

La Psicologia dell'Emergenza da AltraPsicologia

Giugno 8th, 2008 admin Posted in [Speciale \"Le competenze dello psicologo\"](#) |

Alberta Volpe

La psicologia dell'emergenza è stata posta solo di recente, in Italia, all'attenzione degli operatori del settore ed all'interesse della protezione civile e delle organizzazioni non governative di volontariato ed ora si sta superando, man mano, la fase pionieristica e stanno fiorendo una serie di numerose iniziative di formazione privata, alle quali si vanno affiancando corsi di perfezionamento e master universitari.

Il contesto italiano è caratterizzato, a differenza di quanto avviene in altre nazioni, da una forte presenza di organizzazioni di volontariato e l'assistenza di tipo psicologico, nelle calamità naturali e nei disastri, appartiene stabilmente e chiaramente al mondo dell'organizzazione dei soccorsi. Le funzioni positive di questo tipo di assistenza sono state ampiamente sperimentate sia a livello di sostegno dei sopravvissuti che dei soccorritori.

Le prestazioni psicologiche, in questo determinato settore, richiedono una formazione specifica ed uno specifico addestramento del personale, le linee guida sono razionali e concrete ed il setting richiede sia innovazioni metodologiche che il possesso di adeguate caratteristiche di personalità da parte dei soccorritori.

Uno dei compiti dell'attuale psicologia è quello di sviluppare nuove potenzialità nell'ambito delle situazioni d'emergenza e le piste di lavoro da percorrere sono molte, ne ricorderemo alcune: bisognerà organizzare il volontariato degli psicologi professionisti, non si potrà fare a meno di una solida formazione di base o dell'esperienza maturata nel settore, si dovrà tener presente che da un modello centrato sul trauma si dovrà passare ad un modello centrato prevalentemente sul psicosociale, il centro dell'attenzione non è, infatti, una patologia da curare ma una normalità da preservare in situazioni estreme, bisognerà, infine, distinguere ruoli e competenze e differenziare i diversi ambiti applicativi per evitare fraintendimenti di metodo, contesto e tecniche che la valorizzazione degli apporti, provenienti dal mondo del volontariato non professionale, potrebbe comportare.

Uno dei compiti principali dello psicologo dell'emergenza è quello di collaborare con le istituzioni di protezione civile, e con gli enti locali, per poter sviluppare e gestire, dal punto di vista della comunicazione dei rischi e della gestione emotiva dell'emergenza, i piani di intervento alle popolazioni colpite.

Possiamo definire la Psicologia dell'Emergenza come Psicologia in situazioni di emergenza, essa non è, in sostanza, una nuova disciplina ma consiste nella reale possibilità di applicare i contenuti psicosociali all'area dell'emergenza. E' una psicologia applicata, legata ad altre discipline psicologiche come, per citarne alcune, la psicologia sociale, la psicologia di comunità, la psicologia clinica, la psicologia dell'educazione, la psicologia culturale.

Le finalità della Psicologia dell'Emergenza consistono nello studio dei fenomeni psichici, cognitivi e comportamentali che insorgono in situazioni di emergenza ovvero di choc e nelle risposte da dare alle persone, ai gruppi ed alle comunità coinvolte in eventi tragici; bisogna mirare, infatti, non solo alla ricostituzione di un benessere fisico ma anche al raggiungimento di un benessere psicologico.

Gli oggetti di studio e d'intervento della Psicologia dell'Emergenza sono principalmente: il singolo individuo, la comunità ed il trauma psichico conseguente ad eventi critici che hanno colpito la persona.

Per evento critico si intende, secondo Roger M. Salomon, qualsiasi situazione che provochi un senso opprimente di vulnerabilità o di perdita di controllo o, secondo Jeff Mitchell, qualsiasi situazione che conduca le persone a provare reazioni emotive particolarmente forti, tali da interferire con le loro capacità di funzionare sia al momento che in seguito.

Tra gli eventi critici possiamo ricordare: i disastri propriamente detti, sia quelli derivanti dal mondo della natura (terremoti, alluvioni, ecc.), sia quelli prodotti da “imperizie” dell’uomo (disastri ecologici, tecnologici o conseguenti ad attacchi terroristici); le guerre ed i conflitti etnici o religiosi; le emergenze quotidiane, come, per esempio, gli incidenti stradali e quelli sul lavoro.

Un evento critico è qualcosa di improvviso ed inaspettato che travolge la nostra sensazione di controllo, comporta la percezione di una minaccia potenzialmente letale, può comprendere perdite emotive o fisiche e violare i presupposti su “come funziona il mondo”.

Con il termine trauma si intende un evento vissuto al di fuori della norma, estremo, violento, lesivo, che minaccia o ferisce l’integrità fisica e/o psichica dell’individuo o di un gruppo di persone e che, in genere, richiede uno sforzo inusuale per essere superato.

Secondo la Klauser si distinguono 2 tipi di trauma: il trauma di tipo I, che è un evento unico, imprevisto, con un chiaro inizio ed una chiara fine, ed il trauma di tipo II, ossia un evento violento, presente come minaccia, al quale la persona viene ripetutamente esposta, prevedibile, cronico e sequenziale. L’evento è prevedibile ma non evitabile e questo crea quel senso di impotenza che è uno degli elementi centrali di questo vissuto (per esempio un abuso sessuale o delle violenze in famiglia).

Le fasi del trauma da eventi critici possono riassumersi nelle seguenti: la situazione esplose e si ha una reazione di allarme, subentrano choc e disorganizzazione mentale con il conseguente impatto emotivo, al quale fanno seguito il coping e le strategie di coping, si passa quindi all’accettazione dell’evento traumatico ed alla sua risoluzione e si comincia ad imparare a convivervi.

Quando un evento critico si verifica ci si sente vulnerabili ed impotenti mentre il trauma può, se utilizzato in modo positivo, rinforzare la persona ed aiutarla ad incrementare la sensazione di autoefficacia, cioè la convinzione nelle proprie capacità di reazione alla situazione e nelle capacità di poter ritornare alle condizioni antecedenti il trauma.

Le vittime di un trauma da evento critico vengono classificate in 6 gruppi: di 1° livello, le persone direttamente coinvolte; di 2° livello, i parenti e gli amici; di 3° livello, i soccorritori; di 4° livello, la comunità coinvolta nel disastro; di 5° livello, le persone che, anche se non direttamente coinvolte, reagiscono con un disturbo emozionale; di 6° livello, le persone che avrebbero potuto essere vittime di 1° livello.

I fattori di rischio principali sono costituiti: dall’età, in quanto adolescenti, giovani adulti ed anziani sono particolarmente a rischio; dallo stato fisico generale, vale a dire dallo stato di salute, di alimentazione, carenza di sonno, gravidanza, ecc.; dallo stato generale psichico, come una situazione di stress sul lavoro od in famiglia, una struttura di personalità preesistente con patologie di tipo psichiatrico o vissuti traumatici antecedenti.

Le reazioni emozionali consistono soprattutto nell’angoscia o paura, nella perdita di energia, nella sensazione di fragilità e di debolezza nei momenti successivi allo choc, nella tristezza, nostalgia e senso di colpa, nel disagio e nella vergogna, nella rabbia, nella solitudine, nei ricordi e nell’alternarsi di speranza e di disperazione.

Il lavoro di elaborazione e di superamento dei sentimenti spiacevoli conseguenti all’esposizione ad un evento traumatico può provocare problemi nervosi o fisici quali: stanchezza, mancanza di sonno ed incubi, perdita di memoria e di concentrazione, vertigini, palpitazioni e tremori, difficoltà di respirazione e “nodi” alla gola, nausea e diarrea, mal di testa, mal di collo e di schiena, disordini mestruali e variazioni del desiderio sessuale, se tali sensazioni non diminuiscono spontaneamente allora è arrivato il momento di ricorrere ad un aiuto.

In una situazione critica la Psicologia dell’Emergenza consente di effettuare degli interventi prima di un evento critico e, in tal caso, l’intervento è volto a preparare le persone a rischio a fronteggiare gli eventi che si prevede possano accadere; durante lo svolgimento di un evento critico, qui l’azione mira ad attuare interventi di pronto soccorso psichico volti al sostegno delle persone coinvolte; dopo che l’evento critico si è verificato, in questo caso l’attività è volta a ridurre od a superare i danni psicologici riportati dalle vittime attraverso interventi di riabilitazione psicologica.

Prima di illustrare brevemente le tecniche di gestione dello stress da evento critico ricordiamo cosa

si intende per stress e per disturbi da stress.

Lo stress è una complessa reazione di risposta di tutto l'organismo, a livello fisico, psichico ed emotivo, come reazione di adattamento a situazioni, avvenimenti od eventi vissuti come traumatici. I disturbi da stress, la cui caratteristica essenziale è costituita da sviluppo di ansia, angoscia, sintomi dissociativi, sintomi fisici e psicosomatici, si distinguono in: disturbo acuto da stress, reazione immediata all'evento traumatico, entro le 4 settimane; disturbo post-traumatico da stress che si manifesta dopo almeno un mese dall'evento critico e causa un disagio clinicamente significativo od una menomazione nel funzionamento sociale, lavorativo o di altre importanti aree vitali o relazionali.

Il disturbo da stress può differenziarsi in: acuto, qualora la durata dei sintomi è inferiore ai 3 mesi; cronico, se la durata dei sintomi è superiore ai 3 mesi; ritardato, se l'esordio dei sintomi avviene almeno 6 mesi dopo l'evento traumatico; cumulativo o "burn-out", stress da eventi frustranti cumulativi o da traumatizzazione vicaria sostenuti per lungo periodo. Nel burn-out si possono rilevare tre principali dimensioni: l'esaurimento emotivo, la depersonalizzazione e la ridotta realizzazione personale, le idee negative su di sé.

I sintomi generali nelle 3 fasi dei disturbi da stress sono costituiti da: ricordi spiacevoli ed immagini intrusive, terrore che si ripeta l'evento, disturbi del sonno con incubi, disturbi sessuali, decadimento delle prestazioni, esagerate risposte d'allarme, irritabilità, aggressività, ostilità, difficoltà a concentrarsi, depressione, senso di inutilità, cinismo, stanchezza ed apatia sul lavoro, utilizzo di alcool e di droga.

Il Defusing ed il Debriefing sono due tecniche di gestione dello stress da evento critico e rappresentano due momenti rilevanti all'interno del Programma CISM (Critical Incident Stress Management = Gestione dello Stress da Incidenti Critici).

La tecnica del defusing viene utilizzata "a caldo", immediatamente dopo che si sia verificato l'evento critico.

Il debriefing è successivo al defusing, qualora sia stato effettuato, ed è una tecnica più strutturata ed articolata nella quale l'intervento psicologico è più specifico, mirato ed approfondito.

Il CISM è un programma globale e sistematico per l'attenuazione dello stress legato ad eventi critici, affronta le situazioni del momento, dovute all'evento critico, e non quelle personali, a meno che queste non emergano. Può essere applicato in caso di crisi sia a gruppi di vittime che di soccorritori ad alto rischio, come, per esempio, i soccorritori militari.

I sette elementi chiave del CISM sono: l'istruzione/immunizzazione prima dell'incidente, la smobilitazione,

l'intervento individuale durante la crisi, il defusing, il debriefing per lo stress da eventi critici (CISD), il sostegno familiare, le reti per l'invio.

Il defusing è una tecnica di intervento breve, individuale ma soprattutto di gruppo, che viene utilizzata entro alcune ore, meglio se nelle prime tre, da un evento critico e che consiste in un breve colloquio.

I gruppi sono composti da 6-8 persone ed hanno la durata di 20-40 minuti.

Defusing vuol dire rendere una cosa innocua prima che possa arrecare danni, disinnescare qualcosa. Le persone coinvolte hanno la possibilità di parlare brevemente della loro esperienza prima che abbiano il tempo di riflettere con calma sull'accaduto.

Il defusing si limita al livello della percezione dei fatti, dal punto di vista dei vari organi di senso, vista, udito, olfatto.

L'attenersi ai fatti ha lo scopo di evitare che il parlare delle emozioni scateni reazioni difficilmente contenibili quando ci si trova ancora troppo a contatto con la drammaticità degli eventi. Si evita di andare in profondità.

È un pronto soccorso emotivo, non è una psicoterapia né una cura.

Gli obiettivi che si propone sono quelli dell'attenuare l'intensità delle reazioni provocate dall'evento critico, del "normalizzare" le reazioni e le esperienze del singolo, del raggiungere un livello d'informazione uniforme sull'evento, del creare una rete sociale che impedisca l'isolamento

del singolo, del recuperare la funzionalità e dell'operare uno screening del gruppo per eventuali ulteriori interventi.

Il Debriefing è un intervento strutturato che avviene tra le 24 e le 76 ore successive all'evento critico, "a freddo", e che richiede da un minimo di una ad un massimo 2-3 ore di intervento di gruppo, senza interruzione.

Per affrontare la piena delle emozioni è prudente avere a disposizione tutto il tempo necessario perché ogni persona coinvolta possa affrontare l'esperienza appena conclusa con calma e sotto la guida di personale esperto.

I gruppi dovrebbero essere composti in maniera omogenea da un minimo di 4 ad un massimo di 20-25 persone.

Le fasi principali possono essere sintetizzate in: fase 1 od introduzione, durante la quale si presenta, a grandi linee la tecnica del debriefing post-traumatico e del suo scopo, che è quello di fare ordine nelle idee e nelle emozioni così da integrare bene il vissuto personale nella vita quotidiana; fase 2 o dei fatti, nella quale si inizia con il racconto dei fatti, quello che si è visto e poi fatto, a livello puramente cognitivo, descrivendo le relative percezioni sensoriali, cercando di seguire un filo conduttore; fase 3 o dei pensieri, che consente il passaggio dalla cognizione all'emozione in modo graduale; fase 4 o delle emozioni, nella quale si chiede di esprimere ad ogni partecipante del gruppo od al singolo individuo, i pensieri, le sensazioni, i sentimenti apparsi e provati durante l'evento, in questa fase le persone vanno stimolate a ricordare ed a rivivere; fase 5 o dell'informazione sui sintomi e del coping, durante la quale vengono spiegate la normalità delle reazioni e la naturalezza dei sintomi e si cerca di integrare queste reazioni nella vita quotidiana, per favorire una rapida ripresa della normalità, comprendere è necessario per accettare ed integrare il vissuto traumatico nel quotidiano, quando un individuo ha ricostruito un momento particolare della propria esistenza e gli ha dato un senso, bisogna che impari a convivere con i propri vissuti; fase 6 o del trovare un rito di passaggio, dopo aver ricostruito la storia, aver dato un senso ad essa ed aver riconosciuto e rielaborato le emozioni, bisogna ritrovare la pace interiore, l'individuo od il gruppo vengono invitati a scegliere un rito, un segno comune di congedo e di conclusione del lutto, un gesto rituale comune che ha lo scopo di dire stop all'evento traumatico ed iniziare una nuova fase dell'esistenza. Con questo rito il capitolo "trauma" viene chiuso; fase 7 o della chiusura, concordato il rito ed il momento del suo svolgimento, si procede ad un breve riassunto del dialogo che è stato fatto, ci si complimenta con i partecipanti per ciò che sono riusciti ad esprimere e per come si è affrontata la situazione, si sottolinea ogni aspetto positivo e si parla di risorse e non di problemi, si concorda un incontro dopo 4-6 settimane per valutare assieme i benefici ed i miglioramenti avuti o per valutare l'opportunità di effettuare un ulteriore sostegno psicologico e si parla individualmente con chi non si è espresso.

Bibliografia

- Bruce H. Young, Julian D. Ford, Josef I. Ruzek, Matthew J. Friedman e Fred D. Gusman: "L'assistenza psicologica nelle emergenze", Edizioni Erickson, Trento, 2002.
- Caffo E., Emergenza nell'infanzia e nell'adolescenza, Mc Graw Hill, Milano 2003
- Castelli C., Sbatella F., Psicologia dei Disastri, Carocci, Roma 2003
- Cassidy T, Stress e salute, Il Mulino, Bologna 2002
- Cuzzolaro M., Frighi L., Reazioni Umane alle Catastrofi, Cangemi editore, Roma, 1998
- De Felice F., Colaninno C., Psicologia dell'Emergenza, Franco Angeli 2003
- De Pellegrini V., Diamo voce al silenzio di chi resta: il debriefing delle vittime di un trauma, in Psicologia e Psicologi, v.2, n.2. 2002, Edizioni Erickson, Trento
- de Vincentis M., La perfetta comunicazione d'emergenza, Lupetti, Milano, 2002
- de Zulueta F., Dal dolore alla violenza, Raffaello Cortina Editore, Azzate, 1999
- Francescato D., Ghirelli G, Fondamenti di Psicologia di Comunità, Carocci, Roma, 2002
- Garland C., Comprendere il trauma - un approccio psicoanalitico, Bruno Mondadori, Milano 2001
- Giannantonio M., (a cura), Psicotraumatologia e psicologia dell'emergenza, Ecomind, 2003,

Salerno

- Giusti E.- Montanari C., Trattamenti psicologici in emergenza, Sovera Editore, Roma, 2000
- Kalsched D, Il mondo interiore del trauma, Moretti e Vitali, Bergamo, 2001
- Lavanco G., Psicologia dei disastri, Franco Angeli, Milano 2003
- Loiacono A., Troiano M., (a cura), Psicologia dell'Emergenza, Editori Riuniti, Roma 2002
- Lo Iacono G., in coll. Ranzato L., Aiutare i bambini sopravvissuti a calamità, in Psicologia e psicologi, v.1, n.3, 2001, Erickson, Trento, 2001
- Lovati A., Interventi umanitari d'emergenza, in Studi Zancan, a.1, n. 3 , Rovigo 2000
- Macksoud M., I Bambini e lo stress della guerra, Edizioni Magi, Roma,1999
- Marcon G., Le ambiguità degli aiuti umanitari, Feltrinelli, Milano 2002
- Novelletto A.(a cura), Adolescenza e trauma, Borla, Roma, 1995
- Pavan L. Banon D., Trauma, vulnerabilità, Crisi, Bollati Boringhieri, Torino 1996 Yule W., Disturbo post-traumatico da stress, McGraw-Hill, Milano, 2000
- Saphiro F., EMDR, Astrolabio, Roma, 1998
- Turner Barry A., Pidgeon Nick F., Disastri: la responsabilità dell'uomo nelle catastrofi, Edizioni di Comunità, 2001
- Valerio P. ... (a cura), Psicologia delle Emergenze, Liguori Editore, 2002
- Yule W., Disturbo post-traumatico da stress, McGraw-Hill, Milano, 2000