

Il Progetto COPE dell'Unione Europea

Fornire strumenti agli educatori informali per riconoscere ed evitare di ritraumatizzare i sopravvissuti ai traumi

*Alberto Zucconi, Serena Romano, Giulio Ammannato, Francesca Settimelli
membri del Team IACP del COPE Project*

Introduzione

Il Progetto COPE - Preparing Non-formal Education in Europe for Traumatized Learners, ERASMUS+ 2023-1-DE02-KA220-ADU-000155022, è una Cooperazione Partenariato nell'Educazione degli Adulti. Lo scopo del Progetto COPE è creare e fornire strumenti efficaci di "Trauma Informed Best Practices" agli educatori informali, permettendo loro di riconoscere i segnali dei traumi emotionali nei loro utenti, evitando così di ritraumatizzare i sopravvissuti ai traumi e indirizzandoli verso un aiuto professionale qualificato.

I partner del Progetto COPE ERASMUS+ 2023-1-DE02-KA220-ADU-000155022 sono:

- Comparative Research Network, Berlino, Germania;
- Istituto dell'Approccio Centrato sulla Persona (IACP), Roma, Italia;
- Ukrainian Network of Adult Education and Development of Innovations, Donetsk, Ucraina;
- Università di Zagabria SVEUCILISTE U. ZAGREBU, Zagabria, Croazia;
- Stowarzyszenie Na Drodze Ekspresji, Sopot, Polonia.

Secondo il Consiglio d'Europa, un educatore non formale è definito come: "Un individuo che facilita l'apprendimento fuori dal sistema di istruzione formale, coinvolgendo i partecipanti in attività educative strutturate ma più flessibili e adattabili rispetto a quelle offerte dalle istituzioni formali. Gli educatori non formali lavorano spesso in contesti comunitari, associazioni giovanili, organizzazioni non governative (ONG) e altre istituzioni sociali e culturali. Questa definizione sottolinea il ruolo degli educatori non formali nel fornire opportunità di apprendimento che sono volontarie, intenzionali e strutturate, ma che non conducono necessariamente a una certificazione formale riconosciuta dallo Stato. Questi educatori informali operano in ambienti che promuovono la partecipazione attiva, lo sviluppo personale e sociale, e spesso mirano a includere gruppi svantaggiati o marginalizzati."

Svolgono il ruolo di educatore informale anche coloro che lavorano come:

- Personale di emergenza e disastri
- Personale dei servizi per immigrati e rifugiati
- Capo scout
- Facilitatore di esperienze di Forest Bath
- Educatore non formale
- Educatore
- Mediatore culturale
- Assistente sociale
- Istruttore di ginnastica
- Istruttore di aerobica e Pilates
- Avvocato

- Insegnante
- Professionista sanitario
- Massaggiatore
- Specialista in riabilitazione
- Volontario nel settore non profit e umanitario
- Professionista infermieristico
- Fisioterapista

Il Team IACP del COPE Project, composto da Alberto Zucconi, Serena Romano, Giulio Ammannato e Francesca Settimelli, dopo aver eseguito una ricerca nei database e aver intervistato una dozzina di esperti nel settore della Trauma Informed Care e delle Trauma Informed Best Practices, ha disegnato dei questionari qualitativi e quantitativi per condurre un'analisi dei bisogni degli educatori informali. Abbiamo utilizzato due tipi di strumenti scientifici per la nostra analisi dei bisogni qualitativi: un questionario strutturato secondo i modelli classici di questionari qualitativi e un secondo metodo basato sull'intervista non direttiva creata da Carl Rogers.

L'intervista non direttiva evita le domande suggestive che indicano una risposta preferita dall'intervistatore. Nell'intervista non direttiva, l'intervistatore adotta una posizione non giudicante e utilizza l'ascolto attivo per far emergere atteggiamenti e sentimenti dei rispondenti, permettendo loro di stabilire i termini e i parametri della discussione (Brinkmann, 2023).

Attraverso i questionari di analisi dei bisogni, abbiamo rilevato il livello di conoscenze rispetto al trauma emozionale da parte degli educatori non formali, operatori che potrebbero lavorare con gruppi di persone tra cui, a loro insaputa, potrebbero esserci sopravvissuti a traumi emozionali. Il fine ultimo è supportare gli educatori non formali offrendo loro formazione online gratuita e fornendo strumenti accessibili su come affrontare in modo sensibile ed efficace il proprio lavoro con i sopravvissuti a traumi emozionali.

Trauma Emozionale

La definizione di trauma psicologico/emozionale più frequentemente usata è quella dell'Amministrazione per l'Abuso delle Sostanze e dei Servizi di Salute Mentale statunitense (SAMHSA): *“Il trauma individuale è il risultato di un evento, di una serie di eventi o di un insieme di circostanze che vengono percepite dall'individuo come fisicamente o emozionalmente dannose o minacciose per la propria vita e che hanno effetti avversi duraturi sul funzionamento e il benessere mentale, fisico, sociale, emozionale o spirituale dell'individuo”* (SAMHSA 2014, p. 7).

Per la Società Americana di Psichiatria (APA), il PTSD è: *“un disturbo psichiatrico che può presentarsi in persone che hanno esperito o sono state testimoni di un evento, una serie di eventi o un insieme di circostanze traumatiche. Un individuo può percepire questo come emozionalmente o fisicamente dannoso o come minaccia per la propria vita e può condizionare il suo benessere mentale, fisico, sociale e/o spirituale. Esempi comprendono disastri naturali, incidenti gravi, atti terroristici, guerra/combattimenti, stupro/violenza sessuale, trauma storico, violenza da parte del proprio partner e bullismo”* ... *“La diagnosi di PTSD richiede l'esposizione ad un evento traumatico sconvolgente. L'esposizione include l'esperienza diretta di un evento, essere testimone di un evento traumatico che accade ad altri, o il venire a conoscenza di un evento traumatico accaduto ad un familiare stretto o a un amico. Può anche avvenire in conseguenza dell'esposizione ripetuta a dettagli orribili di un trauma, come nel caso di poliziotti esposti ai particolari di casi di abuso sui bambini.”* (American Psychiatric Association 2022, p.1).

Le ricerche hanno dimostrato che il trauma infantile è una piaga mondiale (Stoltemborgh et all. 2015, Fang, 2015, WHO, 2022) e che l'esposizione a violenza, abuso, incuria, razzismo, discriminazione, violenza ed altre esperienze avverse incrementano la probabilità che una persona sviluppi problemi di salute seri o adotti comportamenti rischiosi per la salute nel corso della sua vita, come dimostrato dallo studio di riferimento Esperienze Infantili Avverse (ACE) (Felitti et al. 1998; Bellis et al. 2015, 2019; Trauma and Public Health Taskforce, 2015; Agnew-Blais and Danese, 2016; Bisson et. al 2019).

Il peso delle esperienze infantili avverse

Il confronto fra diversi paesi dei tassi di prevalenza del maltrattamento dei bambini è reso difficile da diversi fattori, incluse le differenze nei quadri legislativi e nei sistemi di rilevazione. Tuttavia, è appurato che è un fenomeno diffuso che coinvolge approssimativamente 150 milioni di persone a livello mondiale, sia in paesi a basso reddito che in paesi ad alto reddito. I dati più recenti dell'Unione Europea mostrano che la prevalenza di maltrattamenti nel Regno Unito e in Italia è rispettivamente dell'11,2% e del 9,5%, comparabile ai dati degli Stati Uniti (12,1%) e del Canada (9,7%). In molte parti del mondo, le statistiche sulla prevalenza del maltrattamento di bambini e adolescenti non sono standardizzate, rendendo difficile effettuare confronti affidabili tra paesi e continenti (Ferrara et al. 2015). Nelle aree rurali, le strutture sanitarie sono carenti e spesso le persone non dichiarano di essere sopravvissute a un trauma per evitare la stigmatizzazione. Inoltre, molti paesi dittatoriali falsificano i dati per mantenere il controllo e il potere.

Lo studio “Esperienze Infantili Avverse” (ACE) ed altre ricerche successive mostrano come gli ACE siano un importante fattore di rischio per le cause più comuni di malattia, disabilità e morte, nonché per una bassa qualità della vita (Felitti et al. 1998; Felitti, 2002, Hills et al. 2000, 2001, 2004; Read et al. 2008).

Le ACE sono eventi potenzialmente traumatici che possono verificarsi prima dell'età adulta, tra gli 0 e i 17 anni, e che possono avere effetti significativi sullo sviluppo emotivo e psicologico di una persona. Questi eventi includono la sperimentazione diretta di violenza, abuso o trascuratezza, così come l'assistere a episodi di violenza all'interno della famiglia o nella comunità. Un altro esempio di ACE è anche la presenza di un familiare che tenta il suicidio o muore per suicidio (CDC, 2024).

Oltre agli eventi diretti, come quelli appena citati, anche determinate condizioni ambientali rientrano nelle ACE. La crescita in una famiglia con problemi di abuso di sostanze, disturbi di salute mentale o l'instabilità derivante dalla separazione dei genitori o dalla presenza di membri della famiglia in carcere sono tutte ACE. Queste condizioni possono compromettere il senso di sicurezza, stabilità e attaccamento del bambino, influenzando negativamente il suo sviluppo e aumentando il rischio di conseguenze a lungo termine. (CDC, 2024).

Le ACE possono infatti contribuire a causare conseguenze importanti a lungo termine. Tra queste, vi sono problemi di salute cronici come il cancro, il diabete e le malattie cardiache, una compromissione del sistema immunitario e del sistema di risposta allo stress, e un aumento del rischio di disturbi mentali come ansia, depressione e PTSD (CDC, 2024). Le esperienze avverse vissute durante l'infanzia possono inoltre influire sulle abitudini di vita, portando a problemi di abuso di sostanze durante l'adolescenza e l'età adulta, oltre a compromettere la capacità decisionale e, nei casi più gravi, a condurre al suicidio.

Felitti e i suoi colleghi hanno rilevato che quanto più una persona ha sofferto di ACE da bambino (un punteggio di 1 significa una esperienza infantile avversa e così via), tanto più severo è il peso sulla salute nel resto della vita (Felitti, 2001).

Ad esempio: Nella depressione (autodefinita), una persona con un punteggio ACE di 4 ha una probabilità più alta del 460% di essere depressa rispetto a una persona con un punteggio ACE di 0. Nel tentato suicidio, si rileva un aumento del 1220% nei tentati suicidi tra i due gruppi sopra menzionati (Dube, Anda, Felitti et al. 2001). Per i gruppi con punteggi ACE più alti, l'incidenza di tentati suicidi aumenta da trenta a cinquantuno volte. Utilizzando la tecnica analitica del rischio attribuibile ad una popolazione, si è rilevato che oltre i due terzi dei tentati suicidi si potevano attribuire ad esperienze infantili avverse (Felitti, 2001, p. 46).

Altri impatti deleteri sulla salute sono stati rilevati da Felitti e confermati da altri ricercatori (Bellis et al. 2015, 2019; Trauma and Public Health Taskforce, 2015; Agnew-Blais and Danese, 2016; Bisson et. al 2019). Un bambino maschio con un punteggio ACE di 6 ha una probabilità del 4600% più alta di fare uso di droghe intravenose; altre conseguenze negative più frequenti sono epatite, cardiopatie, fratture, diabete, obesità, alcolismo, malattie occupazionali e ridotte prestazioni lavorative (Felitti 2001 p.46).

Le esperienze infantili negative sono frequenti e distruttive, le ricerche sottolineano come questa combinazione le renda una delle determinanti più importanti per la salute e il benessere. Felitti sottolinea alcune delle ragioni per le quali, nel passato e in molti casi anche attualmente, l'enorme peso sanitario ed economico degli ACE non è stato gestito efficacemente: *"Abbiamo dimostrato come le esperienze infantili avverse siano sia comuni che distruttive. Questa combinazione le rende una delle determinanti più importanti, se non la più importante, della salute e del benessere della nazione. Sfortunatamente, questi problemi sono sia dolorosi da riconoscere che difficili da gestire. La maggior parte dei medici preferirebbe avere a che fare con le tradizionali patologie organiche. È certamente più 'facile' cercare di ignorare il fenomeno, ma questo evitamento porta a un preoccupante fallimento delle cure"* (Felitti 2002, p. 45).

La sofferenza causata dagli ACE può influenzare negativamente lo sviluppo cerebrale, il sistema immunitario e la risposta allo stress nei bambini (Rao et al. 2010; U.S. National Academy of Science, 2012; Stonkoff & Garner, 2012; Fox et al. 2015; Stonkoff & Phllis, 2000; CDC, 2019; National Scientific Council on the Developing Child, 2020). I cambiamenti nel cervello possono influenzare l'attenzione, le capacità decisionali e l'apprendimento nei bambini. " (Bucci et al. 2016 p.12).

Alcuni bambini sono esposti a ulteriore stress tossico causato da traumi storici o correnti dovuti a razzismo sistematico o agli effetti della povertà intergenerazionale legati alla carenza di opportunità formative ed economiche. Il trauma infantile contribuisce significativamente al peso globale della malattia, causando costi enormi per le persone, le loro comunità e nazioni. Le ricerche hanno dimostrato che il trauma infantile può avere un impatto negativo sui processi e sul funzionamento fisiologico, psicologico e sociale dei bambini, aumentando il rischio di sviluppare malattie mentali, disturbi della personalità e dell'umore, abuso di sostanze e psicosi (Springer et al. 2003; Nemeroff, 2004; Varese, Smeets, Drukker et al. 2012; Trotta, Murray, Fisher 2015; Agnew-Blais & Danese, 2016; Hughes et al. 2017).

Circa il 61% degli adulti interpellati in 25 stati USA hanno dichiarato di aver subito almeno un tipo di ACE prima dell'età di 18 anni, e circa uno su sei ha dichiarato di aver subito quattro o più tipi di ACE (CDC 2021). Alcuni bambini sono maggiormente a rischio di altri. Le donne e alcuni gruppi appartenenti a minoranze razziali/etniche presentano un rischio maggiore di subire quattro o più tipi di ACE. Si stima che la prevenzione degli ACE potrebbe alleviare molti problemi di salute. Per esempio, la prevenzione degli ACE potrebbe evitare più di 1,9 milioni di casi di patologie cardiache e 21 milioni di casi di depressione (CDC 2019).

La prevalenza del fenomeno risulta similare sia in Italia (Carmassi et al., 2014), dove il 56,1% riporta di aver esperito almeno una ACE, che in Europa, dove il dato risulta essere il 66% della popolazione adulta (Trautmann & Wittchen, 2018).

A livello globale, il 70% della popolazione riporta di aver esperito almeno un'esperienza avversa e circa il 30,5% riporta di aver vissuto 4 o più esperienze avverse prima dell'età adulta (Benjet et al., 2016).

Il peso economico delle esperienze infantili avverse

Il costo economico e sociale per le famiglie, le comunità e la società è di centinaia di miliardi di dollari ogni anno. La riduzione del 10% degli ACE nel Nordamerica comporterebbe un risparmio annuale di 56 miliardi di dollari (CDC, 2019). Altri ricercatori hanno calcolato che i costi sono molto maggiori. Peterson, Florence & Klevens (2018), usando metodi di analisi dei costi e dati aggiornati, hanno stimato costi globali molto più alti per le vittime di maltrattamento infantile non fatali (\$831.000) e fatali (\$16,6 milioni) e un peso economico annuale stimato più alto per la popolazione USA (da 428 miliardi a 2 trilioni di dollari, a seconda della provenienza dei dati per il maltrattamento infantile non fatale).

Bellis e i suoi colleghi (2019), nella loro rassegna e meta-analisi sistematica degli studi che confrontavano i dati di rischio per individui con ACE rispetto a quelli senza ACE, hanno rilevato le cause di malattia mentale più prevalenti: gli ACE erano responsabili di circa il 30% dei casi di ansia e del 40% dei casi di depressione nel Nordamerica. Sfortunatamente, talvolta la guerra contro i bambini e le minoranze viene combattuta all'interno delle loro stesse famiglie e comunità, accecate da credenze e usanze disfunzionali e oppressive, bigotteria, razzismo, discriminazione di genere e altre forme di discriminazione.

Crescita Post Traumatica

Sebbene, come appena visto, il trauma possa causare conseguenze negative significative sulla salute fisica e psicologica sia dell'individuo che della comunità, esiste anche la possibilità di una crescita positiva successiva al trauma. Superando la ferita, infatti, molte persone non solo guariscono, ma sperimentano una trasformazione esistenziale, un fenomeno conosciuto in letteratura come Crescita Post-Traumatica.

La Crescita Post-Traumatica (Post-Traumatic Growth, PTG) si verifica quando le persone non solo riescono a guarire dal trauma, ma sperimentano anche una trasformazione positiva. Molti individui che superano il trauma vivono una crescita esistenziale in diverse aree della loro vita, con miglioramenti profondi nella percezione di sé e nelle relazioni con sé stessi, gli altri e il mondo tutto (Van der Kolk, 2014). Sebbene il trauma possa lasciare segni neurofisiologici, la neuroplasticità sinaptica rende possibile non solo la guarigione, ma anche una crescita personale.

Tra i benefici della Crescita Post-Traumatica vi è un rafforzamento delle relazioni interpersonali, con una maggiore capacità di empatizzare e connettersi con gli altri. Le persone spesso sviluppano un rinnovato apprezzamento per la vita, rivalutando ciò che è veramente importante per loro. Il trauma può anche aprire nuove possibilità, portando a scoprire strade e opportunità che prima non erano state considerate. Inoltre, molti individui sperimentano una crescita personale, con una maggiore consapevolezza di sé e lo sviluppo di nuove competenze. In alcuni casi, può avvenire anche un rafforzamento spirituale, con un profondo sviluppo interiore o un rinnovato senso di scopo nella vita (Van der Kolk, 2014).

Ritraumatizzazione

La ritraumatizzazione è un fenomeno che si verifica quando una persona sopravvissuta al trauma viene esposta a situazioni, ambienti o interazioni che richiamano il trauma originale, riattivando o intensificando i sintomi preesistenti. Questo può avvenire attraverso diversi fattori scatenanti, noti come "trigger". I trigger possono essere ambientali, come luoghi, odori, suoni o panorami, che richiamano alla memoria l'esperienza traumatica. Possono anche derivare da dinamiche interpersonali, come comportamenti aggressivi, di controllo o la mancanza di empatia da parte degli altri. Infine, le dinamiche sistemiche, come le interazioni con istituzioni o servizi percepiti come invasivi o impersonali, possono provocare lo stesso effetto. È fondamentale, per il benessere psico-fisico di chi ha vissuto traumi, ridurre al minimo il rischio di ritraumatizzazione, in modo da favorire un percorso di guarigione (Van der Kolk, 2014).

I trigger, o attivatori emotivi, sono stimoli che innescano una reazione intensa e sproporzionata rispetto alla situazione attuale, poiché riattivano memorie e reazioni emotive associate a esperienze traumatiche passate. Quando una persona è "triggerata", la parte razionale del cervello (la *neo-cortex*) perde temporaneamente il controllo, e la reazione è governata dall'amigdala, una parte del sistema limbico che gestisce le risposte emotive e regola il meccanismo di lotta o fuga. Questo processo, chiamato anche "dirottamento emotivo", fa sì che il corpo reagisca come se fosse in pericolo di vita, scatenando risposte automatiche di difesa o chiusura, anche potenzialmente estreme rispetto allo stimolo. I trigger sono personali, poiché ognuno ha una propria storia emotiva che determina cosa può attivare una risposta intensa. Sebbene non possiamo impedire di essere triggerati, possiamo imparare a gestire meglio le nostre reazioni attraverso la consapevolezza e lo sviluppo di strategie per limitare i danni collaterali che derivano da queste risposte impulsive (Van der Kolk, 2014).

Per questi motivi è fondamentale che tutte le persone impegnate in qualsiasi forma di relazione di aiuto, educatori non formali inclusi, comprendano l'ampia diffusione del fenomeno per prendere consapevolezza che è molto probabile incontrare persone che hanno subito traumi nella pratica quotidiana.

Per esempio, una persona può iniziare a piangere intensamente senza un apparente motivo durante un massaggio, oppure uno studente può rispondere in maniera particolarmente intensa e aggressiva a un richiamo di un professore. Questi sono due esempi di possibili reazioni "triggerate", ed è importante riconoscerle o, perlomeno, interrogarsi se possa essere davvero così, per evitare di mettere in atto comportamenti potenzialmente ritraumatizzanti e dannosi per la persona.

Questa consapevolezza permette di intervenire in modo informato e sensibile, migliorando così l'efficacia della relazione. Allo stesso tempo, riduce significativamente il rischio di ritraumatizzazione, attraverso l'adozione di approcci e interazioni che rispettano e tutelano i soggetti coinvolti. Inoltre, promuove un ambiente che infonde speranza e sostegno, mettendo in evidenza che la guarigione è possibile grazie a un percorso condiviso e supportato da professionisti competenti. COPE si muove in questa direzione, cercando di colmare le lacune di conoscenza sul fenomeno offrendo supporto e formazione, con l'obiettivo di creare spazi più sicuri e salutari per tutti.

Progetto COPE

Il Progetto COPE della UE riconosce il significativo impatto del trauma sugli individui, in particolare i rifugiati che hanno vissuto eventi traumatici. Mira a rispondere alle esigenze degli educatori informali e dei volontari che lavorano con persone sopravvissute al trauma, fornendo loro

le conoscenze e le competenze necessarie per evitare di ritraumatizzarli, supportare efficacemente questi individui e informarli su aiuto professionale trauma informato disponibile nelle loro comunità.

Il Progetto COPE riconosce l'importanza della collaborazione tra educatori informali e professionisti della salute mentale per garantire che i loro utenti ricevano il necessario supporto e cure trauma informate. Il COPE organizzerà una campagna di sensibilizzazione per promuovere la comprensione del trauma e dei problemi di salute mentale e cure trauma informate dirette agli educatori informali, volontari e il pubblico generale, riducendo così lo stigma e aumentando la consapevolezza sull'importanza di fornire supporto mentale e cure trauma informa ai rifugiati e tutte le persone che sono sopravvissute al trauma.

Risultati del progetto

I principali prodotti di COPE includono:

1. Rapporto sulla raccolta delle pratiche: un rapporto completo che esamina le pratiche e gli approcci attuali utilizzati per preparare gli educatori a lavorare con gruppi traumatizzati.
2. Corsi di formazione: corsi di formazione basati su simulazioni per educatori e volontari non formali per migliorare le loro competenze nel lavorare con studenti traumatizzati.
3. Manuale e infografiche: un manuale e una serie di infografiche che forniscono informazioni pratiche e supporto per educatori e volontari nel riconoscere i segni del trauma e fornire supporto adeguato.
4. Corso di e-learning: un corso online che offre conoscenze approfondite e formazione sul riconoscimento del trauma per educatori e volontari.
5. Campagna di sensibilizzazione: una campagna mirata a sensibilizzare e promuovere le migliori pratiche nel riconoscimento e supporto del trauma tra educatori per adulti.

Questi prodotti mirano a migliorare la capacità degli educatori informali e dei volontari di supportare efficacemente i sopravvissuti al trauma e contribuire allo sviluppo di politiche e pratiche trauma informate che promuovono il riconoscimento e il supporto dei sopravvissuti al trauma a livello locale, regionale, nazionale ed europeo.

Gruppi target

I gruppi target del progetto sono educatori non formali e volontari, in particolare quelli che lavorano con rifugiati sopravvissuti al trauma. Questo include educatori in vari contesti, come classi di arte, lingua e formazione professionale, persone che nello svolgimento del proprio ruolo professionale svolgono anche la funzione di educatore informale (vedi elenco menzionato in questo articolo) nonché volontari in centri di supporto e centri comunitari. Il progetto COPE mira anche a raggiungere professionisti della salute mentale, politici e membri del pubblico generale che possono beneficiare di una maggiore consapevolezza e comprensione dei problemi legati al trauma.

Il progetto COPE inoltre sul fornire supporto a coloro che si occupano dell'educazione degli adulti in Ucraina.

Risultati previsti

Work Package 1: Project Management (CRN)

Attività: Questo WP si concentra sulla gestione complessiva e il coordinamento del progetto. Include compiti come la pianificazione del progetto, il monitoraggio dei progressi, il controllo del budget e la gestione del tempo. Responsabilità: L'organizzazione principale, Comparative Research Network (CRN), sarà responsabile del coordinamento e della supervisione delle attività di gestione del progetto. Anche gli altri partner contribuiranno ai compiti di gestione del progetto.

Work Package 2: Pedagogic and Psychological Guidelines (University Zagreb &IACP)

Attività: Questo WP mira a sviluppare linee guida pedagogiche e psicologiche per educatori che lavorano con rifugiati traumatizzati. Include attività come la conduzione di una valutazione dei bisogni, la creazione di studi di caso e lo sviluppo di strumenti di valutazione. Responsabilità: L'Università di Zagabria e l'IACP guideranno le attività di questo WP, con gli altri partner che forniranno input e feedback per sviluppare le linee guida.

Work Package 3: Training Format (SNDE, CRN)

Attività: Questo WP si concentra sullo sviluppo di un formato di formazione per educatori e volontari adulti per affrontare le questioni di salute mentale nei rifugiati traumatizzati. Include attività come la conduzione di una valutazione dei bisogni, la progettazione di moduli di formazione e l'organizzazione di workshop train-the-trainer. Responsabilità: Stowarzyszenie Na Drodze Ekspresji, CRN e altri partner collaboreranno per sviluppare il formato di formazione e organizzare le attività di formazione.

Work Package 4: E-Learning Platform

Attività: Questo WP mira a creare una piattaforma di e-learning per erogare il formato di formazione sviluppato nel WP3. Include attività come la progettazione della piattaforma, il pilota del corso di e-learning e la fornitura di supporto tecnico. Tutti i partner contribuiranno allo sviluppo e al pilota della piattaforma di e-learning.

Work Package 5: Awareness and Outreach(UNAEDI)

Attività: Questo WP si concentra sulla sensibilizzazione e sulla diffusione dei risultati del progetto a un pubblico più ampio. Include attività come l'organizzazione di riunioni transnazionali, la conduzione di una formazione per la co-creazione della campagna e l'organizzazione di eventi moltiplicatori. Responsabilità: CRN guiderà le attività di questo WP, con tutti i partner che contribuiranno alle attività di sensibilizzazione e diffusione.

Compiti dell'Istituto dell'Approccio Centrato sulla Persona (IACP)

L'IACP insieme all'Università di Zagabria produrrà il Work Package 2 (WP2) Questo pacchetto di lavoro si concentra sulla creazione delle linee guida pedagogiche e psicologiche. L'IACP contribuirà allo sviluppo di queste linee guida e fornirà orientamenti scientifici e accademici per tutti i pacchetti di lavoro.

L'IACP creerà il Work Package 5 (WP5) con l'UNAEDI sulla sensibilizzazione e divulgazione. Questo include il coordinamento e l'implementazione della campagna di sensibilizzazione a livello europeo. L'IACP promuoverà il progetto e i suoi risultati alla sua vasta rete di stakeholder e ospiterà la conferenza moltiplicatrice finale in Italia, dove saranno presentate le raccomandazioni politiche.

A partire dal 2025, gli educatori informali potranno accedere in inglese, tedesco, polacco, italiano e ucraino ai materiali online gratuiti e a un corso online gratuito sulla Trauma Informed Care (Cure trauma informate) per insegnanti informali nella sezione aperta al pubblico del sito web del COPE Project.

Ricerca svolta sull'analisi dei bisogni formativi degli educatori non formali

Obiettivi

Gli obiettivi principali di questa ricerca sono stati:

1. Esaminare le competenze attuali degli educatori non formali in Europa riguardo al riconoscimento e alla gestione del trauma;
2. Identificare le lacune formative e i bisogni specifici in contesti culturali ed educativi differenti;
3. Fornire una base empirica per la creazione di un programma di formazione mirato, con approcci esperienziali e pratici.

Metodologia

La ricerca è stata condotta utilizzando tre strumenti:

1. Questionario qualitativo per educatori non formali;
2. Questionario per esperti;
3. Interviste non direttive con educatori non formali (Rogers, 1945).

L'obiettivo è stato quello di utilizzare due tipi di strumenti scientifici per l'analisi qualitativa dei bisogni degli educatori non formali: un questionario qualitativo strutturato secondo modelli classici di questionari qualitativi (Denzin & Lincoln, 2011) e un secondo metodo basato sull'intervista non direttiva ideata da Carl Rogers (1945).

Abbiamo adottato un approccio qualitativo attraverso l'analisi tematica delle interviste non strutturate (Braun & Clarke, 2006). Questo metodo è stato scelto per esplorare in profondità le esperienze e le percezioni degli educatori non formali riguardo al trauma emotivo e ai loro bisogni formativi.

Raccolta Dati

Interviste qualitative

La raccolta dati è stata condotta attraverso interviste qualitative non strutturate con educatori non formali, focalizzate sulle loro esperienze, conoscenze e percezioni riguardo al trauma emotivo e all'approccio informato sul trauma, nonché sulle loro percezioni dei bisogni formativi per migliorare le loro competenze in questo ambito. Le interviste sono state condotte individualmente, registrate e successivamente trascritte.

Questionari qualitativi

I dati sono stati raccolti tramite questionari qualitativi progettati specificamente per educatori non formali. I questionari sono stati strutturati secondo modelli classici di questionari qualitativi (Denzin & Lincoln, 2011) per garantire un'esplorazione approfondita delle percezioni e delle esperienze degli educatori relative al trauma emotivo. I partecipanti sono stati selezionati in base al loro coinvolgimento in contesti educativi non formali e hanno fornito il consenso informato prima di partecipare. I questionari includono domande aperte che permettevano ai rispondenti di elaborare i loro pensieri, fornendo dati qualitativi ricchi, successivamente analizzati in modo descrittivo per identificare i temi emergenti (Ryan & Bernard, 2003).

Questionari per esperti

I dati sono stati raccolti tramite questionari qualitativi progettati specificamente per esperti nel campo del trauma e dell'educazione. I questionari includono una serie di domande che esplorano la comprensione del trauma da parte degli esperti, la loro consapevolezza degli approcci informati sul trauma e le loro percezioni sui bisogni formativi necessari per migliorare il supporto alle persone sopravvissute al trauma.

Analisi Dati

Interviste qualitative

I dati sono stati analizzati utilizzando l'analisi tematica (Braun & Clarke, 2006). Le trascrizioni delle interviste sono state codificate manualmente per identificare temi ricorrenti relativi ai bisogni formativi, esperienze di trauma emotivo e percezioni delle loro competenze professionali e limitazioni. Le codifiche sono state poi categorizzate e organizzate in temi ricorrenti e rilevanti. I temi identificati sono stati successivamente collegati a teorie esistenti sull'approccio informato sul trauma e l'educazione non formale.

Questionari qualitativi

L'analisi dei dati è stata condotta utilizzando un approccio descrittivo, focalizzandosi sull'identificazione di temi emergenti senza alterare i dati qualitativi. Le risposte ai questionari sono state attentamente esaminate e codificate per catturare i temi e i modelli chiave emersi dalle risposte dei partecipanti. Questo approccio ha permesso all'analisi di riflettere le percezioni ed esperienze autentiche degli educatori.

Misure statistiche, come medie e deviazioni standard, sono state utilizzate per illustrare la variabilità nella comprensione del trauma emotivo da parte dei partecipanti, evidenziando le aree in cui la conoscenza era più consolidata o carente. Inoltre, sono stati annotati i valori minimi e massimi per mostrare la gamma di risposte, indicando differenze nel livello di comprensione tra gli educatori. L'analisi ha anche prestato attenzione al linguaggio e alla terminologia utilizzati dai partecipanti, fornendo intuizioni sulla loro comprensione concettuale del trauma emotivo e delle sue implicazioni (Elliott et al., 2005).

Questionari per esperti

Un approccio descrittivo è stato applicato ai questionari per esperti. Questa analisi si è concentrata sulla distribuzione dei livelli di accordo e disaccordo con varie domande per identificare i modelli emergenti nelle risposte. I dati qualitativi sono stati codificati per categorizzare i temi chiave, consentendo una rappresentazione autentica delle percezioni degli esperti senza alterare le loro risposte. Questo metodo ha permesso di identificare temi centrali come l'importanza della creazione di una cultura di sicurezza, la necessità di una formazione pratica e l'enfasi sulla cura informata sul trauma nei contesti educativi (Sweeney et al., 2018).

Misure statistiche, come la frequenza delle risposte e il raggruppamento tematico, sono state utilizzate per illustrare il livello di consenso tra gli esperti. Questo approccio ha evidenziato aree di forte accordo, in particolare sull'importanza di ambienti sicuri e approcci centrati sullo studente, identificando al contempo specifici gap formativi e bisogni.

Bisogni formativi

Dalle analisi dei questionari e delle interviste sono emersi i seguenti bisogni formativi.

Interviste

Necessità di formazione specifica.

Tutti i partecipanti hanno espresso la necessità di formazione specifica sul trauma. In particolare, è emersa una forte necessità di acquisire competenze per riconoscere i segni di trauma nei loro clienti e per rispondere in modo più appropriato. La formazione dovrebbe includere strategie pratiche per evitare la ri-traumatizzazione e per gestire efficacemente le reazioni emotive delle persone. La disponibilità di formazione gratuita e facilmente accessibile è considerata un vantaggio significativo e vista come un'opportunità importante per migliorare le loro competenze senza oneri finanziari o logistici.

Importanza di sapere come gestire clienti con trauma emotivo.

C'è stata una forte enfasi sull'importanza di costruire una relazione di fiducia con gli utenti come prerequisito per un intervento efficace. Molti educatori non formali hanno notato che una buona relazione può facilitare il processo di guarigione, ma hanno anche riconosciuto i propri limiti nel supportare gli utenti senza una formazione adeguata (Bloom & Farragher, 2013). Gli intervistati hanno sottolineato l'importanza di costruire relazioni empatiche con gli utenti; altrimenti, è difficile intervenire efficacemente, soprattutto con i sopravvissuti a traumi.

Promuovere l'autonomia e ridurre la dipendenza.

I partecipanti hanno enfatizzato l'importanza di promuovere l'autonomia dei clienti/utenti e ridurre la loro dipendenza dai terapisti. Promuovere l'autonomia nei clienti non solo aiuta a guarire, ma contribuisce anche a sviluppare una maggiore resilienza e indipendenza. L'educazione non formale spesso si basa su approcci personalizzati e flessibili, ideali per promuovere autonomia e empowerment (Chafouleas et al., 2016).

Adattamento delle tecniche.

L'uso di tecniche adattive, come ridurre il contatto fisico e aumentare la comunicazione verbale, è una pratica fondamentale che deve essere inclusa nella formazione degli educatori.

Empatia e abilità di ascolto.

Quasi tutti gli intervistati hanno dichiarato l'importanza di avere un approccio empatico e la capacità di ascoltare rispettosamente. La formazione per gli educatori informali deve includere come fornire un supporto emotivo efficace, riconoscendo l'importanza di un tono di voce calmo e di una comunicazione attenta (Morrison, 2014).

Esperienza personale.

Circa metà degli intervistati fa riferimento alla propria esperienza nella gestione delle reazioni traumatiche. Sembra importante riflettere e prendere consapevolezza di come le esperienze personali possano influenzare l'approccio professionale.

Adattare il linguaggio per essere più inclusivi.

Capacità di relazionarsi in modo efficace e rispettoso e costruire fiducia per migliorare l'efficacia dell'assistenza.

Evitare la ri-traumatizzazione.

Gli educatori informali devono comprendere come le loro azioni possano riattivare traumi negli utenti e imparare ad evitare queste situazioni (Stein & Rotheram-Borus, 2013).

Empowerment dell'utente.

È importante avere un approccio di supporto che consideri la persona nel suo insieme e incoraggi lo sviluppo e la percezione del potere personale. Collaborazione con altri professionisti e necessità di supporto psicologico.

Riconoscimento del proprio ruolo come educatore informale.

Tutti gli intervistati, dopo aver ricevuto la definizione di educatore informale, si sono identificati in questo ruolo. Tuttavia, non sempre hanno una comprensione chiara del loro ruolo. Molti intervistati hanno richiesto maggiore supporto/supervisione sul campo, così come hanno espresso frustrazione per la mancanza di risorse di supporto.

Questionari qualitativi

Gap nella comprensione del trauma emotivo.

L'analisi delle risposte rivela che i partecipanti hanno una comprensione di base del trauma emotivo, riconoscendo che può derivare da una vasta gamma di eventi. Tuttavia, molte risposte indicano una conoscenza superficiale e generica del trauma, con poche menzioni delle dinamiche psicologiche sottostanti o delle differenze tra traumi acuti, complessi e cronici. Ciò suggerisce la

necessità di approfondire la comprensione delle implicazioni psicologiche e comportamentali del trauma (Levine & Kline, 2007).

Confusione sulla manifestazione del trauma emotivo.

I partecipanti hanno segnalato un'ampia gamma di sintomi e comportamenti associati al trauma, ma molti educatori non formali mostrano incertezza nel collegare il trauma a problemi fisici cronici o malattie psicosomatiche e spesso confondono le reazioni traumatiche con problemi disciplinari o mancanza di motivazione. Questo evidenzia la necessità di formazione che migliori la capacità di identificare correttamente le manifestazioni del trauma.

Difficoltà nella gestione degli utenti che hanno subito traumi.

Gli educatori riconoscono la difficoltà nella gestione degli utenti che hanno subito traumi senza una formazione adeguata. Mentre comprendono l'importanza di creare un ambiente accogliente e non giudicante, molti si sentono impreparati a rispondere in modo efficace. Le risposte indicano una mancanza di conoscenza su come ridurre l'attività emotiva e fisiologica dei sopravvissuti, suggerendo la necessità di formazione su tecniche di regolazione emotiva e su come collaborare con le famiglie e altri sistemi di supporto (Brunzell et al., 2016).

Formazione specifica e aggiornamenti.

La maggior parte degli educatori ha espresso un forte bisogno di formazione specifica su come riconoscere e gestire il trauma. Le risposte al questionario indicano che la formazione attuale è percepita come insufficiente o troppo generica. I partecipanti hanno richiesto corsi su tecniche moderne ed efficaci, regolazione emotiva e su come lavorare collaborativamente con esperti. È emersa anche la necessità di risorse per sviluppare materiali educativi informati sul trauma.

Mancanza di conoscenza dell'approccio informato sul trauma.

Pochi educatori sono familiari con la Cura Informata sul Trauma (TIC). C'è una discrepanza nella comprensione e nell'applicazione delle pratiche TIC. Molti partecipanti hanno espresso il desiderio di acquisire competenze TIC attraverso formazioni continue, collaborazioni con esperti e accesso a reti di supporto. Le risposte suggeriscono un forte interesse per l'apprendimento collaborativo e per approfondire il ruolo del corpo nelle risposte al trauma.

Questionari degli esperti

Importanza di promuovere una cultura basata sulla sicurezza.

L'analisi ha rivelato un forte consenso tra gli esperti sulla necessità di promuovere una cultura di sicurezza e fiducia all'interno dei contesti educativi. Questo tema sottolinea la convinzione che creare spazi fisici ed emotivi sicuri e accoglienti sia cruciale nella gestione del trauma. Gli esperti hanno enfatizzato il ruolo della comunicazione aperta e dell'ascolto attivo come qualità chiave per rispondere efficacemente ai bisogni delle persone che hanno subito traumi (Harris & Fallot, 2001).

Necessità di formazione identificate.

Gli esperti hanno identificato diverse aree critiche per la formazione, tra cui:

- Approcci centrati sullo studente: enfatizzando l'importanza di potenziare gli apprendenti a prendere decisioni e percepire il controllo nel loro percorso educativo.
- Riconoscere e affrontare i segnali scatenanti: la necessità di formazione su come identificare e rispondere con sensibilità ai segnali scatenanti del trauma nelle persone.
- Supporto per i praticanti: evidenziando l'importanza di insegnare strategie di coping per coloro che lavorano con popolazioni vulnerabili, inclusa la gestione delle situazioni stressanti.
- Applicazione pratica: una chiara necessità di formazione pratica sulla comunicazione, regolazione emotiva e adattamento culturale, mirata a coloro che lavorano con popolazioni potenzialmente vulnerabili (Morrison, 2014).

Sensibilizzazione all'approccio informato sul trauma.

Gli esperti hanno sottolineato l'importanza di creare organizzazioni informate sul trauma, sostenendo l'integrazione delle pratiche TIC a tutti i livelli. Hanno enfatizzato la necessità di un approccio sistematico che consideri la variabilità culturale nel trauma. Inoltre, c'era un forte interesse per la formazione avanzata e innovativa su tecniche specifiche per gestire traumi complessi o cronici e situazioni ad alta intensità emotiva. Gli esperti hanno anche espresso il desiderio di avere accesso a ricerche aggiornate e best practices per rimanere informati e migliorare la qualità del supporto fornito (Stein & Rotheram-Borus, 2013).

Risultati

La valutazione dei bisogni ha portato quindi a diverse scoperte chiave:

1. Conoscenze limitate del trauma

La maggior parte degli educatori non formali ha dimostrato una conoscenza superficiale del trauma e delle pratiche informate sul trauma. Molti non avevano ricevuto alcuna formazione specifica in questo ambito.

2. Desiderio di formazione pratica

Gli educatori hanno espresso un forte interesse per una formazione orientata all'applicazione pratica, in particolare sulle tecniche di regolazione emotiva e la gestione di situazioni complesse con persone traumatizzate.

3. Creazione di ambienti sicuri

È stata sottolineata l'importanza di creare ambienti fisici ed emotivi sicuri e di supporto, ma c'è una chiara necessità di formazione specifica su come implementare tali ambienti in modo costante e coerente.

4. Differenze culturali

Sono emerse differenze significative nelle percezioni e risposte al trauma tra i diversi contesti culturali. Questo suggerisce la necessità di un approccio formativo sensibile alle specificità culturali di ogni paese.

5. Necessità di supporto continuo

Gli educatori hanno identificato il bisogno di risorse accessibili e di un supporto professionale continuativo dopo la formazione iniziale. Il burnout è stato considerato un rischio concreto, rendendo essenziale la formazione su cura di sé e prevenzione del burnout.

Limiti dello studio

Tra i limiti dello studio si include la dimensione ridotta del campione in alcuni paesi europei e la difficoltà nel confrontare contesti culturali molto diversi. In futuro, sarà importante ampliare la ricerca includendo un numero maggiore di partecipanti e contesti per garantire una maggiore generalizzabilità dei risultati.

Tra i limiti dello studio si include la dimensione ridotta del campione in alcuni paesi europei e la difficoltà nel confrontare contesti culturali molto diversi. In futuro, sarà importante ampliare la ricerca includendo un numero maggiore di partecipanti e contesti per garantire una maggiore generalizzabilità dei risultati.

Linee Guida Psicologiche e Pedagogiche per Lavorare con i Sopravvissuti a Traumi

L'obiettivo principale dei professionisti che lavorano con sopravvissuti a traumi è creare un ambiente di supporto che favorisca la crescita personale, l'integrazione sociale e la mitigazione degli impatti del trauma, oltre a fornire interventi rispettosi e individualizzati per facilitare il processo di guarigione e riadattamento delle persone che hanno vissuto esperienze traumatiche (Herman, 1992).

I professionisti devono saper lavorare in modo integrato per affrontare le molteplici sfide che i sopravvissuti a traumi possono incontrare durante il loro processo di adeguamento e ricostruzione (Van der Kolk, 2014). Devono inoltre avere una formazione adeguata sul trauma per evitare di ri-traumatizzare gli utenti dei servizi (Levine, 2010).

Pertanto, è necessario fornire risorse psicologiche e pedagogiche per essere sensibili alle esperienze traumatiche delle persone, promuovendo la loro capacità di affrontare e superare le conseguenze psicologiche del trauma vissuto (Figley, 2002). Le ricerche dimostrano chiaramente che si possono ottenere migliori risultati non solo formando tutti i professionisti che ruotano intorno al trauma, ma facendo sì che l'intera organizzazione adotti un approccio informato sul trauma (Bloom, 1997).

Ciò crea un contesto che supporta la ricostruzione delle loro vite con dignità e resilienza (Harris & Fallot, 2001). La letteratura dimostra quanto sia importante per educatori non formali e volontari che lavorano con sopravvissuti a traumi essere in grado di creare un ambiente di apprendimento e cura accogliente che risponda ai bisogni unici di questo gruppo vulnerabile (Perry, 2006).

Perciò, riteniamo che gli elementi fondanti della formazione dei professionisti debbano considerare le tre dimensioni dello sviluppo personale e professionale:

- area del sapere
- area del saper fare
- area del saper essere

Area del sapere: Conoscenza del Trauma

1. Ricevere una formazione continua sui temi legati al trauma, oltre a sessioni pratiche e casi di studio per sapere come applicare le conoscenze acquisite (Van der Kolk, 2014) .
2. Acquisire una conoscenza approfondita delle diverse manifestazioni del trauma (disturbo da stress post-traumatico, recupero) e delle strategie efficaci di coping (American Psychiatric Association, 2013) .
3. Conoscere le teorie psicologiche che guidano gli interventi con i sopravvissuti a traumi (Herman, 1992) .
4. Approfondire la comprensione delle diverse culture delle persone per creare un ambiente informato sul trauma che sia inclusivo delle differenze culturali, di genere e di orientamento sessuale (Sue, 2010) .
5. Conoscere le organizzazioni locali per creare una rete con forti alleanze di lavoro (Figley, 2002) .

Area del saper fare: Pratiche di Supporto Emotivo

1. Saper creare un ambiente sicuro e accogliente che favorisca un senso di stabilità e promuova la fiducia nella persona, attraverso un ascolto attivo e non giudicante (Rogers, 1961) .
2. Saper comprendere l'impatto del trauma sull'individuo (Van der Kolk, 2014) .
3. Saper costruire una rete con centri professionali per fare invii efficaci, focalizzati sul trattamento a cui l'utente ha diritto (Levine, 2010) .
4. Saper fornire supporto psicosociale per favorire la connessione sociale e mitigare il senso di isolamento in cui spesso si trovano i sopravvissuti a traumi (Bloom, 1997) .
5. Saper coinvolgere attivamente gli utenti dei servizi nel processo educativo, compiendo sforzi costanti di empowerment (Harris & Fallot, 2001) .
6. Utilizzare storie di successo di sopravvissuti a traumi per ispirare e motivare gli altri (Figley, 2002) .
7. Sapere rispettare i tempi di regolazione dei sopravvissuti e evitare situazioni che potrebbero evocare ricordi traumatici senza un adeguato supporto (Herman, 1992) .
8. Favorire l'espressione emotiva (Rogers, 1961) .
9. Saper usare un linguaggio semplice, chiaro, rispettoso ed empatico (Levine, 2010) .
10. Saper costruire una relazione di fiducia, base necessaria per lo sviluppo di un'alleanza di lavoro efficace (Rogers, 1961) .

Area del saper essere: Crescita Personale

1. Avere un atteggiamento empatico di profondo rispetto e non giudizio verso le persone e le loro esperienze (Rogers, 1961) .
2. Partecipare a gruppi di incontro e supporto per prevenire il trauma vicario e mantenere un ambiente educativo sano (Figley, 2002) .
3. Prendersi cura di sé per evitare il burnout (Levine, 2010) .
4. Consapevolezza personale per chiedere supporto quando necessario (Herman, 1992) .
5. Essere flessibili per potersi adattare ai bisogni e ai tempi delle persone (Harris & Fallot, 2001) .

L'intervista non direttiva: un approccio umanistico alla ricerca

La ricerca qualitativa è un approccio di indagine che si concentra sulla comprensione approfondita dei comportamenti, delle esperienze e dei significati soggettivi delle persone; è utilizzata quando

l'intento sia quello di esplorare temi complessi e comprendere le prospettive delle persone coinvolte. Una delle metodologie che si possono usare in questo campo è proprio l'intervista non direttiva o intervista non strutturata la quale rappresenta un approccio qualitativo nella ricerca che enfatizza conversazioni esplorative aperte con individui e gruppi. Mira a suscitare risposte ricche e autentiche riducendo al minimo l'influenza dei pregiudizi e dei preconcetti dell'intervistatore.

Questa metodologia trova le sue origini nel pensiero di Rogers (1945) e nei principi della teoria della terapia centrata sul cliente. Le tecniche usate durante un colloquio ad approccio centrato sul cliente assumono una valenza altrettanto significativa nel campo della ricerca; infatti, raccolgono gli atteggiamenti della persona intervistata senza che questi siano influenzati dagli atteggiamenti dell'intervistatore.

Questo metodo, appunto, si basa su una minima interferenza da parte dell'intervistatore, lasciando che il flusso della conversazione sia guidato dal partecipante; le caratteristiche principali di questa metodologia sono rappresentate dal fornire un contesto di ascolto attivo, assenza di giudizio e flessibilità nelle domande.

Sappiamo che è attraverso le narrazioni, i racconti che le persone attribuiscono significato alle loro esperienze; infatti, quando le persone raccontano qualcosa selezionano dettagli della loro esperienza e questo le porta necessariamente a riflettere sull'esperienza stessa. È questo processo di selezione dei dettagli, di riflessione su di essi che rende il racconto di storie un'esperienza di creazione di significato (Seidman, 2013). Le persone hanno la capacità di simboleggiare la propria esperienza attraverso il linguaggio e se viene data loro la possibilità di parlare liberamente, queste sembrano sapere ed esprimere quanto simboleggiato (Bertaux, 1981).

È ormai conclamato che il concetto di non direttività non presuppone l'assenza di direzione ma piuttosto significa concepire la presenza di attitudini comunicative e relazionali che facilitano il processo di esplorazione e condivisione in maniera responsabile e autonoma. Si riferisce all'atteggiamento che non impone le proprie idee, soluzioni o giudizi sulla persona ascoltata, ma piuttosto genera uno spazio di ascolto empatico in cui la persona può esplorare liberamente i propri pensieri e sentimenti (Rogers, 1945; 1957).

Lo scopo dell'intervista non direttiva non è ottenere risposte a domande e ottenere dati da analizzare; alla base di questa c'è l'interesse nel comprendere l'esperienza vissuta dalla persona e il significato che viene attribuito a tale esperienza (Seidman, 2006).

Tale approccio presuppone che l'intervistatore si limiti a fornire un ambiente empatico e non giudicante, evitando di imporre domande chiuse o di orientare il discorso; l'intervistatore assume un ruolo di facilitatore piuttosto che di ricercatore attivo. Infatti l'intervistatore attraverso l'utilizzo di chiarificazioni o riflessioni dei sentimenti e delle affermazioni permette alla persona intervistata di esplorare in profondità le proprie esperienze e di sperimentarsi in un clima di comprensione autentica e priva di valutazioni. Questo permette all'intervistato di esplorare le proprie emozioni e pensieri senza temere il giudizio. Questa modalità validata nel contesto terapeutico risulta avere un valore altrettanto attendibile nel contesto di ricerca (Rogers, 1945; 1957).

La responsabilità principale dell'intervistatore è quella di fornire un ambiente sicuro, accogliente e privo di giudizi o pressioni. Per descrivere il ruolo dell'intervistatore, infatti, Kvale (1969) utilizza la metafora del viaggiatore dove l'intervistatore intraprende un viaggio insieme all'intervistato, esplorando mondi di significato e di esperienza; l'intervistatore si impegna in una conversazione aperta e dialogica, in cui la conoscenza viene co-costruita durante il percorso.

Risulta piuttosto evidente come un simile approccio promuova un processo di empowerment. Infatti, poiché favorisce l'emergere delle risorse e competenze interne della persona l'intervista non direttiva promuove l'empowerment perché mette l'intervistato al centro del processo di ricerca o esplorazione, rispettando la sua autonomia, facilitando la consapevolezza delle sue risorse e promuovendo un dialogo autentico e non giudicante. Questo approccio non solo favorisce l'espressione genuina e libera, ma anche la crescita personale (Rogers, 1957; Carkhuff, 1969).

Indubbiamente questa metodologia risulta maggiormente dispendiosa in termini di tempo, risorse e modalità di analisi dei dati raccolti rispetto ad altre metodologie e questo potrebbe portare a domandarsi perché sceglierla quale strumento di indagine. La risposta si potrebbe individuare nella qualità relazionale che viene creata; la profondità, l'autenticità e la libertà che caratterizzano questo approccio lo rendono particolarmente adatto per la comprensione di fenomeni complessi e soggettivi.

Inoltre è stato evidenziato come questo strumento produca risultati congruenti con altre metodologie al punto da ritenerlo complementare ad altri strumenti di indagine qualitativa. Pur non garantendo la comparabilità sistematica di dati, l'intervista non direttiva può apportare percezioni ulteriori che possono arricchire la comprensione ottenuta attraverso altri metodi esplorativi (Kvale, 1996; Patton, 2002).

In conclusione, l'intervista non direttiva rappresenta un potente strumento per favorire l'emergere di una conoscenza autentica e partecipata, in cui l'intervistato ha un ruolo attivo e significativo. L'efficacia dell'intervista non direttiva dipende dalla capacità dell'intervistatore di fornire un ambiente empatico e non giudicante, che permetta all'intervistato di esplorare liberamente i propri pensieri.

Alcune osservazioni sulle interviste non direttive svolte

Lo scopo delle interviste non direttive svolte nel contesto del Progetto COPE Erasmus + era quello di far emergere quali fossero i bisogni formativi degli educatori non formali rispetto alla loro conoscenza del trauma e all'approccio trauma informed.

Per raggiungere questo obiettivo, è stato subito evidente che fosse necessario creare un ambiente di dialogo aperto e non giudicante per far sentire gli intervistati liberi di esprimere le loro opinioni, condividere esperienze personali e riflettere sulle proprie necessità in modo autentico e senza la forzatura di fornire risposte predefinite.

Inizialmente, molti partecipanti sembravano mostrare scetticismo dubitando del contributo che potevano offrire alla ricerca e domandandosi se le loro esperienze o competenze fossero adeguate al contesto. Tuttavia, man mano che le interviste procedevano le persone intervistate sembravano sentirsi più sicure nel condividere i propri pensieri e nel riflettere sui bisogni formativi in modo più profondo.

Questo processo ha portato a un cambiamento significativo: da una condizione di incertezza, i partecipanti hanno iniziato a esprimere chiaramente le proprie esperienze e a contribuire con informazioni preziose. Alla fine delle interviste sembravano mostrare una maggiore fiducia nelle proprie capacità di apportare valore alla discussione.

Un altro segnale di questa trasformazione è stato il cambiamento nel ritmo e nella quantità del linguaggio utilizzato. Se nelle prime fasi dell'intervista le risposte degli educatori sembravano più caute e misurate, verso la metà e la fine dell'incontro il discorso appariva più fluido, dettagliato e

ricco di riflessioni. Gli educatori nel corso delle interviste apparivano maggiormente a loro agio nel condividere esperienze e nell'esprimere i propri bisogni.

Parallelamente, l'intervistatore stesso, attraverso il dialogo, sviluppava una curiosità crescente verso nuovi punti di vista e storie personali. Le interazioni sembravano creare una dinamica collaborativa, in cui sia intervistato che intervistatore imparavano reciprocamente e arricchivano il contenuto dell'intervista.

Sito del progetto

Per avere maggiori informazioni sullo stato del progetto e sui materiali gratuiti disponibili è possibile consultare il sito del progetto al seguente indirizzo: <https://www.cope-project.org/it>

Bibliografia

Ackerman, B. (2024). *Postmodern predicament: Existential challenges of the twenty-first century*. Yale University Press.

Agnew-Blais, J., & Danese, A. (2016). Childhood maltreatment and unfavourable clinical outcomes in bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 3(4), 342–349.

American Psychiatric Association. (2022). Trauma- and stressor-related disorders. In *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.).

Bassuk, E. L., Latta, R. E., Sember, R., Raja, S., & Richard, M. (2017). Universal design for underserved populations: Person-centered, recovery-oriented, and trauma-informed. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 28(3), 896–914. <https://doi.org/10.1353/hpu.2017.0087>

Bellis, M. A., Hardcastle, K., Ford, K., et al. (2017). Does continuous trusted adult support in childhood impart life-course resilience against adverse childhood experiences? A retrospective study on adult health-harming behaviours and mental well-being. *BMC Psychiatry*, 17, 110. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1260-z>

Bellis, M. A., Hughes, K., Ford, K., Rodriguez, G. R., Sethi, D., & Passmore, J. (2019). Life course health consequences and associated annual costs of adverse childhood experiences across Europe and North America: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*, 4(10), e517–e528. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30145-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30145-8)

Bellis, M. A., Hughes, K., Leighton, M., et al. (2015). Measuring mortality and the burden of adult disease associated with adverse childhood experiences in England: A national survey. *Journal of Public Health*, 37(3), 445–454.

Benjet, C., Bromet, E., Karam, E., et al. (2016). The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: Results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychological Medicine*, 46(2), 327–343. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001981>

Bertaux, D. (Ed.). (1981). *Biography and society: The life history approach in the social sciences*. Beverly Hills, CA: Sage.

Bisson, J. I., Berliner, L., Cloitre, M., et al. (2019). The International Society for Traumatic Stress Studies new guidelines for the prevention and treatment of posttraumatic stress disorder:

Methodology and development process. *Journal of Traumatic Stress*, 32(4), 475–483. <https://doi.org/10.1002/jts.22421>

Bloom, S. L. (1997). *Creating Sanctuary: Toward the Evolution of Sane Societies*. Routledge.

Bohart, A. C., & Tallman, K. (1999). *How clients make therapy work: The process of active self-healing*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10323-000>

Bothe, T., Jacob, J., Kröger, C., & Walker, J. (2020). How expensive are post-traumatic stress disorders? Estimating incremental health care and economic costs using anonymised claims data. *European Journal of Health Economics*, 21(6), 917–930. <https://doi.org/10.1007/s10198-020-01184-x>

Branson, D. C. (2019). Vicarious trauma, themes in research, and terminology: A review of literature. *Traumatology*, 25(1), 2–10. <https://doi.org/10.1037/trm0000161>

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101.

Bremner, J. D. (2003). Long-term effects of childhood abuse on brain and neurobiology. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12(2), 271–292.

Bucci, M., Marques, S. S., Oh, D., & Harris, N. B. (2016). Toxic stress in children and adolescents. *Advances in Pediatrics*, 63(1), 403–428. <https://doi.org/10.1016/j.yapd.2016.04.002>

Calhoun, L. G., Cann, A., Tedeschi, R. G., & McMillan, J. (2000). A correlational test of the relationship between post-traumatic growth, religion, and cognitive processing. *Journal of Traumatic Stress*, 13(3), 521–527.

Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (1998). Posttraumatic growth: Future directions. In R. G. Tedeschi, C. L. Park, & L. G. Calhoun (Eds.), *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis* (pp. 215–238).

Carkhuff, R. R. (1969). *Helping and human relations: A primer for lay and professional helpers*. Holt, Rinehart, and Winston.

Carmassi, C., Dell'Osso, L., Manni, C., Candini, V., Dagani, J., Iozzino, L., Koenen, K., & Girolamo, G. (2014). Frequency of trauma exposure and post-traumatic stress disorder in Italy: Analysis from the World Mental Health Survey Initiative. *Journal of Psychiatric Research*, 59, 77–84. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.09.006>

Center on the Developing Child at Harvard University. (2016). *From best practices to breakthrough impacts: A science-based approach to building a more promising future for young children and families*. Retrieved from <http://www.developingchild.harvard.edu>

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2019). *Preventing adverse childhood experiences (ACEs): Leveraging the best available evidence*. National Center for Injury Prevention and Control.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2024). ACEs. Retrieved from <https://www.cdc.gov/violenceprevention/aces/index.html>

Cheng, H. L., & Mallinckrodt, B. (2015). Racial/ethnic discrimination, posttraumatic stress symptoms, and alcohol problems in a longitudinal study of Hispanic/Latino college students. *Journal of Counseling Psychology, 62*(1), 38–49. <https://doi.org/10.1037/cou0000052>

Ching, T. H. W., Lee, S. Y., Chen, J., So, R. P., & Williams, M. T. (2018). A model of intersectional stress and trauma in Asian American sexual and gender minorities. *Psychology of Violence, 8*(6), 657–668. <https://doi.org/10.1037/vio0000204>

Creswell, J. W. (2014). Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches. Sage publications.

Dale, S. K., & Safren, S. A. (2019). Gendered racial microaggressions predict posttraumatic stress disorder symptoms and cognitions among Black women living with HIV. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 11*(7), 685–694. <https://doi.org/10.1037/tra0000467.supp>

Davis, L. L., Schein, J., Cloutier, M., et al. (2022). The economic burden of posttraumatic stress disorder in the United States from a societal perspective. *Journal of Clinical Psychiatry, 83*(3), 21m14116.

deMarrais, K. (2004). Qualitative interview studies: Learning through experience. In K. deMarrais & S. D. Lapan (Eds.), *Foundations for research: Methods of inquiry in education and the social sciences* (pp. 51–68). Lawrence Erlbaum Associates.

Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2011). The SAGE Handbook of Qualitative Research. Sage.

Deryugina, T. (2022). Economic effects of natural disasters. *IZA World of Labor, 493*. <https://doi.org/10.15185/izawol.493>

Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Chapman, D., Williamson, D. F., & Giles, W. H. (2001). Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: Findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *Journal of the American Medical Association, 286*(24), 3089–3096.

Duea, S. R., Zimmerman, E. B., Vaughn, L. M., Dias, S., & Harris, J. (2022). A guide to selecting participatory research methods based on project and partnership goals. *Journal of Participatory Research Methods, 3*(1).

Elliott, D. M., Briere, J., Goh, D. S., & Messman-Moore, T. (2005). Trauma and interpersonal relationships. *Journal of Trauma & Dissociation, 6*(4), 133–153.

Fallot, R. D., & Harris, M. (2001). A trauma-informed approach to screening and assessment. In M. Harris & R. D. Fallot (Eds.), *Using trauma theory to design service systems* (pp. 23–31). Jossey-Bass.

Fallot, R. D., & Harris, M. (2002). The trauma recovery and empowerment model (TREM): Conceptual and practical issues in a group intervention for women. *Community Mental Health Journal, 38*(6), 475–485.

Fallot, R. D., & Harris, M. (2009). *Creating cultures of trauma-informed care (CCTIC): A self-assessment and planning protocol*. Community Connections.

Fang, X., Fry, D. A., Brown, D. S., Mercy, J. A., Dunne, M. P., Butchart, A. R., et al. (2015). The burden of child maltreatment in the East Asia and Pacific region. *Child Abuse & Neglect*, 42, 146–162. <https://doi.org/10.1016/j.chabu.2015.01.003>

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)

Felitti, V. J. (2001). The relation between adverse childhood experiences and adult health: Turning gold into lead. *The Permanente Journal*, 6(1), 44–47.

Figley, C. R. (2002). Treating Compassion Fatigue. Brunner-Routledge.

Flick, U. (2018). An introduction to qualitative research. Sage Publications.

Flores, E., Tschan, J. M., Dimas, J. M., Pasch, L. A., & de Groat, C. L. (2010). Perceived racial/ethnic discrimination, posttraumatic stress symptoms, and health risk behaviors among Mexican American adolescents. *Journal of Counseling Psychology*, 57(3), 264–273. <https://doi.org/10.1037/a0020026>

Fox, B. H., Perez, N., Cass, E., Baglivio, M. T., & Epps, N. (2015). Trauma changes everything: Examining the relationship between adverse childhood experiences and serious, violent, and chronic juvenile offenders. *Child Abuse & Neglect*, 46, 163–173. <https://doi.org/10.1016/j.chabu.2015.01.011>

Gone, J. P., Hartmann, W. E., Pomerville, A., Wendt, D. C., Klem, S. H., & Burrage, R. L. (2019). The impact of historical trauma on health outcomes for Indigenous populations in the USA and Canada: A systematic review. *American Psychologist*, 74(1), 20–35. <https://doi.org/10.1037/amp0000338>

Green, B. L., Friedman, M. J., de Jong, J., Keane, T. M., Solomon, S. D., Fairbank, J. A., ... & Frey-Wouters, E. (Eds.). (2003). *Trauma interventions in war and peace: Prevention, practice, and policy*. Springer Science & Business Media.

Herman, J. L. (1992). *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence--From Domestic Abuse to Political Terror*. Basic Books.

Hillis, S. D., Anda, R. F., Felitti, V. J., Nordenberg, D., & Marchbanks, P. A. (2000). Adverse childhood experiences and sexually transmitted diseases in men and women: A retrospective study. *Pediatrics*, 106(1), e11. <https://doi.org/10.1542/peds.106.1.e11>

Hillis, S. D., Anda, R. F., Felitti, V. J., & Marchbanks, P. A. (2001). Adverse childhood experiences and sexual risk behaviors in women: A retrospective cohort study. *Family Planning Perspectives*, 33(5), 206–211.

Hillis, S. D., Anda, R. F., Dube, S. R., Felitti, V. J., Marchbanks, P. A., & Marks, J. S. (2004). The association between adverse childhood experiences and adolescent pregnancy, long-term psychosocial outcomes, and fetal death. *Pediatrics*, 113(2), 320–327. <https://doi.org/10.1542/peds.113.2.320>

Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., et al. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*, 2(8), e356–e366. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4)

International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC). (2009). *Through albino eyes: The plight of albino people in Africa's Great Lakes region and a Red Cross response* (Advocacy Report).

Jennings, A. (2004). The damaging consequences of violence and trauma: Facts, discussion points, and recommendations for the behavioral health system. *National Association of State Mental Health Program Directors*.

Joseph, S. (2004). Client-centred psychotherapy, post-traumatic stress disorder, and post-traumatic growth: Theoretical perspectives and practical implications. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 77(1), 101–119.

Joseph, S., & Linley, P. A. (2005). Positive adjustment to threatening events: An organismic valuing theory of growth through adversity. *Review of General Psychology*, 9(3), 262–280. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.9.3.262>

Joseph, S. (2015). A person-centered perspective on working with people who have experienced psychological trauma and helping them move forward to posttraumatic growth. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 14(3), 178–190. <https://doi.org/10.1080/14779757.2015.1043392>

Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Cardoso, G., ... Koenen, K. C. (2017). Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(sup5), 1353383. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1353383>

Knight, J. K., & Wood, W. B. (2005). Teaching more by lecturing less. *Cell Biology Education*, 4(4), 298–310. <https://doi.org/10.1187/cbe.05-06-0082>

Knowles, M. (1984). *The adult learner: A neglected species* (3rd ed.). Gulf Publishing.

Koren, D., Norman, D., Cohen, A., Berman, J., & Klein, E. M. (2005). Increased PTSD risk with combat-related injury: A matched comparison study of injured and uninjured soldiers experiencing the same combat events. *American Journal of Psychiatry*, 162(2), 276–282. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.2.276>

Kvale, S. (1996). Interviews: An introduction to qualitative research interviewing. Sage Publications.

Leppink, N. (2015). Socio-economic costs of work-related injuries and illnesses: Building synergies between occupational safety and health and productivity. *Labour Administration, Labour Inspection, and Occupational Safety and Health Branch*, International Labour Organization. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/---ilo-rome/documents/genericdocument/wcms_415608.pdf

Levine, P. A. (2010). *In an Unspoken Voice: How the Body Releases Trauma and Restores Goodness*. North Atlantic Books.

Linley, P. A. (2003). Positive adaptation to trauma: Wisdom as both process and outcome. *Journal of Traumatic Stress*, 16(6), 601–610.

Linley, P. A., & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress, 17*(1), 11–21.

Lyons, J. A. (1991). Strategies for assessing the potential for positive adjustment following trauma. *Journal of Traumatic Stress, 4*(1), 93–111.

Mahwah, N. J., & Tedeschi, R. G. (1999). *Facilitating post-traumatic growth: A clinician's guide*. Erlbaum.

Mathieu, F. (2007). Running on empty: Compassion fatigue in health professionals. *Rehab & Community Care Medicine*. <http://www.compassionfatigue.org/pages/RunningOnEmpty.pdf>

Mollica, R. F. (2013). *Healing a violent world manifesto*. Harvard Program in Refugee Trauma, Harvard University.

Mollica, R. F. (2014). *The new H5 model: Trauma and recovery*. Harvard Program in Refugee Trauma, Harvard University.

Mollica, R. F., Brooks, D. R., Ekblad, S., & McDonald, L. (2015). The H5 new model of refugee trauma and recovery. In J. Lindert & I. Levav (Eds.), *Violence and mental health, its manifold faces* (pp. 341–378). Springer.

Nagata, D. K., Kim, J. H. J., & Wu, K. (2019). The Japanese American wartime incarceration: Examining the scope of racial trauma. *American Psychologist, 74*(1), 36–48. <https://doi.org/10.1037/amp0000303>

National Academy of Science of the United States of America. (2012). Childhood maltreatment is associated with reduced volume in the hippocampal subfields CA3, dentate gyrus, and subiculum. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. <http://www.pnas.org/content/suppl/2012/02/07/1115396109>

National Scientific Council on the Developing Child. (2020). *Connecting the brain to the rest of the body: Early childhood development and lifelong health are deeply intertwined* (Working Paper No. 15). Harvard University Center on the Developing Child. Retrieved from www.developingchild.harvard.edu

Nemeroff, C. B. (2004). Neurobiological consequences of childhood trauma. *Journal of Clinical Psychiatry, 65*(suppl. 1), 18–28.

Obermeyer, C. M. (2005). The consequences of female circumcision for health and sexuality: An update on the evidence. *Culture, Health and Sexuality, 7*, 443–461. <https://doi.org/10.1080/13691050500150329>

Ogińska-Bulik, N. (2015). Social support and negative and positive outcomes of experienced traumatic events in a group of male emergency service workers. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics (JOSE), 21*(2), 119–127. <https://doi.org/10.1080/10803548.2015.1028232>

Patton, M. Q. (2002). Qualitative Research and Evaluation Methods (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Patton, M. Q. (2015). Qualitative research & evaluation methods. Sage Publications.

Peterson, C., Florence, C., & Klevens, J. (2018). The economic burden of child maltreatment in the United States, 2015. *Child Abuse & Neglect*, 86, 178–183. <https://doi.org/10.1016/j.chabu.2018.09.018>

Pirhonen, L., Gyllensten, H., Fors, A., & Bolin, K. (2020). The cost-effectiveness of person-centred care for patients with acute coronary syndrome. *European Journal of Health Economics*, 21(8), 1317–1327. <https://doi.org/10.1007/s10198-020-01230-8>

Potocky, M., & Guskovict, K. L. (2016). Enhancing empathy among humanitarian workers through Project Miracle: Development and initial validation of the Helpful Responses to Refugee Questionnaire. *Torture*, 26(3), 46–59.

Prior, S. J., Mather, C., Ford, K., et al. (2020). Person-centred data collection methods to embed the authentic voice of people who experience health challenges. *BMJ Open Quality*, 9(e000912). <https://doi.org/10.1136/bmjoq-2020-000912>

Quinn, A. (2008). A person-centered approach to the treatment of combat veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Humanistic Psychology*, 48(4), 458–476. <https://doi.org/10.1177/0022167808319729>

Quirke, E., Klymchuk, V., Gusak, N., Gorbunova, V., & Sukhovii, O. (2022). Applying the national mental health policy in conflict-affected regions: Towards better social inclusion (Ukrainian case). *Mental Health and Social Inclusion*, 26(3), 242–256. <https://doi.org/10.1108/MHSI-01-2022-0002>

Rao, H., et al. (2010). Early parental care is important for hippocampal maturation: Evidence from brain morphology in humans. *Neuroimage*, 49(2), 1144–1150. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2009.07.003>

Read, J., Fink, P. J., Rudegeair, T., Felitti, V., & Whitfield, C. L. (2008). Child maltreatment and psychosis: A return to a genuinely integrated bio-psycho-social model. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, 2(3), 235–254. <https://doi.org/10.3371/CSRP.2.3.5>

Rehm, J., & Shield, K. D. (2019). Global burden of disease and the impact of mental and addictive disorders. *Current Psychiatry Reports*, 21(2), 10. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-0997-0>

Reuben, A., Moffitt, T. E., Caspi, A., et al. (2016). Lest we forget: Comparing retrospective and prospective assessments of adverse childhood experiences in the prediction of adult health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(10), 1103–1112. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12621>

Rogers, C. R. (1945). The Nondirective Method as a Technique for Social Research. *American Journal of Sociology*, Vol. 50, No. 4, 279-283.

Rogers, C. R. (1945). The Non-Directive Method in Counseling. *Journal of Consulting Psychology*, 9(3), 163.

Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95-103.

Saferworld. (2021). *A people-centered approach to security and justice: Recommendations for policy and programming*. <https://doi.org/10.1093/med/9780190259440.003.0008>

SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration). (2014). *SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach* (HHS Publication No. SMA-14-4884). U.S. Department of Health and Human Services.

San Diego Trauma-Informed Guide Team. (2012). *Are you asking the right questions? A client-centered approach.* Retrieved from http://www.elcajoncollaborative.org/uploads/1/4/1/5/1415935/sd_tigt_brochure2_f.pdf

Save the Children. (2022). *Stop the war on children: The forgotten ones.* <https://resourcecentre.savethechildren.net/pdf/stop-the-war-on-children-the-forgotten-ones.pdf>

Seidman, I. (2006). *Interviewing as qualitative research: A guide for researchers in education and the social sciences* (3rd ed.). Teachers College Press.

Shonkoff, J. P., & Phillips, D. A. (Eds.). (2000). *From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development*. National Academy Press.

Shonkoff, J. P., Garner, A. S., & Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care, and Section on Developmental and Behavioral Pediatrics. (2012). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, 129(1), e232-e246. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2663>

Stige, S. H., Binder, P. E., Rosenvinge, J. H., & Træen, B. (2013). Stories from the road of recovery: How adult female survivors of childhood trauma experience ways to positive change. *Nordic Psychology*, 65(1), 3–18. <https://doi.org/10.1080/19012276.2013.796083>

Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Alink, L. R. A., & Van IJzendoorn, M. H. (2015). The prevalence of child maltreatment across the globe: Review of a series of meta-analyses. *Child Abuse Review*, 24(1), 37–50. <https://doi.org/10.1002/car.2353>

Trauma and Public Health Taskforce. (2015). *A public health approach to trauma: Implications for science, practice, policy, and the role of ISTSS*. International Society for Traumatic Stress Studies.

Trautmann, S., & Wittchen, H. (2018). Trauma and PTSD in Europe. *Oxford Medicine Online*. <https://doi.org/10.1093/med/9780190259440.003.0008>

Trotta, A., Murray, R. M., & Fisher, H. L. (2015). The impact of childhood adversity on the persistence of psychotic symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 45(12), 2481–2498. <https://doi.org/10.1017/S0033291715000574>

United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). (2022). *Ukraine emergency*. <https://www.unhcr.org/en-us/ukraine-emergency.html>

UNICEF. (2021). *The state of the world's children 2021: On my mind – Promoting, protecting, and caring for children's mental health*. United Nations Children's Fund. <https://www.unicef.org/reports/state-worlds-children-2021>

United Nations Development Programme (UNDP). (2022). *A framework for development solutions to crisis and fragility*. <https://www.undp.org/crisis>

Van der Kolk, B. A. (2006). Clinical implications of neuroscience research in PTSD. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071(1), 277–293. <https://doi.org/10.1196/annals.1364.022>

Van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Viking.

Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., et al. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: A meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia Bulletin*, 38(4), 661–671. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs050>

Vigo, D., Thornicroft, G., & Atun, R. (2016). Estimating the true global burden of mental illness. *The Lancet Psychiatry*, 3(2), 171–178. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00505-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00505-2)

Watson, L. B., DeBlaere, C., Langrehr, K. J., Zelaya, D. G., & Flores, M. J. (2016). The influence of multiple oppressions on women of color's experiences with insidious trauma. *Journal of Counseling Psychology*, 63(6), 656–667. <https://doi.org/10.1037/cou0000165>

Webb, R. T., Antonsen, S., Carr, M. J., Appleby, L., Pedersen, C. B., & Mok, P. L. H. (2017). Self-harm and violent criminality among young people who experienced trauma-related hospital admission during childhood: A Danish national cohort study. *Lancet Public Health*, 2(7), e314–e322. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30094-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30094-0)

World Health Organization (WHO). (1986). *Ottawa charter for health promotion: Charte D'Ottawa pour la promotion de la santé*. World Health Organization.

World Health Organization (WHO). (2013). *Guidelines for the management of conditions specifically related to stress*. World Health Organization.

World Health Organization Regional Office for Europe. (2018). *European status report on preventing child maltreatment*. World Health Organization.

World Health Organization (WHO). (2019). *Person-centred recovery planning for mental health and well-being: Self-help tool*. World Health Organization.

World Health Organization (WHO). (2020). *Achieving person-centred health systems: Evidence, strategies, and challenges*. World Health Organization.

World Health Organization (WHO). (2021a). *Mental health atlas 2020*. World Health Organization.

World Health Organization (WHO). (2021b). *Refugee and migrant health: Global competency standards for health workers*. World Health Organization. <https://doi.org/10.2307/j.ctt1xp3htd>. Consulted Dec. 31, 2022.

World Health Organization (WHO). (2021c). *Knowledge guide to support the operationalization of the refugee and migrant health: Global competency standards for health workers*. World Health Organization.

World Health Organization (WHO). (2022a). *World mental health report: Transforming mental health for all*. World Health Organization.

World Health Organization (WHO). (2022b). *Responding to child maltreatment: A clinical handbook for health professionals*. World Health Organization.

Woolf, S. H., Zimmerman, E. B., Haley, A., & Krist, A. H. (2016). Authentic engagement of patients and communities can transform research, practice, and policy. *Health Affairs*, 35(4), 590–594. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2015.1512>

Zucconi, A., & Howell, P. (2003). *Health promotion: A person-centred approach to health and well-being*. La Meridiana.

Zucconi, A. (2008). Effective helping relationships: Focus on illness or on health and well-being? In B. Lewitt (Ed.), *Reflections of human potential: The person-centered approach as a positive psychology* (pp. 87–99). PCC Books.

Zucconi, A. (2011). The politics of the helping relationships: Carl Rogers' contributions. *Journal of the World Association for Person-Centered Psychotherapy and Counseling*, 10(1), 2–10.

Zucconi, A. (2019). A compass for sustainable person-centered governance. In D. Süss & C. Negri (Eds.), *Angewandte Psychologie: Beiträge zu einer menschenwürdigen Gesellschaft* (pp. 123–133). Springer-Verlag.

Zucconi, A., & Wachsmuth, J. (2020). Protecting and promoting individual, social, and planetary health with people-centered and sustainable leadership styles. *CADMUS*, 4(2), 105–117.

Zucconi, A. (2021). How to promote people-centered and person-centered sustainable relationships. *CADMUS*, 4(4), 49–51.

Zucconi, A. (2023). Effective people-centered health education for human security. *CADMUS*, 5(3), 74–89.

Zucconi, A., & Rollè, L. (2023). The health and economic burdens inflicted by human security destruction. *CADMUS*, 5(1), 66–99.