

Teniche Psicologiche nell'Emergenza

di Denise Pagano

L'attenzione per la comprensione dei vissuti e dei danni psicologici conseguenti ai disastri causati dalla natura come terremoti, alluvioni, inondazioni o dall'uomo come guerre, atti terroristici, atrocità varie, è stata molto sottovalutata rispetto alle urgenze più importanti di evitare altre morti, garantire la sussistenza dei superstiti, intervenire nelle situazioni a rischio, ricreare una parvenza di funzionamento normale della vita; ma è andata crescendo da circa quarant'anni a livello internazionale e da circa un ventennio a livello italiano.

La figura dello psicologo è entrata a far parte dell'organico che interviene nelle emergenze in quanto il suo contributo può favorire una ripresa e ricostituzione dell'abituale funzionamento psicosociale di chi improvvisamente si è visto sconvolgere la linearità della propria vita. Si parla di emergenza psicologica quando, in seguito a circostanze esterne, avviene un perturbamento dell'equilibrio psico-emotivo dell'individuo che richiede la mobilitazione di risorse e strategie di adattamento non possedute o recuperabili solo con sforzi enormi.

L'interesse di questo articolo è quello di individuare le tecniche, attualmente in uso, per aiutare e nell'immediato e nel dopo evento, le vittime di un disastro. Di psicologia dell'emergenza se ne può parlare a livello **individuale** quando ci si occupa degli effetti di un evento dal forte impatto psicologico per l'individuo che ne è stato colpito direttamente o vi ha assistito o relativo a persona cara e che comporta uno sconvolgimento del normale assetto mentale, emotivo, affettivo determinando uno stato di crisi. Casi tipici sono stupro, pedofilia, aggressioni fisiche e psichiche, tortura, comunicazioni di morte o malattia incurabile, vissuto di imminenza della morte, incidenti stradali.

Ma sempre più, psicologia dell'emergenza va strutturandosi a livello **collettivo**, quando un evento sconfinava i limiti supportabili della vita quotidiana ed è fuori dalla portata del controllo umano, coinvolge un'intera comunità determinando oltre a morte e distruzioni, anche un totale stravolgimento dei luoghi e del consueto modo di vivere e di essere delle persone. È quanto avviene in caso di terremoti, alluvioni, uragani, inondazioni, crolli imponenti, cadute di aerei, attentati terroristici, azioni belliche, situazioni di guerriglia. Quindi l'intervento non si limita a una o poche persone, ma punta a contenere e supportare centinaia di casi di crisi contemporaneamente, in una situazione di grande caos e confusione. In più oltre alle vittime, l'aiuto si estende anche agli stessi soccorritori che si trovano spesso a vivere situazioni di estremo stress e alla riorganizzazione sociale dell'intera comunità. (Giannantonio 2003).

L'intento è quello di passare in rassegna i programmi di intervento rivolti a persone "normali" che reagiscono normalmente ad una situazione anormale, estrema, mostrando reazioni che non sono da considerare patologiche e non richiedono interventi terapeutici tradizionali, piuttosto pongono la necessità di far conoscere strategie di coping adeguate di fronte ad uno stress elevato e facilitare un reinquadramento dell'esperienza con la normalizzazione delle reazioni.

Va sottolineata l'importanza di calibrare tali interventi in base ai contesti, al tipo di cultura della zona interessata, alle modalità di vita della popolazione, al maggiore o minore sviluppo di una rete di risorse che renda agevole un'assistenza continuata nel post-emergenza.

L'INTERVENTO SULLA CRISI indica appunto il programma, elaborato in seguito ad esperienze sul campo e ad anni di ricerca, nel tentativo di rendere sempre più efficace l'aiuto nelle prime fasi dell'impatto.

È stato predisposto un intervento diverso dalle modalità classiche di lavoro psicologico, in questo caso lo psicologo deve assumere un comportamento attivo: andare alla ricerca delle vittime invece di aspettare che siano loro a farsi avanti, informare delle attività offerte, cercare di coinvolgere più persone possibile per contenere il maggior numero di crisi, prevenire e attenuare angoscia, evitare un possibile

aggravamento delle problematiche psicologiche, condurre il soggetto nella ripresa di un contatto autonomo con il suo ambiente. In più le condizioni non sono quelle di un normale setting poiché si tratta di lavorare in luoghi spesso affollati e caotici, con poco tempo a disposizione e molte persone da tenere sotto controllo e l'interesse è focalizzato a supportare e proporre tecniche di fronteggiamento della situazione altamente stressante piuttosto che interessarsi delle motivazioni precoci il disturbo o della ristrutturazione della personalità. Ci si rivolge a soggetti "normali", non caratterizzati da particolari problematiche e dotati di risorse necessarie a garantire il proprio equilibrio psicologico ed emotivo, pertanto è opportuno evitare di far riferimenti alle categorie diagnostiche classiche, anche perché le manifestazioni acute sono in rapido cambiamento. La figura dello psicologo deve muoversi sul campo ad offrire assistenza dove serve, instaurare un contatto con i servizi e le strutture aggregative presenti nella comunità, favorire il legame tra queste e le persone così che possano incontrarsi nella fase della post-emergenza.

L'individuo si trova improvvisamente espropriato dal proprio spazio, tempo, legami familiari, dai propri oggetti e dal loro significato simbolico relativo alla propria concezione del mondo e della vita, dell'identità sociale. È pertanto costretto, in tempi brevi, a mettere in atto un processo di adattamento ad una situazione che ha cancellato i propri segni di riconoscimento. Di fronte ad un caos esterno, si trova a dover fronteggiare angosce esistenziali provenienti dal caos interno (Villone Betocchi, 1982).

Le capacità di reazione normalmente funzionali non sono sufficienti a controllare senso di vulnerabilità e angoscia estrema, pertanto i sintomi più comuni che possono comparire durante o immediatamente dopo l'esperienza sono:

- reazioni di dissociazione con depersonalizzazione e derealizzazione, amnesia, fuga
- ripetizione di esperienza traumatica attraverso ricordi, flashback, incubi, ripetizione automatica di esperienza
- evitamento di luoghi o persone che ricordano l'evento
- iperattivazione con episodi di panico, reazioni di trasalimento, problemi di collera, disturbo del sonno, difficoltà di concentrazione
- ansia che si manifesta con preoccupazione eccessiva, vulnerabilità, senso di impotenza, sensazione di essere sopraffatti dalle forti emozioni
- depressione attraverso anedonia, senso di indegnità, perdita di interessi, senso di affaticamento, mancanza di motivazione, senso di colpa
- sintomi psicotici come deliri, allucinazioni, immagini bizzarre, catatonia, distorsioni, perdita dell'obiettività.

Si tratta comunque di condizioni prevedibili che tendono però ad estinguersi col passare dei giorni riconducendo il soggetto ad un progressivo recupero del funzionamento normale; è importante comunque contrastare il cristallizzarsi di tali reazioni. Ma possono anche presentarsi reazioni differite nel medio-lungo termine, quando la persona da una condizione di efficienza e stabilità emotiva comincia a mostrare un malessere e perdita delle capacità adattive, lavorative, di integrazione sociale.

Secondo il DSM-IV le caratteristiche del disturbo post-traumatico prevedono che:

- persona si è confrontata o ha assistito a eventi che hanno implicato morte, rischio elevato di morte, gravi lesioni, minaccia ad integrità fisica
- risposta di persona comprende paura intensa, sentimenti di impotenza, orrore

L'intensità dell'esperienza dipende dal tipo di contatto con l'evento:

- diretto quando l'esperienza è vissuta in prima persona
- in modo vicario quando si è assistito o c'è stata perdita di persona cara o identificazione nelle

persone direttamente coinvolte

- mediato quando si viene a conoscenza di eventi estremi vissuti da altri e si è in qualche modo interessati dall'accaduto.

La risposta comunque non va considerata di tipo causa ed effetto, ma dipende da tutta una serie di fattori che si intrecciano:

1. tipo di evento: caratteristiche che influenzano la probabilità di sviluppare disturbi cronici o a esordio tardivo quali intensità dell'evento, imprevedibilità e probabilità di ripetizione, minaccia di morte, esposizione sensoriale, elevato numero di morti, particolare violenza della morte, gravità ed estensione dei danni, valore simbolico dei contesti interessati
2. variabili della vittima: fattori di rischio sembrano essere bassa autostima, bassa percezione di controllabilità degli eventi, preesistenti disturbi psicopatologici, elevata reattività psicosomatica, preesistenti Disturbi di Personalità, comportamento antisociale, tendenza a fronteggiare problemi emotivi con strategie di ipercontrollo ed evitamento, sesso femminile, basso livello socio-economico, disfunzionamento relazionale familiare, precedenti esposizioni a traumi specialmente se non superati, variabili genetiche, sviluppo inadeguato di sistema comportamentale
3. risposta soggettiva all'evento stressante: risorse interne di cui la persona dispone, capacità di farsi aiutare e di trarre giovamento dagli aiuti offerti
4. supporto e risorse sociali: qualità/tempestività degli interventi di aiuto, relazioni sociali che forniscano supporto emotivo, collaborazione della rete sociale nella post-emergenza.

Tra i disturbi più frequenti che possono insorgere Giannantonio propone:

PTDS (Disturbo post-traumatico da stress) secondo DSM-IV lo si può diagnosticare con specifici sintomi non presenti già da prima quali intrusioni che porta a rivivere l'esperienza nei sogni, ricordi o durante situazioni correlate per il soggetto all'evento traumatico; evitamento che induce più o meno consapevolmente la persona ad evitare pensieri, luoghi, persone, attività associate all'evento, a non ricordare aspetti dell'esperienza, a ridurre gli interessi, a percepire sentimenti di distacco o estraneità nei confronti di persone anche significative; iperattivazione che comporta difficoltà ad addormentarsi e a mantenere il sonno, risposte di rabbia o di allarme esagerate rispetto al contesto, irritabilità, difficoltà a concentrarsi.

Disturbo acuto da stress si presenta entro 1 mese da evento e dura da 2 giorni a 4 settimane e prevede sentimenti dissociativi quali sensazione soggettiva di insensibilità, distacco, assenza di reattività emozionale, riduzione di consapevolezza dell'ambiente intorno; derealizzazione; depersonalizzazione; amnesia dissociativa.

Disturbo psicotico breve si sviluppa poco dopo evento ed ha durata variabile da 1 giorno a 1 mese con insorgenza di deliri, allucinazioni, eloquio o comportamento disorganizzato o catatonico.

Disturbo dell'adattamento si manifesta entro 3 mesi da evento ed è caratterizzato da marcato disagio, elevata compromissione del funzionamento sociale e lavorativo.

Disturbo d'ansia da separazione coinvolge soggetti in età evolutiva e implica ansia eccessiva per la separazione da casa o dalle persone di riferimento; tale disturbo deve manifestarsi entro 18 anni.

Disturbo post-traumatico complesso include oltre ai sintomi del PTDS anche dissociazione, instabilità affettiva, disturbi di identità, comportamenti autolesionistici, difficoltà a modulare rabbia, sintomi intrusivi di particolare gravità, coinvolgimento in relazioni disfunzionali e frustranti, comportamento sessuale impulsivo. Non è possibile lavorare subito su PTDS o durante

fase di sensibilizzazione dei sintomi di ansia, depressivi, dissociativi quando ancora gli aspetti intrapsichici e relazionali sono instabili, l'intervento troppo precoce sui ricordi traumatici può comportare una ritraumatizzazione e demotivazione nei confronti della cura.

L'intervento psicologico sul luogo del disastro comincia già dallo stabilire contatti con i responsabili e i soccorritori per una buona collaborazione, è opportuno individuare un luogo sicuro dove dare protezione alle persone lontano dagli stimoli traumatici e dai media e creare per quanto possibile un ambiente confortevole e tranquillo, provvedere ai bisogni primari quali cibo, acqua, riparo, vestiti.

L'opera principale dello psicologo consiste nell'aiutare a gestire lo sconvolgimento emozionale, a facilitare il recupero funzionale abituale, a rafforzare resilienza, a prevenire peggioramento dei sintomi. Pertanto lo psicologo nell'immediato può cercare di riconnettere il superstite con la realtà sia con scambi verbali che non, in modo da favorire il processo di ripresa di contatto con la realtà, deve dimostrare riconoscimento dell'esperienza con ascolto empatico, favorire ricongiungimenti con persone care, sostenere e gestire intense emozioni di panico, somministrare farmaci se necessario.

L'intervento sul campo è stato strutturato in tre fasi: quella dell'**assistenza immediata** va dal momento dell'evento fino a 30-45 giorni dopo e vede lo psicologo impegnato in attività di normalizzazione dell'esperienza e informazione delle tecniche di gestione dello stress attraverso una presenza continuata sul campo, sostegno psicologico, counseling individuale e di gruppo, pronto soccorso emotivo. Contemporaneamente mette in atto screening, valutazione diagnostica e raccolta dei bisogni post traumatici che prevedono una raccolta di dati sulla popolazione e sui servizi esistenti, l'individuazione di soggetti con problematiche relative allo stress post-traumatico presente attraverso colloqui semi-strutturati; *outreaching* che implica il "vagabondaggio" dell'operatore nei vari luoghi dove ci può essere bisogno di consulenza come rifugi, ospedali, obitori, mense, scuole per offrire aiuto alle persone senza aspettare che siano loro a venire; *referring* che prevede l'invio delle persone con particolari necessità di un trattamento medio-lungo.

La fase di stabilizzazione include le prime 24-48 ore, punta ad interventi psico-educazionali volti a far sentire persone protette e sostenute, così da promuovere senso di controllo e regolazione affettiva tramite la coesione di gruppo. Una delle tecniche utilizzate è il **defusing** che stimola una comprensione dei pensieri e sentimenti associati all'esperienza, pertanto è opportuno prima valutare la disponibilità della persona a sostenere una conversazione più quotidiana sull'evento da poco avvenuto e se sottoporla alle reazioni degli altri rischia di intensificare la sua sofferenza emotiva, aggravando stress o problemi già preesistenti. Per tutti quelli che non versano in una condizione a rischio, viene creato un momento di discussione di gruppo dalla durata tra i 20 e 45 minuti, che prevede una fase introduttiva in cui i leader si presentano e spiegano la funzione di tale attività volta a condividere l'esperienza e le reazioni, senza alcun intento di indagine più approfondita, ognuno può partecipare senza comunque alcun obbligo di parlare; viene enfatizzata la riservatezza. Si comincia focalizzandosi sui fatti così come ognuno li ha vissuti, visto che sono più facili da descrivere ed affrontare rispetto alle emozioni; da tale descrizione si passa ad indagare l'area cognitiva con domande sui pensieri associati ai fatti e utilizzando poi la descrizione dei pensieri vengono proposte domande in merito alle esperienze emotive, che è il momento più delicato.

Il *defusing* non mira ad esplorazione approfondita, pertanto bisogna evitare di far emergere senso di vulnerabilità e di scatenare maggiore ansia; è opportuno invece monitorare come le persone si comportano nel parlare delle emozioni, convalidare le loro preoccupazioni, ma anche "depatologizzare" le reazioni dando informazioni sulla normalità di queste di fronte ad evento

anormale che ha sconvolto assetto funzionale abituale. Con il defusing si tenta di fornire alle vittime sostegno attraverso un ascolto attivo e la condivisione di un'esperienza comune per contrastare l'isolamento psicologico, mitigare autobiasimo, ansia, impotenza e favorire una sensazione di maggior controllo, ha una struttura circolare con funzione di contenimento che partendo da livello cognitivo torna a questo con gli insegnamenti degli operatori sulle tecniche di gestione dello stress. Defusing è anche momento per gli operatori di valutare se ci sono casi più gravi da tenere in considerazione. Nella costituzione dei gruppi sarebbe utile considerare coloro che sono stati coinvolti in modo simile in base alla prossimità fisica o emozionale all'impatto, al coinvolgimento più o meno elevato, così da creare gruppi il più possibile omogenei, quindi più efficaci. Nella maggioranza dei casi i sopravvissuti riescono in questa attività di riflessione su pensieri, ricordi, emozioni e, nonostante la sofferenza, la maggior comprensione comporta uno stato di sollievo.

L'altra tecnica più strutturata, nata per aiutare i soccorritori a mitigare lo stress, poi estesa anche ai superstiti, è il **debriefing**, ideato da Mitchell (1963) nel tentativo di far comprendere e gestire le emozioni intense, elaborare in modo più completo l'esperienza, riuscire a dare un significato all'evento per integrarlo nella propria vita e attraverso il sostegno del gruppo facilitare la catarsi. Sono previsti un debriefing iniziale e uno di follow-up, ma non trattandosi di psicoterapia né di counseling, i due incontri possono non essere sufficienti ad instaurare una ripresa positiva. Il numero dei partecipanti ottimale è dagli 8 ai 10 soggetti cosicché ognuno abbia la possibilità di parlare e la durata varia dalle 2 alle 4 ore, il lavoro deve essere condotto in ambiente tranquillo e ogni partecipante deve poter rimanere fino alla fine senza che ci siano condizioni di disturbo. I due conduttori cominciano presentandosi e specificando che si tratta di un'opportunità per esprimere le proprie impressioni sull'esperienza e condividerle con gli altri, non è obbligatorio parlare ma è incoraggiato farlo. Il debriefing è strutturato in fasi anche se poi nella pratica difficilmente vengono seguite; anche qui si inizia dal racconto dei fatti come ognuno li ha percepiti e vissuti, cercando di far emergere le situazioni più difficili da raccontare, probabilmente legate a intensi sentimenti di paura o colpa. Dopo si passa ad esplorare i pensieri relativi all'esperienza, in particolare quelli più trascurati con l'intento di normalizzare le reazioni cognitive e dimostrare che anche gli altri possono aver pensato le stesse cose. La fase delle reazioni è quella più difficile perché richiede di tirar fuori le emozioni, è opportuno farlo con discrezione visto che non si conosce ancora bene la capacità di fronteggiamento della persona. La fase dei sintomi punta a conoscere quelle che sono le forme di reazione allo stress di ciascuno, come continuano a perdurare, così che nella fase di insegnamento, presente durante tutto il debriefing, i conduttori possano informare sulla normalità di certe reazioni, sul modo di controllare lo stress e dove si può richiedere aiuto. È opportuno dare chiarimenti 1) su cosa si intende per stress traumatico, 2) sulla normalità e prevedibilità di reazioni di fuga o immobilismo, sentimenti di vuoto o di essere sporchi, perdita di fiducia in Dio o in se stessi in quanto segni di stabilità e di buon esito della realtà piuttosto che segni di debolezza ma che vanno affrontati con atteggiamento costruttivo, onde evitare di cadere nella disperazione cronica, depressione o ipercontrollo; 3) è bene parlare dell'abuso di sostanze come autocura, cioè come mezzo per stordirsi e non contattare le emozioni intense conseguenti all'evento, tale comportamento va distinto dai problemi di alcolismo e dipendenza, ma c'è comunque il rischio di sviluppare problemi in tal senso a lungo andare; in più invece di apportare effetti positivi, aumenta tensione fisica, insonnia, riduzione di effetto ristoratore del sonno, irritabilità; 4) istruzioni sulle tecniche di rilassamento come l'immaginazione guidata, il controllo della respirazione, il rilassamento progressivo della muscolatura, necessarie a ridurre gli stati di tensione acuta, a gestire l'emozionalità prorompente, considerando la prevedibile resistenza delle persone a staccarsi da uno stato di ipervigilanza, utile all'inizio per fronteggiare le circostanze stressanti, ricordi o sentimenti disturbanti. In alcuni casi tale tecnica può non essere effettivamente indicata, se il trauma è vissuto in modo intrusivo uno stato di rilassamento può comportare stati di dissociazione pericolosi.

La fase finale dell'attività prevede la ripresa degli argomenti rimasti in sospeso e le reazioni al debriefing, viene poi programmato, se possibile, un debriefing di follow-up entro le due settimane. La cura farmacologica può essere utile in caso di stress acuto quando è probabile una disregolazione del sistema adrenergico e farmaci psicotropi possono aiutare a ridurre la gravità di alcuni sintomi quali paura o collera, controllo degli impulsi, miglioramento del sonno, stabilizzazione dell'umore, chiarezza cognitiva. È opportuno tenere sotto controllo che il farmaco non aggravi o prolunghi i sintomi.

Dai 40 giorni ai 3 mesi si passa alla fase dell'**assistenza estesa**, lo psicologo continua a seguire le vittime e i gruppi, affianca i servizi sanitari e prevede interventi sull'intera comunità. E' importante promuovere la creazione di gruppi di auto-aiuto poiché favoriscono il coinvolgimento di tutti quanti nell'attività di sostegno reciproco e di convalida dell'esperienza, permettono una gestione condivisa dei problemi pratici e sviluppo di piani d'azione per una ripresa della vita quotidiana, alimentano il senso di comunità, facilitano lo scambio di informazioni, intensificano il senso di controllo.

Rilevante è l'impatto sui vivi delle morti collettive, dal momento che l'elevato numero di morti rende difficoltosi gli abituali riti di sepoltura, necessari agli individui per prendere commiato dal defunto e placare l'ansia e il caos interno generato da una morte improvvisa. Pertanto la commemorazione e i rituali sono elementi molto importanti che lo psicologo dell'emergenza non deve tralasciare, visto che tali attività permettono di convogliare in un'azione significativa e condivisa tutto il dolore, il terrore, il senso di isolamento dei sopravvissuti attenuandone gli effetti destabilizzanti e danno la possibilità di rinnovare il senso del proprio posto nel mondo e nella comunità; sono utili nel ricreare coesione sociale, volontà di andare avanti, ritrovamento della propria identità. È opportuno che gli operatori promuovano la progettazione e l'attuazione di riti, anche in modo informale, ma che non intervengano nell'organizzazione della cerimonia, poiché rappresenta un momento significativo per i superstiti che deve stimolare il loro totale coinvolgimento e non una fruizione passiva.

La fase dell'**assistenza continuata** comincia dopo i tre mesi, lo psicologo non è più impegnato sul campo, ma continua la sua azione con interventi sulle vittime attraverso tecniche più specifiche e approfondite. L'invio ad un trattamento più lungo e strutturato va progettato per persone che mostrano PTSD, disturbi d'ansia, depressione o problemi connessi all'abuso di alcool e sostanze, nei casi in cui c'è bisogno di un intervento non più focalizzato solo sugli stressor relativi all'evento ma anche sulla valutazione della storia pregressa del soggetto, sulla modalità di funzionamento della personalità, sulle risorse personali e sociali di cui dispone.

Priorità di qualsiasi trattamento dei disturbi post-traumatici è la stabilizzazione del paziente attraverso la creazione di un rapporto di fiducia con il terapeuta, non sempre semplice viste le continue prove volte a testare la sua affidabilità, l'acquisizione di senso attraverso l'assimilazione e la rielaborazione del ricordo traumatico, la ristrutturazione delle convinzioni disadattive su se stessi, l'abreazione attraverso la condivisione e la modulazione delle emozioni stressanti legate all'evento. Il lavoro sul trauma non dovrebbe trascurare il corpo e le sue componenti viscerali nelle quali è conservato, è importante accedere anche a quella memoria procedurale che non si riferisce tanto al ricordo esatto e specifico, ma è legata ad azioni, ad aspetti propriocettivi, più difficili da verbalizzare e che restano sedimentati dentro.

La terapia cognitivo-comportamentale si concentra sulla ristrutturazione cognitiva individuando convinzioni, pensieri, valori disfunzionali che mantengono ed intensificano il distress emozionale, fisico, interpersonale del soggetto. Il processo terapeutico prende il via con il rafforzamento prima dell'individuo per renderlo consapevole delle proprie potenzialità e della possibilità di controllare gli stressor quotidiani. Pertanto viene fatto uso di tecniche di rilassamento e di apprendimento di

capacità di problem solving tra cui rientra la ristrutturazione cognitiva delle convinzioni e dei pensieri disfunzionali, non necessariamente legati all'evento, ma riferiti al proprio modo di pensarsi, da sostituire con alternative più adattive. L'esplorazione dell'esperienza traumatica viene intrapresa solo quando la persona ha le risorse per fronteggiare tali ricordi e gestire la forte emotività che può emergere. Quando è possibile andare più a fondo nel ricordo, il paziente viene stimolato a recuperare quanti più aspetti concreti dell'esperienza e le relative emozioni e il processo viene ripetuto finché il soggetto riesce a tollerare il ricordo con livelli sempre minori di ansia ed un maggior senso di sollievo, i sentimenti di paura, impotenza, orrore lasciano il posto gradualmente ad un'integrazione del trauma nel sistema cognitivo. Il paziente deve essere seguito accuratamente dopo la "desensibilizzazione" dal trauma per prevenire possibili ricadute.

L'approccio della psicoterapia interpersonale mira ad identificare i problemi relazionali portati dal trauma, come lutto, cambiamenti o conflitti di ruoli, limiti nelle capacità di comunicazione efficace, difficoltà a risolvere problemi interpersonali. Anche tale processo, dopo una valutazione diagnostica e un'anamnesi sui problemi specifici del paziente, si concentra sulla stabilizzazione emozionale, mentre l'intervento seguente prende le mosse dal "qui ed ora" per rielaborare il coinvolgimento relazionale del paziente negli eventi immediati della vita presente e gli sconvolgimenti che hanno suscitato. In tal modo il terapeuta può individuare i punti chiave su cui focalizzare l'analisi e stimola nel contempo il rafforzamento della personalità attraverso lo sviluppo di interessi, attività personali, acquisizione di abilità sociali e comunicative, conclusione di legami fortemente disfunzionali e creazione di nuovi, così che la persona possa sperimentare altre possibilità di ruoli e nuovi modi di stare nelle relazioni. È opportuno consolidare i miglioramenti relazionali raggiunti e prevenire le ricadute.

La psicoterapia dinamica ha come obiettivo quello di individuare i conflitti emozionali legati a convinzioni ed emozioni inconse in cui si mescolano problemi relazionali derivanti dalla propria infanzia e stressor attuali. Il terapeuta stimola un esame dei sentimenti e pensieri spontanei e meno esplicitati, in quanto rappresentano proprio quelle emozioni, pensieri o convinzioni disturbanti che il soggetto ha sempre evitato. Molta attenzione viene riservata al transfert e controtransfert e fondamentale è la capacità del terapeuta di contenere gli aspetti introiettati del Sé traumatizzato; l'ascolto empatico e non giudicante fornisce al paziente la possibilità di far emergere pensieri e giudizi negativi su di sé di cui prova vergogna e sperimentare, nonostante questi, l'accoglienza da parte dell'altro, da tale situazione possono scaturire nuovi modi di pensarsi e di affrontare le situazioni.

La terapia focalizzata sulle emozioni si occupa di far prendere consapevolezza delle emozioni senza risalire a quelle inconse, ma interessandosi di quelle riferite all'evento attuale in particolare quelle più trascurate perché ritenute poco importanti o ancora non identificate. Tale processo favorisce una "ristrutturazione emozionale" che dà rilievo ai dilemmi personali e interpersonali responsabili delle emozioni trascurate, l'attenzione sulle emozioni aiuta ad individuare i pensieri e le convinzioni che alimentano tale intensità emozionale. Le cognizioni vengono trattate per prime perché considerate prodotti delle esperienze personali che possono essere modificate dal paziente impegnandosi in nuove esperienze di vita, invece la modifica diretta delle emozioni rappresenta la fase finale del processo perché implica l'esposizione agli scenari che le hanno suscitate e continuano a farlo. Lo scopo di tale intervento è di superare la paura traumatica, risolvere i conflitti emozionali interiori, riacquistare piena autonomia e controllo di sé.

La terapia multisistemica prende in considerazione l'intera famiglia, nel caso di bambini con difficoltà a comprendere e integrare lo shock e genitori con altrettante difficoltà a rielaborare l'esperienza e a sostenere i figli perché terrorizzati e scoraggiati a loro volta. In terapia ciascun membro ha la possibilità di narrare il proprio vissuto e di individuare come esso sia ancora

disturbante condividendolo con gli altri della famiglia; ma emergono anche possibili invischiamenti, conflitti, disfunzioni. L'intervento permette di ristabilire ruoli familiari funzionali, di rivedere i modelli comunicativi, in più fornisce ai genitori le modalità più adeguate per supportare i figli e favorisce lo sviluppo relazioni produttive tra la famiglia e le risorse esterne.

Nel caso di abuso di sostanze e di alcool, precedenti all'evento o che si è intensificato dopo questo, è opportuno prima effettuare uno screening che valuti la gravità del problema attraverso l'uso di strumenti validati, oltre ad avvalersi dell'osservazione continuata del comportamento del soggetto da parte degli operatori quotidianamente in contatto con lui. Il trattamento da tale disturbo prevede counseling individuali e familiari, contatto con i pari utile a favorire l'astinenza, il senso di contenimento e il sostegno. Shapiro ha elaborato nel 1987 un nuovo strumento chiamato Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) per la desensibilizzazione rapida dai ricordi traumatici e la ristrutturazione cognitiva. EMDR è strutturato in otto fasi e si avvale di tecniche riprese da vari orientamenti. Inizialmente il terapeuta raccoglie informazioni sul paziente per valutare se è in grado di sostenere la rielaborazione del ricordo e il riemergere delle emozioni intense che l'accompagnano. Nella seconda fase avviene la stabilizzazione del rapporto terapeutico, attraverso l'accertamento delle aspettative e delle risorse del paziente, istruzioni sulle tecniche di rilassamento durante e dopo le sedute, preventivo rafforzamento della sensazione di sicurezza e di stabilità. La terza fase mira a riattivare la rete mestica, individuando un ricordo specifico e insieme le convinzioni, le emozioni e le sensazioni fisiche associate. Il paziente si sofferma su un aspetto saliente dell'evento, il terapeuta stimola l'identificazione della convinzione negativa legata al ricordo, in modo da far prendere coscienza dei pensieri disfunzionali che alimentano l'autovalutazione negativa attuale. Il passo successivo è quello di individuare una cognizione positiva sul proprio valore e capacità e poi assegnarle un punteggio che varia da 1 a 7 in base a quanto il soggetto la percepisce vera per sé. Tale operazione permette di prendere consapevolezza delle proprie distorsioni cognitive in riguardo all'evento traumatico e fa emergere le emozioni ad esso legate, alle quali viene assegnato un punteggio che va da 1 a 10 in base al livello di disturbo provato. Nella fase della desensibilizzazione il paziente si focalizza sull'immagine del ricordo, sulla convinzione negativa, sulle sensazioni fisiche e lo si incoraggia a lasciar emergere qualunque cosa; a questo punto viene effettuata la stimolazione bilaterale: il paziente presta attenzione al materiale disturbante e si concentra contemporaneamente su uno stimolo esterno, quello più usato è legato ai movimenti oculari, ma si può far ricorso anche agli stimoli uditivi. Si chiede poi feedback al paziente su che cosa sta notando e partendo da tale descrizione si effettuano ulteriori set di stimolazioni. Tale processo permette di accedere rapidamente e spontaneamente a pensieri, immagini, associazioni e ricordi tra loro collegati. La quinta fase è detta di installazione cognitiva e mira a far sostituire l'autoconvinzione negativa con quella positiva formulata precedentemente attraverso set di stimolazione fino a che paziente non arriva a dare un punteggio di 6 o 7 alla cognizione elaborata, divenuta vera per lui. La sesta fase si focalizza sulle parti del corpo dove viene percepita tensione o dolore, in quanto la convinzione disfunzionale resta conservata anche a livello fisico, pertanto il set di stimolazioni bilaterali viene somministrato fino a che la tensione non sparisce. La settima fase è quella di chiusura e se il processo di elaborazione non è stato completato, è opportuno istruire il paziente sulle tecniche di rilassamento, su cosa può accadere, sull'importanza di tenere un diario per registrare tutto quello che emerge nei giorni seguenti, esercizio utile per il riconoscimento delle proprie reazioni, dunque per l'aumento del senso di padronanza. L'ottava fase rappresenta l'inizio della seduta successiva ed è detta di rivalutazione e prevede la verifica della presenza di emozioni disturbanti rispetto al materiale emerso nella seduta precedente, viene controllato il diario e le considerazioni fatte possono diventare materiale per la nuova seduta, viene valutato il livello di generalizzazione degli effetti del trattamento. Il processo si può considerare concluso quando il paziente riesce a rielaborare e percepire i cambiamenti avvenuti, il ricordo non crea più disturbo, e la persona può accettare le nuove cognizioni positive su di sé.

Un altro approccio molto utile soprattutto quando è difficile verbalizzare determinati contenuti, è la psicoterapia ipnotica che attraverso tecniche di modificazione degli stati di coscienza causa un cambiamento dello stato ordinario della coscienza, della percezione del tempo e dello spazio, dell'identità personale, favorisce un abbassamento di arousal, riduzione delle iperassociazioni mnestiche ad elevata emozionalità e crea uno stato di profonda calma e sicurezza, incrementa la confidenza con il proprio corpo. L'ipnosi consente di accedere più direttamente, aggirando alcune strategie difensive, agli elementi più disturbanti del trauma, alla paura, alla memoria procedurale in cui sono conservati gli aspetti difficilmente influenzabili dalle trasformazioni verbali. Durante lo stato di trance è possibile adottare varie tecniche per contattare più facilmente il trauma: la tecnica dell'esposizione prolungata fa rivivere al paziente, quanto più vividamente possibile, l'episodio traumatico con dettagli sempre maggiori per creare abitudine e favorire la desensibilizzazione. Le tecniche di dissociazione visivo-cinestetica o le tecniche schermo permettono di accedere al ricordo traumatico da una posizione di sicurezza: l'episodio viene rivisto su uno schermo, come fosse un film e il paziente può osservarsi mentre guarda, si trova ad essere spettatore esterno che non viene coinvolto da quanto succede, può anche intervenire sulle dimensioni dello schermo rendendo il filmato più o meno focalizzato, può modificare la velocità del filmato; le emozioni verranno modulate a seconda che siano troppo travolgenti o inaccessibili attraverso varie strategie. Tali procedure hanno la funzione di facilitare la presa di distanza dal ricordo traumatico, così che perdendo di salienza possa essere integrato agli altri ricordi e grazie allo svuotamento emozionale non sia più disturbante. La tecnica del cambiamento di storia permette di tornare nel passato e modificare l'evento e le emozioni, se il paziente ha difficoltà in questo gli si chiede di individuare le risorse che se fossero state possedute allora avrebbero permesso di affrontare l'esperienza in modo diverso, processo di installazione delle risorse, se le emozioni sono particolarmente travolgenti si può mandare nel passato un adulto che aiuti il protagonista o il paziente stesso adulto. Il cambiamento di storia dura fino a quando il paziente non è soddisfatto e le emozioni cominciano a trasformarsi gradualmente, per esempio da paura a rabbia da rabbia a tristezza. Dopo ogni intervento è opportuno valutare con il paziente se c'è stata una modifica dei contenuti e se è possibile parlarne con un certo distacco, se le emozioni hanno diminuito la loro intensità; l'elaborazione verbale ha la funzione di ricreare l'associazione dopo la dissociazione appositamente creata. Tra le risorse da installare, molto utile è la tecnica del rifugio sicuro che consiste nel far individuare al paziente un luogo in cui si sente protetto da qualsiasi evento disturbante affinché divenga un posto simbolico da recuperare ogni qualvolta si senta minacciato o provi paura, viene usato durante lo stato di trance per difendersi da elementi molto terrorizzanti.

La logoterapia è un metodo ideato da Frankl, psicologo ebreo che ha vissuto direttamente il campo di concentramento e che ha sperimentato la possibilità per l'uomo di superare le negatività lasciate da un evento traumatico cercando di rintracciare un significato dietro l'esperienza che abbia valore per la propria esistenza. La logoterapia punta ad un'analisi dell'intera vita dell'individuo che permetta di integrare nel "qui ed ora" quanto è successo nel "là ed allora", la persona è portata a rielaborare il trauma per comprenderlo e trasformarlo affinché non rimanga una cicatrice fantasma che periodicamente torna a farsi sentire e a menomare la sua vita. Attraverso l'uso del dialogo socratico viene attentamente ascoltata la descrizione che il soggetto fa della propria condizione, con domande non direttive si tenta di farlo entrare in contatto con il dolore e i sentimenti negativi che emergono così che possa confrontarsi con lo sdegno, i sensi di colpa, la paura, la vergogna per poi superarli e non rimanere invischiato nel circolo vizioso di un destino privo di alternative. La tecnica della modulazione dell'atteggiamento aiuta il paziente ad intravedere delle "finestre" di positività nella propria vita a cui potersi allacciare per superare la disperazione e con la dereflessione si cerca di offrire alternative possibili al suicidio, focalizzando l'attenzione della persona oltre la situazione presente vissuta come schiacciante e priva di scelte. La logoterapia considera importante la presa di consapevolezza del soggetto che qualcosa è irrimediabilmente cambiato ma mira a valorizzare il fatto di essere ancora in vita come possibilità

per nuove rinascite. Dall'autoconoscenza l'individuo è spronato all'autotrascendenza, cioè a superare la schiavitù interiore dagli eventi riappropriandosi della responsabilità della propria vita e con la fiducia ritrovata ricostruirla secondo le proprie potenzialità e non più secondo le necessità imposte dal trauma; l'individuo diventa responsabile anche di fronte agli altri verso i quali ha il dovere di trasmettere le scoperte maturate.

Per finire uno sguardo ai bambini che rappresentano un gruppo ad alto rischio in caso di eventi catastrofici essendo dotati di minori capacità di fronteggiamento delle situazioni stressanti e di maggiore vulnerabilità a causa delle questioni evolutive connesse all'età, al sesso, alla maturità, all'identità, alle relazioni. Pertanto è opportuno farli sentire protetti, evitare di aggravare lo shock allontanandoli da ulteriori stimolazioni traumatici, dal contatto con superstiti feriti, dalla vista di scene di morte e distruzione in luoghi il più possibile sicuri o che rappresentino anche soltanto un rifugio simbolico. Nei primi giorni dell'emergenza grande importanza hanno le relazioni che si instaurano con loro, sia che si tratti di uno scambio verbale o di modalità non verbali, l'atteggiamento non giudicante ed empatico può aiutare a ridurre la paura e a far percepire un senso di sicurezza, come per gli adulti bisogna riconnettere il bambino con la realtà, facilitare il ricongiungimento con i genitori o comunque non lasciarlo mai solo. Nei giorni a seguire è opportuno parlare con il bambino, osservare il suo comportamento e raccogliere informazioni dai genitori sugli stressor a cui è stato esposto, in modo tale da individuare in tempo casi di peggioramento e favorire, nelle situazioni meno gravi, una ripresa positiva attraverso un supporto continuato. Lo psicologo può intervenire sui bambini tramite la scuola, dove è possibile rafforzare l'amicizia e creare relazioni di sostegno con i coetanei e gli insegnanti grazie al confronto all'interno di gruppi, così da costituire una rete alternativa alla famiglia a cui ricorrere e in cui sentirsi protetti. La discussione in classe degli eventi agevola l'espressione verbale e non dell'esperienza, permette di far emergere le loro maggiori preoccupazioni e di rispondere concretamente alle domande che più li assillano, ci si può avvalere di racconti di storie, disegni, burattini e di altri mezzi che consentano l'esternazione dei vissuti in modo vicario, quindi più facile.

Per rendere più efficace e completo il lavoro sui bambini è utile incontrare anche i genitori in modo tale da informarli dell'intervento e delle possibili reazioni ad esso, oltre a parlare delle sindromi normali più o meno prolungate in cui può esprimersi la risposta da stress; i genitori hanno la possibilità di fare domande a proposito dei figli e di esprimere le loro preoccupazioni, gli operatori valutano il loro modo di fronteggiare l'evento e forniscono indicazioni pratiche su come gestire lo stress, su come aiutare i bambini e sui servizi a cui rivolgersi per un sostegno più strutturato.

Bibliografia

- o American Psychiatric Association (2000). DSM-IV-R.. Manuale diagnostico e statistico dei Disturbi. Trad.it. Milano: Masson, 2001
- o Frankl, V.E. (1999). Uno psicologo nei lager. XI ed., Milano: Ares
- o Giannantonio, M. (a cura di) (2003). Psicotraumatologia e psicologia dell'emergenza. Salerno: Ecomind
- o Giusti, E.; Montanari C. (2002). Trattamenti psicologici in emergenza. Roma: Sovera Multimedia
- o Young, B.H. e al. (2002). L'assistenza psicologica nelle emergenze. Manuale per operatori e organizzazioni nei disastri e nelle calamità. Trento: Edizioni Erickson Lo Iacono, A.; Troiano, M. (a cura di) (2002). Psicologia dell'emergenza. Roma: Editori Riuniti
- o Shapiro, F. (2000). EMDR. Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari. Ed. it.a cura di I. Fernandez, Milano: McGraw-Hill
- o Villone Betocchi, G. (1982). Il contributo della psicologia in situazioni di emergenza.

Salerno: Palladio

titolo: Teniche Psicologiche nell'Emergenza
autore: Denise Pagano
argomento: Psicologia Emergenza
fonte: Vertici Network
data di pubblicazione: 31/03/2005