebbe richiedere ulteriori informazioni.
- Impara da colleghi esperti e sfrutta risorse formative, come il corso e-learning [Fundamentals of Providing Services to Survivors of Torture](#), che tratta temi come la competenza culturale e il lavoro con interpreti, o il corso [Minnesota’s Introduction to Immigrant and Refugee Health](#) che include un modulo sulla comunicazione efficace attraverso lingua e cultura.

 Pausa di riflessione: Rifletti sull'analogia dell'iceberg della cultura

Pensa a un momento in cui hai dovuto adattare il tuo stile di comunicazione mentre lavoravi con una persona in particolare. Come hai fatto per incontrarla “lì dove si trovava” e garantire una comprensione efficace? Quali strategie hai utilizzato per costruire fiducia e instaurare un rapporto? E, soprattutto, come puoi integrare questi suggerimenti nel tuo lavoro e nella tua vita in generale?

Praticare la curiosità culturale con bambini migranti e rifugiati

Una revisione di letteratura di Due e Currie (2021) ha identificato sei competenze chiave per i professionisti che lavorano con bambini provenienti da contesti migratori e di rifugiati:

1. Conoscenza dei bisogni complessi di queste popolazioni.
2. Utilizzo di approcci olistici basati sui punti di forza.
3. Capacità di lavorare in coordinamento con altri membri della rete.
4. Capacità di costruire fiducia e relazioni terapeutiche.
5. Ricerca attiva di riscontri da parte dell'individuo.
6. Competenza culturale, assicurandosi che i professionisti comprendano il contesto culturale e le differenze della persona.

Praticare la **curiosità culturale** nell'interazione con bambini e famiglie rafforza ulteriormente l'adozione di approcci “culturalmente competenti” e “culturalmente curiosi”. Sebbene le evidenze sull'efficacia di questi approcci siano ancora in fase di sviluppo e molti non siano stati ancora rigorosamente valutati per l'utilizzo con bambini e famiglie rifugiate o richiedenti asilo, queste competenze rappresentano un quadro di riferimento prezioso per la pratica [5].

Conosci il contesto, ma chiedi all'individuo

Le differenze culturali tra operatori sul campo e migranti possono rappresentare un ostacolo a una comunicazione efficace, portando a risultati di salute peggiori, scarsa adesione alle indicazioni mediche e

insoddisfazione generale [7]. Come evidenziato nelle Unità 2.1 e 2.3, le differenze culturali tra professionista e paziente diventano evidenti, con conseguenze tangibili soprattutto quando si discute di salute mentale, poiché le diverse culture affrontano la salute mentale in modi differenti. Gli operatori che sono culturalmente consapevoli sono in grado di riconoscere e conciliare le differenze socioculturali, adottando un approccio alla cura incentrato sul paziente.

Un esempio concreto di come i fornitori di servizi possano personalizzare l'assistenza tenendo conto delle circostanze di vita, dei valori personali, culturali e delle affiliazioni religiose dell'individuo, tratto dalla guida *“Walking Together: A Mental Health Therapist’s Guide to Working with Refugees”*, è riportato di seguito [7].

Awa è una donna somala di 38 anni che da diversi anni soffre di incubi, pensieri intrusivi, difficoltà nel dormire e attacchi di panico. Negli ultimi quattro mesi i sintomi sono peggiorati significativamente, diventando così debilitanti che Awa ha lasciato il lavoro e riesce a dormire solo due ore a notte. L'assistente sociale ritiene che il problema di Awa sia un disturbo da stress post-traumatico, causato dal fatto di aver assistito a episodi di violenza estrema in Somalia e di essere stata ripetutamente stuprata in un campo per rifugiati. Il terapeuta è convinto che Awa potrebbe trarre beneficio da una terapia focalizzata sul trauma e da un trattamento farmacologico. Tuttavia, quando l'assistente sociale chiede ad Awa cosa pensa stia causando il problema, lei risponde “jin,” ovvero uno spirito maligno, e afferma che solo un imam o una guida religiosa in una moschea potrebbe aiutarla.

Intervento	Risultato
Interventi esclusivamente occidentali	Awa partecipa a qualche altra sessione di <i>counseling</i> , ma fatica a comprendere perché il terapeuta voglia discutere del suo passato. Inoltre, rifiuta di assumere i farmaci prescritti, ritenendoli inutili per quello che percepisce come un problema di natura spirituale.
Interventi esclusivamente tradizionali	Awa si sente meglio dopo aver visitato un Imam e aver partecipato a un esorcismo, ma il sollievo è solo temporaneo. Quando i sintomi si ripresentano, Awa si rivolge nuovamente all'Imam per chiedere aiuto.
Intervento combinato: occidentale e tradizionale	Awa accetta di assumere i farmaci e di partecipare alla terapia, cercando al contempo un esorcismo da un Imam. Dopo l'esorcismo, si sente meglio e inizia a dormire più

	serenamente. Con il miglioramento del sonno, recupera energia e chiede all'Imam di poter fare volontariato settimanalmente nella moschea, richiesta che viene accolta. Le sue visite alla moschea le permettono di incontrare nuove persone e stringere amicizie. Grazie a una di queste amicizie, riesce a ottenere un lavoro in un ristorante. Nonostante rifiuti la terapia focalizzata sul trauma, Awa continua a partecipare alle sessioni settimanali di <i>counseling</i>, apprezzando il sostegno e l'incoraggiamento del suo terapeuta.

3. Competenza strutturale con migranti e rifugiati

Oltre alla consapevolezza culturale, sono emersi concetti alternativi, tra cui la competenza strutturale, che pone l'accento sulle dinamiche di potere, la discriminazione istituzionale e le problematiche legate al colonialismo e al paternalismo nell'ambito sanitario [3].

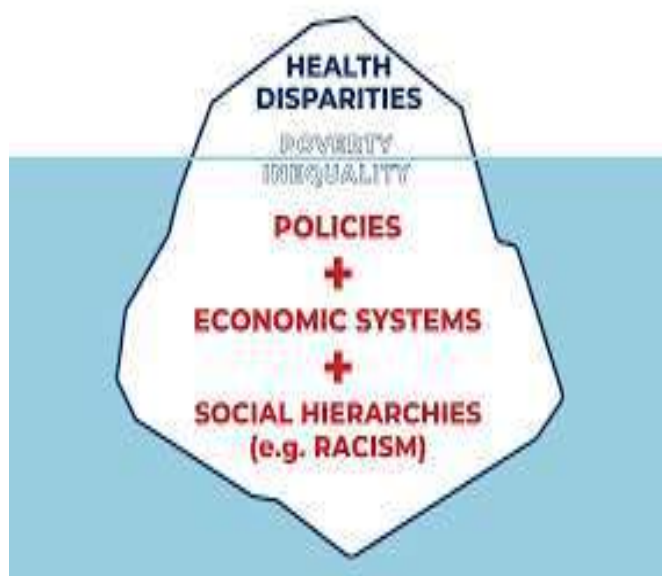
La **competenza strutturale** si basa sugli approcci consolidati relativi ai determinanti sociali della salute, alla competenza culturale e all'umiltà culturale. A differenza di molti modelli focalizzati sui determinanti sociali della salute, trattati in dettaglio nell'Unità 1.2, che descrivono le disparità di salute senza approfondire i contesti storici e politici che le hanno generate, la competenza strutturale inserisce questi determinanti in un contesto strutturale più ampio [8,9]. Ad esempio, anziché limitarsi a descrivere l'epidemiologia delle disparità di salute legate alla razza, la competenza strutturale esamina le strutture che creano e perpetuano l'iniquità razziale, come il razzismo strutturale. Questo approccio sposta l'attenzione dalle singole interazioni agli elementi sistemici che influenzano gli esiti di salute, consentendo una comprensione più profonda e interventi più efficaci. (vedi anche Figura 3.2.1 nella pagina successiva).

In parole semplici, la competenza strutturale è definita come un quadro per affrontare le questioni di giustizia sociale legate alla salute, mettendo in evidenza il riconoscimento delle condizioni economiche e politiche che producono e razzializzano le disuguaglianze di salute [10]. Rappresenta un paradigma

emergente per la formazione dei professionisti nei sistemi sanitari e di assistenza sociale, creando un linguaggio comune per affrontare i processi strutturali che determinano le disuguaglianze di salute e la loro normalizzazione. Esistono cinque pilastri [9]:

1. Identificare le strutture che influenzano le interazioni
2. Sviluppare un linguaggio che affronti i fattori strutturali oltre l'ambiente attuale (ad esempio: un contesto clinico)
3. Riformulare i concetti culturali in relazione alle influenze strutturali
4. Immaginare e identificare interventi strutturali
5. Coltivare l'umiltà strutturale

Figura 3.2.1. “Competenza Strutturale: Esaminare l'iceberg delle disparità di salute”



Nota: grafica tratta da Structural Competency Working Group

Non vediamo la competenza strutturale come una creazione completamente nuova, ma come un paradigma che condensa elementi preesistenti provenienti da diverse tradizioni disciplinari e nazionali, tra

cui medicina sociale, epidemiologia sociale, salute interculturale, salute globale e teorie critiche come quelle antirazziste, femministe, di giustizia sociale e teorie decoloniali [9, 11].

La competenza strutturale condivide molti obiettivi con queste fonti, come l'analisi olistica, un approccio relazionale, l'attenzione ai mondi sociali della sofferenza, l'enfasi sulle disuguaglianze sociali e le vulnerabilità strutturali nella salute, il disvelamento della naturalizzazione delle disuguaglianze e il riconoscimento della creazione di conoscenza come un'attività interdipendente e collaborativa tra conoscenza esperta e sapere popolare [12, 13].

Figura 3.2.2. “Determinanti strutturali dei determinanti sociali della salute”



Nota: grafica tratta dall'articolo: [Structural Competency in Conflict Zones: Challenging Depoliticization in Israel](#) [14]

Dominio 1: Consapevolezza culturale e riflessività	Dominio 2: Validazione culturale e linguistica	Dominio 3: Sensibilità alla diversità culturale e alle vulnerabilità strutturali	Dominio 4: Rappresentanza dei gruppi minoritari e delle popolazioni escluse
Definita come la capacità del team di ricerca di analizzare in modo critico come il proprio contesto culturale, etnico, sociale e professionale interagisca con quello dei partecipanti, influenzando le domande di ricerca, il disegno dello	Questo si riferisce al processo di adattamento di strumenti, moduli di consenso informato, schede informative per i partecipanti, questionari, interazioni tra ricercatori e partecipanti e risultati della disseminazione affinché	Si riferisce all'integrazione di variabili e informazioni rilevanti sulla diversità culturale e sulle vulnerabilità strutturali dei gruppi studiati in tutte le fasi della ricerca epidemiologica.	Si riferisce alla capacità di migliorare la rappresentatività delle popolazioni emarginate ed escluse in tutte le fasi dello studio, inclusa la composizione del team di ricerca, la selezione del

studio, il reclutamento, la raccolta e l'analisi dei dati, nonché le attività di disseminazione. Un aspetto centrale della riflessività è l'umiltà culturale e la capacità di riconoscere il valore delle conoscenze altrui, siano esse di natura esperienziale o legate al sapere comune. La riflessività, un dominio intangibile legato ad atteggiamenti e predisposizioni, influisce sulla qualità della ricerca. Ad esempio, essere riflessivi riguardo ai divari culturali e sociali tra il <i>team</i> di ricerca e le popolazioni coinvolte nello studio può fornire nuove prospettive per ridurre i pregiudizi.	siano linguistici e culturalmente adeguati per i partecipanti. Non si tratta solo di tradurre i materiali nella lingua dei partecipanti, ma anche di garantire che il linguaggio sia chiaro e comprensibile per loro. Questo adattamento aiuta a evitare pregiudizi derivanti dall'uso di questionari che i partecipanti non comprendono e affronta potenziali esclusioni legate allo status di immigrazione, a bassi livelli di istruzione, a disabilità o a una combinazione di questi fattori.	Questo approccio completo include la formazione del <i>team</i> nella competenza interculturale e strutturale, la comprensione dei contesti culturali e sociali delle popolazioni oggetto di studio e la conoscenza della storia medica e del patrimonio di ricerca relativo a minoranze etniche e comunità emarginate nel contesto della ricerca. Inoltre, implica l'incorporazione dei determinanti sociali della salute e delle problematiche legate alla vulnerabilità strutturale nella progettazione dello studio.	campione e le attività di disseminazione. Ciò implica l'identificazione e la rimozione di barriere sociali e culturali che ostacolano la loro partecipazione e la promozione del loro coinvolgimento nel processo di disseminazione, ad esempio per rafforzare la loro capacità di azione e autonomia [17].

Nota: adattato dal team EU Mi-Care dalla fonte Martinez-Hernaez & Bekele (2022)

Per coloro che sono interessati a comprendere come si traduca nella pratica il lavoro con gli individui attraverso un quadro di competenza strutturale, sono stati inclusi studi di caso e strategie pertinenti nel  [Repository](#) (vedi 3.2 – Documento 1. “Competenza Culturale – Studi di Caso e Buone Pratiche”)

BIBLIOGRAFIA

- [1] Saldaña, D. (2001). Cultural Competency: A Practical Guide For Mental Health Service Providers. <https://doi.org/10.26153/tsw/243>
- [2] Beagan, B.L. (2018). A Critique of Cultural Competence: Assumptions, Limitations, and Alternatives. In: Frisby, C., O'Donohue, W. (eds) *Cultural Competence in Applied Psychology*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-78997-2_6
- [3] E Seah, National Mental Health Strategy (Australia, & Multicultural Mental Health Australia. (2002). Cultural awareness tool: understanding cultural diversity in mental health. Multicultural Mental Health Australia.
- [4] Cultural Competence in Refugee Service Settings: What Does the Research Tell Us? - Switchboard. (2020). Switchboard. <https://www.switchboardta.org/resource/cultural-competence-in-refugee-service-settings-what-does-the-research-tell-us/>
- [5] Porter, M., & Haslam, N. (2005). Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis. *JAMA*, 294(5), 602–612. <https://doi.org/10.1001/jama.294.5.602>
- [6] International Counseling & Community Services. (2015). Walking Together: A Mental Health Therapist's Guide to Working with Refugees. Lutheran Community Services Northwest. <http://form.jotform.us/form/51666347065157>
- [7] Geeraert, J. (2022). On the Role of Structural Competency in the Healthcare of Migrant with Precarious Residency Status. *Societies*, 12(2), 54. <https://doi.org/10.3390/soc12020054>
- [8] Neff J, Holmes SM, Knight KR, Strong S, Thompson-Lastad A, McGuinness C, Duncan L, Saxena N, Harvey MJ, Langford A, Carey-Simms KL, Minahan SN, Satterwhite S, Ruppel C, Lee S, Walkover L, De Avila J, Lewis B, Matthews J, Nelson N. Structural Competency: Curriculum for Medical Students, Residents, and Interprofessional Teams on the Structural Factors That Produce Health Disparities. *MedEdPORTAL*. 2020; 16:10888. https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.10888
- [9] Hansen, H., Metzl, J. M., & Springerlink (Online Service. (2019). *Structural Competency in Mental Health and Medicine: A Case-Based Approach to Treating the Social Determinants of Health*. Springer International Publishing.
- [10] Ostrander, J., Melville, A., & Berthold, S. M. (2017). Working With Refugees in the U.S.: Trauma-Informed and Structurally Competent Social Work Approaches. *Advances in Social Work*, 18(1), 66. <https://doi.org/10.18060/21282>
- [11] Trinh-Shevrin, C., Taher, M., Islam, N. (2019). Community Health Workers as Accelerators of Community Engagement and Structural Competency in Health. In: Hansen, H., Metzl, J. (eds) *Structural Competency in Mental Health and Medicine*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-10525-9_14
- [12] Metzl, Jonathan and Dorothy Roberts. 2014. "Structural Competency Meets Structural Racism: Race, Politics, and the Structure of Medical Knowledge." *The Virtual Mentor*. P. 674-684.
- [13] Orr Z, Unger S. (2020). Structural Competency in Conflict Zones: Challenging Depoliticization in Israel. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 21(4):202-212.

- [14] Metzl, J. M., & Hansen, H. (2014). Structural competency: theorizing a new medical engagement with stigma and inequality. *Social science & medicine* (1982), 103, 126–133. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.06.032>
- [15] DasGupta, S. (2008). Narrative humility. *The Lancet*, 371(9617), 980–981. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60440-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60440-7)
- [16] Martínez-Hernández, Á., & Bekele, D. (2023). Structural competency in epidemiological research: What’s feasible, what’s tricky, and the benefits of a ‘structural turn.’ *Global Public Health*, 18(1). <https://doi.org/10.1080/17441692.2023.2164903>
- [17] Ziyachi, M., & Castellani, B. (2024). A “Cultural Models” Approach to Psychotherapy for Refugees and Asylum Seekers: A Case Study from the UK. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(5), 650. <https://doi.org/10.3390/ijerph21050650>
- [18] Walker, S. (2005). *Culturally Competent Therapy Working with Children and Young People*. Macmillan Education UK.

Unità 3.3: Collaborazione per un'interpretazione e mediazione culturale efficace

Descrizione dell'unità

Questo modulo si concentra su come lavorare efficacemente con interpreti e mediatori culturali per facilitare la comunicazione tra gli operatori sul campo e migranti e rifugiati. Dopo aver effettuato una distinzione critica tra i ruoli di interpreti, traduttori e mediatori culturali, l'unità sottolinea la necessità di lavorare con professionisti formati nei contesti legali, medici e psicosociali, evitando di fare affidamento su interpreti improvvisati, come membri della comunità o bambini. L'unità si conclude affrontando le migliori pratiche per pianificare e condurre incontri triadici al fine di promuovere un clima di rispetto reciproco e collaborazione.

Sezioni dell'unità:

1. [Introduzione](#)
2. [Interprete, Traduttore, Mediatore Culturale](#)
3. [Bisogni e sfide nel facilitare la comunicazione per professionisti diversi](#)
4. [Comunicare e relazionarsi in una triade](#)

1. Introduzione

La maggior parte dei migranti e rifugiati in Europa arriva con una conoscenza limitata o assente della lingua locale e si trova in un contesto in cui le comunità ospitanti non sono familiari con la loro lingua madre [1]. Le **barriere linguistiche** rendono difficile per migranti e rifugiati raccontare le loro storie, soddisfare i loro bisogni e accedere ai loro diritti, inclusi l'accesso ai servizi legali e sanitari (compresi quelli di salute mentale). Per i professionisti e i volontari che lavorano con queste popolazioni, ciò significa non riuscire a fornire un supporto sufficiente o facilitare l'accesso ai servizi, poiché le barriere linguistiche ostacolano la trasmissione delle informazioni, ma anche la comprensione dell'esperienza individuale e la costruzione di un rapporto di fiducia.

Per questo motivo, la presenza di un **interprete** o **mediatore culturale**, il cui ruolo è facilitare la comunicazione interculturale e la comprensione, è fondamentale. Pertanto, è responsabilità dell'operatore sul campo imparare come collaborare con successo con mediatori culturali e interpreti, al fine di garantire uno scambio proficuo e significativo di dialogo e informazioni in modo culturalmente appropriato tra il professionista e l'individuo. Una linea guida generale prevede che un mediatore culturale sia presente quando un migrante o un rifugiato riesce a comprendere poco più delle frasi e dei saluti di base.

Detto ciò, anche se l'individuo è in grado di dialogare nella lingua del paese ospitante, potrebbe sentirsi incapace di esprimersi su questioni più complesse, come disagio emotivo o fisico. Come regola generale, un interprete o un mediatore culturale dovrebbe essere presente nelle interazioni tra professionisti e migranti o rifugiati, soprattutto quando sono arrivati nel paese ospitante da meno di due anni [2]. Gli interpreti o i mediatori culturali agiscono come mediatori culturali, non solo traducendo, ma anche fungendo da punto di collegamento con la cultura dell'individuo. La loro capacità di trasmettere le sfumature del linguaggio, del tono e delle emozioni, garantisce che il messaggio venga comunicato in modo accurato ed empatico, favorendo fiducia e un buon rapporto tra il professionista e la persona in questione.

Oltre a supportare la comunicazione nelle necessità quotidiane, un interprete o un mediatore culturale fornisce supporto linguistico e culturale prima e durante:

- *Esami medici e sedute psicologiche - accompagna le persone nell'accesso ai servizi; fornisce assistenza durante le procedure di accoglienza e ammissione, oltre che nelle attività di orientamento ai servizi sanitari e sociali; supporta, quando necessario, l'educazione alla salute; colma le lacune di comunicazione e comprensione che possono emergere durante i colloqui sui bisogni di salute fisica e mentale, non solo a causa di barriere linguistiche, ma anche delle diverse interpretazioni culturali di determinati concetti, come approfondito nelle unità precedenti [3];*
- *Colloqui sociali o legali: assiste le persone nel navigare la complessità e il linguaggio tecnico del sistema legale; promuove l'equità linguistica e garantisce che tutti possano accedere pienamente ai propri diritti; responsabilizza gli individui affinché partecipino attivamente ai procedimenti legali; fornisce*

supporto nella preparazione di migranti e rifugiati per i colloqui di asilo e per i processi amministrativi e burocratici [1].

L'interprete o il mediatore culturale dovrebbe quindi essere riconosciuto come un alleato professionale, che aiuta i fornitori di servizi a entrare in relazione con la persona e a orientarsi nelle complessità della comunicazione interculturale.

2. Interprete, Traduttore, Mediatore Culturale

Il primo passo per costruire un lavoro di squadra efficace è conoscere cosa possono e cosa non possono fare gli altri professionisti. Finora, abbiamo parlato di interpreti e mediatori culturali, poiché entrambe le professioni supportano la comunicazione orale bidirezionale, trasmettendo informazioni da una lingua (lingua di partenza) a un'altra (lingua di arrivo), nel modo più accurato possibile, fungendo da ponte tra le culture, rimanendo imparziali e culturalmente sensibili [4].

Le definizioni di “mediatore culturale”, “interprete” e “**traduttore**”, che sono spesso usate in modo intercambiabile nel contesto dell'assistenza interculturale, sono riportate di seguito [5, 6]

Definizioni chiave	
Interprete	Gli interpreti traducono verbalmente da una lingua a un'altra.
Traduttore	Persona appositamente formata per convertire testi scritti da una lingua a un'altra.
Mediatore culturale	Persona che facilita la comprensione reciproca tra una persona o un gruppo di persone, ad esempio la popolazione migrante o rifugiata e un caregiver, un medico ad esempio, interpretando e tenendo in considerazione gli elementi culturali. Può fornire consigli a entrambe le parti riguardo ai comportamenti culturali appropriati.

Nota: adattato da Self-Study Modulo 3: Interpreting in a Refugee Context (2009) e Field Guide to Humanitarian Interpreting & Cultural Mediation (2017).

Interprete e mediatore culturale sono, infatti, ruoli distinti che richiedono competenze diverse. Di seguito è riportato un elenco di **attività che potrebbero essere richieste a un mediatore culturale, ma che non rientrano necessariamente nelle responsabilità di un interprete**. Tuttavia, i confini tra i due ruoli sono

spesso poco definiti. È importante tenere presente che, in questi contesti, **non tutti gli interpreti e i mediatori culturali dispongono sia di competenze professionali di interpretazione sia di un'elevata padronanza linguistica** [6].

- Trasmettere solo i messaggi principali;
- Fornire consigli culturali e contestualizzare, se e quando richiesto (l'interprete lo fa solo se assolutamente necessario per la comprensione);
- Possibile collaborazione con le comunità, raccolta di informazioni e riscontri da trasmettere alle parti interessate;
- Fornire supporto aggiuntivo oltre a trasmettere informazioni.

Sia i mediatori culturali che gli interpreti non forniscono traduzioni scritte; questo è il lavoro del traduttore.

Nel sottolineare le distinzioni tra le diverse professioni, è importante evidenziare che non è consigliabile lavorare con un interprete o un mediatore non formato (cioè qualcuno privo di una formazione professionale formale, sia essa accademica o fornita da un'organizzazione o un'agenzia individuale), e certamente non con interpreti improvvisati, ovvero persone occasionali di passaggio, per le quali non è possibile garantire una chiara definizione di ruoli e aspettative.

Negli ambienti della sanità, dell'assistenza sociale, in particolare nei servizi di emergenza, i professionisti che operano con popolazioni linguisticamente e culturalmente diverse si trovano spesso a dover affrontare la mancanza di una disponibilità immediata di interpreti o mediatori culturali formati. Di conseguenza, possono fare affidamento su familiari, amici o persino persone occasionali di passaggio per svolgere il ruolo di interpreti improvvisati. Tuttavia, i dati disponibili evidenziano difficoltà rilevanti nel fare affidamento su interpreti non formati [7]. Gli interpreti non formati (in particolare i familiari) spesso agiscono in modo indipendente durante le interazioni, partecipando attivamente anziché trasmettere i messaggi in modo neutrale. Questo può portare a omissioni, interpretazioni errate o all'inserimento di opinioni personali [8].

Un'altra pratica che desta preoccupazione è quella di chiedere ai bambini di tradurre per i loro genitori, specialmente quando i bambini possiedono una migliore conoscenza della lingua del paese ospitante.

Come discusso nell'Unità 1.4, che analizza le dimensioni psicosociali della migrazione, ciò comporta seri rischi. I bambini sotto i 18 anni non dovrebbero mai farsi carico di attività di traduzione, poiché ciò li espone a potenziali traumi secondari, specialmente quando devono interpretare argomenti delicati come le esperienze di violenza vissute dai genitori. Il carico emotivo e cognitivo, insieme alla responsabilità di garantire una traduzione accurata, è troppo elevato per un bambino [9].

3. Bisogni e sfide nel facilitare la comunicazione per professionisti diversi

Il lavoro dei professionisti e dei volontari impegnati nell'assistenza a migranti e rifugiati si fonda su principi quali la giustizia sociale, la destigmatizzazione e l'inclusione [9]. Come sottolineato in precedenza in questo corso, questi principi si basano sul riconoscimento che il potere nella società non è distribuito equamente. È compito degli operatori sul campo individuare risorse e rafforzare le capacità dei destinatari dell'assistenza sociale, affinché possano occupare un ruolo integrato nella società. Professionisti e volontari devono prestare particolare attenzione a utilizzare un linguaggio inclusivo, evitando termini con connotazioni negative che possano indebolire i beneficiari del welfare sociale. Questo implica la necessità di collaborare con interpreti o mediatori culturali per negoziare i rispettivi ruoli all'interno della triade.

La presenza di una terza persona (interprete o mediatore culturale) nello scambio tra l'individuo e il professionista può rappresentare una sfida nella costruzione della relazione tra i due e nella percezione, da parte del professionista, dell'efficacia del proprio intervento. Diverse professioni sono caratterizzate da differenti modalità di comunicazione e da obiettivi specifici di mediazione. Qui esamineremo i principali, seguiti da buone pratiche generali per un lavoro di squadra efficace.

Professionisti della salute mentale

- Comprendere le informazioni non verbali può essere difficile a causa del ritardo tra il momento in cui la persona ha parlato e l'interpretazione, rendendo complicato collegare le espressioni non verbali alle parole pronunciate. Allo stesso modo, può risultare complesso capire come il tono cambi in relazione all'argomento trattato. Inoltre, alcuni gesti e mimiche durante le consultazioni non sono immediatamente comprensibili per tutti i membri della

triade e richiedono un intervento da parte dell'interprete o del mediatore culturale. Questi interpretano i gesti o le mimiche con mezzi verbali o li sostituiscono con gesti o mimiche comprensibili per i destinatari.

Inoltre, possono emergere delle limitazioni durante il processo di interpretazione nel corso delle sessioni. In particolare, un professionista della salute mentale può essere privato di importanti elementi diagnostici quando:

- Gli interpreti verbalizzano le loro inferenze personali sul significato, quando il discorso di una persona in trattamento per disturbi mentali risulta difficile da comprendere e, di conseguenza, complesso da tradurre in un'altra lingua.
- Gli interpreti riducono o omettono elementi emotivi o soggettivi, rendendo il discorso più oggettivo.
- Gli interpreti omettono o attenuano elementi che creano o rafforzano tensioni relazionali all'interno della triade, quando le emozioni e le percezioni soggettive non sono aspetti centrali della discussione.
- In diverse occasioni, commenti conclusivi aggiunti alla fine di una sequenza domanda-risposta non vengono riprodotti, nonostante possano essere importanti per le dinamiche cliniche e relazionali.
- Quando altri membri della triade (sia la persona che il professionista) interrompono gli interpreti mentre stanno traducendo un messaggio lungo, ciò spesso comporta cambiamenti significativi nella struttura del discorso originale, ad esempio riduzioni, semplificazioni e/o chiarificazioni [10].

Assistenti sociali

Gli assistenti sociali operano in diversi contesti, svolgendo attività di supporto sociale, consulenza o lavorando all'interno del sistema sanitario. Spesso, devono fornire e ricevere informazioni fondamentali per garantire il rispetto dei diritti legali dei beneficiari. Questo potrebbe spiegare perché gli assistenti sociali preferiscono una traduzione diretta e richiedono che gli interpreti mantengano una posizione neutrale durante i colloqui di assistenza sociale.

Medici

Negli incontri medici, possono sorgere difficoltà legate alla necessità di descrivere termini tecnici e fornire spiegazioni, così come alla necessità di tradurre con attenzione le differenze culturali relative a determinati

concetti (vedi Unità 3.2). Inoltre, per portare a termine il loro compito di condurre il colloquio medico entro un tempo limitato, i medici devono strutturare l'intero incontro. In questo contesto, spetta al medico stabilire l'agenda, basandosi sulle necessità del paziente, così come percepite sia dal paziente stesso che dal medico. La gestione del tempo può rappresentare un problema: quando la struttura abituale del colloquio medico viene interrotta, i medici hanno meno controllo su ciò che viene detto e seguire una struttura domanda-risposta può risultare più impegnativo.

Vengono evidenziate due difficoltà nella raccolta di informazioni tramite interpreti o mediatori culturali. Possono verificarsi ritardi, che disturbano il flusso di pensiero del medico o la sua capacità di verificare ipotesi. Inoltre, i medici possono trovare difficile negoziare un piano terapeutico poiché hanno un controllo limitato su come il loro messaggio viene trasmesso, e gli aspetti non verbali spesso si perdono.

4. Comunicare e relazionarsi in una triade

Prima dell'incontro

Nel contesto dell'assistenza a migranti e rifugiati, per instaurare una relazione efficace tra un interprete/mediatore culturale e volontari o professionisti è necessario seguire diversi passaggi.

- ***Scegliere l'interprete/mediatore culturale appropriato***

Per scegliere l'interprete o mediatore culturale più adatto, il primo aspetto da considerare è, naturalmente, la lingua. Idealmente, la persona che facilita lo scambio linguistico e/o culturale con un migrante o rifugiato dovrebbe parlare la stessa lingua e lo stesso dialetto dell'individuo. Non si dovrebbe mai dare per scontato che chi parla una lingua possa comprenderne e usarne tutti i dialetti. Tuttavia, è comune che un interprete/mediatore culturale e un migrante o rifugiato parlino lingue diverse (ad esempio, una persona nata in Afghanistan potrebbe parlare sia il farsi che il pashtu) o dialetti molto differenti. Per appuntamenti con famiglie, il minimo indispensabile è garantire che la lingua scelta sia compresa da tutti i membri della famiglia [2].

La nazionalità, le credenze religiose, il livello di istruzione, così come la storia migratoria e il contesto politico del paese d'origine di un migrante o rifugiato, devono essere considerati con attenzione. Questi aspetti possono facilitare o compromettere la relazione, la fiducia e le dinamiche di comprensione, fino a rendere tale rapporto completamente irraggiungibile [3]. Se un interprete o mediatore culturale scopre di conoscere personalmente l'individuo (ad esempio, se si tratta di un parente, amico o conoscente), deve segnalarlo immediatamente affinché un altro interprete o mediatore culturale venga incaricato di subentrare. È ampiamente riconosciuto come buona pratica mantenere lo stesso interprete durante il lavoro terapeutico.

○ **Preparare l'interprete/mediatore culturale**

Una riunione preliminare tra i professionisti e l'interprete/mediatore culturale è essenziale per consentire alla persona che facilita l'interazione di prepararsi al meglio e di esprimere eventuali preoccupazioni prima dell'incontro, evitando di farlo durante lo stesso. In particolare, durante questo incontro preparatorio, gli operatori sul campo dovrebbero [2, 3]:

- Fornire informazioni sul migrante o rifugiato: genere, età, nazionalità, lingua, tipo di supporto richiesto, eventuali difficoltà comportamentali (aggressività intensa, dislessia, ecc.), nonché su chiunque altro possa partecipare all'incontro.
- Discutere con il mediatore culturale/interprete lo scopo e le aspettative prima dell'incontro, quali domande verranno poste e quale tipo di informazioni devono essere raccolte, e familiarizzare l'interprete/mediatore culturale con eventuali moduli scritti che potrebbero essere utilizzati durante l'incontro, in modo che li conoscano prima di doverli tradurre [3].
- Concordare un "segno di STOP" nel caso in cui l'interprete/mediatore culturale desideri interrompere il trattamento/la consulenza (ad esempio, a causa di una propria preoccupazione, ecc.).
- Chiedere al mediatore culturale informazioni rilevanti sul contesto culturale: un minimo di conoscenze specifiche della cultura può essere essenziale per un lavoro di consulenza o terapeutico efficace.
- Fare considerazioni in anticipo e chiarire l'organizzazione dell'incontro: l'ordine dei posti a sedere (vedi sezione successiva in questo modulo), chi sarà responsabile delle presentazioni, ecc.

- Chiarire il tipo di interpretazione da seguire (simultanea o consecutiva) e eventuali richieste specifiche riguardanti la traduzione di terminologie professionali (mediche o legali) (vedi tabella sotto).

Forme di interpretazione	
Interpretazione simultanea	Generalmente svolta da una cabina di interpretazione all'interno di un contesto conferenziale.
Interpretazione consecutiva	L'oratore lascia delle pause affinché l'interprete possa trasmettere il discorso una sezione alla volta.
Interpretazione bilaterale	L'interprete trasmette entrambe (o tutte) le parti di una conversazione tra parlanti di lingue diverse, lavorando sia verso che dalla propria lingua principale

Il professionista dovrebbe definire la forma di interpretazione richiesta e il tipo di traduzione necessario. È importante notare che, a volte, una traduzione parola per parola può privare il messaggio del suo significato o, in alcuni casi, persino della sua adeguatezza. Nella misura in cui le competenze dell'interprete/mediatore culturale lo consentono, è essenziale cercare di trasmettere correttamente il significato di ciò che viene detto. Il fatto che alcune parole o frasi non possano essere tradotte non costituisce necessariamente un problema.

Nota: adattato da Field Guide to Humanitarian Interpreting & Cultural Mediation [6]

→ **VIDEO:** [Working with Interpreters](#) 

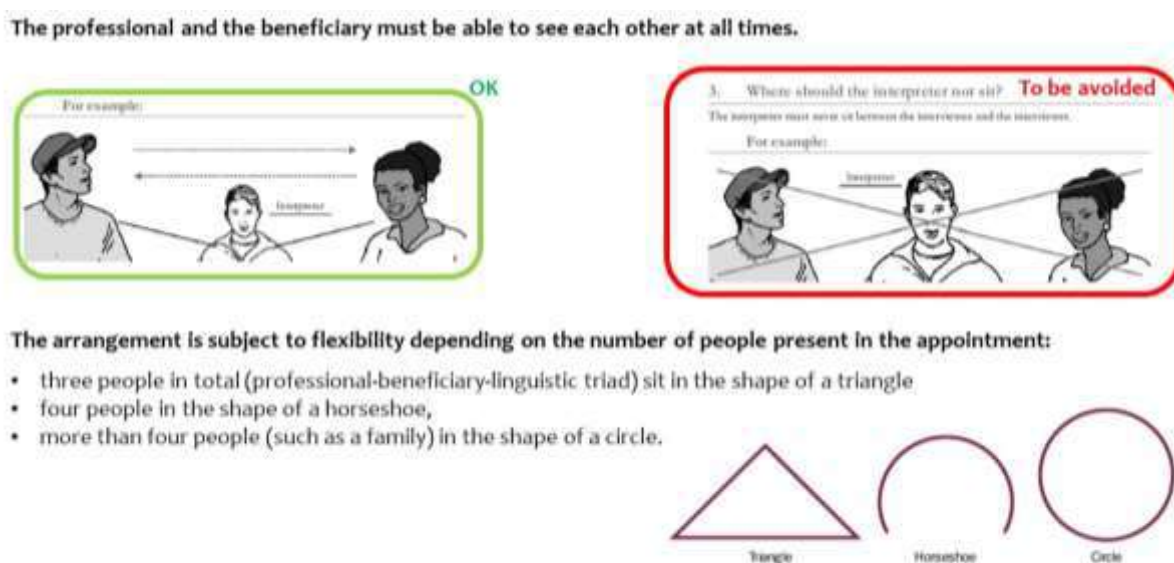
○ **Pianificare adeguatamente l'ambiente**

Incontrarsi in una triade comporta anche specifiche esigenze organizzative. È importante che il professionista consideri attentamente [2, 3, 5]:

- Maggiore durata del colloquio, poiché le fasi pre- e post-colloquio con l'interprete/mediatore culturale, così come il processo di interpretazione durante la fase principale, richiedono tempo aggiuntivo. Considerare tempi e luogo dell'incontro, evitando che l'interprete/mediatore culturale attenda nella stessa stanza o area della persona che accede al supporto. Questa accortezza previene eventuali conversazioni sui temi personali dell'individuo o richieste di aiuto e consigli rivolti al mediatore.

- Trovare una disposizione appropriata dei posti a sedere, che dovrebbe essere concordata in anticipo. La disposizione delle sedie gioca un ruolo importante nel facilitare o compromettere la comunicazione tra il migrante/rifugiato e i professionisti. La Figura 3.3.1 illustra le disposizioni suggerite per la triade.

Figura 3.3.1. “Disposizione dei posti nella sala riunioni”



Where more than three people are present, seat the facilitator next to the professional and close to the primary beneficiary so they are able to understand the proceedings with minimum disruption to others.

Nota: adattato da DIPS (2009). Interpreting in a Refugee Context [5] and Papadopoulos, R. K. (2019). Psychosocial Dimensions of the Refugee Condition [2]

Durante l'incontro

Durante il primo incontro, i professionisti dovrebbero presentarsi e presentare l'interprete, quindi spiegare:

- Chi sono e in cosa consistono i loro ruoli e quello dell'interprete/mediatore culturale.
- Che l'interprete/mediatore culturale è vincolato da un codice etico professionale, garantendo la piena riservatezza riguardo a tutto ciò che verrà detto durante l'incontro, e che non è in alcun modo autorizzato a discutere tali informazioni con persone esterne alla sessione.
- Lo scopo dell'incontro e il processo esatto di interpretazione e facilitazione della mediazione.

- Che il contatto tra il cliente e l'interprete/mediatore culturale dopo la sessione deve essere evitato.

In generale, è considerata una buona prassi strutturare l'incontro in modo da dedicare attenzione a ogni fase, includendo un momento di introduzione/accoglienza, la presentazione dell'agenda della sessione e i saluti finali. Sia l'interprete/mediatore culturale sia il professionista dovrebbero avere chiara consapevolezza dei propri ruoli, compiti e competenze specifiche. Allo stesso tempo, deve essere chiaro che la responsabilità della gestione della sessione o del servizio spetta al professionista.

Durante la fase di accoglienza e introduzione, i professionisti dovrebbero:

- Accogliere i partecipanti e fornire una breve introduzione sul proprio ruolo e su quello degli interpreti/mediatori culturali. Il saluto deve essere tradotto immediatamente.
- Assegnare i posti ai partecipanti.
- Spiegare i principi di riservatezza ai partecipanti.
- Illustrare il tipo di interpretazione e le regole.
- Spiegare il significato del segnale di "STOP" alla persona.

Durante la fase di intervento/consulenza, il professionista dovrebbe:

- Assicurarsi di mantenere le frasi e le domande brevi e di fare pause frequenti per consentire all'interprete/mediatore culturale di tradurre. Fare una pausa dopo 2-3 frasi brevi per dare all'interprete/mediatore culturale l'opportunità di tradurre con precisione.
- Parlare direttamente al migrante o rifugiato in prima persona, utilizzando i pronomi "io" e "tu" (vedi Figura 3.3.2).
- Mantenere il contatto visivo con la persona (vedi Figura 3.3.2), anche quando parla il mediatore culturale/interprete, e osservare i segnali del linguaggio del corpo sia dell'interprete che della persona (vedi Figura 3.3.2).
- Tenere presente che la sequenza temporale può essere importante in qualsiasi tipo di narrazione. Il narratore potrebbe raccontare la sua storia più o meno cronologicamente o tornare indietro nel tempo.

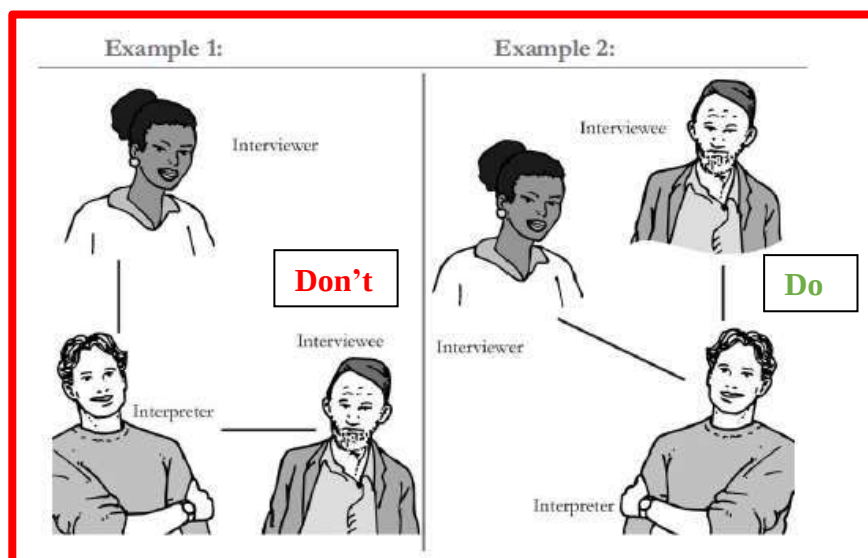
- Evitare termini specialistici o linguaggio colloquiale e spiegare eventuali termini o concetti potenzialmente difficili all'interprete/mediatore culturale.
- Riconoscere che ci saranno occasioni in cui l'interprete/mediatore culturale potrebbe aver bisogno di un po' più di tempo per spiegare meglio ciò che è stato detto.
- Evitare sarcasmo, cinismo e battute, poiché solitamente sono difficili da tradurre.
- Evitare di discutere con l'interprete/mediatore culturale senza tradurre il contenuto della conversazione per la persona coinvolta.

Nella fase finale dell'incontro:

- I professionisti dovrebbero offrire alla persona/assistito l'opportunità di porre domande o di esprimere eventuali ulteriori necessità.
- Se necessario, soprattutto se sono stati trattati argomenti dolorosi o difficili, dovrebbe essere fissato un appuntamento di successivo con la persona e l'interprete/mediatore culturale al termine della sessione.
- La persona/assistito dovrebbe uscire per prima dalla stanza. Come regola generale, l'interprete/mediatore culturale lascia la sala del colloquio da solo.

→ **VIDEO:** [Collaborating for Effective Collaboration - DOs](#) 

Figura 3.3.2. “Relazione triadica durante l’Incontro”



Nota: adattato da DIPS (2009). *Interpreting in a Refugee Context* [5]

Dopo l’incontro

Dopo la conclusione della sessione e l’uscita della persona/assistito dalla stanza, l’operatore in prima linea e l’interprete o il mediatore culturale dovrebbero prendersi del tempo per riflettere sull’incontro. L’operatore dovrebbe:

- Dialogare con l’interprete o il mediatore culturale per valutare se il loro coinvolgimento stia effettivamente facilitando la comunicazione o, al contrario, creando difficoltà. Qualora il problema non sia risolvibile in maniera collaborativa, coinvolgere un supervisore per trovare una soluzione condivisa.
- Richiedere all’interprete o al mediatore culturale indicazioni sulle sfumature culturali specifiche che potrebbero arricchire la comprensione e l’efficacia dell’interazione.
- Creare uno spazio di confronto in cui l’interprete o il mediatore culturale possano condividere eventuali preoccupazioni relative alle difficoltà incontrate durante l’interpretazione, come differenze dialettali o problemi legati al ritmo del discorso.
- Valutare insieme l’opportunità di una riflessione congiunta sul trattamento o sulla consulenza, qualora si ritenga che possa influire positivamente sulle sessioni future.

- Accertarsi se l'interprete o il mediatore culturale abbia risentito emotivamente della sessione, soprattutto in presenza di argomenti particolarmente difficili (es. traumi, lutti, torture). In tal caso, dedicare tempo per aiutare ad elaborare tali emozioni.
- Provvedere alla compilazione di eventuali documenti necessari, quali moduli di conferma contenenti dettagli come fatturazione, data, durata e firme, se richiesto.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Smith, S. (n.d.). *Interpreting for refugees and asylum seekers: Ensuring access to justice and services*. Retrieved July 10, 2024, from <https://dayinterpreting.com/blog/interpreting-for-refugees-and-asylum-seekers-ensuring-access-to-justice-and-services/>
- [2] Papadopoulos, R. K. (Ed.) (2019). *Psychosocial dimensions of the refugee condition – Synergic approach*. Athens: Babel Day Centre and Centre for Trauma, Asylum and Refugees, University of Essex. Retrieved July 10, 2024, from https://babeldc.gr/wp-content/uploads/2023/04/2022_01_Psyxokoinonikes-diastaseis_EN.pdf
- [3] Miletic, T., Piu, M., Minas, H., Stankovska, M., Stolk, Y., & Klimidis, S. (2006). *Guidelines for working effectively with interpreters in mental health settings*. Melbourne, Australia: Victorian Transcultural Psychiatry Unit. Retrieved July 10, 2024, from <https://babeldc.gr/wp-content/uploads/2018/11/VTPUInterpreterGuidelines.pdf>
- [4] Women's Refugee Commission & UNICEF (n.d.). *Supporting survivors of violence: The role of linguistic and cultural mediators, with a focus on gender-based violence and sexual violence against men and boys. A training curriculum*. Retrieved July 10, 2024, from <https://www.womensrefugeecommission.org/research-resources/supporting-survivors-of-violence-the-role-of-linguistic-and-cultural-mediators-training-curriculum/>
- [5] Division of International Protection Services (DIPS) (2009). *Self-study module 3: Interpreting in a refugee context*. UN High Commissioner for Refugees (UNHCR). Retrieved July 10, 2024, from <https://www.refworld.org/reference/manuals/unhcr/2009/en/66441>
- [6] Translators without Borders (n.d.). *Field guide to humanitarian interpreting & cultural mediation*. Retrieved July 10, 2024, from <https://translatorswithoutborders.org/wp-content/uploads/2017/04/Guide-to-Humanitarian-Interpreting-and-Cultural-Mediation-English-1.pdf>
- [7] Clarke, S. K., Jaffe, J., & Mutch, R. (2019). Overcoming communication barriers in refugee health care. *Pediatric Clinics of North America*, 66(3), 669–686. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2019.02.012>
- [8] Von Törne, A. (2009). *Therapiezentrum für Folteropfer – Flüchtlingsberatung des Caritasverbandes für die Stadt Köln. Sprachliche Hürden überwinden*. Köln: Hundt Druck GmbH.
- [9] Vojak, C. (2009). Choosing language: Social service framing and social justice. *British Journal of Social Work*, 39(5), 936–949. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcm144>
- [10] Weber, O., Klemp, J., Chmetz, F., Daliani, A., Diserens, E. A., & Faucherre, F. (2023). Interpreter-mediated psychiatric assessments: Metacommunication as key. *Transcultural Psychiatry*, 60(4), 626–636. <https://doi.org/10.1177/13634615221119383>

Unità 3.4: Collaborazione interdisciplinare nella salute mentale e nel supporto psicosociale

Descrizione dell'unità

Questa unità tratta l'importanza della collaborazione interdisciplinare nell'affrontare i bisogni psicosociali e di salute mentale di migranti e rifugiati. Sottolinea i ruoli di diversi professionisti, tra cui specialisti della salute mentale, assistenti sociali, operatori sanitari, interpreti e volontari, ognuno dei quali contribuisce a un approccio coordinato alla cura. L'unità esamina approcci multisettoriali agli interventi psicosociali, concentrandosi su strategie che promuovono la resilienza e la coesione sociale. Vengono presentate le linee guida IASC e la piramide degli interventi MHPSS come quadri di riferimento per un supporto strutturato, evidenziando l'importanza dell'integrazione dei servizi lungo un continuum complesso di cura.

Sezioni dell'unità:

1. [Introduzione](#)
2. [Chiarire ruoli e ambiti di azione](#)
3. [Approcci multisettoriali negli interventi psicosociali](#)

1. Introduzione

La collaborazione implica lo sforzo congiunto di più entità che lavorano insieme per raggiungere un obiettivo comune [1]. Lavorare insieme nel settore sanitario è fondamentale, non solo per la normale erogazione dei servizi, ma anche per affrontare sfide di più ampia portata, come i problemi di salute e le disuguaglianze sociali. Unendo le forze, gli operatori sul campo possono affrontare questi problemi complessi in modo più efficace. Il lavoro di squadra garantisce che tutti ricevano le cure necessarie, in particolare coloro che si trovano in situazioni difficili.

Come abbiamo visto finora, la salute mentale non è un ambito esclusivo dei professionisti della salute mentale, ma è influenzata da una costellazione di fattori interconnessi. La collaborazione tra operatori sanitari e altri specialisti può trasformare gli esiti delle cure, creando un ambiente ricco di comunicazione,

rispetto reciproco e cooperazione [1]. Questo è particolarmente importante quando si affrontano le complesse necessità delle popolazioni migranti e rifugiate. In questi casi, le collaborazioni interdisciplinari – che collegano campi diversi e uniscono vari soggetti interessati e organizzazioni – diventano indispensabili [2]. Tali cooperazioni creano un intreccio di sforzi collettivi che può migliorare significativamente gli esiti di salute mentale per i migranti. Oltre alla cura immediata, questo approccio unificato garantisce l'erogazione di servizi culturalmente sensibili, un'equa distribuzione delle risorse e una maggiore aderenza alle molteplici esigenze delle comunità migranti [2].

2. Chiarire ruoli e ambiti di azione

Forse uno degli aspetti più critici di questa **collaborazione interdisciplinare** è la comprensione dei ruoli e dei contributi unici di ciascun professionista coinvolto. È fondamentale riconoscere **chi sei** all'interno di questa rete e comprendere **chi sono le persone con cui si sta collaborando**. La conoscenza di questi ruoli non solo chiarisce le responsabilità, ma facilita anche una migliore coordinazione tra i professionisti. In questo contesto, ogni attore ricopre un ruolo distintivo ma strettamente intrecciato nel supportare il percorso di salute mentale delle persone in movimento [3-7]:

Professionisti della salute mentale	Svolgono un ruolo cruciale nella diagnosi e nel trattamento di disturbi mentali gravi, grazie alla loro formazione e competenza specializzata. Possono utilizzare una combinazione di interventi basati sull'evidenza (come la terapia cognitivo-comportamentale/CBT, la terapia focalizzata sul trauma e la psicoterapia interpersonale/IPT) e approcci transculturali (vedi anche Unità 2.3). Il loro lavoro spesso include (ma non si limita a): condurre valutazioni approfondite della salute mentale, facilitare sessioni di terapia di gruppo, affrontare questioni complesse come il lutto, la perdita e le difficoltà di adattamento.
Assistenti sociali	Completano il lavoro dei professionisti della salute mentale affrontando i determinanti sociali della salute che influenzano significativamente il benessere psicosociale (vedi anche Unità 1.2). Offrono supporto psicosociale diretto attraverso interventi in situazioni di crisi, gestione dei casi e attività di sensibilizzazione. Gli assistenti sociali collegano i migranti a servizi essenziali come alloggio, lavoro, istruzione e assistenza legale, contribuendo a ridurre gli ostacoli alla stabilità e all'integrazione. Inoltre, si impegnano per promuovere cambiamenti sistemici volti a migliorare le politiche e i programmi che riguardano le popolazioni migranti. Coordinando le risorse della comunità e favorendo

	collaborazioni, gli assistenti sociali contribuiscono a un approccio olistico che affronta sia le dimensioni sociali sia quelle cliniche della salute mentale dei migranti.
Operatori sanitari	Agiscono come primi interlocutori, offrendo un'ampia gamma di servizi medici, dalla diagnosi e trattamento di condizioni acute e croniche alla somministrazione di vaccini e alla gestione di malattie trasmissibili. Oltre a fornire cure in ambito clinico, sono impegnati in iniziative di sanità pubblica come screening sanitari, assistenza prenatale e campagne di vaccinazione. Si concentrano inoltre sulla promozione della salute, la prevenzione delle malattie e l'educazione dei pazienti. In modo specifico, il loro ruolo comprende sia la gestione di problematiche di salute fisica sia il coordinamento delle cure per condizioni mediche complesse, distinguendosi così da psicologi e assistenti sociali, i cui ambiti di intervento riguardano rispettivamente la salute mentale e i determinanti sociali della salute.
Interpreti qualificati	Sono indispensabili in contesti medici, garantendo una comunicazione accurata e culturalmente appropriata tra operatori sanitari e migranti. Svolgono un ruolo cruciale nel raccogliere il consenso informato, trasmettere con precisione le storie mediche e psicosociali e facilitare le discussioni su diagnosi e piani di trattamento. A differenza di interpreti non formati o membri della famiglia, gli interpreti qualificati aderiscono a rigorosi standard etici, mantenendo riservatezza e neutralità. Questo approccio riduce il rischio di incomprensioni o errori medici, assicurando una comunicazione chiara ed efficace.
Volontari	Offrono supporto pratico assistendo migranti e rifugiati nell'orientarsi nei sistemi sanitari, nel completare documenti necessari e nell'accedere agli appuntamenti. Contribuiscono a ridurre l'isolamento sociale mettendo in contatto le persone con risorse della comunità e organizzando gruppi di supporto o attività di integrazione. I volontari rafforzano inoltre la rete di supporto identificando bisogni non soddisfatti e fungendo da intermediari tra migranti/rifugiati e i fornitori di servizi, garantendo che le risorse e i servizi siano accessibili e accoglienti.

Rispetto e responsabilizzazione	Supporto umano in situazioni di disagio
Accesso alle informazioni	Psicoeducazione
Protezione dei minori	Supporto familiare
Rilevanza culturale e interpretazione	Identificazione degli individui vulnerabili
Condizioni mentali gravi	Limitazione dei trattamenti psicoterapeutici
Benessere del personale e dei volontari	Coordinamento e cooperazione
Comprensione di ruoli e responsabilità	Comunicazione efficace
Approccio olistico alla cura	Coinvolgimento della comunità
Advocacy e politiche	

© **Punto chiave:** *Principi fondamentali e azioni raccomandate da UNHCR, IOM e OMS*

Ecco un elenco dei principi fondamentali e delle azioni raccomandate da UNHCR, IOM e OMS [11] per supportare i bisogni psicosociali delle persone in movimento nel contesto di *team* interdisciplinari.

3. Approcci multisettoriali negli interventi psicosociali

Gli interventi psicosociali sono definiti come “attività, tecniche o strategie interpersonali o informative che mirano a fattori biologici, comportamentali, cognitivi, emotivi, interpersonali, sociali o ambientali, con l’obiettivo di migliorare il funzionamento della salute e il benessere” [8]. Questi interventi sono fondamentali per migranti e rifugiati, poiché affrontano il benessere sia individuale che collettivo, rafforzando la resilienza, la coesione sociale e l’integrazione. Un supporto psicosociale efficace, quindi, non si limita ad alleviare il disagio, ma promuove anche legami comunitari, favorendo la salute mentale e il benessere nonostante le sfide legate alla migrazione.

Il principio del “non nuocere” è essenziale in questo contesto, poiché aiuta a garantire che gli interventi non aggravino involontariamente le vulnerabilità delle popolazioni coinvolte. Migranti e rifugiati spesso si trovano ad affrontare ambienti stressanti e potenzialmente dannosi, come accoglienze ostili, condizioni

non dignitose e situazioni di insicurezza, che possono ulteriormente compromettere la loro salute mentale. Il supporto psicosociale deve essere fornito nel rispetto dell'autonomia e della dignità degli individui, assicurandosi che sia adattato alle loro esigenze e capacità specifiche.

Le Linee Guida del Comitato Permanente Inter-Agenzie (IASC) sul Supporto Psicosociale e alla Salute Mentale nei Contesti di Emergenza [9], elaborate nel 2007 da una coalizione di oltre 35 organizzazioni umanitarie, forniscono un quadro completo per l'implementazione di questi interventi. Esse sottolineano l'importanza di integrare il supporto psicosociale e alla salute mentale in tutti gli ambiti della risposta umanitaria, promuovendo un approccio olistico che comprenda strategie basate sulla comunità, la protezione e il rispetto degli standard sui diritti umani. Sebbene siano state originariamente sviluppate per contesti di emergenza, queste linee guida si dimostrano altrettanto pertinenti nella pratica quotidiana. Nell'ambito dell'assistenza sanitaria e dei servizi sociali ordinari, la loro adozione assicura interventi completi, culturalmente appropriati e basati sui diritti, migliorando significativamente la qualità e l'efficacia del supporto fornito a migranti e rifugiati.

Un concetto fondamentale delle linee guida IASC è la **piramide degli interventi MHPSS (Mental Health & Psychosocial Support, salute mentale e supporto psicosociale) dell'IASC**, nata dalla crescente consapevolezza della necessità di un approccio strutturato e completo al supporto psicosociale e alla salute mentale. Prima della sua elaborazione, mancava chiarezza su come affrontare i diversi bisogni psicosociali delle popolazioni colpite, specialmente in situazioni di crisi, caratterizzate da risorse limitate e dalla partecipazione di molteplici organizzazioni. La Figura 3.4.1 fornisce un'illustrazione della Piramide degli Interventi IASC. La piramide è composta da quattro livelli, ognuno dei quali affronta bisogni di diversa intensità.

Figura 3.4.1. “Piramide degli interventi MHPSS dell’IASC”



Nota: grafica tratta da [IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial support in Emergency settings](#), 2007, pp. 12-13

Livello	Descrizione	Azioni chiave
Servizi di base e sicurezza	Si concentra sull’assicurare la sicurezza e il soddisfacimento dei bisogni fondamentali (cibo, alloggio, acqua, assistenza sanitaria), promuovendo il benessere generale attraverso servizi essenziali.	Promuovere l’accesso ai servizi di base, documentare l’impatto sulla salute mentale, influenzare l’erogazione dei servizi per favorire il benessere mentale e garantire che siano partecipativi e socialmente adeguati.
Supporti comunitari e familiari	Si concentra su coloro che necessitano di supporto per ristabilire o accedere alle reti familiari e comunitarie, in particolare durante situazioni di crisi come lo sfollamento o la separazione.	Favorire il ricongiungimento familiare, offrire supporto nel processo di lutto, facilitare percorsi di guarigione comunitaria, promuovere strategie di coping positive e organizzare reti sociali, come gruppi femminili o comitati giovanili.
Supporti mirati e non specialistici	Offre interventi mirati a individui che necessitano di un supporto specifico da parte di operatori qualificati, ma non specialistici, ad esempio sopravvissuti a violenze di genere.	Offre supporto emotivo e per il sostentamento, Primo Soccorso Psicologico (PFA) e assistenza di base per la salute mentale fornita da operatori sanitari di base.
Servizi specialistici	Per una piccola percentuale della popolazione con gravi necessità di salute mentale che richiede supporto psicologico o psichiatrico specializzato.	Fornire segnalazioni a servizi specializzati, avviare la formazione per operatori sanitari di base e offrire supporto a lungo termine a persone con disturbi mentali gravi.

IMPORTANTE: Il trattamento dei disturbi di salute mentale è generalmente un servizio specializzato che si colloca ai livelli superiori di questa piramide. Tuttavia, nella pratica quotidiana, è fondamentale garantire

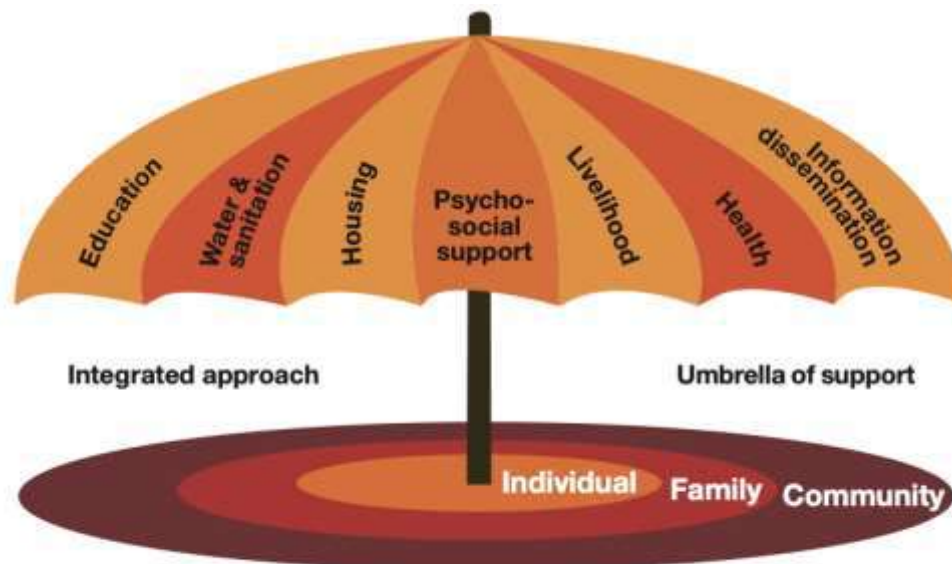
che i bisogni presenti negli altri livelli siano adeguatamente affrontati. È in questo contesto che la collaborazione interdisciplinare diventa indispensabile.

Il lavoro di uno psicologo, ad esempio, va ben oltre la semplice offerta di terapia; implica una stretta collaborazione con altri professionisti per affrontare una vasta gamma di bisogni. Prima di avviare qualsiasi percorso terapeutico, lo psicologo deve assicurarsi che i bisogni primari di sopravvivenza, (cibo, alloggio e assistenza sanitaria), siano soddisfatti. Senza queste basi, qualsiasi intervento psicologico risulterebbe inefficace. In questo contesto, gli assistenti sociali giocano un ruolo chiave nel garantire che le persone abbiano accesso ai servizi essenziali, mentre gli educatori possono fornire supporto educativo, offrendo stabilità intellettuale ed emotiva in momenti di incertezza. Una volta che gli individui iniziano a ricevere le cure necessarie, può essere avviata la terapia, che però sarà sempre influenzata dal contesto più ampio. Gli psicologi possono incoraggiare le persone a partecipare a gruppi di supporto comunitario, dove le esperienze condivise contribuiscono a ricostruire le relazioni sociali. Oltre alla terapia individuale, gli psicologi collaborano con operatori sanitari per affrontare eventuali problematiche di salute all'interno dei servizi sanitari generali. Per esigenze di salute mentale più complesse, gli psicologi possono indirizzare le persone a un supporto psichiatrico, assicurando una rete di cura continua e integrata.

Questo approccio olistico mette in evidenza l'importanza di integrare servizi di base, supporto comunitario e cure specialistiche. Ogni livello della piramide interagisce con gli altri, contribuendo a creare una risposta completa e adattabile ai bisogni di salute mentale e psicosociale delle popolazioni colpite.

Partendo dai livelli delineati nella Piramide degli Interventi MHPSS dell'IASC, il modello dell'“ombrello di support”, illustrato nella Figura 3.4.2 nella pagina successiva, arricchisce questo quadro fornendo una risposta strutturata ma flessibile alle necessità complesse di individui, famiglie e comunità. Mentre la piramide sottolinea l'importanza di servizi di base, supporto comunitario, interventi mirati e cure specialistiche, il modello dell'ombrello di supporto si presenta come una piattaforma per integrare queste risposte in modo coordinato. Garantisce che il supporto psicosociale rappresenti il punto di accesso centrale, guidando l'identificazione dei bisogni attraverso diversi settori e favorendo una collaborazione efficace [10].

Figura 3.4.2. “Ombrello di supporto per l’individuo, la famiglia e la comunità”



Source: Dr. Subhasis, American Red Cross and Indian Red Cross Society

Nota: grafica tratta da Thierry, M. (2019). [Desk study: Official development assistance to child and family-focused mental health and psychosocial support \(MHPSS\)](#), April-June 2019, p. 6

Considerando che i bisogni psicosociali sono in continua evoluzione, è fondamentale garantire che gli interventi rimangano pertinenti e in grado di rispondere a queste necessità in cambiamento.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Jansen, L. (2008). Collaborative and interdisciplinary health care teams: Ready or not? *Journal of Professional Nursing: Official Journal of the American Association of Colleges of Nursing*, 24(4), 218–227. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2007.06.013>
- [2] Siddiq, H., Ajrouch, K., Elhaija, A., Kayali, N., & Heilemann, M. (2023). Addressing the mental health needs of older adult refugees: Perspectives of multi-sector community key informants. *SSM. Qualitative Research in Health*, 3, 100269. <https://doi.org/10.1016/j.ssmqr.2023.100269>
- [3] Warren, J. L., & Warren, J. S. (2023). The case for understanding interdisciplinary relationships in health care. *Ochsner Journal*, 23(2), 94–97. <https://doi.org/10.31486/toj.22.0111>
- [4] Turin, T. C., Chowdhury, N., Haque, S., Rumana, N., Rahman, N., & Lasker, M. A. A. (2021). Involving im/migrant community members for knowledge co-creation: The greater the desired involvement, the greater the need for capacity building. *BMJ Global Health*, 6(12), e007602. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-007602>
- [5] Rashki Kemmak, A., Nargesi, S., & Saniee, N. (2021). Social determinant of mental health in immigrants and refugees: A systematic review. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 35, 196. <https://doi.org/10.47176/mjiri.35.196>
- [6] McQuilken, L., Robertson, N., Abbas, G., & Polonsky, M. (2018). Frontline health professionals' perceptions of their adaptive competences in service recovery. *Journal of Strategic Marketing*, 28, 1–25. <https://doi.org/10.1080/0965254X.2018.1511630>
- [7] Nadeau, L., & Measham, T. (2005). Immigrants and mental health services: Increasing collaboration with other service providers. *The Canadian Child and Adolescent Psychiatry Review = La Revue Canadienne de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent*, 14(3), 73–76.
- [8] Vorensky, M., Murray, T., McGovern, A. F., Patel, Y. Y., Rao, S., & Batavia, M. (2023). Effect of integrated exercise therapy and psychosocial interventions on self-efficacy in patients with chronic low back pain: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 165, 111126. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2022.111126>
- [9] Inter-Agency Standing Committee (2009). *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*. Accessed July 19, 2024, from <https://www.refworld.org/policy/opguidance/iasc/2009/en/83114>
- [10] IFRC (2009). *Psychosocial Intervention: A Handbook for Training*. Blegdamsvej, 27 DK-2100 Copenhagen.
- [11] World Health Organization (2015). *Mental health and psychosocial support for refugees, asylum seekers and migrants on the move in Europe: A multi-agency guidance note*.

Unità 3.5: Situazioni particolari dei bambini

Descrizione dell'unità

Questa unità esplora le sfide specifiche affrontate dai bambini migranti e rifugiati, inclusi i minori non accompagnati, e propone strategie pratiche per supportare la loro salute mentale e il loro benessere psicosociale. Sottolinea l'importanza di comprendere i diversi bisogni di salute mentale di questa popolazione, che variano in base all'età e alla fase del percorso migratorio. L'unità evidenzia la necessità di un approccio coordinato e multisettoriale per garantire un'assistenza olistica ed efficace. Vengono fornite strategie concrete per favorire il coinvolgimento, come costruire un rapporto di fiducia, affrontare innanzitutto i bisogni primari e offrire un supporto culturalmente sensibile. Questi strumenti mirano a fornire agli operatori sul campo le competenze necessarie per aiutare i bambini ad affrontare le complessità delle loro circostanze.

Sezioni dell'unità:

1. [Introduzione](#)
2. [Bambini in contesti di conflitto, avversità e sfollamento](#)
3. [Strategie pratiche per lavorare con i bambini](#)

1. Introduzione

Questa unità riveste una grande importanza, poiché i **minori sfollati** e i **bambini non accompagnati o separati (UASC)** costituiscono una categoria particolarmente vulnerabile tra le persone in movimento. Secondo la letteratura, i bambini subiscono in maniera sproporzionata le conseguenze dello sfollamento forzato: pur rappresentando il 30% della popolazione mondiale, costituiscono il 41% di tutte le persone sfollate con la forza [1]. I dati parlano chiaro: i bambini di tutte le fasce d'età sono colpiti dallo sfollamento. Secondo l'ultimo rapporto dell'UNHCR, si stima che il 29% dei bambini sfollati abbia un'età compresa tra 0 e 4 anni, il 42% tra 5 e 11 anni, e il 29% tra 12 e 17 anni [1]. Molti di questi sono minori non accompagnati, che affrontano vulnerabilità e bisogni specifici dovuti alla separazione o alla perdita delle loro famiglie [2]. I

minori non accompagnati sono particolarmente esposti a sfide psicosociali, poiché non dispongono del sostegno dei genitori per mitigare i fattori di stress legati alla migrazione [1, 2]. Le bambine, in particolare, si trovano in una situazione di rischio elevato: si stima che il 10% di loro sia in stato di gravidanza o già madre [1, 2].

Di conseguenza, è essenziale promuovere una maggiore sensibilità alle necessità dei bambini e un riconoscimento più ampio della salute mentale di questi gruppi vulnerabili. L'esposizione a stress severi e cronici durante l'infanzia (soprattutto nella prima infanzia, quando i sistemi di sviluppo sono ancora in fase di maturazione) può determinare un'attivazione prolungata dei sistemi di risposta allo stress, con danni ai sistemi corporei, all'architettura cerebrale e l'insorgenza del cosiddetto stress tossico [1, 3, 4]. I bambini e i giovani sfollati corrono un rischio elevato di sviluppare problemi di salute mentale clinicamente significativi a causa dell'esposizione prolungata e cumulativa a esperienze avverse, che possono avere conseguenze durature nel corso dell'infanzia e persino nell'età adulta [1, 3].

2. Bambini in contesti di conflitto, avversità e sfollamento

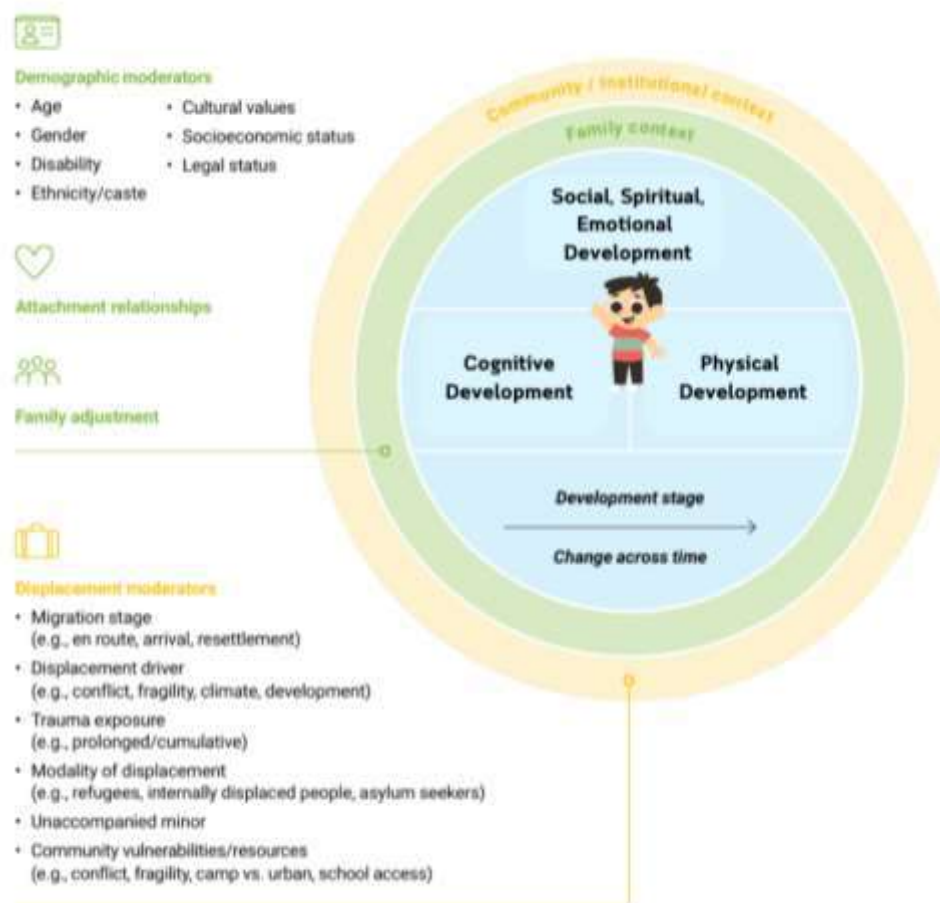
Bambini e giovani in movimento

Secondo la Convenzione delle Nazioni Unite sui Diritti dell'Infanzia, i **bambini** sono definiti come “ogni essere umano di età inferiore ai 18 anni, a meno che, ai sensi della legge applicabile al bambino, la maggiore età venga raggiunta prima” [4]. I bambini rifugiati costituiscono una popolazione particolarmente vulnerabile, distinta da altri gruppi di rifugiati [7], a causa delle esperienze uniche vissute durante una fase estremamente delicata dello sviluppo. L'esposizione ad avversità, perdite e sconvolgimenti durante periodi cruciali dello sviluppo fisico, emotivo e cognitivo può avere effetti profondi e duraturi sulla loro salute mentale e sul loro benessere generale.

Le sfide di salute mentale affrontate dai bambini e dai giovani in movimento sono complesse e derivano da una combinazione di fattori che si manifestano nelle fasi pre-migratorie, peri-migratorie e post-migratorie [7]. I bambini sono particolarmente vulnerabili agli effetti negativi dello sfollamento, poiché si trovano ancora nella fase di sviluppo delle capacità cognitive ed emotive necessarie per affrontare lo stress. Inoltre,

i bambini migranti e rifugiati rischiano di subire interruzioni nei legami di attaccamento e difficoltà nella formazione della propria identità, fattori che possono aggravare i problemi di salute mentale. Le ricerche sulla salute mentale di giovani migranti e rifugiati sottolineano l'importanza di analizzare queste sfide nel contesto di ciascuna fase della migrazione, tenendo conto dei fattori di rischio e di protezione che possono emergere in ogni momento [8]. L'Unità 1.2 e l'Unità 1.3 hanno esplorato i fattori di rischio affrontati dagli adulti migranti e rifugiati. Di seguito è presentato un modello ampliato che analizza i fattori che influenzano la salute mentale e il benessere psicosociale dei bambini.

Figura 3.5.1. “Modello concettuale della salute mentale dei bambini sfollati”



Nota: grafica realizzata dal team EU-MiCare dalla fonte UNICEF 2023, [Mental Health in Displaced Child and Youth Populations: A developmental and Family Systems Lens](#) (p. 22).

Minori non accompagnati

Un gruppo particolarmente vulnerabile tra i bambini sfollati è quello dei minori non accompagnati. Questi bambini non solo affrontano le stesse avversità degli altri bambini sfollati, ma devono farlo senza il sostegno di un caregiver, in quanto privi di una famiglia. Inoltre, molti di loro devono affrontare il dolore e la perdita derivanti dalla separazione o dalla morte dei genitori [1,2]. L'assenza di questa fondamentale rete protettiva aumenta significativamente il rischio di esposizione a ulteriori esperienze avverse, abusi e sfruttamento. La maggior parte dei minori non accompagnati è composta da ragazzi adolescenti di età compresa tra i 14 e i 17 anni, anche se la percentuale di bambine e di minori non accompagnati più giovani è in crescita [2].

Fasi dell'infanzia e dell'adolescenza

Inoltre, l'impatto dello sfollamento varia nelle diverse fasi dell'infanzia e dell'adolescenza. La seguente tabella illustra i diversi bisogni e le reazioni allo stress per ciascuna fascia di età.

Intervalli di età	Bisogni specifici	Reazione allo stress
0-5 anni	- Cura - Protezione - Risposta ai loro bisogni fisici ed emotivi immediati	- Sensazione di sopraffazione, dissociazione o passività - Alti livelli di ansia - Scarsa fiducia in se stessi e mancanza di senso di autodeterminazione - Difficoltà a instaurare relazioni basate sulla fiducia e scarso coinvolgimento
5-12 anni	- Istruzione - Gestione delle relazioni tra pari e delle amicizie - Sviluppo di competenze pratiche, mantenendo al contempo una base sicura all'interno della famiglia	- Eccessivo senso di responsabilità - Costante senso di fallimento dovuto all'inadeguatezza legata alla loro fase di sviluppo rispetto a ciò che viene richiesto
12-18 anni	Compiti di sviluppo, che includono: - Acquisire autonomia personale - Sviluppare competenze professionali	- Profondo senso di abbandono e solitudine - Percezione di disconnessione sociale accompagnata da sentimenti di discriminazione → con conseguente disaffezione

	Coltivare un senso del ruolo e della responsabilità al di fuori dell'ambito familiare	

Nota: adattato da Maloney, C., Nelki, J., & Summers, A. (Eds.). (2022). *Seeking asylum and mental health: A practical guide for professionals*. Cambridge University Press.

Tra i 0 e i 5 anni, lo sfollamento influisce principalmente sulla crescita fisica e sullo sviluppo cerebrale, ma può anche avere un impatto sullo sviluppo emotivo [10]. Durante la fascia d'età della prima infanzia (5-12 anni), lo sfollamento influisce sullo sviluppo dell'indipendenza e dell'autonomia, in relazione ai genitori, ai coetanei e ad altri adulti. In questa fase, il bambino apprende codici comportamentali, assimila valori culturali e rituali, incluse le pratiche religiose, e sviluppa una comprensione dei quadri morali [10].

Per gli adolescenti, i processi di neuro-sviluppo sono alla base dei cambiamenti comportamentali, come la modellazione e la maturazione dei circuiti neuronali che sostengono la cognizione sociale e l'autoregolazione [10]. Inoltre, nei bambini più grandi rispetto ai più piccoli si riscontrano tassi più elevati di problemi di salute mentale, tra cui maggior incidenza di traumi, difficoltà nel controllo delle emozioni (ad esempio, disregolazione emotiva), PTSD, depressione e ansia [1,8].

Maggiori informazioni sui fattori di rischio e di protezione che interessano i bambini migranti e rifugiati sono disponibili nel  [Repository](#) (vedi 3.5 – “Risorse utili”).

3. Strategie pratiche per lavorare con i bambini

Per sviluppare strategie efficaci per supportare i bambini migranti e rifugiati, è fondamentale rafforzare le competenze dei principali attori coinvolti, tra cui genitori, tutori, educatori e altri caregiver, affinché possano fornire supporto psicosociale e per la salute mentale. Questo richiede di dotarli delle conoscenze e degli strumenti necessari per comprendere i complessi bisogni dei bambini e creare ambienti che favoriscano la guarigione e la resilienza. In particolare, è essenziale che i caregiver comprendano:

1. Come garantire l'accesso ad ambienti sicuri e accoglienti possa influire positivamente sulla salute mentale e sul benessere psicosociale di bambini e adolescenti.
2. In che modo il benessere e la salute mentale dei caregiver influenzano direttamente il benessere del bambino a loro affidato.
3. Qual è il legame diretto tra la salute mentale e il benessere psicosociale di bambini e adolescenti e la qualità delle loro relazioni [1,9].

Le domande riportate nella pagina successiva forniscono un utile quadro di riferimento per favorire il coinvolgimento e l'esplorazione durante gli incontri con bambini e adolescenti [10]. È importante creare un'atmosfera aperta e priva di giudizi, mostrando curiosità verso le credenze culturali e ponendo domande aperte per comprendere in che modo queste possano influenzare le esperienze del bambino.

Offri a bambini e giovani un certo grado di autonomia nel processo, rispettando i loro confini e permettendo loro di decidere cosa condividere e quando farlo.

Domanda	Motivazione
<i>Vuoi parlare, giocare o disegnare? Non devi parlare se non vuoi.</i>	A volte i bambini e i giovani preferiscono iniziare giocando, disegnando o semplicemente ascoltando.
<i>In che cosa vorresti essere aiutato?</i>	Un bambino potrebbe sentire la mancanza di oggetti come un telefono, una bicicletta, un giocattolo o un animale domestico e desiderare di parlarne prima. Un approccio orientato alla soluzione dei problemi può portare a risultati relativamente rapidi e aiutare a sviluppare fiducia e coinvolgimento. La discussione su difficoltà quotidiane, come la solitudine o la timidezza, può gradualmente portare ad affrontare questioni più importanti, come la vergogna e il senso di colpa. Gli strumenti visivi, come disegnare una mappa delle aree da affrontare, possono essere utili.
<i>Cosa dobbiamo sapere per capirti?</i>	Fare domande sul passato con interesse e senza giudicare, per esempio, dove sono cresciuti o quali giochi facevano. Quali sono le speranze e i sogni? Queste domande possono aiutare il bambino a sentirsi accolto e a percepire che qualcuno vuole davvero conoscerlo.
<i>Com'è la vita qui? Cosa c'è di bello? Cosa è difficile? Cosa ti manca?</i>	I bambini, specialmente i minori non accompagnati, spesso desiderano soprattutto costruirsi una vita nel paese ospitante, e una conversazione sulla loro vita lì può essere un buon punto di partenza per coinvolgerli. Può anche consentire loro di esprimere delusioni e sentimenti come nostalgia e mancanza delle persone care.

Chi ha deciso che dovevi andartene e perché?	Questo avvia una conversazione su ciò che è accaduto loro.
Cosa ti ha aiutato ad affrontare le difficoltà? In cosa sei bravo? Cosa ti piace? Chi ti ha aiutato?	Chiedere prima dei successi, esplorare esperienze positive, risorse e capacità di affrontare le difficoltà permette di concentrarsi sui punti di forza piuttosto che sui problemi. Questo può anche aiutare a identificare altri adulti (o coetanei) significativi. Può essere utile chiedere al bambino di immaginare cosa queste persone direbbero sulla situazione attuale.
Chi hai aiutato lungo il percorso?	Ricordare al bambino la propria capacità di agire, le proprie competenze e la preoccupazione per gli altri.
Quali aiuti hai ora?	Potrebbe essere utile disegnare una “mappa” delle relazioni attorno al bambino e cosa rende ciascuna di questespeciale. La mappa potrebbe includere genitori, familiari, famiglia nel paese d'origine, genitori affidatari, operatori di supporto, servizi sociali, scuola, medici, avvocati, associazioni di volontariato e volontari. Questa mappa può rafforzare il senso di supporto e connessione e può essere utilizzata come riferimento in seguito. Possono essere inclusi anche i supporti persi, come modo per pensare a come recuperarli. La rete sociale sostiene il recupero e la crescita, e i suoi punti di forza e debolezza devono essere tenuti a mente nella pianificazione di qualsiasi intervento.
Cos'è successo?	Quando il bambino è pronto a parlare del passato, usare spunti per ricordi sia positivi sia negativi. Cosa stava succedendo nella loro vita quando le cose sono andate male? Tenere conto dell'impatto evolutivo degli eventi positivi e negativi. Come capisce le cose ora, guardando indietro? Ci sono cose che ha fatto, o che è stato costretto a fare, che lo fanno sentire male? Ci sono cose di cui si sente orgoglioso? Quali sono?

Nota: adattato da Maloney, C., Nelki, J., & Summers, A. (Eds.). (2022). *Seeking asylum and mental health: A practical guide for professionals*. Cambridge University Press.

Nel processo di elaborazione di una valutazione completa per un bambino o un giovane, è fondamentale considerare diversi fattori che influenzano il loro benessere.

- Considerare la fase di sviluppo del bambino, tenendo conto sia del suo stato emotivo e psicologico attuale, sia dell'impatto che eventi passati potrebbero aver avuto sul suo sviluppo.
- Prestare particolare attenzione alla rottura dei legami primari, poiché eventi avversi legati alla migrazione possono aver causato separazioni dai principali caregiver o interrotto legami affettivi già stabiliti.
- Riconoscere i cambiamenti nei ruoli familiari durante la migrazione, che possono imporre ulteriori responsabilità ai bambini senza che ne siano pienamente consapevoli, influenzando il loro stato emotivo e psicologico.

- Valutare l'esperienza scolastica del bambino, inclusa la sua capacità di affrontare le sfide sociali e accademiche, e verificare eventuali cambiamenti nel rendimento rispetto a prima della migrazione.
- Raccogliere informazioni da terze parti, come familiari, insegnanti o servizi sociali, per ottenere una comprensione più completa delle esperienze vissute dal bambino.

Lavorare con bambini e giovani migranti e rifugiati richiede un approccio coordinato che preveda la collaborazione tra una vasta gamma di agenzie e organizzazioni (vedi anche Unità 3.4). Questo include scuole, gruppi comunitari, servizi di assistenza primaria, autorità locali e organizzazioni del terzo settore [1,8,9]. I bambini e i giovani in queste situazioni presentano bisogni complessi e multifattoriali, affrontando contemporaneamente perdita, avversità e nuove esperienze. Spesso hanno avuto un accesso limitato ai servizi prima del loro arrivo nel paese ospitante, il che può richiedere agli operatori sul campo di assumere ruoli di advocacy, assistendo con bisogni fondamentali come l'alloggio, la scolarizzazione e il collegamento a sistemi di supporto adeguati. Costruire una rete solida è essenziale per fornire un'assistenza olistica e garantire che il benessere psicosociale del bambino sia sostenuto all'interno di un contesto più ampio.

Interagire con bambini migranti e rifugiati può essere complesso, poiché molti di loro potrebbero guardare agli adulti con sospetto a causa di esperienze passate, differenze culturali o timori legati alla possibile connessione dell'operatore con le autorità per l'immigrazione. Per superare queste barriere, è importante presentare il ruolo dell'operatore in termini che risuonino con il contesto culturale del bambino. Ad esempio, chiedere a chi si sarebbero rivolti nel loro paese d'origine in momenti di confusione o difficoltà può aiutarli a comprendere il tuo ruolo.

Il supporto tra pari è altrettanto fondamentale, poiché i coetanei spesso fungono da ponte tra la cultura di origine e quella del paese ospitante, facilitando l'accettazione del supporto per la salute mentale. Coinvolgere i bambini in contesti meno formali, come attività sportive o di gruppo, può inoltre renderli più a loro agio con altri tipi di interventi. Per i giovani migranti non accompagnati in transizione verso l'età adulta, che potrebbero rischiare di perdere il supporto professionale necessario al compimento dei 18 anni, i gruppi di supporto tra pari possono offrire una rete preziosa che rimanga disponibile anche oltre questa

età [1,2]. Idealmente, questi giovani dovrebbero avere accesso a un team interdisciplinare per gestire il loro caso, garantendo un supporto continuo durante questa delicata transizione [2,9].

Prima di intraprendere interventi sulla salute mentale, è essenziale concentrarsi sugli aspetti fondamentali, come garantire la sicurezza del bambino e favorirne il senso di appartenenza sociale. Per i minori non accompagnati, ciò potrebbe significare collaborare con i servizi sociali per prevenire situazioni di sfruttamento o il coinvolgimento in gruppi criminali. Creare un ambiente sicuro e supportare i bambini nella costruzione di reti sociali rappresentano priorità nelle fasi iniziali di intervento. I bambini che vivono in sistemazioni temporanee potrebbero beneficiare del collegamento con gruppi di supporto locali, mentre le famiglie potrebbero necessitare di aiuto per ristabilire i ruoli familiari. Le scuole possono essere una risorsa preziosa, ma anche fonte di difficoltà, come il bullismo o la pressione accademica. È quindi fondamentale collaborare con le scuole affinché comprendano le esigenze specifiche dei bambini migranti e rifugiati.

Gli interventi psicosociali devono essere personalizzati in base alle esperienze specifiche di ogni bambino, adottando un approccio graduale e adeguato al loro livello di sviluppo. Per alcuni bambini, in particolare quelli che hanno affrontato gravi avversità, potrebbero essere necessari interventi più specializzati. Tuttavia, è fondamentale introdurli solo quando il bambino si trova in uno stato di stabilità sufficiente per poterne beneficiare. Nelle fasi iniziali, interventi più semplici, come la normalizzazione dei pensieri intrusivi o l'introduzione di tecniche di rilassamento, possono contribuire a ridurre il disagio emotivo. Le terapie creative, come quelle basate su arte, musica o gioco, si rivelano spesso particolarmente efficaci per i bambini che faticano a esprimere verbalmente le proprie esperienze. La tabella nella pagina successiva sintetizza alcune strategie utili per supportare i giovani non accompagnati, ma che possono essere applicate con beneficio anche a bambini in altri contesti, inclusi quelli familiari [10].

Potenziare la rete	I giovani sono estremamente sensibili all'esclusione sociale e alla solitudine, ma molto ricettivi ai consigli e all'influenza dei pari. È importante favorire le relazioni con coetanei in situazioni simili e con coloro che vivono [paese ospitante] da più tempo e che possono fungere da "costruttori di ponti". Si consideri anche di rafforzare i legami con i familiari rimasti nel paese d'origine o altrove e di promuovere attività culturali legate sia alla loro cultura d'origine che a quella del [paese ospitante].
Restare legati a speranze e sogni	I giovani non accompagnati spesso partono (o vengono mandati) con grandi speranze per il futuro e desiderano continuare a progredire. Kohli (Digital Notebooks For Social Work — Apprentis d'Auteuil, senza data) suggerisce di iniziare concentrandosi sul futuro, affrontare poi le sfide presenti e infine il passato. Questo approccio può allineare il terapeuta alla percezione del percorso del giovane e favorire il coinvolgimento.
Gestire lo stress	Per stabilire e mantenere nuove connessioni sociali e aprire opportunità di apprendimento è probabile che sia necessario imparare a gestire autonomamente uno stato di ipereccitazione. Nei programmi di gruppo, i giochi possono non solo promuovere una relazione spensierata, ma anche facilitare la scoperta di attività che aiutano a ridurre lo stress. Per esempio, dopo il gioco si può chiedere ai partecipanti cosa li abbia aiutati a sentirsi meglio (es. "fare qualcosa insieme," essere attivi, distrarsi) e riflettere su come replicare queste attività al di fuori della sessione.
Rompere il silenzio	Facilitare la condivisione delle esperienze tra pari è risultato un elemento in grado di promuovere il recupero (Majumder, 2016). Questo può aiutare i giovani a sentirsi accettati, a comprendere che le loro reazioni sono normali e a dare un senso al loro percorso di vita.
Sostenere autonomia e indipendenza	Riconoscere e affrontare il bisogno di indipendenza e autonomia, insieme al bisogno di supporto, si collega alle esigenze evolutive di questa fase della vita. Questo è anche un passaggio necessario per autonomizzarsi una volta raggiunti i 18 anni.

Nota: adattato da Maloney, C., Nelki, J., & Summers, A. (Eds.). (2022). *Seeking asylum and mental health: A practical guide for professionals*. Cambridge University Press.

La transizione verso l'età adulta dei bambini sfollati, in particolare dei minori migranti non accompagnati, è:

- Un processo che richiede tempo,
- Un percorso interdisciplinare che necessita di una comunicazione chiara all'interno e tra le istituzioni,
- Dipendente dalla trasparenza e dalla consultazione con i giovani per prepararli e sostenerli efficacemente durante questo periodo di cambiamento significativo.

È fondamentale considerare vari fattori che influenzano il successo del percorso verso l'autonomia, al fine di fornire a ciascun giovane il supporto adeguato e necessario [1,2,8,9].

BIBLIOGRAFIA

- [1] UNICEF (2023). *Mental health in displaced child and youth populations: A developmental and family systems lens*.
- [2] Council of Europe (2023). *Toolkit on the transition of unaccompanied migrant children to adulthood*.
- [3] Franco, D. (2018). Trauma without borders: The necessity for school-based interventions in treating unaccompanied refugee minors. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 35(6), 551–565. <https://doi.org/10.1007/s10560-018-0552->
- [4] UNHCR (2024). *Refugee children and youth*. <https://www.unhcr.org/handbooks/ih/age-gender-diversity/refugee-children-and-youth>
- [5] Bamford, J., Fletcher, M., & Leavey, G. (2021). Mental health outcomes of unaccompanied refugee minors: A rapid review of recent research. *Current Psychiatry Reports*, 23(8). <https://doi.org/10.1007/s11920-021-01262-8>
- [6] Lara, C., & Volante, L. (2019). The education and integration of immigrant children in Ontario: A content analysis of policy documents guiding schools' response to the needs of immigrant students. *Canadian Journal of Educational Administration and Policy*. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1238333.pdf>
- [7] Von Werthern, M., Grigorakis, G., & Vizard, E. (2019). The mental health and wellbeing of unaccompanied refugee minors (URMs). *Child Abuse & Neglect*, 98, 104146. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104146>
- [8] Spaas, C., Said-Metwaly, S., Skovdal, M., Primdahl, N. L., Jervelund, S. S., Hilden, P. K., Andersen, A. J., Opaas, M., Soye, E., Watters, C., Verelst, A., Derluyn, I., Colpin, H., & Haene, L. D. (2023). School-based psychosocial interventions' effectiveness in strengthening refugee and migrant adolescents' mental health, resilience, and social relations: A four-country cluster randomized study. *Psychosocial Intervention*, 32(3), 177–189. <https://doi.org/10.5093/pi2023a12>
- [9] UNICEF (2021). *Global multisectoral operational framework*.
- [10] Maloney, C., Nelki, J., & Summers, A. (Eds.). (2022). *Seeking asylum and mental health: A practical guide for professionals*. Cambridge University Press.



Co-funded by
the European Union



Funded by the European Union.

Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

This work is licensed under a

[Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) (CC-BY-NC 4.0).

Repository

Module 3. Improving Skills in Managing Migrants' Mental Health Needs

The information provided hereafter is supplementary and not part of the core material of this Module.

However, learners seeking a more thorough understanding of the subject matter are strongly advised to review this document in addition to the main curriculum.

Unit: 3.2 Cultural Awareness

Handout 1: “Cultural Competence – Case Studies and Best Practices”

Is Poverty Making Me Sick? An Example of the Impact of Medical-Legal Partnership on Keeping Children Healthy

Introduction

Physicians who serve vulnerable patient populations often struggle to identify and address risks related to the social determinants of health (SDH). These often complex structural issues and institutional barriers affect patients' health and include risks related to substandard housing and lack of access to basic supports like health insurance and food assistance. Many of these barriers to health have significant legal underpinnings – e.g., enforcement of housing safety ordinances and erroneous delays and denials of eligibility for Medicaid and programs like the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP). Still, it can be overwhelming and discouraging for physicians as they try to tackle such complex nonclinical issues on their own. Physicians need partners, both inside the clinic and in the community, to effectively address the needs of their patients. The following case study explores the value of the medical-legal partnership (MLP) approach in addressing risks related to the SDH. MLPs embed legal professionals and law students alongside healthcare professionals to address social and structural barriers to patient and population health through training and education, consultation, referral, and collaborative upstream problem-solving [1].

Below, we introduce a clinical case in order to illustrate the ways that MLPs can provide an evidence-based approach to identifying and managing health-relevant social and environmental risks. The case is one that is not uncommon in pediatrics; although similar issues could come up in other practice areas, including family medicine and obstetrics. Specifically, through the case below, we illustrate the value of a systematic approach to SDH screening, referral of appropriate cases to an MLP's legal advocates, and ongoing analysis of population-level patterns that emerge from individual patient cases reviewed by MLPs. We highlight how such strategies

ultimately empower clinicians to affect structural changes in ways that can improve the health of their individual patients and their patient panels more broadly.

Section 1: A Common Medical Case

It is a hot day in early summer. You cannot believe it is more than 90° in May. You are thankful for air conditioning, to say the least! You are a 2nd year pediatric resident with a busy schedule, and your first patient just arrived. You look down at your docket for the day only to see the appointment is a “twofer,” a brother and sister coming to see you together. The brother is a 7-year-old boy named Chris. He is being seen for a follow-up visit as he was discharged from the hospital 2 days ago. His sister, Brianna, is being seen for a weight check; she is 2 months old with a chief complaint of “poor weight gain.” You try to spend your last minute before knocking on their door preparing yourself for the visit. How will you assess their medical risks? Are there other concerns or triggers likely to be raised? How will you respond? Will this be a quick in-and-out visit, or are you poised to start your day behind? Finally ready, you knock on the door.

You start with Chris. Between your review of the electronic health record and your discussion with him and his mother, Ms. Williams, you uncover the following. Just days ago, Chris was hospitalized for roughly 48 h due to an acute asthma exacerbation. He is a known asthmatic, and this is his third lifetime admission; his second was in the last 6 months. He has also visited the emergency department multiple times for asthma in the last year. During his recent inpatient stay, he was placed on the evidence-based protocol for asthma management and left the hospital feeling better than when he was admitted. He is on two daily controller medications, and Chris and Ms. Williams report that he takes them both “most of the time.” On your physical examination, Chris seems to be breathing comfortably. He is not actively wheezing. You are pleased that he seems to have improved from his acute asthma attack.

You move on to his younger sister, Brianna. Prior to entering the room, you had noticed some concerning aspects of her growth curve. She has not been growing at the velocity that you would have liked to have seen. This is also not a new complaint or concern – Brianna was recently seen by a colleague of yours who had been tracking her weight closely. The dietician saw her at the last visit as well. Ms. Williams says that Brianna continues to exclusively breastfeed and does not have any emesis. Ms. Williams is fairly certain she has adequate milk supply; the child latches well and is feeding every 3 h, even at night. Brianna has had the requisite number of wet and dirty diapers. Her physical examination is normal and does not point to any specific organic causes of her poor weight gain.

You leave the room to discuss both of these children with your preceptor. To summarize, you have a 7-year-old boy who has gotten over the worst of an acute asthma exacerbation and a 2-month-old girl who, you are worried, is failing to thrive. For Chris, you are tempted to ensure that he has adequate supply of his acute and chronic asthma medications and plan to see him back in 2–3 months. For Brianna, you are contemplating asking Ms. Williams to fill out a detailed feeding diary to more effectively identify how much Brianna is truly eating.

You are then considering a follow-up visit with both in 1 month. Are these plans adequate? Would other, as yet unasked, questions lead you down different paths, ones that could more effectively identify and address common root causes? Can we look at these same cases using a different lens?

Section 2: Shifting Perspective

We frequently fall into heuristics that prompt us to see clinical cases narrowly. As physicians, we may become accustomed to treating certain ailments in certain ways such that we may miss clues that would appropriately take us off that standard path. For example, asthma is generally treated using evidence-based protocols. These protocols help us to effectively manage acute exacerbations or attacks. They may not, however, provide us with the tools to identify triggers of that attack. Such protocols can at times create blinders, streamlining, and/or oversimplifying our approach to problems or issues that may be inherently complex [2]. How can we break free from a mindset that might be limiting our ability to see the forest for the trees (without, of course, ignoring the trees themselves)?

Health inequities in childhood are widespread and are often exacerbated by risks related to the SDH. For example, much is now known about the higher incidence and severity of asthma among children who live in substandard housing [3,4,5]. Although children living in low-income households are somewhat more likely to be diagnosed with asthma, they are far more likely to suffer the worst outcomes due in large part to adverse environmental exposures [2, 5,6,7] – they are far more likely to experience the attacks endured by our previously referenced 7-year-old patient, Chris. Indeed, exposures to water damage, mold and mildew, pests like cockroaches and rodents, tobacco smoke, and pollutants are all known to make asthma worse [8,9,10,11]. As another example, we know that hunger and food insecurity are exceedingly common in this country. Roughly one in four children lives in food-insecure households, where a food-secure household is defined by the US Department of Agriculture (USDA) as “access by all people at all times to enough food for an active, healthy life” [12, 13]. The rate of food insecurity is likely to be even higher within at-risk, under-resourced populations served by many academic primary care centers [14, 15]. As such, identifying these types of triggers and risks, such as adverse housing and food insecurity, as part of routine screening is gaining favor as a key component of preventive, outpatient care and is also starting to be implemented in some inpatient settings [16,17,18].

Of course, identifying risks is one thing, but overcoming those risks is the ultimate goal. However, physicians and those working within clinical settings may not have the requisite expertise to act appropriately. Community partners, organizations, and agencies with needed, complementary expertise may be critical adjuvants to the services clinicians and medical professionals can provide.

An MLP is an interdisciplinary collaboration between a medical entity such as a clinic or hospital and a legal entity such as an attorney, legal aid office, or law school. MLP partners approach improving health for their target population by addressing risks related to the SDH. By helping medical partners to identify and address legal barriers that may cause or exacerbate health problems, legal professionals can be key members of the

healthcare team [19, 20]. Since addressing these legal barriers, which are frequently synonymous with risks related to the SDH, often requires a multidisciplinary team approach, MLP is an important component of medical education in structural competence. Training medical students and residents in the MLP approach is an opportunity to impart to the next generation of physicians the knowledge, skills, and attitudes to recognize and address barriers to health on the patient, clinic/institution, and population levels [21, 22].

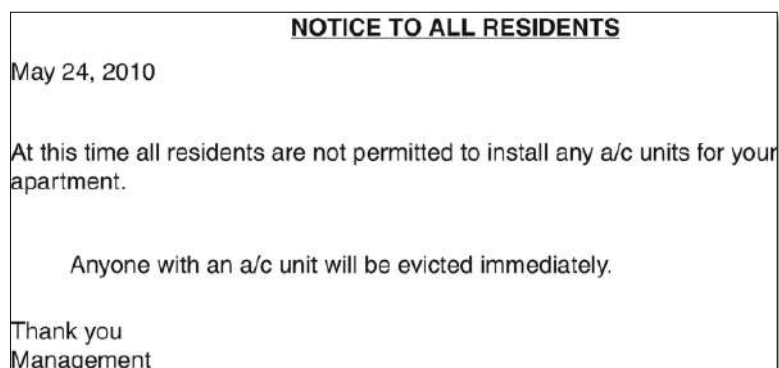
To illustrate this point, let us return to our case, this time, imagining that there was a legal advocate just down the hall for the resident to consult, and she offered to join the resident in their visit.

Section 3: Revisiting This Common Medical Case with Added Perspective

After you, the pediatric resident, left the room the last time, you realized you needed help. Yes, Chris' asthma symptoms were better, but you were really worried that he was at high risk of being rehospitalized in the future. Yes, Brianna's failing to thrive did not appear to have an organic cause, but you just could not understand why she was not growing. As you discussed these concerns with your preceptor, she suggested you go back to the room to obtain more history. She recommended posing questions to the family about their in-home exposures, their experience with their public benefits, and their ability to keep food on the table. She handed you a form with validated social history questions relevant to these and other SDH. She also showed you where, within the electronic health record, these same questions were referenced and could be documented [16, 17, 23, 24]. Armed with this guidance, you return to the patients' room.

Once again, you start with Chris. You ask him and his mother if they have thoughts about what might have triggered his asthma attack. Although Ms. Williams is unsure, she says Chris seems to be really sensitive to temperature swings. He has not been doing so well with the recent heat wave that has been hitting the city, especially considering that those occupying apartment units at her building have been told that they are not allowed to have window air conditioning units. She pulls out a paper she has in her purse, one that had been posted on her front door just days before (see Figure 3.2.1-R).

Figure 3.2.1-R



She also mentions that her apartment unit “is riddled with cockroaches, the ceiling is falling in, and [her] landlord isn’t responsive to [her] concerns.” She takes out her phone and shows you some pictures (Figure 3.2.2-R).

Figure 3.2.2-R



You are horrified and do not know quite what to say. You thank her for her honesty and express your uncertainty at how to respond. You tell the mother that you would like to discuss this new information with your preceptor. First, however, you had a few more questions about Brianna. You ask Ms. Williams about whether she is currently receiving public benefits for herself, the family, or the infant. The mother notes that she has the Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children (WIC) [25] and has applied for SNAP (i.e., food stamps) [26], but she has not yet received her SNAP benefits and cannot determine the status of her application. You feel similarly confused, at a loss for how to continue. You excuse yourself from the room and return to your preceptor.

You tell your preceptor this new information, about how you think that, perhaps, the problems experienced by both Chris and Brianna may have their origins in these newly uncovered factors. Listening intently, your preceptor recommends that you speak with the legal advocate down the hall, who is a member of your clinic’s MLP. This advocate has expertise in the legal rights of people with low income. You knock on their door curious about how they will add to your assessment and about whether they will be able to devise care plans that add value to your own. With the legal advocate, you review both of the cases and contemplate additional questions you might pose to the family, questions that may direct the legal care plan in more specific ways. You then go back to the room, explain to Ms. Williams that there are legal professionals right there in the clinic with expertise in some of the problems she is facing, and ask her if it would be okay to bring the advocate in to meet her. After she says yes, you return once again to the room, this time with the advocate by your side.

After introducing your partner from the MLP, the legal advocate jumps in with a clear awareness of some potentially important questions that build upon your assessment. She asks the mother, “What is your address? Who is the landlord? Has the local health or building department inspected your apartment for code violations?” Ms. Williams was initially surprised to learn she might get housing help at her children’s doctor visit, but she is glad to speak with anyone who may be able to assist. She states that they live in a multiunit apartment building in a neighborhood just blocks from the hospital, one characterized by high rates of poverty and crime. No one has inspected their apartment for code violations. The legal advocate knows the area well and knows the landlord by reputation. You think to yourself that you would have never asked these questions, questions that already have led you down a far different path than where you were mere moments before.

With this new perspective, you are now curious about how the legal advocate will approach Brianna. She asks some quick follow-up questions relevant to the infant’s case, focusing first on the family’s benefits: “When did you apply? Have you turned in all the documentation on your household size and income that the public benefits office needs? What have they told you?” The mother replies that her application went in the same week Brianna was born and she has done everything the public benefits office asked. She has been bounced around from one caseworker to another whenever she has tried to follow up. As a result, the household is struggling to put food on the table. She is pleased that she has been able to continue breastfeeding Brianna, but she has been forced to feed Chris “Hamburger Helper” without the meat. As for herself, she is eating only oatmeal once or twice a day.

You step out of the room to let the legal advocate continue to obtain history from Ms. Williams and formulate her plan. You feel increasingly like albuterol alone will not help Chris and that a feeding diary for Brianna may be wholly insufficient. You relay what you just heard to your preceptor and the other residents and medical students in the office’s workroom. You contemplate the breadth of what you just heard, the questions the advocate asked that you would not have considered. You had never thought of asking about the neighborhood, about the landlord, and about certain aspects of public benefits. You had never considered how to expand your social history to reach those social and environmental factors clearly at the core of your patients’ experienced morbidity. How could that be changed? You find that even in the short time, you were with the legal advocate and you learned quite a bit. You make a mental note of key questions that you might pose to future patients to help you identify legal and structural barriers and consider making other MLP referrals.

Section 4: Co-developed Educational Curricula on the Social Determinants of Health

The questions that the resident started grappling with as described within the section above were posed at the primary care centers of Cincinnati Children’s Hospital Medical Center (CCHMC) several years ago. What could and should families be screened for? Evidence suggests the majority of low-income families receiving care at urban pediatric clinics report at least one unmet basic need related to underlying poverty; many report several such needs [24, 27]. A recent survey at CCHMC highlighted that 28% of primary care families had their gas or electricity shut off in the previous year; 23% had doubled up (lived with others to pay the rent) or moved to a

cheaper residence; 14% of mothers diluted their formula to make it last longer; and 33% had run out of food without money to buy more [14, 15].

Based on the information from these and other local surveys, risks related to the SDH have emerged as significant issues to be addressed consistently with families in the Pediatric Primary Care Center (PPCC) at CCHMC. The recognition of their importance grew alongside CCHMC's MLP, the Cincinnati Child Health-Law Partnership (Child HeLP), a partnership between the hospital's primary care centers and the nonprofit Legal Aid Society of Greater Cincinnati (Legal Aid) [28]. Child HeLP launched in 2008 to assist medical providers and social workers with helping patient-families resolve social and legal problems by adding legal advocates (i.e., attorneys and paralegals) from Legal Aid to the healthcare team [19]. SDH screening processes were initiated through the electronic health record and now routinely occur in over 90% of primary care encounters [16, 24]. Screening questions address housing conditions, food insecurity, public benefits denials and delays, mental health concerns, intimate partner violence, barriers to education, and availability of transportation. Questions were selected after a review of existing evidence and discussions with our key community partners, including legal advocates from the MLP. Questions were also tested for feedback from those that mattered most, patients and their families. The enhanced social screening processes enable clinicians and social workers to more effectively identify patients to refer to the MLP.

As the expanded social history was deployed and as Child HeLP developed and grew, curricula were put into place to train pediatric residents on the relevance and importance of the SDH. A series of didactic and experiential learning sessions were co-developed with medical and legal staff. The facilitated didactic sessions focus on legal rights (e.g., landlord-tenant laws, public benefits eligibility) and are delivered by an interdisciplinary team of pediatricians and legal advocates. Immersion experiences take learners out of the clinic and into the local public benefits office, a large food bank, and a neighborhood that is home to many PPCC patients. Within this neighborhood, learners meet local leaders (e.g., elementary school principal, community center manager) who paint a picture of what life is like within that community. To improve how SDH were discussed with patients, the team also has put into place a "video curriculum" that provides realistic examples of how to discuss social risks and resources with families. Videos include scenarios where interactions and interventions are solely medically based compared to those that also address underlying social issues. Videos include first-hand testimony from families as to how they experienced discussions of risks and ensuing actions (i.e., their experience with Child HeLP). Early evidence suggests that these educational pursuits have led to increased comfort by residents in addressing the SDH as well as more referrals to our available resources [16, 29,30,31,32,33]. These available resources, most notably Child HeLP, have led to key positive outcomes at both the patient and population levels [19, 34].

Section 5: Moving from Patient to Population Health Together

The legal advocate returns from her office to discuss next steps related to Chris and Brianna. After confirming that Ms. Williams has authorized her to discuss this information with you, she starts with Chris. She tells you that she immediately knew this complaint sounded familiar to her. A legal colleague had mentioned in passing

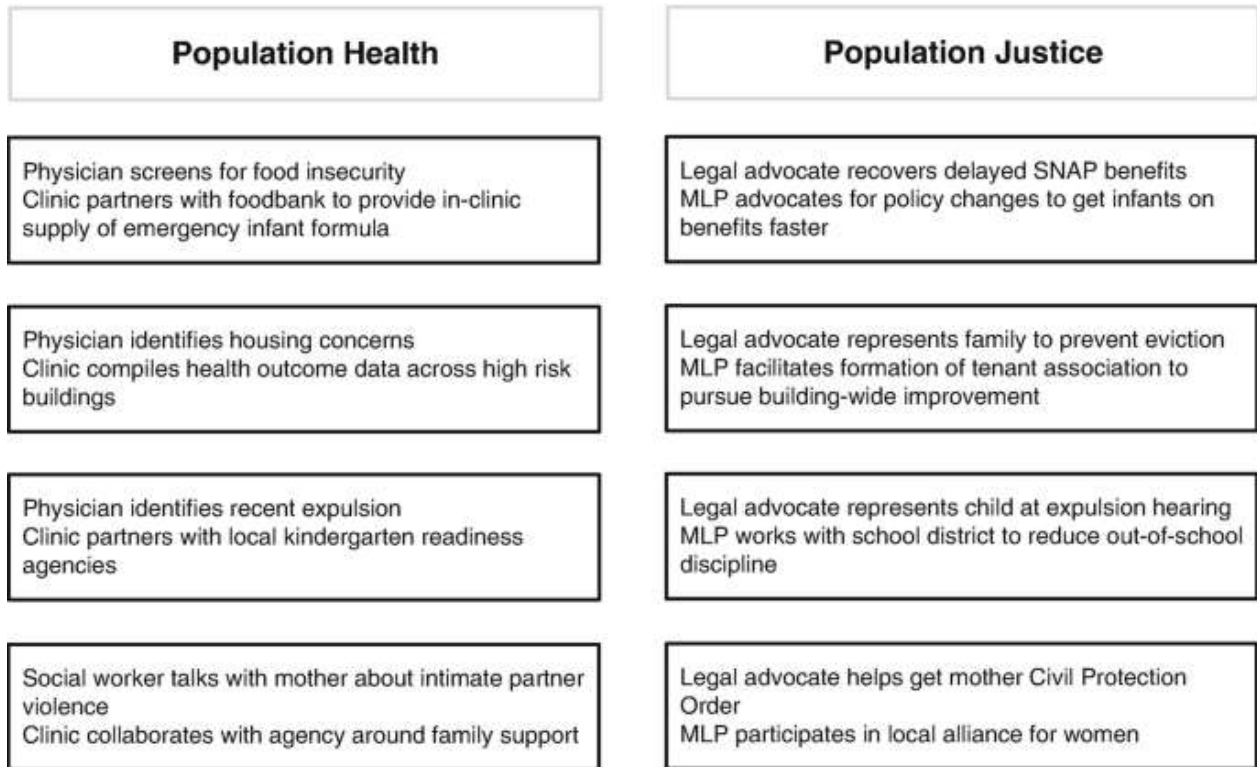
just days earlier that one of her clients had reported that her landlord threatened eviction over putting in a window air conditioning unit. When the legal advocate went back to substantiate this in the Legal Aid case management database, to ensure that her memory served her well, she identified that this was not just a coincidence. It was an “outbreak” of substandard housing amenable to collective action. In the preceding weeks, there had been more than 15 referrals to Child HeLP from buildings managed by the same out-of-state landlord. Publically available city data suggested that each of the 19 complexes managed by this landlord had outstanding violations of city housing ordinances [34]. This “outbreak” called for action in the short and long terms. It also called for action for Chris and his family, as well as his neighbors and fellow tenants. In this sense, individual cases collectively highlighted a structural issue amenable to a structural intervention. This occurred because multiple cases were brought to the same partners, a key aspect of MLP enabling both individualized and population-wide action.

What about Chris’ sister Brianna? What about the food insecurity that was also plaguing this family? The legal advocate had news there, too. After advocacy with the local public benefits office, she secured SNAP benefits for the family by the end of the day. Benefits were issued retroactively to the months since Ms. Williams’s application was filed because of the county’s failure to meet its legal duty to provide benefits in a timely manner. Ms. Williams received nearly \$500.00 in food assistance that week and the confidence that she would be able to feed herself and her children moving forward.

Over time, Child HeLP’s assistance continued for the Williams family had expanded to benefit other similarly situated families. For example, a Legal Aid attorney was connected to Ms. Williams and educated her on her legal rights to healthy housing and the process for filing an escrow case in court to legally withhold her rent payments until the landlord made legally required repairs. The attorney also filed complaints with the local health and building departments that enforce health and safety ordinances. This strategy was a clear example of “population justice” occurring in the confines of the primary care clinic. It was also a clear example of how patient health was quickly ratcheted up, becoming an indicator of population health; again a unique reality made possible by the MLP. Indeed, one child in one housing unit quickly expanded to include the other 15 units the MLP had identified, placing them within a larger cadre of nearly 700 low-income housing units that were at potential risk [34].

It is in this space that population health can be quickly linked to population justice (Figure 3.2.3-R).

Figure 3.2.3-R



Collaborative work by the MLP led to this identification of a large cluster, an “outbreak,” of substandard, poor-quality housing conditions. This collaborative response improved the housing situation for individual patients and families, and it also created linkages between tenants leading to meaningful community-wide housing improvements. Indeed, organization and advocacy promoted by the MLP led to improvements for both the “sick child” (Chris and other tenants with asthma who were patients of CCHMC) and the portfolio of more than 19 “sick buildings” (those managed by the out-of-state landlord). Here, asthma was a common health issue among the children identified by the MLP, but many other health problems are known to be associated with stress and with substandard housing in particular [10, 34].

Limiting or removing asthma triggers in housing units with high-risk children makes a difference. Over the months that followed, the MLP led building- and complex-wide activities devoted to improving home environmental conditions for referred children and families as well as the broader tenant population. A team of Legal Aid attorneys and advocates helped to organize a tenant association and utilized litigation and other legal strategies to obtain substantial improvements. Of the 19 buildings in the out-of-state landlord’s portfolio, 11 received significant systemic repairs (e.g., a new roof, new windows). This particular portfolio of buildings, which the absentee out-of-state landlord ultimately allowed to go into foreclosure, was subsequently purchased by a nonprofit developer. This new developer is now working with other community agencies, and

a large grant from the Department of Housing and Urban Development, to rejuvenate these buildings inside and out. Legal Aid continued to advocate for further improvements and maintenance to ensure that the buildings are affordable and healthy.

Williams' situation also provided a means through which the MLP could facilitate a jump from patient to population and from population health to population justice in the area of nutrition and food security. The legal advocate and her colleagues saw this case, among others, as indicative of an alarming trend toward increasingly lengthy application processing delays for SNAP. Indeed, a large percentage of eligible families were not getting their applications for their public benefits approved by the 30-day deadline required by law. This observation was found to be part of a broader, system-wide issue, identified through Legal Aid's active surveillance of publically available data on the timeliness of public benefit application processing (i.e., time from application to decision). Then, through negotiation with the local public benefits agency, Legal Aid attorneys secured systemic changes in application processing procedures that resulted in a 30% increase in timely food assistance application decisions in just 4 months. Continued advocacy has greatly increased the numbers of applications processed in a timely fashion and ensured that other children and families in the community get the help they need to reduce food insecurity.

Section 6: A Common Medical (-Legal) Case with a Happy Outcome

It is a brisk fall morning. You are excited because today you will be following up with two of your favorite patients for their well-child checks – a now 8-year-old Chris and his now 7-month-old sister Brianna. Outside the room, you reflect on how your practice has changed in the past few months. Not only have you become more adept at screening for and addressing risks related to the SDH, but the ongoing broader advocacy undertaken by Child HeLP has also given you increased structural competency. You have come to understand and appreciate how existing systems – within the four walls of the primary care center and within the broader community – have a strong influence over the health of your patients. You have also watched as improvements to those various systems have directly resulted from advocacy by Child HeLP. It has been inspiring for you to be a part of that interdisciplinary team.

You enter the room and start with Chris, asking all the questions you have now grown accustomed to asking, considering those interventions, both medical and social, that are now part of your armamentarium. Chris has had a wonderful summer and a happy start to the school year. He says he wants to be a scientist. He has been taking his daily asthma controller medications without any issues and has rarely required his rescue medication. His home is free of cockroaches and the ceiling and walls of his home have been fixed. Ms. Williams states that repairs across the building are ongoing. Chris has not been to the emergency department since last spring.

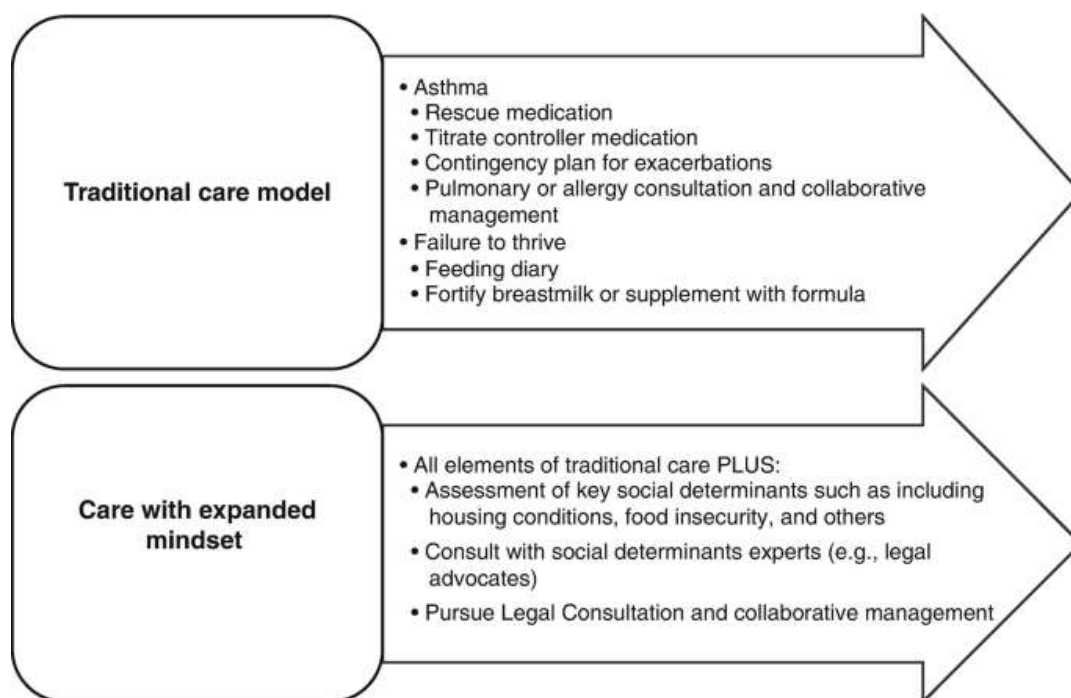
You turn to Brianna who looks like a different baby. She continues to breastfeed and has also started to receive solid foods. She is back on the growth curve such that you would never know, just by looking at her, that she had ever failed to thrive. Ms. Williams appears healthier and happier, too. She tells you the family no longer

goes without food – WIC and SNAP benefits are helping the family considerably. She and Chris are eating three meals a day; Ms. Williams only eats oatmeal when she wants to eat oatmeal. While you are talking, you smile as you hear Brianna babbling in the background. As you leave the room to place your orders, you walk by the Child HeLP office to express gratitude. You have come to understand that referrals to or consults of community experts are often just, if not more impactful, referrals to or consults of medical experts.

Conclusion

Clinical providers and legal advocates, as part of a broadly conceived healthcare team, can be an effective force for change. Indeed, attorneys and paralegals can help physicians and nurses understand social determinants. They can also partner with healthcare providers to use the law as a tool to address key risks, to intervene, and to advocate for patients and families through interventions not yet typical in the clinical setting. Although medical trainees generally accept the importance of social and environmental exposures on health outcomes, many still focus narrowly on medical treatments despite the undeniable influence of contextual social and environmental factors (Figure 3.2.4-R).

Figure 3.2.4-R



This case, and others like it [1], highlights how a broader mindset that considers both medical and social factors is critical to achieving desired outcomes and how bridging complementary areas of expertise (e.g., medicine and law) can support the health and well-being of patients and populations.

REFERENCES

- [1] Tyler ET. In: Lawton E, Conroy K, Sandel M, Zuckerman B, editors. Poverty, health and law: readings and cases for medical-legal partnership. 1st ed. Durham: Carolina Academic Press; 2011.
- [2] Williams DR, Sternthal M, Wright RJ. Social determinants: taking the social context of asthma seriously. *Pediatrics*. 2009;123(Suppl 3):S174–84.
- [3] Suglia SF, Franco Suglia S, Duarte CS, Sandel MT, Wright RJ. Social and environmental stressors in the home and childhood asthma. *J Epidemiol Community Health*. 2010;64(7):636–42.
- [4] Sandel M, Wright RJ. When home is where the stress is: expanding the dimensions of housing that influence asthma morbidity. *Arch Dis Child*. 2006;91(11):942–8.
- [5] Beck AF, Huang B, Chundur R, Kahn RS. Housing code violation density associated with emergency department and hospital use by children with asthma. *Health Aff (Millwood)*. 2014;33(11):1993–2002.
- [6] Akinbami LJ, Moorman JE, Simon AE, Schoendorf KC. Trends in racial disparities for asthma outcomes among children 0 to 17 years, 2001–2010. *J Allergy Clin Immunol*. 2014;134(3):547–53.e5.
- [7] Moorman JE, Akinbami LJ, Bailey CM, Zahran HS, King ME, Johnson CA, et al. National surveillance of asthma: United States, 2001–2010. *Vital Health Stat*. 3. 2012;35:1–58.
- [8] Crocker DD, Kinyota S, Dumitru GG, Ligon CB, Herman EJ, Ferdinands JM, et al. Effectiveness of home-based, multi-trigger, multicomponent interventions with an environmental focus for reducing asthma morbidity: a community guide systematic review. *Am J Prev Med*. 2011;41(2. Suppl 1):S5–32.
- [9] Rosenfeld L, Rudd R, Chew GL, Emmons K, Acevedo-García D. Are neighborhood-level characteristics associated with indoor allergens in the household? *J Asthma*. 2010;47(1):66–75.
- [10] Saegert SC, Klitzman S, Freudenberg N, Cooperman-Mroczek J, Nassar S. Healthy housing: a structured review of published evaluations of US interventions to improve health by modifying housing in the United States, 1990–2001. *Am J Public Health*. 2003;93(9):1471–7.
- [11] Newman NC, Ryan PH, Huang B, Beck AF, Sauers HS, Kahn RS. Traffic-related air pollution and asthma hospital readmission in children: a longitudinal cohort study. *J Pediatr*. 2014;164(6):1396–402.e1.
- [12] Coleman-Jensen A, Gregory CA, Singh A. Household food security in the United States in 2013 [Internet]. [cited 2018 Oct 3]. Available from: <https://www.ers.usda.gov/publications/pub-details/?pubid=45268>
- [13] Map the Meal Gap [Internet]. Feeding America. [cited 2018 Oct 3]. Available from: <http://map.feedingamerica.org/>
- [14] Burkhardt MC, Beck AF, Kahn RS, Klein MD. Are our babies hungry? food insecurity among infants in urban clinics. *Clin Pediatr (Phila)*. 2012;51(3):238–43.
- [15] DeMartini TL, Beck AF, Kahn RS, Klein MD. Food insecure families: description of access and barriers to food from one pediatric primary care center. *J Community Health*. 2013;38(6):1182–7.
- [16] Burkhardt MC, Beck AF, Conway PH, Kahn RS, Klein MD. Enhancing accurate identification of food insecurity using quality-improvement techniques. *Pediatrics*. 2012;129(2):e504–10.
- [17] Beck AF, Sauers HS, Kahn RS, Yau C, Weiser J, Simmons JM. Improved documentation and care planning with an asthma-specific history and physical. *Hosp Pediatr*. 2012;2(4):194–201.
- [18] Colvin JD, Bettenhausen JL, Anderson-Carpenter KD, Collie-Akers V, Plencner L, Krager M, et al. Multiple behavior change intervention to improve detection of unmet social needs and resulting resource referrals. *Acad Pediatr*. 2016;16(2):168–74.
- [19] Klein MD, Beck AF, Henize AW, Parrish DS, Fink EE, Kahn RS. Doctors and lawyers collaborating to HeLP children – outcomes from a successful partnership between professions. *J Health Care Poor Underserved*. 2013;24(3):1063–73.

- [20] Sandel M, Hansen M, Kahn R, et al. Medical-legal partnerships: transforming primary care by addressing the legal needs of vulnerable populations. *Health Aff (Millwood)*. 2010;29(9):1697–705.
- [21] Paul EG, Curran M, Tobin Tyler E. The medical-legal partnership approach to teaching social determinants of health and structural competency in residency programs. *Acad Med*. 2017;92(3):292–8.
- [22] Tobin-Tyler E, Teitelbaum J. Training the 21st-century health care team: maximizing interprofessional education through medical-legal partnership. *Acad Med*. 2016;91(6):761–5.
- [23] Chung EK, Siegel BS, Garg A, et al. Screening for social determinants of health among children and families living in poverty: a guide for clinicians. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2016;46(5):135–53.
- [24] Beck AF, Klein MD, Kahn RS. Identifying social risk via a clinical social history embedded in the electronic health record. *Clin Pediatr (Phila)*. 2012;51(10):972–7.
- [25] Women, Infants, and Children (WIC) | Food and Nutrition Service [Internet]. [cited 2018 Oct 3]. Available from: <https://www.fns.usda.gov/wic/women-infants-and-children-wic>
- [26] Garg A, Butz AM, Dworkin PH, Lewis RA, Thompson RE, Serwint JR. Improving the management of family psychosocial problems at low-income children's well-child care visits: the WE CARE Project. *Pediatrics*. 2007;120(3):547–58.
- [27] Child HeLP (Legal Aid) | General and Community Pediatrics [Internet]. [cited 2018 Oct 3]. Available from: <https://www.cincinnatichildrens.org/service/g/gen-pediatrics/services/child-help>

Unit: 3.5 Responding to the Special Situation of Children

“Useful Resources”

Here you can find more information, in the following table, about the risk factors and the impact of war, conflict and displacement on children:

Table 1: Risk factors for the displacement children [10]

Box 11.1 The impact of war, conflict and displacement on children
1. The loss of basic resources
• Homelessness, hunger, starvation • Loss of health care, education, and social support • Loss of safety with unfamiliar, unpredictable and dangerous surroundings
2. Disruptions of family relationships
• Death or imprisonment of family members • Parental anxiety and preoccupation • Other separations from family • Loss of wider social, cultural, and societal frameworks as support for parents and whole family, loss of peer relationships as part of supporting networks of children • Pressure towards age-inappropriate roles, such as childcare responsibilities, earning money, emotional support for parents, or family advocacy (based on language skills) • Strained sibling relationships, especially if older children carry childcare or boundary-setting responsibilities for younger ones. • Children adopting new cultural norms at different rates than their parents • Other ambivalence towards parents – especially if sent away for safety, and expected to fulfil the family's hopes and aspirations
3. Normalisation of violence
• Subjection to, or witnessing, significant violence • Being enlisted in perpetrating violence, especially interpersonal • Violence as a survival strategy – needed for self-defence, self-assertion, and social status
4. Post-flight discrimination and stigma
• Experiencing prejudice, stigma, and xenophobia • Loss of cultural reference points • 'Moral injury' due to actions and attitudes elicited en route – with consequent sense of guilt, shame, and self-stigmatisation
5. Pessimism and/or demoralisation
• Protracted asylum claims. • Poverty, loss of status • Loss, loneliness, disconnection, and disorientation (especially if unaccompanied) • Challenge to religious and cultural beliefs

Note: Adapted from Maloney, C., Nelki, J., & Summers, A. (Eds.). (2022). *Seeking Asylum and Mental Health: A Practical Guide for Professionals*. Cambridge University Press.



Co-funded by
the European Union



Funded by the European Union.

Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

This work is licensed under a

[Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) (CC-BY-NC 4.0).

Modulo 4.

Self-care (cura del sé) e benessere del personale

Contenuto redatto da **Ethno-Medical Center/EMZ** (Ethno-Medizinisches Zentrum e.V. – Germania)
e revisionato da **Babel Day Centre** (Syn-Eirmos NGO of Social Solidarity – Grecia)

Ultimo aggiornamento: dicembre 2024



Modulo: Self-care e benessere del personale

Partner Responsabili: EMZ, Syn-Eirmos/Babel Day Centre

Descrizione del modulo

Questo modulo affronta il tema fondamentale della gestione dello stress e del benessere mentale per i professionisti e i volontari che lavorano con migranti e rifugiati. L'unità 4.1 approfondisce i molteplici fattori di stress legati a questo lavoro, tra cui il carico emotivo derivante dal sostegno a individui che hanno affrontato avversità, perdite e spostamenti significativi. Si analizzano inoltre le sfide operative in contesti complessi e talvolta ostili, caratterizzati da risorse limitate e da barriere strutturali e sistemiche che possono compromettere un supporto efficace. Identificando le diverse fonti di stress (emotivo, strutturale o ambientale), gli operatori sul campo possono gestire meglio la propria salute mentale, migliorando così la propria capacità di supportare migranti e rifugiati in modo sostenibile. L'unità 4.2 si concentra sulla cura del sé come competenza professionale. Vengono presentate strategie pratiche che i partecipanti possono integrare nella loro routine quotidiana. Infine, l'unità 4.3 sottolinea il dovere di diligenza dei datori di lavoro, fornendo al contempo strategie per i dipendenti per promuovere una cultura della cura all'interno dei loro ambienti di lavoro. Viene discusso come le organizzazioni possono creare strutture di supporto attraverso la supervisione regolare, i momenti di confronto e il sostegno del gruppo di lavoro. Vengono inoltre presentate strategie pratiche per la pratica riflessiva, che possono essere impiegate per migliorare la consapevolezza e l'apprendimento. Viene dedicata particolare attenzione ai volontari, spesso privi di sistemi di supporto formali, sottolineando l'importanza di una comunicazione trasparente e di confini ben definiti per prevenire l'esaurimento professionale. Riconoscere la natura multiforme del nostro lavoro e comprendere come lo stress può manifestarsi nella nostra pratica quotidiana è fondamentale per mantenere il benessere individuale e garantire un'erogazione di servizi significativa ed efficace.

Obiettivi di apprendimento del modulo:

Al completamento di questo modulo, i partecipanti saranno in grado di:

- Riconoscere la complessità delle proprie reazioni emotive nel lavoro con i migranti e i rifugiati.
- Comprendere come i fattori di stress interni ed esterni possano manifestarsi nelle responsabilità quotidiane.
- Riconoscere i segnali di stress e tensione mentale , distinguendo tra diverse tipologie di stress professionale (ad esempio: burnout, fatica da compassione e trauma vicario).
- Applicare strategie di *self-care* per migliorare la resilienza in contesti personali e professionali.
- Comprendere l'importanza della responsabilità condivisa tra datori di lavoro e dipendenti nel promuovere un ambiente di lavoro favorevole.
- Promuovere la coesione del gruppo, riconoscendo l'importanza del sostegno tra pari e dell'interazione sociale.
- Identificare come comunicare e mantenere confini chiari, specialmente nei ruoli di volontariato.
- Riflettere sulle sfide e sugli aspetti significativi e gratificanti del proprio lavoro.

Unità in questo modulo

Modulo 4. Self-care e benessere del personale
Unità 4.1: Effetti sui professionisti e i volontari che operano nel contesto della migrazione
Unità 4.2: Self-care
Unità 4.3: Benessere del personale

Unità 4.1: Effetti sui professionisti e i volontari che operano nel contesto della migrazione

Descrizione dell'unità

Questa unità introduce i partecipanti al corso al tema della salute mentale di professionisti e volontari che lavorano con migranti e rifugiati. Mette in evidenza come essi siano esposti a significativi fattori di stress emotivo, derivanti dalla natura del loro lavoro, che implica uno stretto contatto con persone sopravvissute a gravi avversità o che vivono in condizioni precarie e ingiuste. L'unità illustra le diverse tipologie e livelli di stress, esplorandone le cause e i segnali più comuni per riconoscerlo. Inoltre, si evidenziano le possibili implicazioni positive che professionisti e volontari possono sperimentare attraverso il loro incontro con migranti e rifugiati, con un focus particolare sul concetto di crescita post-traumatica secondaria o vicaria. L'unità si conclude con un'analisi critica della “narrazione vittimistica,” che può contribuire all'esaurimento professionale degli operatori sul campo.

Sezioni dell'unità

1. [Sfide e opportunità nel lavorare con migranti e rifugiati](#)
2. [Differenti tipologie e livelli di stress](#)
3. [Trauma vicario e crescita post-traumatica vicaria](#)
4. [Esaminare criticamente il “narrativo” della vittima](#)

1. Sfide e opportunità nel lavorare con migranti e rifugiati

“Se l'esperienza dei migranti e dei rifugiati non presuppone un trauma, il sostegno ai migranti e ai rifugiati non presuppone il burnout” [1]. Questa affermazione ci ricorda che, **proprio come le persone con cui lavoriamo mostrano una serie di risposte alle avversità** (come visto nel Modulo 1), queste possono includere risposte positive, negative e neutre), **i professionisti e i volontari in questo campo possono sviluppare la resilienza e trovare forza attraverso un lavoro efficace**, anziché esserne sopraffatti. Sebbene le pressioni legate al sostegno di persone che hanno vissuto avversità e spostamenti siano reali, **non devono necessariamente portare al burnout**. La questione sta **nel modo in cui affrontiamo e gestiamo**

queste pressioni. Il peso emotivo e psicologico di questo lavoro è innegabile. I fattori di stress esterni sono intrinseci al lavoro con le popolazioni migranti, poiché implica il supporto a persone che hanno superato difficoltà importanti e che spesso stanno affrontando gravi sconvolgimenti nella propria sicurezza personale e nei propri mezzi di sussistenza. Allo stesso tempo, **le politiche di deterrenza della migrazione, l'assenza di misure di integrazione e la mancanza di coordinamento e cooperazione tra le parti interessate creano un contesto piuttosto negativo in cui migranti e operatori sul campo si trovano a interagire.** Ciò significa che professionisti e volontari sono regolarmente esposti a storie sconvolgenti di traumi, perdite e spostamenti, affrontando al contempo tutti gli aspetti contestuali sopra menzionati, oltre a lunghe ore di lavoro, insicurezza professionale e sistemi burocratici complessi [1]. **Questi fattori, combinati, sono dannosi per il benessere psicologico ed emotivo** e possono spesso aumentare il rischio di sviluppare problemi di salute mentale. Di seguito viene fornita una panoramica più dettagliata di alcune delle sfide professionali che potresti incontrare lavorando o facendo volontariato in questo settore.

© **Punto chiave:** *Le sfide professionali più comuni nel lavoro con migranti e rifugiati*

- **L'elevato livello di bisogno tra gli assistiti o gli utenti del servizio** può creare la sensazione che, qualunque cosa si faccia, non sarà mai sufficiente (ad esempio: trovare una sistemazione abitativa, accedere all'assistenza sanitaria, organizzare corsi di lingua o ottenere assistenza legale, il tutto mentre gli individui o le famiglie possono dover affrontare notevoli difficoltà emotive e finanziarie). Questo può portare a un senso irrazionale di responsabilità, in cui si sovrastima ciò che si pensa di “dover” riuscire a fare.
- **Le frequenti emergenze** (sia reali, sia basate su aspettative irrealistiche o risorse insufficienti) possono portare a **una confusione dei confini tra il tempo di lavoro e quello personale**, rendendo difficile distinguere quando si è “in servizio” e quando si è “fuori servizio”.
- **La tensione tra il coinvolgimento interpersonale ravvicinato richiesto per valutare i bisogni di migranti e rifugiati e la necessità di mantenere una distanza professionale appropriata**, comunicando apertamente i limiti personali e strutturali. **Questo delicato equilibrio può portare gli operatori sul campo a investire eccessivamente sul piano emotivo.**

- **Ascoltare racconti di esperienze traumatiche orribili**, soprattutto se si sono vissute esperienze simili (più probabile, ad esempio, per persone con esperienze dirette di migrazione e spostamento), può avere un **impatto emotivo profondo** e creare un **senso di impotenza**.
- **La mancanza di una cultura lavorativa solidale e di strutture organizzative chiare può portare a frustrazione e inefficienza**. Quando le strutture organizzative non sono ben definite, i ruoli e le responsabilità possono confondersi, causando nel personale sentimenti di **frustrazione e incertezza riguardo ai propri compiti o al modo in cui portare un contributo efficiente**. Spesso, i compiti possono essere duplicati o completamente trascurati.
- **La mancanza di feedback positivo o di riconoscimento** può lasciare professionisti e volontari con la sensazione di essere **sottovalutati e demotivati**, compromettendo alla fine la loro capacità di offrire servizi di qualità.
- **L'imprevedibilità del lavoro, i frequenti tagli agli stipendi, i licenziamenti, i carichi di lavoro eccessivi e gli alti tassi di ricambio del personale creano un senso di discontinuità e insicurezza** tra gli operatori sul campo. La mancanza di stabilità lavorativa può compromettere la salute mentale dei lavoratori e ridurre la loro capacità di fornire un supporto costante e affidabile alle popolazioni assistite.
- **La combinazione di una formazione insufficiente, poca esperienza e una cronica carenza di risorse materiali e umane** può far sentire sopraffatti quando si cerca di orientarsi in sistemi complessi, soprattutto se si è nuovi a questo tipo di lavoro.
- **La parzialità e la frammentazione dei servizi offerti a migranti e rifugiati** possono rendere difficile il coordinamento di un'assistenza completa. Questo approccio disorganico può generare lacune nei servizi, **causando frustrazione sia tra i lavoratori che tra le persone assistite**, poiché bisogni essenziali possono rimanere insoddisfatti.
- **Barriere sistemiche persistenti**, che comportano la necessità continua di affrontare differenze culturali, barriere linguistiche e limitazioni strutturali, come l'accesso limitato ai sistemi sanitari e di sicurezza sociale locali.
- **Politiche diffuse di ostilità e dissuasione nei confronti di migranti e rifugiati creano un clima pervasivo di tensione e sfiducia**. L'ostilità proveniente dai sistemi esterni non solo influisce sui

migranti, ma aggiunge ulteriore stress ai professionisti, rendendo più difficile costruire relazioni di supporto basate sulla fiducia e la trasparenza.

Tuttavia, l'impatto che l'esposizione alla sofferenza umana altrui ha sulla tua salute mentale dipende non solo dai **fattori di stress** esterni che incontri, ma anche dalla tua **capacità di rispondere e gestire tali stress**. Questi aspetti includono fattori legati all'ambiente di lavoro, come la tua capacità di agire in modo indipendente come lavoratore; le relazioni con la dirigenza, i colleghi e gli utenti dei servizi e fattori personali, come la tua storia personale di traumi e le **capacità di coping**. Le "capacità di coping" si riferiscono alla tua **abilità di rispondere ai fattori di stress in modo da preservare la salute emotiva e mentale e il benessere complessivo**. Essere consapevoli delle proprie emozioni è fondamentale per mantenere una buona salute mentale e affrontare con chiarezza ed efficacia la propria vita personale e professionale. La sfida consiste nel trovare un equilibrio – **prendersi cura degli altri senza trascurare se stessi**.

2. Differenti tipologie e livelli di stress

Nella vita quotidiana, spesso ci riferiamo allo "**stress**" o all'essere "stressati", ma come viene definito lo stress? Nella definizione medica, **lo stress è la risposta fisiologica del corpo a qualsiasi richiesta**. La risposta allo stress **attiva alcuni ormoni, il sistema nervoso centrale, i muscoli e anche il sistema immunitario**. Quando qualcuno (incluso te stesso) o qualcosa (una situazione) richiede un'azione da parte tua, il corpo e la mente sviluppano la tensione necessaria **per elaborare e rispondere a tale richiesta**. Diventi vigile e attento, e la tua mente e i tuoi muscoli sono pronti a reagire più rapidamente rispetto a quando erano a riposo [2]. Questo tipo di stress **non ha necessariamente un impatto negativo o effetti a lungo termine**. Al contrario, **è un processo necessario che ti permette di affrontare i compiti e risolvere i problemi della vita**, utilizzando le tue conoscenze, competenze ed esperienze. **Questa risposta positiva e naturale allo stress è anche chiamata eustress** (il prefisso "eu-" deriva dal greco e indica "buono"). Normalmente, dopo aver risposto con successo a una richiesta o a una sfida – resa possibile, come visto, dalla risposta fisiologica

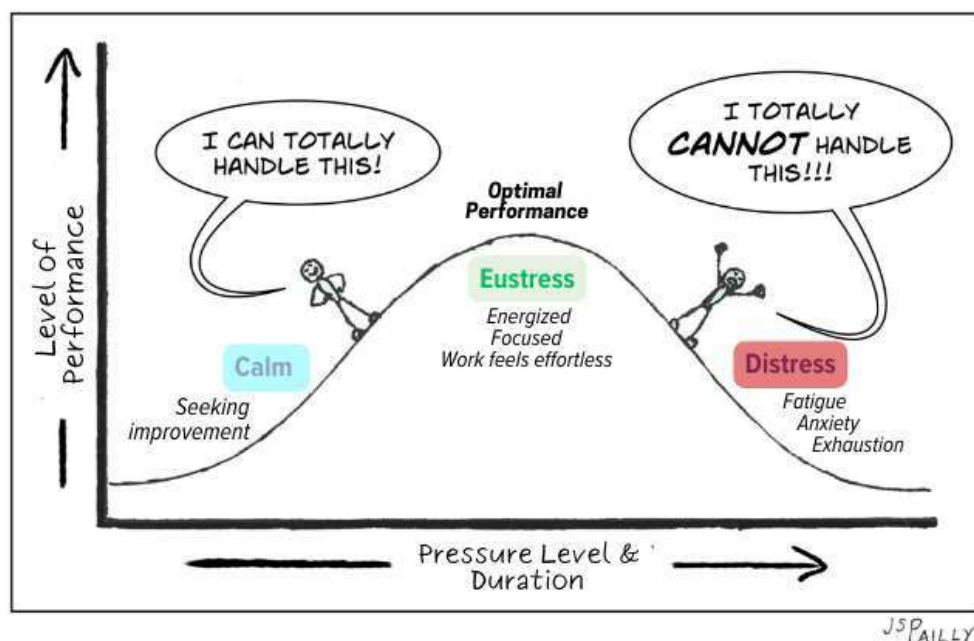
allo stress – **il tuo corpo e la tua mente torneranno a uno stato di riposo, lasciandoti con una sensazione di soddisfazione e di piacevole realizzazione.**

A volte, tuttavia, la risposta naturale allo stress viene innescata in modo tale da rendere impossibile il ritorno a uno stato di riposo e soddisfazione. Questo accade **quando le richieste della situazione sono eccessive o quando non si ha fiducia di possedere le conoscenze, le competenze e l'esperienza necessarie per rispondere adeguatamente.** Può anche verificarsi quando le richieste sono **prolungate o arrivano in rapida successione**, impedendo al corpo di ritornare a uno stato di riposo.

Di conseguenza, ci si può sentire sopraffatti e percepire le richieste come insormontabili [3]. **Questa versione negativa dello stress è conosciuta come distress.** Sebbene la risposta fisiologica sia la stessa dell'eustress, la percezione e gli effetti sul benessere sono molto diversi.

Come mostrato nella Figura 4.1.1, mentre l'eustress offre una “spinta” a breve termine per affrontare le sfide, **uno stress eccessivo può influire sul livello di funzionamento**, provocando una paralisi mentale e l'incapacità di pensare chiaramente. Questo può impedire di accedere e applicare le proprie conoscenze e competenze, rafforzando la sensazione di essere sopraffatti. **Con il tempo, lo stress eccessivo può impedire al corpo di tornare a uno stato di riposo, con un impatto rilevante sulla salute mentale e sul benessere psicosociale.**

Figura 4.1.1. “Eustress vs. Distress”



Nota: grafica adattata dal team EU-MiCare dalle fonti J.S. Pailly and Integrative Cancer
(Planet Pailly, 2019, [Eustress vs. Distress](#); Integrative Cancer, (n.d.), [Integrative Cancer Review: Multiplying the Power of Healing](#))

The reproduction of this graphic does not imply endorsement by its original author.

→ **VIDEO:** [How Stress Affects Your Brain](#)

Lo stress non influisce solo sugli individui, ma anche sui gruppi e sui team [1], poiché ogni membro del team dipende dagli altri per funzionare correttamente. Per questo motivo, è fondamentale non solo prestare attenzione agli effetti dello stress sugli individui che lavorano in situazioni difficili, ma anche considerare le condizioni in cui opera l'intero team.

Il **secchio dello stress** (Figura 4.1.2) è un modo semplice per comprendere come funziona lo stress, sia a livello individuale che nel contesto di un team [4]. **Immagina un secchio che raccoglie tutti gli stress della tua vita.** Nel campo dell'assistenza a migranti e rifugiati, questi stress potrebbero includere richieste emotive elevate, lunghe ore di lavoro, risorse inadeguate e la gestione di sistemi burocratici complessi. Ogni volta che tu (o il tuo team) affrontate uno stress, è come aggiungere acqua al secchio. **Se questi elementi stressanti si accumulano senza adeguati “scarichi”** – come il supporto dei colleghi, la

supervisione o la cura di sé – **il secchio alla fine traboccherà**. Quando ciò accade, tu (individualmente o come gruppo) potresti sentirti sopraffatto e incapace di affrontare la situazione.

Figura 4.1.2. “Il secchio dello stress”



Grafica prodotta dal Mental Health UK (2018) da un'idea di Brabban and Turkington (2002)

→ **VIDEO:** [The Stress Bucket](#) 

 Pausa di riflessione: Partecipa a una riflessione personale e/o di gruppo

Prenditi del tempo per riflettere sui concetti di eustress e distress, insieme alla metafora visiva del “secchio dello stress”. Considera poi: cosa ti aiuta a ridurre lo stress? Come puoi mantenere queste attività anche quando altre pressioni aumentano? Puoi anche completare [questo utile esercizio](#) insieme ai tuoi colleghi (vedi anche  **Repository** 4.1 – Sezione 1. “Il secchio dello stress”).

Fonte: mentalhealth-uk.org

Burnout

È ampiamente riconosciuto che il burnout possa essere comune tra i professionisti e i volontari che lavorano con persone in difficoltà, in particolare con coloro che hanno vissuto avversità estreme. **Il burnout è definito come uno stato mentale¹ di esaurimento derivante dall'esposizione prolungata a fattori di stress legati al lavoro, in assenza di risorse sufficienti per affrontarli in modo efficace.** Si manifesta attraverso tre dimensioni principali: un esaurimento travolgente, sentimenti di cinismo e distacco dal lavoro e una sensazione di inefficacia e mancanza di realizzazione [5].

Il burnout si sviluppa gradualmente, esaurendo lentamente le risorse emotive, mentali e fisiche. Quando le persone ne sono colpite, **il lavoro che una volta veniva percepito come creativo e importante diventa progressivamente insoddisfacente e insostenibile nel tempo.** Chi soffre di burnout può anche smettere di prendersi cura di sé, fare uso di alcol e nicotina, mangiare e dormire male ed essere spesso preoccupato per il lavoro, anche al di fuori dell'orario lavorativo.

Segni di burnout	
Deperimento fisico, stanchezza cronica	Mancanza di senso di realizzazione personale
Esaurimento emotivo	Atteggiamenti negativi verso il lavoro, la vita stessa, le altre persone
Depersonalizzazione (sentirsi “fuori di sé”)	Ridotta capacità di affrontare l'ambiente
Senso di impotenza	Evidenza di scarsa assistenza all'utente
Disillusione	Negligenza nei confronti dei doveri clinici/amministrativi

Nota: contenuto adattato dal team EU-MiCare dalle fonti Mor Barak et al. (2001), Maslach & Leiter (2016) e Shackelford (2006).

[Mor Barak, M. E., Nissly, J. A., & Levin, A. (2001). Antecedents to retention and turnover among child welfare, social work, and other human service employees: What can we learn from past research? A review and metanalysis. *Social service review*, 75(4), 625-661. <https://doi.org/10.1086/323166>; Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103-111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>; Shackelford, K. (2006). Preparation of undergraduate social work students to cope with the effects of indirect trauma. (Unpublished doctoral dissertation). University of Mississippi Department of Social Work, University, MS.]

¹ Sebbene il burnout sia generalmente riconosciuto da ricercatori, clinici e opinione pubblica come un grave problema professionale, non esiste ancora un consenso nella comunità scientifica riguardo alla sua definizione né sull'opportunità di classificarlo come una diagnosi distinta di salute mentale.

Fattori personali possono influenzare la tua suscettibilità allo stress cronico e al burnout professionale.

Tra questi rientrano caratteristiche legate all'identità e al contesto di provenienza, come età, genere, livello di istruzione, stili di coping, esperienze personali di traumi, supporto da parte della famiglia e della rete sociale e situazione finanziaria. Sebbene gli effetti di questi fattori siano difficili da modificare, è possibile intervenire **sulle capacità di coping e sulla resilienza attraverso attività di formazione e sviluppo personale e professionale** [1]. Maggiori informazioni ed esempi saranno forniti nelle prossime unità.

Affaticamento da compassione

L'affaticamento da compassione, spesso descritto come “il costo dell'assistenza”, condivide alcune caratteristiche con il burnout ma rappresenta un **fenomeno distinto**. Si tratta di **un'esaurimento cronico profondo, sia emotivo che fisico, strettamente legato al lavoro di cura**, particolarmente rilevante nell'assistenza a persone con esperienze traumatiche. Chi è colpito da affaticamento da compassione tende a diventare distaccato e cinico, con conseguenze negative sulla qualità dell'assistenza che è in grado di offrire [6].

Segnali di affaticamento da compassione	Specificità dell'affaticamento da compassione rispetto al burnout
Irritabilità	Si concentra sull' esaurimento dell'empatia e della capacità di supportare e curare gli altri
Dolore fisico	Impedisce di rimanere compassionevoli ed empatici
Distacco	Nel burnout spesso mancano la motivazione e l'energia per svolgere il proprio lavoro. Nella fatica da compassione, è probabile che si rimanga motivati, ma si risulti incapaci di applicare la consueta empatia e compassione
Scarsa soddisfazione lavorativa	L'insorgenza dei sintomi nella fatica da compassione può essere generalmente ricondotta a un caso o una situazione specifica

Nota: contenuto adattato dal team EU-MiCare dalle fonti Leris & Byrne (2003), and Stackelford (2012).

[Lerías, D., & Byrne, M. K. (2003). Vicarious traumatization: Symptoms and predictors. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 19(3), 129-138. <https://doi.org/10.1002/smi.969>; Shackelford, K. (2012). Occupational Hazards of Work in Child Welfare: Direct Trauma, Secondary Trauma and Burnout. In: CW360 a comprehensive look at a prevalent child welfare issue. Spring 2012. https://ovc.ojp.gov/sites/g/files/xyckuh226/files/media/document/os_sts_child_welfare_article_review.pdf]

Lesione morale

La lesione morale si riferisce agli **impatti emotivi, psicologici, sociali, comportamentali e spirituali duraturi derivanti da azioni che violano i valori morali fondamentali di una persona e le aspettative comportamentali verso se stessa o gli altri**. Può essere vista come “un danno alla propria coscienza o bussola morale” [7] ed è causata dal “commettere, non riuscire a prevenire, assistere o venire a conoscenza di atti che trasgrediscono credenze morali profondamente radicate ed aspettative” [8].

Solo di recente la lesione morale è stata identificata come un fenomeno distinto (ad esempio, in contrasto con il disturbo post-traumatico da stress – PTSD) e studiata soprattutto nel contesto dell’ambito militare [9]. Tuttavia, ricerche più recenti hanno iniziato a considerare la lesione morale anche in contesti professionali diversi da quello militare, come il settore medico. La lesione morale è spesso associata a forti emozioni morali legate a un evento, tra cui senso di colpa, rabbia e disgusto, e **può portare a gravi sofferenze e difficoltà psicologiche, come depressione e tendenze suicidarie**. Questo fenomeno indebolisce le persone a livello individuale e può compromettere la capacità di fidarsi degli altri.

3. Trauma vicario e crescita post-traumatica vicaria

Il **trauma vicario** (VT), talvolta chiamato anche traumatizzazione secondaria o stress traumatico secondario (STS), è **considerato comune tra i professionisti che interagiscono con sopravvissuti a traumi o che assistono a eventi traumatici**, soprattutto in modo ripetitivo (ad esempio: terapeuti, assistenti sociali, medici, paramedici, agenti di polizia, vigili del fuoco). Ha origine dall’esposizione al trauma altrui – **sia di persona che attraverso l’ascolto dei racconti di esperienze traumatiche da parte di altri** (assistiti o utenti), **l’analisi di fascicoli o la risposta a episodi di violenza e altri eventi traumatici**. Il trauma vicario può influire sulla percezione e sull’esperienza del mondo, manifestandosi con segnali fisici, emotivi e comportamentali.

→ **VIDEO: [What is Vicarious Trauma?](#)** 

Analogamente al modo in cui lo stress viene vissuto in modo diverso da ciascun individuo, la vulnerabilità al trauma vicario è influenzata da diversi fattori, come lo stress nella vita quotidiana, il supporto sociale, l’età, il genere, il livello di istruzione, lo status socioeconomico, i traumi personali irrisolti e le risposte

eccessivamente empatiche. **L'esperienza professionale, l'istruzione, così come il supporto organizzativo sotto forma di formazione, momenti di confronto, supervisione e supporto tra pari, possono ridurre questa vulnerabilità [10].**

La probabilità di sviluppare sintomi di trauma vicario dipende anche dalle caratteristiche dell'evento traumatico a cui si è esposti e dalla misura in cui questo viola la propria visione del mondo e il proprio sistema di credenze [11].

Se ritieni di poter essere esposto al rischio di trauma vicario, consulta questo esercizio incluso nel nostro  **Repository** (vedi 4.1 – Sezione 2. “L’ABC per affrontare il trauma vicario”).

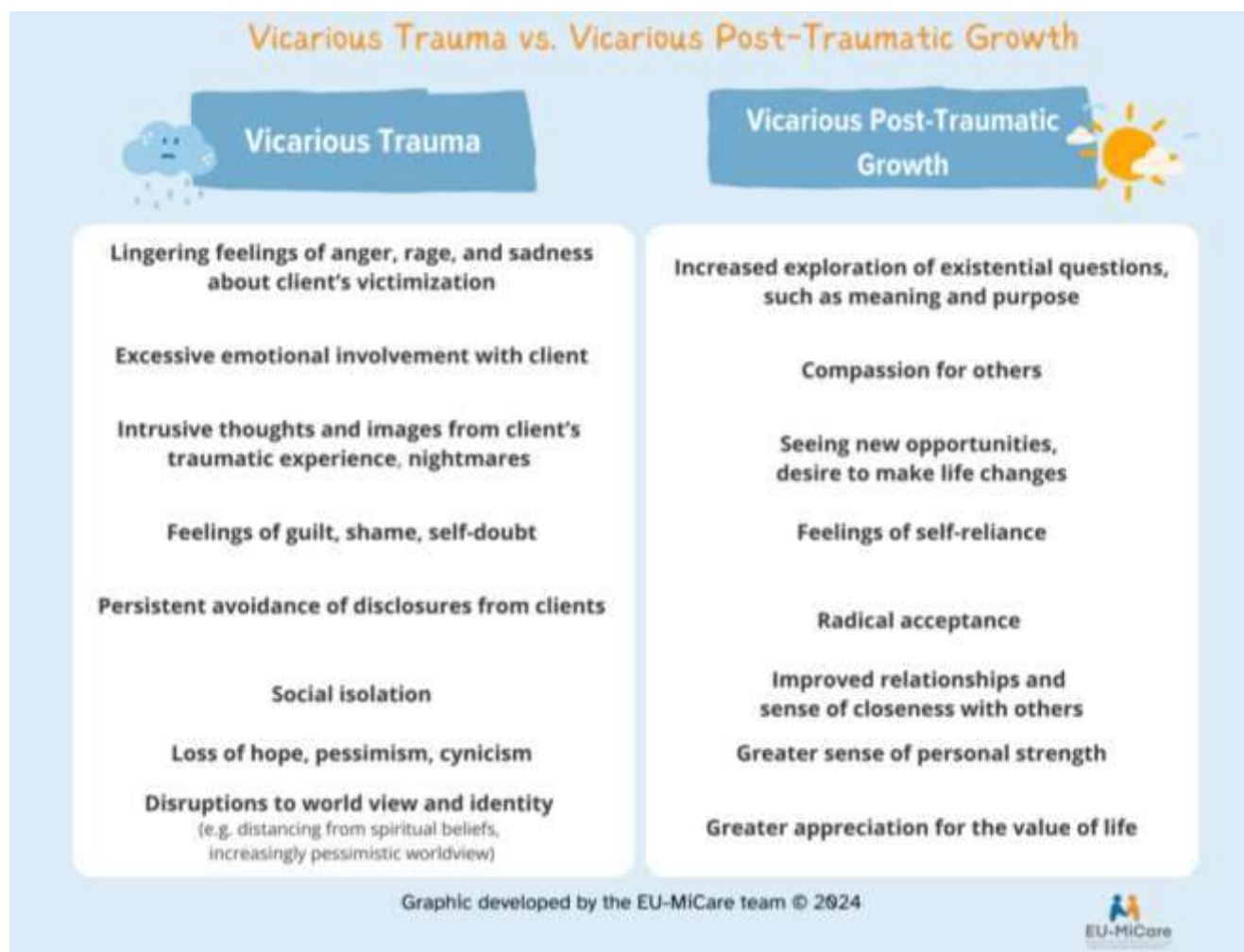
Come discusso in precedenza in questa unità, **lavorare con persone che hanno vissuto traumi e/o si trovano in situazioni difficili e precarie non deve necessariamente essere un'esperienza negativa o angosciante**. Accanto ai potenziali rischi a cui potresti essere esposto come professionista o volontario, gli incontri con migranti e rifugiati possono anche avere un **impatto positivo sulla tua vita** e offrire opportunità di crescita personale e professionale.

Il concetto di **crescita post-traumatica vicaria** (o secondaria) (VPTG/SPTG) si riferisce ai **cambiamenti psicologici positivi** (sotto forma di crescita personale e attribuzione di significato) **che si verificano in individui che aiutano persone sopravvissute ad avversità [12]**. Analogamente alla crescita post-traumatica (PTG) [13], vissuta dalle persone che assistiamo e che hanno superato avversità significative (vedi Unità 1.3 per ulteriori dettagli), questi cambiamenti positivi riguardano la percezione di sé, le relazioni con gli altri e la propria filosofia di vita. Tuttavia, **la crescita post-traumatica vicaria comprende anche aspetti legati all'identità professionale, come la consapevolezza che il proprio lavoro ha valore e lo sviluppo di competenze professionali [14]**. La crescita post-traumatica vicaria è più probabile quando i professionisti dispongono di un **forte supporto sociale** (sia personale che professionale) e di **strategie di coping efficaci**. Le prossime unità di questo modulo sono dedicate a questi aspetti fondamentali.

→ **VIDEO:** [What is Vicarious Post-Traumatic Growth?](#) 

La Figura 4.1.3 qui di seguito fornisce una panoramica dei concetti di trauma vicario e crescita post-traumatica vicaria, evidenziando le loro caratteristiche distintive, come riportato nella letteratura di riferimento.

Figura 4.1.3. “Trauma vicario vs. crescita post-traumatica vicaria”



Nota: grafica realizzata dal team EU-MiCare dalle fonti Baird & Jenkins (2003), Lerias & Byrne (2003), Tedeschi & Calhoun (2004a, 2004b).

[Baird, S., & Jenkins, S. R. (2003). Vicarious traumatization, secondary traumatic stress, and burnout in sexual assault and domestic violence agency staff. *Violence and victims*, 18(1), 71-86. <https://doi.org/10.1891/vivi.2003.18.1.71>; Lerias, D., & Byrne, M. K. (2003). Vicarious traumatization: symptoms and predictors. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 19(3), 129-138. <https://doi.org/10.1002/smi.969>; Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004a). Vicarious post-traumatic growth: Understanding resilience in trauma workers. *Trauma Psychology*, 10(3), 319-328.; Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004b). TARGET ARTICLE: “Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence.” *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01.]

4. Esaminare criticamente il “narrativo” della vittima

Come discusso nei moduli precedenti, **lavorare con individui sfollati implica inevitabilmente un confronto diretto con profonde sofferenze umane, ma anche con una straordinaria resilienza e con le opportunità di crescita che possono emergere dalle avversità.**

Mentre le persone con cui lavoriamo affrontano i loro complessi scenari emotivi, i loro bisogni possono variare significativamente: alcuni potrebbero essere ancora impegnati a elaborare ciò che è accaduto loro, mentre altri potrebbero aver già iniziato a immaginare il proprio futuro in un nuovo contesto. Una parte fondamentale dell’**apprendimento su come prendersi cura di sé in questo complesso contesto operativo consiste nel riconoscere come le nostre idee preconcrete possano complicare le interazioni con migranti e rifugiati, contribuendo, a loro volta, al rischio di esaurimento professionale.**

Se categorizziamo le persone come semplici vittime incapaci di rispondere in modo complesso alle avversità, rischiamo di perpetuare una dinamica che ne mina l’autonomia [1,15]. Questo approccio unidimensionale **non solo ci pone nel ruolo di soccorritori e loro in quello di vittime e destinatari passivi di aiuto, ma contribuisce anche ad aumentare lo stress nell’ambiente di lavoro, limitando il potenziale per un supporto realmente significativo ed emancipante.**

© **Punto chiave:** *L’esperienza emotiva degli operatori che lavorano con individui sfollati*

Papadopoulos [1] ha concettualizzato tre momenti distinti nelle reazioni degli operatori sul campo che lavorano all’interno della visione dicotomica “vittime-soccorritori”. Questa prospettiva binaria ha implicazioni dirette sull’erogazione dei servizi e, in ultima analisi, influisce sia sul benessere degli operatori che su quello delle persone assistite.

- **Periodo di iperproduttività ed entusiasmo:** *Periodo di iperproduttività ed entusiasmo: gli operatori sul campo spesso iniziano con un’elevata motivazione e il desiderio di aiutare, che si manifesta frequentemente sotto forma di iperattività e di entusiasmo nel “fare la differenza”. Profondamente colpiti dalla sofferenza che incontrano, possono vedere il proprio ruolo come eroico, credendo di*

essere onnipotenti e che il loro lavoro abbia un impatto significativo. In questa fase, professionisti e volontari possono dedicarsi a lunghe ore di lavoro, concentrando tutte le loro energie nell'aiutare gli altri, spesso trascurando i propri bisogni nel processo. spesso trascurando i propri bisogni.

- **Periodo di difesa e sospetti:** quando i progressi appaiono lenti o difficili da riconoscere, nonostante l'impegno massimo degli operatori sul campo, può emergere frustrazione. Professionisti e volontari possono sentirsi inadeguati, colpevoli e impotenti. Queste emozioni possono portarli ad assumere atteggiamenti difensivi, attribuendo le loro difficoltà a fattori esterni, come colleghi o carenze organizzative. In questa fase, le tensioni possono prevalere nei gruppi di lavoro, con accuse rivolte verso l'esterno, generando divisioni o meccanismi di capro espiatorio all'interno dell'organizzazione.
- **Periodo di distacco (e autoriflessione):** gli operatori che attraversano questa fase possono reagire in due modi distinti. Nel primo scenario, si distaccano dal loro lavoro, creando un senso di sicurezza emotiva ma a scapito del significato e del coinvolgimento. Questo porta a sentimenti di noia, poiché il lavoro diventa routinario e meccanico. Nel secondo scenario, invece, gli operatori possono utilizzare le sfide affrontate come opportunità per approfondire la conoscenza di se stessi. Questo arricchisce la loro esperienza e li aiuta a mantenere una visione complessa, evitando di cadere in stereotipi o pregiudizi.

È importante sottolineare che queste fasi non seguono necessariamente un percorso lineare. Le emozioni che le accompagnano spesso si manifestano in modo circolare o ambiguo. Le emozioni che le accompagnano tendono spesso a manifestarsi in modo circolare o ambiguo. È possibile alternare sentimenti di onnipotenza e sovrainvestimento a stati di apatia e disconnessione. Queste reazioni sono comuni tra professionisti e volontari; la chiave è sviluppare una consapevolezza di tali dinamiche. Questo consente di creare strategie più efficaci sia per la cura di se stessi sia per quella degli altri [1].

BIBLIOGRAFIA

- [1] Papadopoulos, R. K. (Ed.) (2019). *Psychosocial dimensions of the refugee condition - Synergic approach*. Athens: Babel Day Centre (Syn-Eirmos NGO of Social Solidarity) and Centre for Trauma, Asylum and Refugees (University of Essex).
- [2] Fink, G. (2017). Concepts, definition and history. *Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology*, 1-9.
- [3] Mental Health Foundation UK. (2018). Stress. Retrieved May 7, 2024, from <https://www.mentalhealth.org.uk/a-to-z/s/stress>
- [4] Mental Health UK. (2018). The stress bucket. Retrieved May 7, 2024, from <https://mentalhealth-uk.org/blog/the-stress-bucket/>
- [5] Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103-111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>
- [6] Chadwick Trauma-Informed Systems Dissemination and Implementation Project. (2016). *Secondary traumatic stress in child welfare practice: Trauma-informed guidelines for organizations*. San Diego, CA: Chadwick Center for Children and Families. Retrieved May 9, 2024, from <http://www.chadwickcenter.com/wp-content/uploads/2017/08/stsinchildwelfarepractice-trauma-informedguidelinesfororganizations.pdf>
- [7] Moral Injury Project. (n.d.). About moral injury. Retrieved July 31, 2024, from <https://moralinjuryproject.syr.edu/about-moral-injury/>
- [8] Litz, B. T., Stein, N., Delaney, E., Lebowitz, L., Nash, W. P., Silva, C., & Maguen, S. (2009). Moral injury and moral repair in war veterans: A preliminary model and intervention strategy. *Clinical Psychology Review*, 29(8), 695-706. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.07.003>
- [9] Shay, J. (2014). Moral injury. *Psychoanalytic Psychology*, 31(2), 182-191. <https://doi.org/10.1037/a0036090>
- [10] Lerias, D., & Byrne, M. K. (2003). Vicarious traumatization: Symptoms and predictors. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 19(3), 129-138. <https://doi.org/10.1002/smi.969>
- [11] Finklestein, M., Stein, E., Greene, T., Bronstein, I., & Solomon, Z. (2015). Posttraumatic stress disorder and vicarious trauma in mental health professionals. *Health & Social Work*, 40(2), e25-e31. <https://doi.org/10.1093/hswh/hlv026>
- [12] Abel, L., Walker, C., Samios, C., & Morozow, L. (2014). Vicarious posttraumatic growth: Predictors of growth and relationships with adjustment. *Traumatology*, 20(1), 9-18. <https://doi.org/10.1037/h0099375>
- [13] Tedeschi, R. G., Shakespeare-Finch, J., Taku, K., & Calhoun, L. G. (2018). *Posttraumatic growth: Theory, research, and applications*. New York, NY: Routledge.
- [14] Gurowiec, P. J., Ogińska-Bulik, N., Michalska, P., & Kędra, E. (2022). The relationship between social support and secondary posttraumatic growth among health care providers working with trauma victims: The mediating role of cognitive processing. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), 4985. <https://doi.org/10.3390/ijerph19094985>
- [15] Papadopoulos, R. K. (2007). Refugees, trauma and Adversity-Activated Development. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 9(3), 301-312. <https://doi.org/10.1080/13642530701496930>

Unità 4.2: Self-care

Descrizione dell'unità

In questa unità presentiamo una serie di strumenti e risorse utili per riflettere in modo critico sulla tua vita professionale, sull'ambiente di lavoro e sul loro impatto sulla salute mentale. Forniamo indicazioni per riconoscere i segnali di stress e affaticamento mentale, accompagnate da una riflessione sul *self-care* inteso come competenza essenziale. Inoltre, esploriamo tecniche di *self-care* e strategie di gestione dello stress, facilmente integrabili nella *routine* professionale quotidiana, per rafforzare la resilienza e affrontare lo stress in modo efficace.

Sezioni dell'unità

1. [Riconoscere i segni di stress e affaticamento mentale](#)
2. [Self-Care come competenza](#)
3. [Strategie pratiche per gestire e ridurre lo stress](#)

1. Riconoscere i segni di stress e affaticamento mentale

Negli ultimi anni sono stati sviluppati diversi test di autovalutazione per analizzare lo stress lavorativo e la qualità della vita professionale. Questi strumenti si rivelano particolarmente utili per professionisti e volontari che lavorano con migranti e rifugiati, motivo per cui li abbiamo integrati nel nostro  [Repository](#) (vedi 4.2 – Scheda 1: “Scala della Qualità della Vita Professionale (ProQoL), Versione 5” e Scheda 2: “Strumento di Auto-Valutazione del Benessere Professionale”).

Tuttavia, **vi invitiamo a usare cautela nell'autosomministrazione di questi strumenti**. Sebbene possano fornire utili indicazioni sulla vostra salute mentale, aiutandovi a identificare i segnali di stress eccessivo, è importante cercare **un supporto aggiuntivo e multidisciplinare** qualora sentiate il bisogno di affrontare gli effetti negativi che la vostra professione o attività di volontariato potrebbero avere sul vostro benessere.

La supervisione regolare, i gruppi di supporto tra pari o con il personale e la collaborazione interdisciplinare rappresentano strumenti efficaci per identificare e gestire lo stress e l'affaticamento

mentale in questi contesti. Inoltre, pur essendo fondamentale cercare un aiuto professionale, come professionista o volontario nel settore dell'assistenza a migranti e rifugiati, **potete adottare numerosi accorgimenti, oltre alla terapia, per preservare il vostro benessere e prevenire l'esaurimento lavorativo.**

Di seguito vengono presentate alcune affermazioni e spunti di riflessione che possono aiutarti a **esaminare in modo critico la tua vita professionale, l'ambiente di lavoro e il loro impatto sulla tua salute mentale.** Queste domande, ispirate a diversi test e studi [1-3], non sono progettate per essere utilizzate come valutazione formale, ma come **punto di partenza per il tuo percorso di self-care.** Puoi quindi rispondere nel modo che ti è più comodo (attraverso una riflessione scritta o semplicemente utilizzandole come spunti di riflessione), scegliendo formati come risposte sì/no o valutazioni di frequenza (ad esempio: mai/raramente/a volte/spesso/molto spesso).



Pausa di riflessione: Impegnarsi in una riflessione personale

Ti invitiamo a prenderti del tempo per riflettere sulla tua situazione professionale attuale e/o sul tuo impegno come volontario. Successivamente, considera i seguenti spunti:

- Sono felice.
- Sono preoccupato/a per più di una persona che [assisto/supporto].
- Mi sento connesso/a agli altri.
- Trovo difficile separare la mia vita personale dalla mia vita come [professionista/operatore di supporto].
- Per rabbia o per frustrazione per le situazioni che sto vivendo, tendo a sovrastimare le mie capacità e/o a sovraccaricarmi.
- Non sono produttivo/a sul lavoro perché perdo il sonno a causa delle esperienze traumatiche di una persona che [assisto/supporto].
- Mi sento intrappolato/a nel mio lavoro di [professionista/operatore di supporto]. (continua alla pagina successiva)

- A causa del mio [lavoro di supporto], mi sento “in tensione” per diverse questioni.
- Sento come se stessi vivendo il trauma di qualcuno che ho [assistito/supportato].
- Sono preoccupato/a che le mie esperienze traumatiche personali possano essere riattivate.
- Sono preoccupato/a di non riuscire a stabilire confini adeguati.
- Mostro empatia, ma riesco comunque a mantenere le distanze.
- Sono preoccupato di essere “sopraffatto/a” da troppe richieste e di non riuscire a fare giustizia a tutte.
- Il mio lavoro mi fa sentire soddisfatto/a.
- Provo pensieri e sentimenti positivi verso le persone che [assisto/sostengo] e su come posso aiutarle.
- Mi sento sopraffatto perché il mio carico di lavoro sembra infinito.
- Credo di poter fare la differenza attraverso il mio lavoro.
- Come risultato del mio [lavoro di assistenza], ho pensieri intrusivi e spaventosi.
- Mi sento bloccato/a dal sistema.
- Sono felice di aver scelto di fare questo lavoro.
- Attualmente sto praticando attività di benessere, resilienza e cura di me stesso/a.

Risorsa adattata da [Therapie-Tools Psychotherapie für Menschen mit Migrations- und Fluchterfahrung](#)
(Therapy Tools: Psychotherapy for People with Migration and Refugee Experience)

2. Self-Care come competenza

Come suggerisce il titolo di questa sezione, **prendersi cura di sé è una competenza che può essere appresa**. Sebbene lo stress possa sembrare il risultato esclusivo di fattori esterni o di caratteristiche intrinseche della propria personalità, in realtà esistono numerosi modi per potenziare la capacità naturale di gestirlo.

La cura di sé implica bilanciare l'assistenza che si offre agli altri – che rappresenta il cuore del lavoro di un professionista o volontario che opera con migranti e rifugiati – con **un'adeguata attenzione verso se stessi** (vedi la Figura 4.2.1 nella pagina successiva per dettagli su come potrebbe apparire questo equilibrio). La cura di sé è una condizione indispensabile per prendersi cura degli altri. Non è un caso che le istruzioni di sicurezza prima di ogni volo ribadiscano: “Indossa prima la tua maschera di ossigeno, poi aiuta gli altri!”.

Se consideri la cura di te stesso come una competenza necessaria per svolgere il tuo lavoro – al pari di qualsiasi altra conoscenza, abilità o esperienza che solitamente inseriresti nel tuo curriculum – si aprono numerose opportunità per apprendere e consolidare questa abilità.

In questo processo, è importante tenere a mente che i modelli di pensiero che rafforzano lo stress (ad esempio, “Devo fare tutto alla perfezione o deluderò gli altri” oppure “Non posso mostrare alcuna debolezza perché sembrerei incompetente”) possono trasformare anche i suggerimenti più semplici, come quelli relativi a una dieta equilibrata, al sonno o all’esercizio fisico, in ulteriori fonti di pressione per soddisfare l’idea di un miglioramento personale costante.

Per questo motivo, è fondamentale **integrare queste raccomandazioni nella tua vita non come ulteriori compiti da spuntare nella lista delle cose da fare, ma come opportunità per riposarti e dedicarti ad attività ricreative piacevoli e non strutturate.**

Figura 4.2.1. “Basi di self-care per professionisti e volontari”



Nota: grafica adattata dal team EU-MiCare dalla fonte Gräßer et al. (2013)

[Gräßer, M., Iskenius, E.-L., & Hovermann, E., Jr. (2017). *Therapie-Tools Psychotherapie für Menschen mit Migrations- und Fluchterfahrung*. Weinheim: Beltz.]

3. Strategie pratiche per gestire e ridurre lo stress

Esistono molti strumenti, strategie ed esercizi per gestire e ridurre lo stress. Alcuni sono semplici, come prendersi vere pause durante l'orario di lavoro, “disconnettersi” durante la pausa pranzo facendo una breve passeggiata o mangiando con i colleghi (impegnandosi insieme a non parlare di lavoro!), o aprire regolarmente le finestre per far circolare aria fresca nella stanza. **Queste piccole azioni possono avere un impatto significativo sul tuo benessere generale, contribuendo a creare un ambiente lavorativo più equilibrato.**

Comprendere ciò che fai ogni giorno

Nella tabella seguente [3], troverai ulteriori spunti su attività pratiche che puoi integrare nella tua routine quotidiana.

Possibili interventi	Lo faccio già!	Vorrei prestare più attenzione a questo...
Monitoro i miei livelli di stress e agisco tempestivamente per contrastarli.		
Prendo sul serio i segnali di avvertimento fisici del mio corpo.		
Ho una gestione del tempo chiara con pause regolari.		
Stabilisco priorità chiare durante le mie ore di lavoro.		
Conosco i miei limiti e li rispetto.		
Coltivo le mie relazioni sociali e i miei contatti.		
Utilizzo tecniche di rilassamento e pratiche orientate alle risorse.		
Sono bravo a prendere le distanze e ho un mio rituale per farlo.		
Mi sottopongo regolarmente a supervisione.		
Partecipo regolarmente a corsi di formazione e rafforzo le mie competenze professionali.		

Pratico sport ed esercizio fisico con regolarità.		
Ho un hobby.		
Dedico tempo alle cose piacevoli, che sono parte fissa del mio calendario.		
Ho la possibilità di parlare tempestivamente con i colleghi se qualcosa mi turba, ad esempio davanti a una tazza di caffè o al telefono.		
Mi sento libero di affrontare le mie difficoltà con il mio datore di lavoro o il mio supervisore.		
Non faccio promesse che non posso mantenere.		
Delego compiti che non rientrano nella mia area di responsabilità o per i quali altri sono più specializzati.		
Sono bravo a dire “no” e lo faccio.		
Ho una descrizione chiara del mio ruolo e i miei compiti e responsabilità sono ben definiti.		

Migliorare il tuo sonno

Uno dei pilastri del *self-care* è dormire a sufficienza e con qualità. Di seguito trovi un elenco di consigli [4] per favorire abitudini di sonno salutari.

Consigli per un sonno sano	
1.	Fai attenzione se ti senti frustrato per l'incapacità di dormire. Questa irritazione e questa preoccupazione possono avere un effetto stimolante paragonabile a quello della caffeina. Cerca di evitare di guardare l'orologio durante la notte.
2.	Pratica esercizi di <i>mindfulness</i> ogni giorno finché non diventano efficaci per te. Scrivi eventuali preoccupazioni su un foglio accanto al letto per liberare la mente fino al giorno successivo.
3.	Impara tecniche di rilassamento e meditazione, come visualizzazioni guidate e il Rilassamento Muscolare Progressivo (PMR). Sperimenta metodi diversi per scoprire cosa ti aiuta ad addormentarti più facilmente e a migliorare la qualità del sonno.
4.	Fai esercizio durante il giorno (non la sera) per ridurre lo stress, raggiungere un equilibrio e sentirti fisicamente stanco.
5.	Vai a letto solo quando ti senti veramente assonnato e pronto per dormire. Usa la camera da letto e il letto solo per attività legate al sonno (ad eccezione dell'attività sessuale).
6.	Riduci il tempo trascorso a letto. Calcola il tempo effettivo di sonno in relazione a quello passato a letto, ad esempio 5 ore su 7. Se vuoi svegliarti alle 7:00, vai a dormire alle 2:00. Questo potrebbe essere faticoso nella prima settimana, ma ti aiuterà ad addormentarti più velocemente e a dormire tutta la notte.

Quando il tuo corpo si sarà abituato a dormire senza interruzioni per 5 ore, potrai aumentare gradualmente il tempo trascorso a letto.
7. Evita i sonnellini durante il giorno.
8. Alzati alla stessa ora ogni giorno, indipendentemente da quanto hai dormito durante la notte o da quanto ti senti riposato.
9. Evita gli schermi retroilluminati (telefono, computer) nelle ultime 2 ore prima di andare a dormire: la luce blu che emettono inibisce il rilascio di melatonina, l'ormone che induce il sonno.
10. Non bere alcol nelle 2 ore prima di andare a dormire e evita bevande contenenti caffeina (tè, caffè, cola, <i>energy drink</i>) almeno 6 ore prima di andare a letto. Evita di fumare nelle ore che precedono il sonno.
11. Addormentati con un pensiero positivo (Cosa è stato bello oggi? Di cosa sono grato?). Sviluppa un rituale serale regolare che segnali al tuo corpo che è quasi ora di dormire.
12. Quando vai a letto, spegni la luce con l'intenzione di dormire: se non riesci ad addormentarti, potrebbe essere utile andare in un'altra stanza, occuparti di un'attività tranquilla e piacevole finché non ti senti assonnato, e poi tornare a letto.
13. Se sei abituato, mangia un piccolo spuntino prima di andare a letto per evitare di svegliarti affamato durante la notte.
14. Se continui ad avere problemi di sonno, consulta un medico e/o uno psicologo/psicoterapeuta per valutare una terapia, farmaci o ulteriori indagini in un laboratorio del sonno.

Incorporare la mindfulness

La *mindfulness* rappresenta un'altra pratica efficace di *self-care*, in quanto promuove una maggiore consapevolezza del momento presente. Le tecniche di *mindfulness* possono migliorare **la regolazione emotiva, aumentare la concentrazione e favorire una sensazione di calma, contribuendo così al benessere generale.**

→ **VIDEO:** [Mindfulness: Working Towards Wellbeing](#) 

Promuovere un ambiente digitale sano e sicuro

Gli smartphone sono spesso strumenti essenziali per chi lavora sul campo, siano essi professionisti o volontari, ma usarli in modo saggio è una vera arte. Molte persone identificano il proprio smartphone come una fonte particolare di stress. La sensazione di essere sempre disponibili può portare a uno stato di allerta costante, contribuendo all'aumento generale dei livelli di stress. Ecco alcuni consigli utili per un utilizzo più salutare del telefono [5].

Consigli per la *mindfulness* digitale

1. Usa la modalità aereo o “non disturbare” anche durante il giorno. Puoi continuare a ricevere notifiche importanti, come i promemoria degli appuntamenti.
2. Imposta il telefono su “non disturbare” per un periodo regolare, ad esempio dalle 21:00 alle 8:00.
3. Comunica agli altri gli orari in cui sarai *offline*: Questo eviterà delusioni e ti motiverà ulteriormente a rimanere *offline*.
4. Disattiva le notifiche *push*.
5. Utilizza applicazioni (per esempio “Quality Time”, “Offtime” o “Forest”) per analizzare le tue abitudini di utilizzo e prendere decisioni basate sui dati raccolti.
6. Sii coraggioso: disinstalla le app dei social media.
7. Rispondi a messaggi ed e-mail 1-3 volte al giorno: di solito è sufficiente rispondere alle e-mail una volta al mattino.
8. Prova il digital detox: spegni il telefono per una sera intera, un giorno o anche una settimana. Considera di partecipare a un ritiro di *mindfulness* o meditazione che includa il *digital detox*.
9. Trasforma suonerie e notifiche in un promemoria per esercizi di respirazione o *mindfulness*: ogni volta che il telefono suona o ti avvisa, inspira, espira e sorridi prima di rispondere (o decidere di rispondere più tardi).
10. Rendi il bagno una zona libera da smartphone. Usalo come uno spazio per rilassare la mente.
11. Il tempo condiviso è tempo senza smartphone. Assicurati che il tuo telefono non mostri messaggi o avvisi mentre sei in contatto diretto con altre persone.

Sviluppare il tuo piano di *self-care*

Stabilire un piano di *self-care* è un’ottima idea. Utilizza questo questionario per crearne uno personalizzato [6].

🕒 **Punto chiave:** Spunti di riflessione per stabilire il tuo piano di *self-care*

- ♦ **Struttura:** su cosa voglio concentrarmi riguardo alla struttura delle mie giornate e settimane? Quando interrompo il lavoro? Cosa faccio dopo il lavoro?
- ♦ **Interazione sociale e competenze sociali:** chi è importante per me? Con quale frequenza voglio vedere questa persona? Cosa voglio imparare dal contatto con gli altri?
- ♦ **Sport ed esercizio fisico:** quando e quanto spesso voglio praticare sport o fare esercizio? Con chi?
- ♦ **Le cose belle della vita:** quali attività (arte, musica, creatività, esperienze sensoriali, umorismo, silenzio, intimità/sex, giardinaggio, tecniche di rilassamento, coccole – anche con animali domestici, pianificazione

di vacanze/avventure, intrattenimento, armonia, cucinare/mangiare, tempo nella natura, ecc.) voglio mantenere o ampliare? Come?

- ◆ **Dare un senso alla propria vita (vivere secondo i propri valori):** cosa è davvero importante per me? A cosa voglio dedicare più tempo (fare un favore a qualcuno, insegnare qualcosa, aiutare gli altri senza sacrificare me stesso/a, volontariato, spiritualità/religione, interazione con persone che condividono i miei ideali, ecc.)?
- ◆ **Sonno:** a cosa voglio prestare attenzione? (vedi i consigli per un sonno sano sopra).
- ◆ **Preoccupazioni e ripensamenti:** come voglio affrontare le preoccupazioni, il rimuginare sui problemi e i sentimenti che ne derivano?
- ◆ **Autodisciplina:** quanto desidero uscire dalla mia zona di comfort? Per quali motivi? E con quale frequenza?
- ◆ **Autoriflessione – punti di forza e debolezze:** a cosa devo prestare attenzione in me stesso? In che modo esercito pressione su di me? Quali atteggiamenti personali voglio mettere in discussione? Quali sono i “punti deboli” che gli altri tendono a toccare in me? Cosa posso fare quando mi sento provocato/a?
- ◆ **Autocompassione e accettazione di sé:** come posso diventare il mio miglior alleato/a? Quali sono i vecchi “messaggi automatici” di svalutazione di me stesso/a che voglio abbandonare? Come posso mettere in pratica l'accettazione di me stesso/a? Come posso dimostrarmi che mi apprezzo? Quali resistenze interiori devo superare per riuscirci?

Cos'altro è importante per me?

Una raccolta di strumenti e risorse è disponibile nel  **Repository** (vedi 4.2 – Sezione 3. “Strumenti e risorse aggiuntive per il self-care”). Dai semplici esercizi di respirazione profonda e pratiche di meditazione alle guide complete sul trauma vicario e alle applicazioni mobili progettate per il supporto alla salute mentale, queste risorse rappresentano preziosi primi passi per migliorare il tuo benessere.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Stamm, B. H. (2009-2012). *Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Version 5 (ProQOL)*. Retrieved July 31, 2024, from <https://proqol.org/>
- [2] Lusk, M., & Terrazas, S. (2021). Ameliorating stress and burnout among professionals who work with migrants and refugees. *Journal of Human Services: Training, Research, and Practice*, 7(2), Article 3. Retrieved July 31, 2024, from <https://scholarworks.sfasu.edu/jhstrp/vol7/iss2/3>
- [3] Gräßer, M., Iskenius, E.-L., & Hovermann, E., Jr. (2017). *Therapie-Tools Psychotherapie für Menschen mit Migrations- und Fluchterfahrung*. Weinheim: Beltz.
- [4] Psychologists for Future. (2019a). 19 Tipps für gesunden Schlaf. Retrieved May 14, 2024, from <http://www.psychologistsforfuture.org/wp-content/uploads/2020/02/Psy4F-19-Tipps-f%C3%BCr-gesunden-Schlaf-Jul2019.pdf>
- [5] Psychologists for Future. (2019b). Digitale Achtsamkeit. 11 Alltagstipps für Engagierte. Retrieved May 14, 2024, from https://www.psychologistsforfuture.org/wp-content/uploads/2020/04/20-04_Psy4F-Digitale-Achtsamkeit-Sept2019.pdf
- [6] Psychologists for Future. (2019c). Meine persönliche Selbstfürsorge: Arbeitsblatt zu den 10 Säulen der Selbstfürsorge. Retrieved May 14, 2024, from https://www.psychologistsforfuture.org/wp-content/uploads/2020/04/20-04_Psy4F-Digitale-Achtsamkeit-Sept2019.pdf

Unità 4.3: Benessere del personale

Descrizione dell'unità

Questa unità illustra come i datori di lavoro e le organizzazioni possano adempiere in modo efficace al loro dovere di tutela nei confronti della salute mentale e del benessere del personale. Sottolinea l'importanza di creare condizioni di lavoro favorevoli e vengono proposte strategie pratiche su ciò che i lavoratori sul campo possono fare per promuovere una cultura della cura all'interno delle loro organizzazioni. L'unità si conclude con riflessioni sulle circostanze uniche affrontate dai volontari (il cui lavoro si svolge spesso al di fuori di un contesto professionale), includendo suggerimenti specifici per stabilire e comunicare confini.

Sezioni dell'unità

1. [Implementazione di un sistema integrato di cura del personale](#)
2. [Strutture di supporto nell'ambiente di lavoro](#)
3. [Dalla resilienza individuale a quella del team e dell'organizzazione](#)
4. [Stabilire e comunicare i confini: le specificità del lavoro volontario](#)

1. Implementazione di un sistema integrato di cura del personale

Idealmente, **la cura del personale è un sistema multifaccettato di strumenti, pratiche lavorative e strutture organizzative integrate nell'ambiente di lavoro**. L'implementazione complessiva della cura del personale dovrebbe mirare a sostenere i lavoratori sul campo sia a livello personale che professionale, considerando sia le esigenze individuali che quelle del team. È importante sottolineare che **la cura del personale rappresenta la concretizzazione del dovere di tutela del datore di lavoro. Non si tratta di una misura occasionale o di emergenza da adottare solo quando le cose vanno male, ma di uno sforzo continuo e proattivo** per mantenere la salute e il benessere di tutti i dipendenti e volontari.

Di seguito sono riportati alcuni componenti essenziali per prevenire i rischi per il benessere del personale e per implementare un sistema integrato di cura del personale [1]:

1. L'organizzazione deve riconoscere l'importanza della cura del personale e il suo valore per i dipendenti.
2. L'organizzazione deve sviluppare un quadro operativo per la cura del personale all'interno dei propri sistemi.
3. Il quadro operativo per la cura del personale che l'organizzazione sviluppa deve essere sensibile alla cultura, al contesto e al genere.
4. L'organizzazione deve elaborare una politica scritta per la cura del personale.
5. L'organizzazione deve promuovere una cultura che incoraggi pratiche di cura del personale e garantisca una risposta solidale ai bisogni del personale.
6. L'organizzazione deve valutare regolarmente i bisogni di cura del personale.
7. L'organizzazione deve facilitare le pratiche di *self-care* tra i dipendenti.
8. L'organizzazione deve integrare la cura del personale nelle procedure di pianificazione e di bilancio.

© **Punto chiave:** *Fondamenti di un sistema Integrato di cura del personale*

Diversi elementi fondamentali della gestione delle risorse umane contribuiscono a costruire le basi di un sistema integrato di cura del personale [2]. Questi includono:

- **Descrizioni accurate e aggiornate delle mansioni:** devono garantire che ai lavoratori non venga richiesto di svolgere attività in contrasto con la loro pratica etica, inclusa la riservatezza professionale (ad esempio: attività di sorveglianza sugli utenti del servizio o comunicazioni alle autorità per l'immigrazione).
- **Contatti stabiliti con servizi esterni per rispondere agli incidenti critici.**
- **Scambio regolare di esperienze e riflessioni all'interno del team e con la dirigenza,** inclusa la documentazione dei risultati (miglioramento della qualità).

- **Rapporti adeguati tra personale e assistiti/utenti del servizio.**
- **Assegnazione di tempo per studio, pianificazione, riflessione, creazione di reti e sviluppo di politiche pertinenti.**
- **Opportunità adeguate di sviluppo professionale**, inclusi supporto finanziario e tempo dedicato alla crescita professionale.
- **Assegnazione di tempo per collaborazioni professionali e scambi collegiali al di fuori dell'organizzazione.**
- **Supporto tramite supervisione professionale** (inclusi le risorse finanziarie e il tempo necessari), soprattutto in ambiti in cui i lavoratori si confrontano frequentemente con racconti o esperienze di traumi.
- **Tempo dedicato al confronto sul lavoro di squadra.**

2. Strutture di supporto nell'ambiente di lavoro

Comprendere l'importanza del supporto sul luogo di lavoro è essenziale per i lavoratori sul campo, **poiché influisce direttamente sulla loro salute mentale e sulla soddisfazione professionale.** Riconoscere che i **datori di lavoro hanno la responsabilità di creare un ambiente di supporto aiuta i lavoratori a difendere i propri bisogni e a contribuire a una cultura del benessere.** Quando il personale è consapevole dei propri diritti in termini di supporto e risorse, è più incline a cercare aiuto quando necessario. Ma come si traduce tutto ciò nella pratica?

Promuovere una cultura della cura

Garantire il dovere di tutela del datore di lavoro nei confronti sia dei professionisti che dei volontari richiede **la creazione di condizioni che riducano attivamente lo stress e ne prevengano gli effetti a lungo termine sulla salute mentale.** Nella pratica, questo si realizza offrendo **momenti di confronto tempestivi, regolari e di alta qualità, insieme a supervisione e riflessione di gruppo.** L'assenza di un supporto adeguato attraverso la supervisione può portare i lavoratori sul campo a distaccarsi mentalmente dal proprio ruolo e dall'ambiente di lavoro. Incontri regolari e affidabili aiutano il personale a sviluppare fiducia,

incoraggiandolo a cercare supporto professionale e a partecipare a un dialogo bidirezionale [3]. Le interazioni sociali completano i momenti di confronto formale, la supervisione e i processi riflessivi, aiutando professionisti e volontari a sentirsi più sicuri anche nelle situazioni più difficili. **Queste opportunità di connessione, combinate con un supporto formale, contribuiscono a migliorare la stabilità e la coesione del team.**

Esempi di tali interazioni includono:

- **Celebrare i successi (anche i più piccoli) per valorizzare il contributo di ciascuno.**
- **Organizzare attività di *team-building* che includano momenti di interazione sociale** (sia durante che al di fuori dell'orario di lavoro). Queste attività non dovrebbero concentrarsi sui dettagli dei casi o sugli aspetti negativi del lavoro, ma possono anche coinvolgere i familiari.
- **Tenere incontri riservati di gruppo di supporto per creare uno spazio sicuro in cui i professionisti possano discutere casi difficili e l'impatto mentale ed emotivo del loro lavoro.** Una tecnica possibile per facilitare questo processo è il *low-impact debriefing* (vedi attività nella pagina successiva).

 Pausa di riflessione: Metti in pratica la strategia del *low-impact debriefing* con un/a collega

Il *low-impact debriefing** è una tecnica di supporto progettata per facilitare discussioni su esperienze difficili, garantendo che l'ascoltatore sia consenziente e consapevole della conversazione. Questo metodo, meno intenso rispetto al *debriefing* tradizionale, si rivela particolarmente utile in professioni ad alto livello di stress, come quelle della sanità, del lavoro sociale o del pronto intervento. La tecnica si articola in quattro fasi:

- **FASE 1. Maggiore consapevolezza di sé:** È importante essere consapevoli che l'esposizione quotidiana a storie difficili può portare a una desensibilizzazione, rendendo più facile sottovalutare l'impatto profondo che determinate esperienze possono avere su chi non è coinvolto in questo tipo di lavoro. Per chi opera al di fuori dell'ambito della salute mentale e dei servizi sociali, questi dettagli possono risultare particolarmente incisivi. Allo stesso tempo, tali dettagli non sono indispensabili per raggiungere gli obiettivi del *debriefing*.
- **FASE 2. Avviso di cortesia:** Quando stai per menzionare dettagli espliciti, avvisa il tuo interlocutore che ciò che stai per raccontare potrebbe avere un impatto negativo su di lui o persino scioccarlo (in altre parole, forniscigli un *trigger warning*). Questo permette alla persona di prepararsi mentalmente a ciò che sta per ascoltare.
- **FASE 3. Consenso:** (Strettamente legata al punto precedente) – Dopo aver fornito un *trigger warning*, chiedi al tuo interlocutore il consenso per raccontare la storia. Questo consente alla persona di scegliere se ascoltare o meno i dettagli.
- **FASE 4. Divulgazione limitata:** Inizia a raccontare la tua storia fornendo un resoconto meno esplicito. Se ritieni comunque necessario approfondire i dettagli per beneficiare del *debriefing*, torna alle fasi 2 e 3 sopra descritte. Questo ti permette di riflettere sulla quantità di dettagli realmente necessari e sulla capacità dell'interlocutore di gestirla.

Fonte: tendtoolkit.com

*Puoi anche consultare [questa utile sezione](#) (disponibile anche nel [Repository](#), vedi 4.3 - Sezione 1. "Low Impact Debriefing").

Misure aggiuntive da parte del datore di lavoro per mitigare l'impatto dello stress possono includere **la rotazione dei carichi di lavoro più complessi, al fine di distribuire equamente i casi più gravi tra il personale disponibile**. Offrire ai lavoratori sul campo un certo livello di controllo e flessibilità riguardo al proprio orario (ad esempio: orari flessibili, opzioni di lavoro da remoto, ecc.) **può aiutarli a bilanciare meglio lavoro e vita personale**.

Le organizzazioni possono anche promuovere un clima organizzativo di supporto attraverso interventi strutturali. Ad esempio, **un reclutamento realistico, una formazione continua sul posto di lavoro e ulteriori opportunità di sviluppo professionale** – inclusa la formazione per lavorare con persone che hanno superato avversità – possono contribuire a ridurre i livelli di stress. **Un reclutamento realistico può contribuire a prevenire un alto tasso di ricambio del personale e conflitti sindacali** [4]. Ciò implica **comunicare i requisiti del lavoro in modo chiaro e trasparente**, fornendo una descrizione onesta degli aspetti più difficili della mansione.

Supervisione e team di supporto al personale

La supervisione nei vari ambiti professionali (sanità, istruzione, servizi sociali, ecc.) assume significati diversi a seconda del contesto. In molti casi, è vista come una funzione manageriale, focalizzata sul monitoraggio di compiti, risultati e prestazioni. Tuttavia, nel contesto della salute mentale e del supporto psicosociale, **la supervisione tende ad assumere un carattere più collaborativo e di supporto, instaurando una relazione tra supervisore e supervisionati**. In questo contesto, l'attenzione è posta sulla creazione di uno spazio sicuro che favorisca la crescita professionale, lo sviluppo della competenza tecnica e il benessere personale. Questa relazione consente ai professionisti **di riflettere criticamente sul proprio lavoro, contribuendo non solo al miglioramento della qualità dei servizi offerti, ma anche al rafforzamento della resilienza psicologica all'interno dei team** [3,5].

Il modello contemporaneo di supervisione è di natura **non-direttiva, in cui il supervisore valorizza le risorse, le capacità, i punti di forza, le strategie e i percorsi già esistenti del professionista o del volontario, piuttosto che guidarli in modo diretto** [6]. Questo approccio è simile alla relazione che i professionisti sono

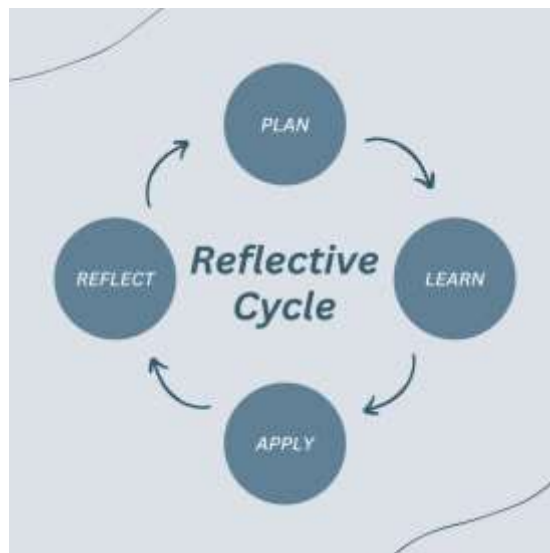
incoraggiati a mantenere con le persone con cui lavorano: **una relazione basata sul rispetto della loro autonomia e complessità**. I *team* di supervisione cercano di ripristinare parte di questa complessità attraverso strumenti strutturati come la “*Adversity Grid in Detail*” (vedi [Modulo 1](#), [Unità 1.3](#) e  [Repository](#), [1.3 – Sezione 1. “Adversity Grid in Detail”](#) per ulteriori dettagli). Tali strumenti possono aiutarci a orientarci tra le complesse sfaccettature del nostro lavoro e a superare le dicotomie limitanti discusse nell’unità 4.1.

I *team* di supporto al personale sono coordinati da un esperto esterno in salute mentale e seguono un percorso simile alla supervisione, concentrandosi **sul benessere psicologico personale degli operatori sul campo**. Questi *team* possono aiutare i professionisti a mettere in discussione e decostruire false dicotomie nei loro processi di pensiero legate al “trauma vicario”. I *team* di supporto al personale possono creare uno **spazio collaborativo e dialogico per una riflessione autentica**, aiutando professionisti e volontari a comprendere la complessità delle loro esperienze [6].

Impegnarsi nella pratica riflessiva

Un’altra strategia chiave per migliorare le proprie condizioni di lavoro è **l’impegno regolare nella pratica riflessiva**. Sebbene la pratica riflessiva sia stata prevalentemente sviluppata per i professionisti in diversi settori (sanità, istruzione, servizi sociali, ecc.), può essere di grande aiuto anche per i volontari che lavorano con migranti e rifugiati. **La pratica riflessiva è un processo continuo** [7] e dovrebbe essere considerata parte di **un ciclo che include ulteriori fasi, come la pianificazione, l’apprendimento e l’applicazione delle conoscenze acquisite dalle riflessioni** [8] (vedi Figura 4.3.1). Può avvenire sia a livello individuale (pratica autoriflessiva) che a livello di *team* o organizzativo.

Figura 4.3.1. “Ciclo riflessivo”



Nota: grafica sviluppato dal team EU-MiCare basata sulla fonte Schön (1992) and Bassot (2013)

[Schön, D. (1992). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315237473>; and Bassot, B. (2013). *The Reflective Journal*. Basingstoke: Palgrave]

Praticare la riflessione significa **prendersi il tempo per portare alla luce pensieri nascosti o subconscio e processi decisionali, al fine di rivalutarli**. Nel seguente esercizio troverai alcune domande guida che potrebbero esserti utili per riflettere sul tuo coinvolgimento con individui e comunità che hanno affrontato avversità, perdite e spostamenti.

 Pausa di riflessione: Impegnarsi in una riflessione personale

Prenditi del tempo per riflettere sul tuo rapporto con il lavoro. Poniti domande come:

- Quali sono le mie aspettative?
- Cosa ci si aspetta da me?
- Come sto rispondendo alle sfide di questo lavoro?
- Quali effetti (positivi, negativi e/o neutri) ha su di me?

Adattato da: [Reflection Toolkit – University of Edinburgh](#)

🕒 **Punto chiave: Approfondimenti sulla pratica riflessiva Donald Schön**

Una delle concettualizzazioni più rilevanti della pratica riflessiva è stata elaborata dal filosofo Donald Schön [7], che ha evidenziato l'importanza della riflessione nel processo di apprendimento professionale. Egli ha identificato due tipi principali di riflessione:

1. **Reflection-in-action:** si riferisce al pensiero immediato che avviene mentre si sta facendo qualcosa, durante l'esecuzione di un'azione. La *reflection-in-action* consente di rimodellare la situazione o l'attività su cui si sta lavorando in tempo reale. Schön sostiene che, attraverso la “riflessione nell'azione”, i professionisti riflettono su esperienze inaspettate e conducono “esperimenti” che permettono sia di acquisire una nuova comprensione dell'esperienza, sia di modificare la situazione. Nel contesto dell'assistenza a migranti e rifugiati, questa capacità di adattamento è essenziale per rispondere ai bisogni diversificati e immediati delle persone a cui offriamo il nostro aiuto.
2. **Reflection-on-action:** implica **riflettere su un'esperienza, una situazione o un fenomeno dopo che si sono verificati**. Questo processo comporta **un esame critico di ciò che è accaduto in una particolare situazione, delle ragioni delle proprie azioni, di eventuali alternative di comportamento e così via**. La *reflection-on-action* è spesso associata alla **scrittura riflessiva**,

attraverso cui i professionisti analizzano le proprie esperienze ed esplorano modi alternativi per migliorare la propria pratica. Per chi lavora con migranti e rifugiati, questo tipo di riflessione può portare a strategie più efficaci per sostenere gli altri e a una migliore comprensione delle complessità delle loro esperienze [8].

3. Dalla resilienza individuale a quella del *team* e dell'organizzazione

Come discusso nel Modulo 1, la resilienza è comunemente vista come una qualità individuale: la capacità di resistere, “rimbalzare” o riprendersi da difficoltà o battute d’arresto. Più specificamente, viene definita come **la capacità di utilizzare l’apprendimento derivato da esperienze negative per adattarsi a circostanze contestuali e di sviluppo diverse** [9].

Tuttavia, **le sole strategie focalizzate sull’individuo non sono sufficienti per garantire il benessere complessivo del personale**. Anche il membro del *team* più resiliente non può affrontare condizioni di lavoro impegnative senza un adeguato supporto.

Pausa di riflessione: *Partecipa a una riflessione di gruppo/team*

Prenditi un momento per riflettere e scrivere la tua risposta alle seguenti domande:

- Cosa faccio per prendermi cura di me stesso/a?
- Cosa fa il mio *team* (colleghi, organizzazione, ecc.) per prendersi cura gli uni degli altri?
- Quali altri mezzi posso utilizzare per una cura più adeguata di me stesso/a, in modo da poter prendermi cura degli altri?

Fonte: *‘Psychosocial Dimensions of the Refugee Condition’ – Babel Day Centre*

Un *team* resiliente è composto da membri che sanno utilizzare sia le proprie risorse individuali che quelle collettive per adattarsi positivamente, mantenere il benessere e le prestazioni e raggiungere obiettivi condivisi. La resilienza del *team* protegge i suoi membri dai potenziali effetti negativi di fattori di disturbo,

sia esterni che interni, che potrebbero compromettere il funzionamento del gruppo (ad esempio: un aumento improvviso delle richieste, cambiamenti nella *leadership* del *team* o dell'organizzazione, elevato ricambio del personale o eventi inaspettati e ad alto impatto). Per sostenere lo sviluppo sia della resilienza personale che di quella collettiva, sono necessari interventi sistemici multilivello a livello organizzativo. (vedi Figura 4.3.2) [9].

Figura 4.3.2. “Elementi della resilienza organizzativa”



Lo sviluppo di questa grafica non richiede l'approvazione da parte di SWORD

4. Stabilire e comunicare i confini: le specificità del lavoro volontario

Stabilire confini è fondamentale per mantenere la salute mentale e il benessere in tutti gli ambiti della vita, ma assume un significato particolare nel contesto del lavoro con migranti e rifugiati. **In situazioni in cui i bisogni umani – quasi per definizione – superano il supporto disponibile, stabilire confini garantisce che le risorse esistenti non vengano ulteriormente esaurite a causa dell'esaurimento lavorativo.**

Anche se i volontari dovrebbero ricevere lo stesso livello di cura del personale dei professionisti retribuiti, la loro posizione presenta alcune specificità. La natura volontaria del loro impegno offre loro maggiore autonomia nel definire l'entità e la natura del proprio contributo, con la possibilità di limitarlo o persino concluderlo. Tuttavia, **molti volontari non hanno accesso a una struttura di supporto formale, il che può portarli a sentirsi soli e isolati nella gestione del rapporto con i migranti e i rifugiati che assistono.**

Il contatto tra volontari e popolazioni migranti – soprattutto quando prolungato nel tempo – può rapidamente trasformarsi in **una relazione intensa e individuale**, in cui il volontario **si sente gravato di una grande responsabilità e fatica a stabilire confini legati al self-care**. La mancanza di confini chiari può generare stress, perdita di tempo, conflitti ed emozioni negative, come risentimento e rabbia. Stabilire confini sani aiuta a focalizzarsi sui propri bisogni, fornendo una base solida per prendere decisioni consapevoli che rispettino il proprio benessere [1].

→ **VIDEO:** [Setting Boundaries as a Volunteer](#) 

Stabilire confini chiari è **fondamentale per proteggere sia i volontari che le persone che assistono**. Definendo comportamenti accettabili, i volontari possono acquisire sicurezza su come agire in diverse situazioni, promuovendo standard elevati e garantendo coerenza tra individui diversi. **Questa chiarezza aiuta a gestire le aspettative e a prevenire malintesi** che altrimenti potrebbero generare confusione e conflitti. Inoltre, stabilire confini, **permette a tutti i soggetti coinvolti di preservare la propria privacy e di dare priorità al self-care**, garantendo relazioni sane e sostenibili nel lungo periodo. Stabilire questi confini non solo avvantaggia le persone direttamente coinvolte, ma contribuisce anche a creare un ambiente di supporto più efficace e armonioso [10]. In generale, è preferibile che i volontari operino all'interno di un

quadro strutturato di erogazione dei servizi piuttosto che in modo completamente autonomo. In un contesto strutturato, i volontari dovrebbero essere messi in condizione di trovare il proprio “posto”. **Aspettative, compiti, mansioni e relazioni di riferimento devono essere chiaramente definiti e comunicati.**

☉ **Punto chiave:** *Consigli pratici per stabilire i confini*

- Diventa consapevole dei tuoi confini attraverso la pratica riflessiva.
- Comunica chiaramente i tuoi confini utilizzando frasi in prima persona (“io”), evitando spiegazioni lunghe o dettagliate. È sufficiente dire: *“Non posso lavorare nei fine settimana, ma sono disponibile la mattina nei giorni feriali dalle 10 alle 13”* oppure *“Non posso supportare persone con problemi legati agli abusi sessuali, ma posso aiutarle con i processi amministrativi e la compilazione di moduli.”*
- Rispondi immediatamente se i tuoi confini vengono ignorati o superati. Non aspettare di diventare risentito e non lamentarti con persone non coinvolte. Ad esempio: *“Ho notato che mi hai programmato per sabato mattina. Ti prego di modificare il programma, poiché non sono disponibile nei fine settimana.”*
- Rifletti su come rispondi quando altri comunicano i loro confini. Anche se inizialmente potresti sentirti offeso o accusato, comprendere i confini degli altri spesso migliora il rapporto e favorisce connessioni più strette.
- Se non sei abituato a far rispettare i tuoi confini, potresti sentirti a disagio o ansioso all’inizio. Tuttavia, molte persone riferiscono di sentirsi sollevate dopo essere riuscite a stabilire e mantenere i propri confini con successo!

→ **VIDEO:** [Setting Boundaries with Clients: Role Play, Demo, Foundations](#) 

Poiché i ruoli dei volontari tendono a essere personalizzati, vari e meno chiaramente definiti, essi si trovano spesso nella necessità di comunicare i propri confini e limiti in modo chiaro e ripetuto, sia agli utenti dei servizi sia ad altri operatori o colleghi [10].

Le competenze nella definizione dei confini sono quindi fondamentali per proteggere la salute e il benessere dei volontari e per favorire la loro permanenza all'interno dell'organizzazione.

BIBLIOGRAFIA

- [1] GIZ, Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit GmbH. (2020). *Handbook for staff care and self-care for the Ministry of Health*. Retrieved May 12, 2024, from <https://www.giz.de/de/downloads/Handbook%20Self%20Care%20and%20Staff%20Care%20English%202020.pdf>
- [2] Initiative Hochschullehrender zu Sozialer Arbeit in Gemeinschaftsunterkünften (IHSAG). (2016). *Positionspapier: Soziale Arbeit mit Geflüchteten in Gemeinschaftsunterkünften. Professionelle Standards und sozialpolitische Basis*. Berlin. Retrieved May 13, 2024, from <http://www.fluechtlingssozialarbeit.de/>
- [3] Chadwick Trauma-Informed Systems Dissemination and Implementation Project. (2016). *Secondary traumatic stress in child welfare practice: Trauma-informed guidelines for organizations*. San Diego, CA: Chadwick Center for Children and Families. Retrieved May 9, 2024, from <http://www.chadwickcenter.com/wp-content/uploads/2017/08/stsinchildwelfarepractice-trauma-informedguidelinesfororganizations.pdf>
- [4] Dickinson, N. S. (2012). Withstanding secondary traumatic stress: The role of realistic recruitment. In *CW360: A comprehensive look at a prevalent child welfare issue*. Spring 2012. Retrieved May 9, 2024, from https://ovc.ojp.gov/sites/g/files/xyckuh226/files/media/document/os_sts_child_welfare_article_review.pdf
- [5] International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies Reference Centre for Psychosocial Support (IFRC PS Centre). (2019). *Supervision for the delivery of mental health psychosocial support in emergency humanitarian settings*. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. Retrieved September 4, 2024, from <https://pscentre.org/resource/a-desk-review-report/#:~:text=Supervision%20is%20an%20essential%20component,and%20For%20inadequate%20MHPSS%20supervision>
- [6] Papadopoulos, R. K. (Ed.) (2019). *Psychosocial dimensions of the refugee condition – Synergic approach*. Athens: Babel Day Centre (Syn-Eirmos NGO of Social Solidarity) and Centre for Trauma, Asylum and Refugees (University of Essex).
- [7] Schön, D. (1992). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315237473>
- [8] Bassot, B. (2013). *The reflective journal*. Basingstoke: Palgrave.
- [9] Grant, L., & Kinman, G. (2020). *The Social Work Organisational Resilience Diagnostic (SWORD) tool and workbook*. Manual. Research in Practice, Devon, UK. Retrieved July 18, 2024 from <https://sword.researchinpractice.org.uk/media/xobpd3eq/sword-tool-workbook-2nd-edition-2021.pdf>
- [10] Sponsor Refugees. (n.d.). *Defining boundaries: A guide for community sponsorship groups*. Citizens UK Foundation for Community Sponsorship of Refugees. Retrieved July 31, 2024, from https://citizensuk.contentfiles.net/media/documents/Managing_Boundaries_Workbook.pdf



Co-funded by
the European Union



Funded by the European Union.

Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

This work is licensed under a

[Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) (CC-BY-NC 4.0).

Repository

Module 4. Self-Care and Staff Wellbeing

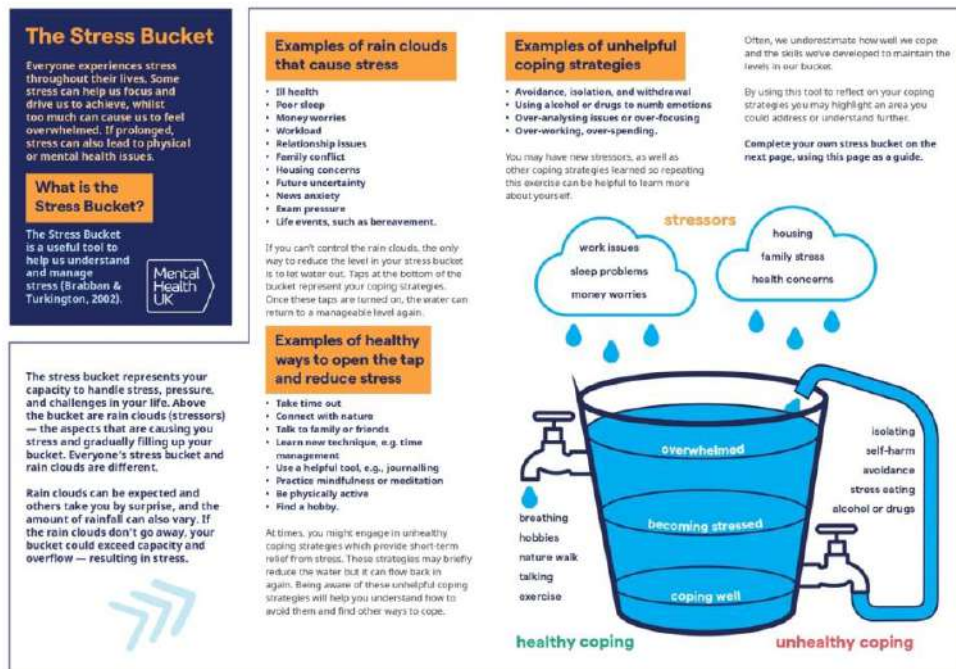
The information provided hereafter is supplementary and not part of the core material of this Module.

However, learners seeking a more thorough understanding of the subject matter are strongly advised to review this document in addition to the main curriculum.

Unit: 4.1 Effects Among Professionals and Volunteers Working in the Context of Migration

Handout 1. “The Stress Bucket”

The Stress Bucket is a visual tool that illustrates how various stressors (represented as rain clouds) accumulate in an individual's bucket. If these stressors aren't managed through healthy coping mechanisms (depicted as taps at the bottom of the bucket), the bucket can overflow, leading to emotional distress.



Note: Sourced from [Mental Health UK](#). The full handout is available as a standalone .pdf resource in the Repository under the title 4_4.1 – Handout 1. “The Stress Bucket”.

Handout 2: “The ABC of Addressing Vicarious Trauma”

The ABC of Addressing Vicarious Trauma handout provides a practical framework for professionals and volunteers to recognize and mitigate the effects of vicarious trauma. It emphasizes three key strategies:

- (i) Awareness of personal trauma histories,
- (ii) Balance through self-care practices, and
- (iii) Connection through supportive relationships.



Handout 6: ABCs of Addressing Compassion Fatigue

Directions. This activity has two parts. In the [Part 1](#) you will engage in a self-assessment to determine how well you engage in the ABCs (Awareness, Balance, and Connection) of mitigating compassion fatigue. In the [second part](#), you will identify one strategy focused to help you build awareness, balance and connection.

This document was adapted from Saakvitne, K. & Pearlman, L. (1996). [*Transforming the Pain: A Workbook on Vicarious Traumatization for Helping Professionals who Work with Traumatized Clients*](#). New York, New York: W.W. Norton and Company. Retrieved from (<https://4.files.edl.io/0d8f/06/25/18/182950-e99322a0-a293-4bab-9821-c2522b697049.pdf>)

Part 1.

Take the Self-Assessment. Determine whether or not you engage in the following approaches for Awareness, Balance and Connection

Note: Sourced from [Minnesota Department of Education](#). The full handout is available as a standalone .pdf resource in the Repository under the title **4_4.1 – Handout 2. “The ABC of Addressing Vicarious Trauma”**.

Unit: 4.2 Self-Care

Handout 1. “Professional Quality of Life Scale (ProQOL), Version 5”

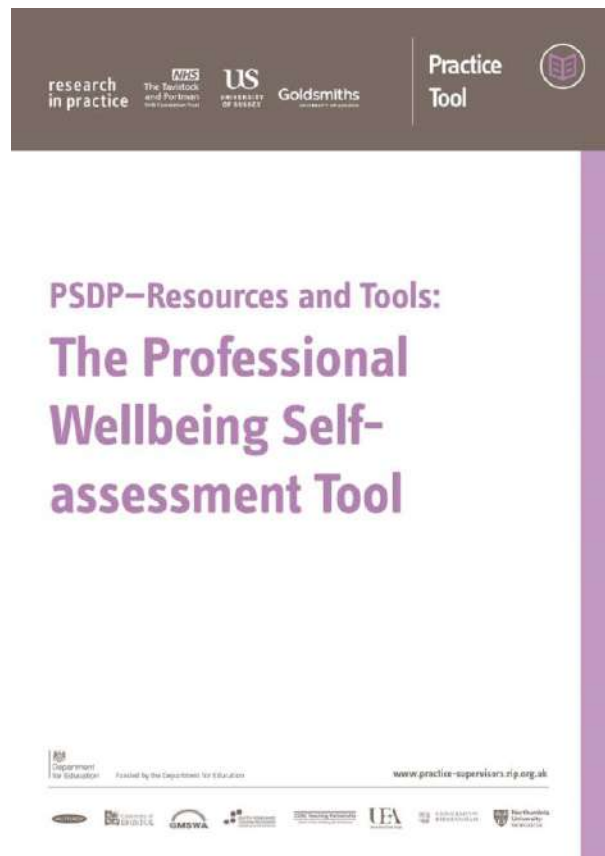
The Professional Quality of Life Scale (ProQOL), Version 5 is a comprehensive tool designed to measure the positive and negative emotional effects of working in helping professions, particularly those who support individuals affected by trauma. It consists of 30 items that assess three key components: Compassion Satisfaction, which refers to the pleasure and fulfillment derived from helping others; Burnout, which measures feelings of emotional exhaustion and the depletion of personal resources; and Secondary Traumatic Stress (STS), which reflects the emotional toll caused by exposure to others’ trauma. The ProQOL is widely used by professionals in fields like counseling, healthcare, social work, and emergency response to assess their well-being and guide interventions to prevent or mitigate negative effects of their work.

PROFESSIONAL QUALITY OF LIFE SCALE (PROQOL)					
COMPASSION SATISFACTION AND COMPASSION FATIGUE (PROQOL) VERSION 5 (2009)					
When you [help] people you have direct contact with their lives. As you may have found, your compassion for those you [help] can affect you in positive and negative ways. Below are some questions about your experiences, both positive and negative, as a [helper]. Consider each of the following questions about you and your current work situation. Select the number that honestly reflects how frequently you experienced these things in the <i>last 30 days</i> .					
1=Never	2=Rarely	3=Sometimes	4=Often	5=Very Often	
1.					I am happy.
2.					I am preoccupied with more than one person I [help].
3.					I get satisfaction from being able to [help] people.
4.					I feel connected to others.
5.					I jump or am startled by unexpected sounds.
6.					I feel invigorated after working with those I [help].
7.					I find it difficult to separate my personal life from my life as a [helper].
8.					I am not as productive at work because I am losing sleep over traumatic experiences of a person I [help].
9.					I think that I might have been affected by the traumatic stress of those I [help].
10.					I feel trapped by my job as a [helper].
11.					Because of my [helping], I have felt "on edge" about various things.
12.					I like my work as a [helper].
13.					I feel depressed because of the traumatic experiences of the people I [help].
14.					I feel as though I am experiencing the trauma of someone I have [helped].
15.					I have beliefs that sustain me.
16.					I am pleased with how I am able to keep up with [helping] techniques and protocols.
17.					I am the person I always wanted to be.
18.					My work makes me feel satisfied.
19.					I feel worn out because of my work as a [helper].
20.					I have happy thoughts and feelings about those I [help] and how I could help them.
21.					I feel overwhelmed because my case [work] load seems endless.
22.					I believe I can make a difference through my work.
23.					I avoid certain activities or situations because they remind me of frightening experiences of the people I [help].
24.					I am proud of what I can do to [help].
25.					As a result of my [helping], I have intrusive, frightening thoughts.
26.					I feel "bogged down" by the system.
27.					I have thoughts that I am a "success" as a [helper].
28.					I can't recall important parts of my work with trauma victims.
29.					I am a very caring person.
30.					I am happy that I chose to do this work.

Note: The Professional Quality of Life Scale (ProQOL), Version 5 is provided by B. Hudnall Stamm (2009-2012) and is available at ProQOL.org. The full handout and instructions for scoring are available as a standalone .pdf resource in the Repository under the title **4_4.2 – Handout 1. “Professional Quality of Life Scale (ProQOL), Version 5”**.

Handout 2. “The Professional Wellbeing Self-Assessment Tool”

The Professional Wellbeing Self-Assessment Tool is a reflective resource designed to help professionals evaluate their own wellbeing across seven key dimensions: Perspective, Self-management, Professional Development, Supports, Workload, Balance, and Values. Developed by Vicki Hirst and Rosemary Nash, experienced professional supervisors from Aotearoa New Zealand, the tool aims to identify areas of strength and those requiring attention to promote resilience and prevent burnout. It begins with a 35-question self-assessment, where individuals rate their satisfaction in each area on a scale from 1 to 5. The results are then plotted to create a visual ‘professional wellbeing map’, facilitating a comprehensive overview of one’s current state. This map serves as a foundation for further reflection through guided questions, ultimately leading to the development of a personalized wellbeing plan with actionable goals and review timelines. The tool is particularly beneficial when used in supervision contexts, encouraging ongoing dialogue and support between supervisees and supervisors.



Note: Sourced from the [Practice Supervisor Development Programme \(PSDP\)](https://www.practice-supervisors.rlp.org.uk/), funded by the Department for Education (UK). The full handout is available as a standalone .pdf resource in the Repository under the title **4_4.2 – Handout 2. “The Professional Wellbeing Self-Assessment Tool”**.

Handout 3. “Additional Tools and Resources for Self-Care”

Two self-tests based on the work of German psychologist, psychotherapist, and author, Gert Kaluza

The first self-test in this section allows you to check your current stress level by giving yourself a score on a range of physical, emotional, mental, and behavioral warning signals.

The second checklist shows you how many stress-reinforcing thoughts you have regularly. This test allows you to rate your responses on scales that indicate self-beliefs or internal messages that reinforce stress. You can then address these individually to reduce their stress-reinforcing effects.

- ♦ First self-test: How stressed are you? Write your scores in the right hand column.

Stress Warning Signals	Strong	Light	Little/Few	Your Score
Physical Warning Signals				
Heart palpitations / stabbing pains	2	1	0	
Constricted feeling in the chest	2	1	0	
Breathing problems	2	1	0	
Trouble falling asleep	2	1	0	
Trouble sleeping through the night	2	1	0	
Chronic tiredness	2	1	0	
Digestive problems	2	1	0	
Stomach ache	2	1	0	
Loss of appetite	2	1	0	
Sexual dysfunction	2	1	0	
Muscular tension	2	1	0	
Headache	2	1	0	
Backache	2	1	0	
Cold hands / feet	2	1	0	
Sweating profusely	2	1	0	
Emotional Warning Signals				
Nervousness, internal restlessness	2	1	0	
Irritability, feeling annoyed	2	1	0	
Anxiety, fear of failure	2	1	0	
Discontent	2	1	0	
Emotional imbalance	2	1	0	
Internal emptiness (‘burnt out’ feeling)	2	1	0	
Mental Warning Signals				
Repetitive thoughts	2	1	0	

Lack of concentration	2	1	0	
Empty mind ('vaguating out')	2	1	0	
Daydreams	2	1	0	
Nightmares	2	1	0	
Reduced performance / frequent mistakes	2	1	0	
Behavioral Warning Signals				
Aggressive behavior	2	1	0	
Drumming fingers, shuffling feet	2	1	0	
Clenched teeth / teeth grinding	2	1	0	
Rapid speech / stutter	2	1	0	
Interrupting others, not listening	2	1	0	
Irregular meals	2	1	0	
Consuming alcohol / prescription drugs	2	1	0	
Letting private social relationships slip	2	1	0	
Smoking more than wanted	2	1	0	
Less exercise than wanted	2	1	0	
Add all points to determine your total score:				

Evaluation: How stressed are you?

0-10 points

You can be pleased. You have good resilience, you are ready to fight off stress.

11-20 points

You have already entered the downward spiral of stress. Familiarise yourself with relaxation, self-management, and time management.

21 points and more

Take yourself and your body seriously! Your body is putting a gun to your head. Make sure you're achieving balance, relaxation, and are taking more breaks. Otherwise you are at risk of your stress symptoms becoming chronic!

Note down your own reflections on the test:

.....

.....

.....

.....

.....

◆ Second self-test: Checklist of Stress-Reinforcing Thoughts

How familiar are the following thoughts to you?		Very	Somewhat	Not at all
1.	I prefer doing everything myself.	2	1	0
2.	I won't last the distance.	2	1	0
3.	It's awful if something doesn't go according to plan.	2	1	0
4.	I will fail.	2	1	0
5.	I will never make it.	2	1	0
6.	It's not acceptable if I can't manage to complete a task or don't keep an appointment.	2	1	0
7.	I just can't stand this pressure (or fear, or pain etc.).	2	1	0
8.	I always have to be available for my work.	2	1	0
9.	Problems and difficulties are just terrible.	2	1	0
10.	It's important that I keep everything under control.	2	1	0
11.	I don't want to disappoint the others.	2	1	0
12.	There's nothing worse than making mistakes.	2	1	0
13.	I must be 100% reliable.	2	1	0
14.	It's terrible when others are angry with me.	2	1	0
15.	Strong people don't need help.	2	1	0
16.	I want to get on with well with everyone.			
17.	It's awful when others criticise me.	2	1	0
18.	If I relied on others, I'd be lost.	2	1	0
19.	It's important that everyone likes me.	2	1	0
20.	When I have to make a decision, I must be 100% sure about it.	2	1	0
21.	I'm constantly thinking about what might go wrong.	2	1	0
22.	Without me, it's impossible.	2	1	0
23.	I have to get everything right all the time.			
24.	Having to rely on others is terrible.	2	1	0
25.	It's absolutely terrifying if I don't know what's coming.	2	1	0

Evaluation: Your stress-reinforcing profile

	Instructions	Value
1.	Add your points for thoughts 6, 8, 12, 13, and 23	Value 1:
2.	Add your points for thoughts 11, 14, 17, 17, and 19	Value 2:
3.	Add your points for thoughts 1, 15, 18, 22, and 24	Value 3:
4.	Add your points for thoughts 3, 10, 20, 21, and 25	Value 4:
5.	Add your points for thoughts 2, 4, 5, 7, and 9	Value 5:

Now transfer these values into a bar graph like this:

Statement											Value
I can't!											(insert value 1, example: 5)
Be careful!											(insert value 2)
Be strong!											(insert value 3)
Be popular!											(insert value 4)
Be perfect!											(insert value 5)
Score	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

You can see that unrealistic expectations and perfectionist thought pattern on the one hand, and irrational fears on the other, play an important role in reinforcing external stressors.

The first step towards coping with daily stressors better and avoiding these self-reinforcing patterns is to try and determine exactly which situations you experience as stressful and to then observe what happens to you in these situations. During the coming days, try to observe yourself at times of stress.

Note down your own reflections on the test:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Unit: 4.3 Staff Care

Handout 1. “Low Impact Debriefing”

The Low Impact Debriefing handout outlines a trauma-informed approach to sharing and processing distressing experiences in professional settings. It introduces a four-step strategy (Self-Awareness, Fair Warning, Consent, and Limited Disclosure) designed to minimize secondary trauma exposure, prevent “sliming”, and promote respectful communication among colleagues.



tend.

Low Impact Debriefing

* AKA Low Impact Processing or Low Impact Disclosure *

- How do you debrief when you have seen or heard disturbing things?
- Do your colleagues share all the gory details with you over lunch?
- Have you ever attended a training that felt more traumatizing than informative?

What is it?
Low Impact Debriefing (LID) is a trauma-informed technique for sharing and processing the difficult stories and images that we encounter in our work.

Contagion
Helping professionals can unwittingly spread secondary trauma among their colleagues, family, and friends. Some helpers believe that sharing the “gory details” is a normal part of their work. And others may be so desensitized to trauma work that they forget that ordinary citizens may be horrified or shocked by our stories. These reactions are normal and common. An important part of LID is to stop the contagion effect. We can do this by removing unnecessary details of traumatic events. This reduces the cumulative exposure to traumatic information while ensuring that we can safely reach out to others.

What is “Sliming”?
After a hard day, it is normal to want to talk to someone to help alleviate the burden of what you have experienced. However, if not done properly, this can leave the person on the receiving end feeling as though they now carry the weight of this - traumatic information too. The term “sliming” describes the feeling of receiving or witnessing unnecessary traumatic content without warning or permission. Sliming can be contagious.

Two Types of Debriefing

1 THE FORMAL DEBRIEF
The formal debrief happens in a structured, scheduled way. Peer consultation, supervision, and Critical Incident Stress Debriefing (CISD) are types of formal debriefs. Research has shown that mandatory debriefing done in large groups may increase levels of psychological distress for some participants*. Psychological First Aid and other approaches can be used to help build communities of practice for safe, formal debriefing.

2 THE INFORMAL DEBRIEF
The informal debrief happens in a casual, ad hoc way. Spontaneous conversations that happen in a colleague’s office or during the drive home are types of informal debriefs. Helpers who have been exposed to traumatic events need to debrief right away and cannot wait for a scheduled supervision meeting. Informal debriefs can be harmful when the listener feels as though they have been “slimed,” rather than participating in a safe debriefing process. LID outlines four steps you can use to protect your colleagues, friends, family, and yourself.

* Blass, E.C., Blass, J., Chertoff, R., & Weisely, S. (2002). Psychological debriefing for preventing post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2. <https://doi.org/10.1002/14651958.0200000468>

tend. www.tendtookit.com | © TEND ACADEMY LTD 2023

Note: Sourced from [TEND Academy](https://www.tendtookit.com). The full handout is available as a standalone .pdf resource in the Repository under the title **4_4.3 – Handout 1. “Low Impact Debriefing”**.



Co-funded by
the European Union



Funded by the European Union.

Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

This work is licensed under a

[Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) (CC-BY-NC 4.0).

Glossary

acculturation

Term first introduced in: **Module 1 pg. 48**

The dual process of cultural and psychological change that takes place as a result of contact between two or more cultural groups and their individual members. At the group level, it involves changes in social structures and institutions and in cultural practices. At the individual level, it involves changes in a person's behavioral repertoire.

Source: Berry, J. W. (2005). Acculturation: Living successfully in two cultures. *International Journal of Intercultural Relations*, 29(6), 697–712. <https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2005.07.013>

The processes by which groups or individuals adjust the social and cultural values, ideas, beliefs, and behavioral patterns of their culture of origin to those of a different culture. **Psychological acculturation** is an individual's attitudinal and behavioral adjustment to another culture, which typically varies with regard to degree and type.

Source: American Psychological Association. (n.d.). Acculturation. *APA Dictionary*. Retrieved April 11, 2025, from <https://dictionary.apa.org/acculturation>

acculturative stress

Term first introduced in: **Module 1 pg. 42**

The psychological impact of adapting to a new cultural environment. It encompasses the challenges and pressures that individuals face during the process of acculturation, which can lead to significant stress and affect their mental health and well-being.

Source: Sluzki, C. E. (2010). Psychologische Phasen der Migration und ihrer Auswirkungen. In T. Hegemann & R. Salman (Eds.), *Handbuch Transkulturelle Psychiatrie* (pp. 108-123). Psychiatrie Verlag; Machleidt, M. (2013). *Migration, Kultur und psychische Gesundheit. Dem Fremden begegnen* (1st ed.). W. Kohlhammer GmbH.

See definition of “stress” in this glossary.

adversity-activated development (AAD)

Term first introduced in: **Module 1 pg. 32**

The newly developed positive characteristics, skills, and habits that arise after enduring highly challenging or adverse life circumstances.

Source: Papadopoulos, R. K. (2007). Refugees, trauma and adversity-activated development. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 9(3), 301–312. <https://doi.org/10.1080/13642530701496930>

biopsychosocial model

Term first introduced in: **Module 1 pg. 54**

An approach to understanding mental and physical health through a multi-systems lens, taking into consideration the influence of biology, psychology, and the social environment. A biopsychosocial approach to healthcare acknowledges that these systems overlap and interact to impact each individual's

well-being and risk for illness, and that understanding these systems can lead to more effective treatment. It also recognizes the importance of patient self-awareness, relationships with providers in the healthcare system, and individual life context. Dr. George Engel and Dr. John Romano developed this model in the 1970s, but the concept has existed in medicine for centuries.

Source: Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>

children

Term first introduced in: **Module 3 pg. 51**

Every human being below the age of 18 years, unless under the law applicable to the child, majority is attained earlier.

Source: UNHCR (2024). *Refugee children and youth*. <https://www.unhcr.org/handbooks/ih/age-gender-diversity/refugee-children-and-youth>

coping skills (or coping strategies)

Term first introduced in: **Module 4 pg. 6**

An action, a series of actions, or a thought process used in meeting a stressful or unpleasant situation or in modifying one's reaction to such a situation. Coping strategies typically involve a conscious and direct approach to problems, in contrast to defense mechanisms.

Source: American Psychological Association. (n.d.). Coping strategy. *APA Dictionary*. Retrieved April 11, 2025, from <https://dictionary.apa.org/coping-strategy>

crisis

Term first introduced in: **Module 2 pg. 48**

An unstable condition involving an impending abrupt or significant change that requires urgent attention and action to protect life, assets, property or the environment.

Source: World Health Organization. (2020, April 9). *Glossary of health emergency and disaster risk management terminology*. <https://www.who.int/publications/i/item/glossary-of-health-emergency-and-disaster-risk-management-terminology>

cultural awareness

Term first introduced in: **Module 3 pg. 16**

The ability to recognize, understand, and respect the differences and similarities between cultures. It involves considering cultural factors, such as values, beliefs, customs, and behaviors, to improve communication and build meaningful relationships across diverse cultural groups. This awareness is essential in fostering inclusive practices, especially in healthcare settings, where it can enhance service delivery and patient care.

Source: Gilbert, J., Goode, T. D., & Dunne, C. (2007). Cultural awareness. *National Center for Cultural Competence, Georgetown University Center for Child and Human Development*.

cultural competence

Term first introduced in: **Module 3 pg. 16**

The ability to collaborate effectively with individuals from different cultures in personal and professional settings. This usually involves a recognition of the diversity both between and within cultures, a capacity for cultural self-assessment, and a willingness to adapt personal behaviors and practices. Cultural competence, also known as intercultural competence, has become a central concept in business, education, health care, government, and many other areas.

Source: American Psychological Association. (n.d.). Cultural competence. *APA Dictionary*. Retrieved April 11, 2025, from <https://dictionary.apa.org/cultural-competence>

cultural concepts of distress

Term first introduced in: **Module 2 pg. 11**

The ways in which different cultural groups experience, understand, and communicate suffering, behavioral problems, or troubling thoughts and emotions.

Source: American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

cultural curiosity

Term first introduced in: **Module 3 pg. 11**

The genuine desire to explore, learn, and appreciate the customs, traditions, languages, and perspectives of cultures different from our own. It involves recognizing the beauty in our differences and finding common ground amid the rich tapestry of humanity.

Source: Culture Encounters. (n.d.). *Cultivating cultural curiosity*. Retrieved April 13, 2025, from <https://cultureencounters.org/cultivating-cultural-curiosity>

cultural essentialism

Term first introduced in: **Module 2 pg. 18**

The belief that individuals within a particular cultural or social group share a set of inherent and unchanging traits. This perspective views cultural traits as fixed and natural, attributing specific qualities to all members of a group based on their shared heritage or background. It simplifies identities by attributing fixed characteristics to all members of a group, often overlooking diversity within that group.

Source: adapted from Haslam, N., Bastian, B., & Kuppens, P. (2006). The social psychology of essentialism. *Personality and Social Psychology Review*, 10(2), 1–18. https://doi.org/10.1207/s15327957pspr1002_1

cultural formulation interview (CFI)

Term first introduced in: **Module 2 pg. 12**

Instrument developed in the DSM-5 to help clinicians understand a patient's cultural context, including how cultural factors influence their health beliefs, behaviors, and treatment expectations. It involves 16 open-ended questions across four domains, guiding clinicians to gather culturally relevant information that can enhance diagnosis and treatment planning.

Source: Lewis-Fernández, R., Aggarwal, N. K., Hinton, L., Hinton, D. E., Kirmayer, L. J., & López, S. R. (2016). *DSM-5 handbook on the cultural formulation interview*. American Psychiatric Publishing.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

cultural integration

Term first introduced in: **Module 1 pg. 40**

See definition of “*integration*” in this glossary.

cultural mediator

Term first introduced in:

Module 3 pg. 29 (version for interpreters and cultural mediators)
Module 3 pg. 28 (version for other profiles)

A professional who facilitates communication (including interpretation) between people speaking different languages and coming from different cultural backgrounds.

Note:

1. Cultural mediators provide information on different sets of value, orientations to life, beliefs, assumptions, and socio-cultural conventions by clarifying culture-specific expressions and concepts that might give rise to misunderstanding.
2. The terms cultural mediator and intercultural mediator are used differently in EU Member States and different standards apply.
3. Cultural mediator should not be confused with the term **interpreter**, as intercultural mediation is a much wider and a more enriched means of communicating messages from sender to receiver than interpreting. For more information, see also the entry of interpreter.

Source: European Commission. (n.d.). *Cultural mediator*. European Migration Network Glossary. Retrieved April 11, 2025, from https://home-affairs.ec.europa.eu/networks/european-migration-network-emn/emn-asylum-and-migration-glossary/glossary/cultural-mediator_en

culture

Term first introduced in: **Module 1 pg. 7**

Values, beliefs, language, rituals, traditions, and other behaviors that are passed from one generation to another within any social group. Broad definitions include any socially definable group with its own set of values, behaviors, and beliefs. Accordingly, cultural groups could include groups based on shared identities such as ethnicity (e.g., German American, Blackfoot, Algerian American), gender (e.g., women, men, transgender, gender-nonconforming), sexual orientation (e.g., gay, lesbian, bisexual), and socioeconomic class (e.g., poor, working class, middle class, wealthy).

Source: American Psychological Association. (n.d.). *Culture*. *APA Dictionary*. Retrieved April 11, 2025, from <https://dictionary.apa.org/culture>

System of shared beliefs, symbols, behaviors, values, and customs that members of a society use to make sense of their world and interact with each other. These elements are passed down through generations, helping to create a distinct and cohesive community identity. People from a common culture often feel a sense of belongingness with each other while also feeling different from other groups.

Source: International Organization for Migration. (2022). *Manual on community-based mental health and psychosocial support in emergencies and displacement* (2nd ed.). IOM. <https://doi.org/10.18356/9789210562954>

diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5) Term first introduced in: **Module 1 pg. 54**

A comprehensive guide (5th edition) published by the American Psychiatric Association that provides standardized criteria for diagnosing mental disorders, including descriptions, symptoms, and diagnostic features. It is used by clinicians and researchers to ensure consistent and accurate diagnoses across various mental health conditions.

Source: American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing. <https://doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>

displaced minor(s) Term first introduced in: **Module 3 pg. 50**

A child or adolescent who has been forced to leave their home due to conflict, disaster, or crisis. They may be unaccompanied or separated from their family, facing significant vulnerability and hardship.

See “unaccompanied and separated children”, “displacement” and “children” in this glossary.

Source: International Organization for Migration. (n.d.). *Key Migration Terms*. International Organization for Migration. Retrieved April 13, 2025, from <https://www.iom.int/key-migration-terms>

displacement Term first introduced in: **Module 1 pg. 13**

The movement of persons who have been forced or obliged to flee or to leave their homes or places of habitual residence, in particular as a result of or in order to avoid the effects of armed conflict, situations of generalized violence, violations of human rights or natural or human-made disasters.

Source: International Organization for Migration. (n.d.). *Key migration terms*. International Organization for Migration. Retrieved April 11, 2025, from <https://www.iom.int/key-migration-terms>

ecological systems theory (EST) / socio-ecological model (SEM) Term first introduced in: **Module 1 pg. 26**

A theoretical framework developed by Urie Bronfenbrenner in 1979, emphasizing that human development is influenced by various environmental systems surrounding an individual. These systems range from immediate, direct settings like family and school (microsystem) to broader societal and cultural contexts (macrosystem). The **Socio-Ecological Model (SEM)** builds upon this framework by exploring how individuals interact with dynamic social systems throughout their lives, highlighting the reciprocal relationship between personal and environmental factors. At its core, it suggests that individual behavior is shaped by a complex network of influences – spanning intrapersonal, interpersonal, institutional, community, and public policy factors.

Source: Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32(7), 513–531. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.32.7.513>

empathic communication coding system (ECCS) Term first introduced in: **Module 3 pg. 5**

A validated instrument developed by Carma Bylund and Gregory Makoul in 2002 to assess empathic communication in professional-client encounters. It identifies and categorizes client statements that

express emotions, progress, or challenges, and evaluates clinicians' responses to these empathic opportunities.

Source: Bylund, C. L., & Makoul, G. (2002). Empathic communication and gender in the physician-patient encounter. *Patient Education and Counseling*, 48(3), 207-216. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(02\)00173-8](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(02)00173-8)

empathy

Term first introduced in: **Module 3 pg. 4**

Understanding a person from their frame of reference rather than one's own, or vicariously experiencing that person's feelings, perceptions, and thoughts. Empathy does not, of itself, entail motivation to be of assistance, although it may turn into **sympathy** or personal distress, which may result in action. In psychotherapy, therapist empathy for the client can be a path to comprehension of the client's cognitions, affects, motivations, or behaviors.

Source: American Psychological Association, (n.d.). Empathy. *APA Dictionary*. Retrieved April 11, 2025, from <https://dictionary.apa.org/empathy>

explanatory model (EM)

Term first introduced in: **Module 2 pg. 12**

In the explanatory model, clinicians ask the patient the questions **-What, Why, How, and Who** to address cultural differences and consider how a person with a different cultural background understands and feels mental health challenges while maintaining a common purpose: therapy.

Source: Kirmayer, L.J. and Bhugra, D. (2009). Culture and mental illness: social context and explanatory models. In I.M. Salloum and J.E. Mezzich (Eds.), *Psychiatric diagnosis: Patterns and Prospects* (pp.29-37). New York: John Wiley & Sons.; Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley, CA: University of California Press.

functional adaptation

Term first introduced in: **Module 1 pg. 40**

The process through which individuals adjust to and manage the challenges posed by their new environment, particularly regarding psychological and social functioning. This adaptation includes learning how to navigate the host society's social norms, laws, and cultural practices, while maintaining the ability to cope with the stressors of migration.

Source: Sluzki, C.E. (2010). Psychologische Phasen der Migration und ihrer Auswirkungen. In T. Hegemann & R. Salman (Hrsg.), *Handbuch Transkulturelle Psychiatrie* (S. 108-123). Berlin: Psychiatrie Verlag.

health

Term first introduced in: **Module 1 pg. 21**

A state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.

Source: World Health Organization. (1946). *Constitution of the World Health Organization* (adopted 22 July 1946, entered into force 7 April 1948), 14 UNTS 185, Preamble.

IASC MHPSS Intervention Pyramid

Term first introduced in: **Module 3 pg. 45**

A framework developed in 2007 by the Inter-Agency Standing Committee (IASC), a UN-established body for coordinating humanitarian response. It guides the provision of mental health and psychosocial support (MHPSS) in emergency settings through a tiered system of care. The pyramid consists of four levels of intervention: (1) basic services and security, (2) community and family supports, (3) focused, non-specialized supports, and (4) specialized services, including psychiatric care. It emphasizes starting with broad, population-level strategies and progressing to targeted, individual support for those with more severe mental health needs.

Source: Inter-Agency Standing Committee (IASC). (2007). *IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings*. Retrieved from <https://interagencystandingcommittee.org/iasc-guidelines-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings-2007>

idioms of distress

Term first introduced in: **Module 2 pg. 13**

Specific expressions of psychological distress, which may not refer to specific symptoms or syndromes, but rather reflect a collective and shared understanding of personal distress.

Source: Von Lersner., U., & Kizilhan, J. I. (2017). *Kultursensitive Psychotherapie*. Hogrefe Verlag.

interdisciplinary collaboration

Term first introduced in: **Module 3 pg. 43**

The cooperation of professionals from different disciplines to achieve common objectives, often in complex contexts like healthcare, humanitarian work, or research. This approach ensures the integration of diverse expertise, which enhances problem-solving, decision-making, and overall effectiveness in meeting the needs of individuals or communities.

Interdisciplinary approach is defined by the APA as a manner of dealing with psychological, medical, or other scientific questions in which individuals from different disciplines or professions collaborate to obtain a more thorough, detailed understanding of the nature of the questions and consequently develop more comprehensive answers. For example, an interdisciplinary approach to the treatment or rehabilitation of an individual who is ill, disabled, or experiencing distress or pain uses the talents and experiences of therapists from a number of appropriate medical and psychological specialties.

Source: American Psychological Association, (n.d.). Interdisciplinary approach. *APA Dictionary*. Retrieved April 11, 2025, <https://dictionary.apa.org/interdisciplinary-approach>

international statistical classification of diseases and related health problems (ICD-11)

Term first introduced in: **Module 1 pg. 54**

A standardized classification system (11th edition) developed by the World Health Organization (WHO) for coding diseases and health conditions. The purpose of the ICD is to permit the systematic recording

analysis, interpretation and comparison of mortality and morbidity data collected in different countries or areas and at different times. The ICD is used to translate diagnoses of diseases and other health problems from words into an alphanumeric code, which permits easy storage, retrieval, and analysis of the data. In practice, the ICD has become the international standard diagnostic classification for all general epidemiological and many health management purposes and is widely used across European contexts.

Source: World Health Organization. (2016). *International statistical classification of diseases and related health problems* (10th ed.). World Health Organization. <https://icd.who.int/browse10/2016/en>

interpreter

Term first introduced in: **Module 3 pg. 29** (version for interpreters and cultural mediators) / **pg. 28** (version for other profiles)

A professional who is expected to convert oral communication from a source language (language/s of the country of origin of a migrant) to a target language (language of the host country) and vice versa to ensure appropriate communication between migrants and staff of public authorities in particular who do not speak the same language.

Note: The role of interpreters in asylum and migration procedures is expected to provide accurate and complete message transfer into the target language and vice versa preserving the content and intent of the source message without omission or distortion.

Source: European Commission. (2024, April 29). *EMN Asylum and Migration Glossary*. Directorate-General for Migration and Home Affairs https://home-affairs.ec.europa.eu/networks/european-migration-network-emn/emn-asylum-and-migration-glossary_en

Intersectionality

Term first introduced in: **Module 2 pg. 23**

A concept first introduced by Professor Kimberlé Crenshaw in 1989, which acknowledges that individuals experience oppression and discrimination in distinct and complex ways due to the intersection of multiple social identities. For example, a middle-aged white woman from a disadvantaged background may face different forms of marginalization compared to a young Black woman from a privileged socioeconomic status or an older Hispanic man with a disability. Social identity is shaped by a variety of factors, such as gender, race, class, sexual orientation, age, physical ability, and mental health, all of which interact in ways that influence an individual's experiences.

Source: Mental Health Europe. (n.d.). *Intersectionality & mental health: Embracing diversity*. Retrieved April 13, 2025, from <https://www.mentalhealtheurope.org/what-we-do/intersectionality/>

involuntary dislocation

Term first introduced in: **Module 1 pg. 14**

A concept first introduced by Professor Renos K. Papadopoulos which refers to two distinct but interrelated facets or moments of dislocation: (a) the experience in which a person, family, or community no longer feels 'at home' in their own home – this represents a specific form of dislocation, a loss of the sense of belonging within one's own environment; and (b) the subsequent movement away (primarily

physical and geographical, but also psychological, cultural, and social) from the space that has lost its feeling of home.

Source: Papadopoulos, R. K. (2021). *Involuntary Dislocation. Home, Trauma, Resilience and Adversity-Activated Development* (p. 39). London: Routledge.

language barriers

Term first introduced in: **Module 3 pg. 28**

The challenges in communication that arise when individuals or groups do not share a common language or have limited proficiency in each other's language. These barriers can impede access to essential services, including healthcare, education, and social support, leading to misunderstandings, reduced quality of care, and social exclusion.

Source: European Commission. (2024). *The language barrier: the invisible yet critical cross-border obstacle*. Retrieved April 13, 2025, from <https://futurium.ec.europa.eu/en/border-focal-point-network/library/language-barrier-invisible-yet-critical-cross-border-obstacle>

mental disorder

Term first introduced in: **Module 1 pg. 55**

A clinically significant disturbance in an individual's cognition, emotional regulation, or behavior. It is usually associated with distress or impairment in important areas of functioning. Mental disorders may also be referred to as mental health conditions. The latter is a broader term covering mental disorders, psychosocial disabilities, and (other) mental states associated with significant distress, impairment in functioning, or risk of self-harm.

Source: World Health Organization (2022). *Mental disorders – key facts*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

mental health

Term first introduced in: **Module 1 pg. 4**

A state of mental well-being that enables people to cope with the stresses of life, realize their abilities, learn well and work well, and contribute to their community.

Source: World Health Organization. (2022, June 17). *Mental health – strengthening our response*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

mental health inequities

Term first introduced in: **Module 1 pg. 17**

The unequal distribution of opportunities for individuals to lead a flourishing life and enjoy good health, both between and within societies. These disparities are influenced by factors such as socioeconomic status, access to healthcare, and social determinants of health.

Source: World Health Organization. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health*. WHO Document WHO-IER-CSDH-08.1. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>

mental health and psychosocial support (MHPSS)

Term first introduced in: **Module 1 pg. 6**

A term used to describe any type of local or outside support that aims to protect or promote psychosocial well-being and/or prevent or treat mental disorders. The term ‘psychosocial’ denotes the inter-connection between psychological and social processes and the fact that each continually interacts with and influences the other.

Source: Inter-Agency Standing Committee (IASC). (2010). IASC Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings, *Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Emergencies: What Should Humanitarian Health Actors Know?*

migrant

Term first introduced in: **Module 1 pg. 9**

An umbrella term, not defined under international law, reflecting the common lay understanding of a person who moves away from their place of usual residence, whether within a country or across an international border, temporarily or permanently, and for a variety of reasons. The term includes a number of well-defined legal categories of people, such as migrant workers; persons whose particular types of movements are legally defined, such as smuggled migrants; as well as those whose status or means of movement are not specifically defined under international law, such as international students.

Note: At the international level, no universally accepted definition for “migrant” exists. The present definition was developed by IOM for its own purposes and it is not meant to imply or create any new legal category.

Source: International Organization for Migration. (2019). *International migration law no. 34: Glossary on migration*. International Organization for Migration. <https://publications.iom.int/books/international-migration-law-ndeg34-glossary-migration>

migration

Term first introduced in: **Module 1 pg. 9**

The movement of persons away from their place of usual residence, either across an international border or within a State.

Source: International Organization for Migration. (2019). *International migration law no. 34: Glossary on migration*. International Organization for Migration. <https://publications.iom.int/books/international-migration-law-ndeg34-glossary-migration>

migratory mourning

Term first introduced in: **Module 1 pg. 46**

The psychological and emotional challenges migrants face during the process of migration. Inspired by the mythical journey of the Greek hero Odysseus (Ulysses), this model may help field workers identify specific areas in migrants’ lives that need special attention to promote resilience and prevent severe mental health challenges.

Source: Achotegui, J. (2022). Immigrants living extreme migratory grief: The Ulysses syndrome. *International Journal of Family & Community Medicine*, 6(6), 303–305. <https://doi.org/10.15406/ijfcm.2022.06.00295>

nonverbal communication

Term first introduced in: **Module 3 pg. 7**

The act of conveying information without the use of words. Nonverbal communication occurs through facial expressions, gestures, body language, tone of voice, and other physical indications of mood, attitude, approbation, and so forth, some of which may require knowledge of the culture or subculture to understand.

Source: American Psychological Association, (n.d.). Nonverbal communication. *APA Dictionary*. Retrieved April 11, 2025, from <https://dictionary.apa.org/nonverbal-communication>

non-violent communication (NVC)

Term first introduced in: **Module 3 pg. 11**

A communication process developed by American psychologist and mediator, Marshall B. Rosenberg, designed to resolve conflicts through compassion and understanding. It focuses on creating meaningful connections by fostering empathy, expressing needs, and finding mutually beneficial solutions that address the needs of all parties.

Source: Center for Nonviolent Communication. (n.d.). *What is Nonviolent Communication (NVC)?* Retrieved April 11, 2025, from <https://www.cnvc.org/learn/what-is-nvc>

oversimplification

Term first introduced in: **Module 2 pg. 18**

A process of describing or explaining something in a way that excludes essential details or complexity, resulting in a misleading or inaccurate understanding of the issue. It often occurs when nuanced problems are reduced to simple statements or solutions that do not reflect their true nature.

Source: Cambridge English Dictionary. (n.d.). *Oversimplification*. Retrieved April 11, 2025, from <https://dictionary.cambridge.org/us/dictionary/english/oversimplification>

post-traumatic growth

Term first introduced in: **Module 1 pg. 31**

The positive psychological changes that can occur as individuals struggle with and process highly challenging life events. Among migrants and refugees, it involves a reflective meaning-making process through which individuals reinterpret their traumatic experiences, often leading to strengthened relationships, a deeper appreciation of life, personal resilience, new possibilities, and spiritual or existential growth. This transformation is not the absence of distress but rather a parallel process, where growth arises through the struggle – not despite it.

Source: Chan, K. J., Young, M. Y., & Sharif, N. (2016). Well-being after trauma: A review of posttraumatic growth among refugees. *Canadian Psychology / Psychologie canadienne*, 57(4), 291–299. <https://doi.org/10.1037/cap0000065>

psychosocial well-being

Term first introduced in: **Module 1 pg. 6**

The interplay between individual psychological processes (such as emotions, thoughts, and behaviors) and the broader social environment, including relationships, community, culture, and societal conditions. It

captures how people function emotionally and socially, and how external factors such as displacement, discrimination, or support systems influence their mental health and overall quality of life.

Source: Eiroa-Orosa, F. J. (2020). Understanding psychosocial wellbeing in the context of complex and multidimensional problems. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(16), 5937. <https://doi.org/10.3390/ijerph17165937>

reflective practice

Term first introduced in: **Module 3 pg. 10**

A process through which professionals critically examine and learn from their experiences to deepen understanding, particularly in complex situations. It fosters continuous professional development and improves clinical decision-making through self-awareness and contextual insight.

Source: Prosser, M., Stephenson, T., Mathur, J., Enayati, H., Kadie, A., Abdi, M. M., Handuleh, J. I. M., & Keynejad, R. C. (2021). Reflective practice and transcultural psychiatry peer e-learning between Somaliland and the UK: A qualitative evaluation. *BMC Medical Education*, 21, 58. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02465-y>

refugee

Term first introduced in: **Module 1 pg. 13**

Under international law, the United Nations Convention on the Status of Refugees, 1951, defines a refugee as a person who 'owing to a well-founded fear of being persecuted for reasons of race, religion, nationality, membership of a particular social group or political opinion is outside the country of his nationality and is unable, or owing to such fear, is unwilling to avail himself of the protection of that country; or who, not having a nationality and being outside the country of his former habitual residence, as a result of such events, is unable to or, owing to such fear, is unwilling to return to it' (Article 1 (A)(2)).

Source: United Nations High Commissioner for Refugees. (2011). *Handbook and guidelines on procedures and criteria for determining refugee status under the 1951 Convention and the 1967 Protocol relating to the status of refugees* (HCR/1P/4/ENG/Rev. 3). <https://www.unhcr.org/publications/legal/handbook-and-guidelines-procedures-and-criteria-determining-refugee-status>

A person who, owing to a well-founded fear of persecution for reasons of race, religion, nationality, membership of a particular social group or political opinion, is outside the country of his nationality and is unable or, owing to such fear, is unwilling to avail himself of the protection of that country; or who, not having a nationality and being outside the country of his former habitual residence as a result of such events, is unable or, owing to such fear, is unwilling to return to it.

Source: United Nations. (1951). *Convention relating to the status of refugees* (adopted 28 July 1951, entered into force 22 April 1954), 189 U.N.T.S. 137, Article 1A(2). <https://www.unhcr.org/3b66c2aa10>

resilience

Term first introduced in: **Module 1 pg. 30**

In the context of humanitarian, development, peacebuilding, and security policies and operations, the ability of individuals, households, communities, cities, institutions, systems, and societies to prevent, resist, absorb,

adapt, respond and recover positively, efficiently, and effectively when faced with a wide range of risks, while maintaining an acceptable level of functioning and without compromising long-term prospects for sustainable development, peace and security, human rights, and well-being for all.

Source: United Nations Development Group, & Inter-Agency Standing Committee. (2015). *Joint letter from UNDG and IASC chairs on guiding principles on advancing resilience* (p.3).

https://interagencystandingcommittee.org/system/files/undg-iasc_joint_letter_on_resilience_final.pdf

risk and protective factors

Term first introduced in: **Module 1 pg. 29**

The multiple individual, social, and structural determinants throughout our lives that may combine to protect or undermine our mental health and shift our position on the mental health continuum.

Source: World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>

social determinants of health

Term first introduced in: **Module 1 pg. 18**

The conditions in which people are born, grow, live, work and age and are mostly responsible for health inequities – the unfair and avoidable differences in health status seen within and between countries.

Source: World Health Organization. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>

stigma

Term first introduced in: **Module 2 pg. 7**

The negative attitudes and beliefs directed toward individuals or groups based on certain characteristics, such as mental health conditions. It can manifest in several forms, including self-stigma (internalized negative beliefs), help-seeking stigma (fear of seeking help due to perceived judgment), associative stigma (stigma associated with being connected to a stigmatized individual), public stigma (societal prejudices and discrimination), and anticipated stigma (fear or expectation of being stigmatized).

Source: Crowe, A., Averett, P., Glass, J. S., Dotson-Blake, K. P., Grissom, S. E., Ficken, D. K., & Holmes, J. (2016). Mental health stigma: Personal and cultural impacts on attitudes. *Journal of Counselor Practice*, 7(2), 97–119. <https://doi.org/10.22229/spc801925>

stress

Term first introduced in: **Module 4 pg. 6**

The physiological or psychological response to internal or external stressors. It involves changes affecting nearly every system of the body, influencing how people feel and behave. For example, it may be manifested by palpitations, sweating, dry mouth, shortness of breath, fidgeting, accelerated speech, and the intensification of negative emotions, especially if already present. While stress is often seen in a negative light, optimal levels of stress (also known as ‘eustress’) can enhance performance and motivation, helping individuals manage challenges effectively. However, severe stress is characterized by the General

Adaptation Syndrome (GAS), a three-stage process that describes the body's reaction to stress over time: the alarm stage (the initial "fight or flight" response), the resistance stage (where the body adapts but remains on alert), and the exhaustion stage (where prolonged stress depletes the body's resources, leading to burnout). These mind-body changes contribute to psychological and physiological disorders, negatively impacting both mental and physical health, and reducing overall quality of life.

Source: American Psychological Association, (n.d.). Stress. *APA Dictionary*. Retrieved April 11, 2025, from <https://dictionary.apa.org/stress>

stressor(s)

Term first introduced in: **Module 4 pg. 5**

Any event, force, or condition that results in physical or emotional stress. Stressors may be internal or external forces that require adjustment or coping strategies on the part of the affected individual.

Source: American Psychological Association, (n.d.). Stressor. *APA Dictionary*. Retrieved April 11, 2025, from <https://dictionary.apa.org/stressor>

structural competence

Term first introduced in: **Module 3 pg. 22**

The trained ability to discern how a host of issues defined clinically as symptoms, attitudes, or diseases (e.g., depression, hypertension, obesity, smoking, medication "non-compliance," trauma, psychosis) also represent the downstream implications of a number of upstream decisions about such matters as health care and food delivery systems, zoning laws, urban and rural infrastructures, medicalization, or even about the very definitions of illness and health.

Source: Wang E. E. (2019). Structural Competency: What Is It, Why Do We Need It, and What Does the Structurally Competent Emergency Physician Look Like?. *AEM education and training*, 4(Suppl 1), S140–S142. <https://doi.org/10.1002/aet2.10415>

translator

Term first introduced in: **Module 3 pg. 30**

A professional who converts written text from one language into another, ensuring that the meaning, context, style, and tone are accurately preserved. This process involves not only linguistic skills but also cultural understanding to convey nuances appropriately.

Source: Translators without Borders. (n.d.). *Field guide to humanitarian interpreting & cultural mediation*. Retrieved April 10, 2025, from <https://translatorswithoutborders.org/wp-content/uploads/2017/04/Guide-to-Humanitarian-Interpreting-and-Cultural-Mediation-English-1.pdf>

unaccompanied and separated children (UASC)

Term first introduced in: **Module 3 pg. 50**

Children, as defined in Article 1 of the Convention on the Right of the Child, who have been separated from both parents and other relatives and are not being cared for by an adult who, by law or custom, is responsible for doing so.

Note: In the context of migration, children separated from both parents or other caregivers are generally referred to as unaccompanied migrant children (UMC).

Source: United Nations Committee on the Rights of the Child. (2005). *General comment No. 6: Treatment of unaccompanied and separated children outside their country of origin* (CRC/GC/2005/6, para. 7). United Nations. <https://www.unhcr.org/media/convention-rights-child-general-comment-no-6-2005-treatment-unaccompanied-and-separated>



Funded by the European Union.

This work is licensed under a

Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

[Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) (CC-BY-NC 4.0).