

PSICOLOGIA DELL'EMERGENZA: INTERVENTI E MODELLI CLINICI INTEGRATI

Scritto da Riccardo Finucci sabato, 18 febbraio 2006 12:08 <http://www.croceverdepse.org>

È fondamentale riuscire a comprendere che la psicologia dell'emergenza non può rappresentare semplicemente un insieme di pratiche, di tecniche giustapposte. La psicologia in emergenza "è" un insieme di pratiche, è un insieme di tecniche; ma così come la psicologia cognitiva o la psicoanalisi non possono essere definite solo dall'apparato di tecniche e metodi che in esse vengono utilizzate, ma necessitano di una contestualizzazione metateorica ed epistemologica, la psicologia dell'emergenza, che pure è in parte un'applicazione di altri approcci teorici in uno specifico settore applicativo, necessita di un pensiero critico che ne sostanzi le tecniche operative. Ovvero, riprendendo Galimberti, Psiche deve fondare Techné, dargli delle prospettive, fornirgli uno spessore critico. Uno psicologo o uno psichiatra che si accinga a operare un intervento in ambito d'emergenza non può permettersi approssimazioni ed eclettismi affastellatori: "Faccio questo perché ho letto che può funzionare bene", "Provo quell'altro perché sembra interessante", "Aggiungo un poco di questo perché al mio amico è andata bene". L'integrazione critica è una cosa ben diversa dall'accumulo di "cose" incongruenti, provenienti da tradizioni cliniche profondamente diverse, derivanti da approcci metateoricamente differenti, riuniti in un coacervo pragmatico - applicativo solo per motivi di comodità personale a breve termine. E necessario essere sempre consapevoli di quello che si fa, del perché lo si fa, di quale prospettiva metateorica sottenda la prassi che siamo impegnati a concretizzare. Quindi, anche nel settore della psicologia dell'emergenza, è doveroso fermarsi un attimo a pensare prima di lanciarsi nel fare. Ritengo doverosa questa premessa, perché il settore è particolarmente delicato e, soprattutto, pieno di persone che pensano che basti seguire un corso residenziale di tre giorni nel CISD (Critical Incident Stress Debriefing) per potersi precipitare a fornire il proprio prezioso aiuto dietro adeguato compenso. Yule (1999) nota come in anni recenti, in occasione di alcune situazioni di emergenza, il numero di "esperti" precipitatisi sul luogo dell'emergenza fosse superiore al numero delle vittime da assistere. Nessuno, senza una formazione quali - quantitativamente adeguata, penserebbe di potersi improvvisare dal giorno alla notte sessuologo o ergoterapeuta; questo fenomeno avviene però con inquietante frequenza nel settore della disaster psychology. Fortunatamente, non tutti i professionisti della salute mentale affrontano queste dimensioni applicative con tanta leggerezza. Negli ultimi anni, una lunga serie di ricerche ed esperienze sul campo ha permesso di accumulare un corpus di conoscenze che ci permettono di comprendere meglio alcuni dei processi di base coinvolti nei fenomeni psicologici di adattamento (o disadattamento) che accompagnano un'emergenza, e che possono esitare in una situazione cronica di disagio personale o comunitario. La modellistica risultante dalle esperienze sul campo, nei diversi ambiti, è stata sistematizzata in numerosi testi e documenti (Wilson e Raphael, 1993; Meichenbaum, 1994; Yule, 1999). Ovviamente, nessuna rassegna potrà mai essere lontanamente esaustiva. Quelle che seguono sono informazioni relative ad alcuni modelli, sviluppatasi in ambito militare e civile, che presentano indubbiamente dei punti d'interesse per chi si trova impegnato in questo settore. Un'ultima premessa. Non basta studiare una tecnica per saperla o poterla usare. Una cosa è conoscere a menadito le fasi del CISD, un'altra è effettuarlo davanti a persone sofferenti ed angosciate. I giochi tipo "lines and ladders" (Meichenbaum, 1995) possono essere talvolta utili, ma non possono essere proposti con superficialità a qualcuno che abbia perso parenti o amici da pochi giorni. Il news management è importantissimo, e ne esistono descrizioni "pulite" e precise, ma quando ci si trova davanti a giornalisti attirati come mosche dal miele davanti all'orrido e allo sconvolgente, diventa difficile da mettere in pratica. Purtroppo, diversi testi, articoli e materiali sembrano discutere le conseguenze di un incendio o di un'inondazione con la stessa tranquilla asettività con cui potrebbero spiegare il funzionamento di una lavatrice. Il che non vuol dire (tutt'altro!) che il melodrammatico debba diventare uno stile di comunicazione scientifica ma che, semplicemente, si rischia di creare un effetto di "normalizzazione" per gli operatori. La formazione del professionista dovrebbe quindi prevedere una base clinica generale sufficientemente ampia (teorico-pratica), una preparazione teorica specifica particolarmente robusta, la consapevolezza del

“razionale” dei propri interventi ed esperienze di tirocinio guidato. Il modello tecnico, inteso come Techné da implementare in una prassi complessa, può avere senso solo dopo tutto questo.

PANORAMA DI UNA MODELLISTICA

Negli ultimi vent'anni sono stati proposti in letteratura moltissimi modelli, soprattutto in area nord-americana. Modelli individuali, gruppali, comunitari, per la prevenzione, per il sostegno in emergenza, nei followup modelli cognitivi, sistemici, comportamentali, psicobiologici. Alcuni di questi sono diventati, a torto o a ragione, più famosi di altri, si sono diffusi, hanno ricevuto attenzioni più approfondite. Altri sono passati in secondo piano e sono stati riscoperti più tardi. Altri ancora si sono dimostrati essere semplici fotocopie di modelli più famosi. In questa grande confusione, è possibile chiarirsi le idee costruendosi un metamodellino: ovvero, organizzando i modelli principali lungo alcune dimensioni quali l'approccio teorico, la fase applicativa, il livello di numerosità delle persone coinvolte, ecc. Un metamodellino con il solo scopo di semplificarci la vita e di fornire alcuni criteri strutturali di base che permettano di organizzare, secondo pochi principi, i mille modelli esistenti. Possiamo distinguerli secondo le dimensioni del livello interpretativo del fenomeno, della dimensione numerica di riferimento, della dimensione temporale. A queste distinzioni sono collegate dimensioni teoriche e metateoriche d'intervento variamente articolate. 1. Dimensione operativa: biologica, psicologica, sociale 2. Dimensione numerica: individuo, gruppo, comunità 3. Dimensione temporale: pre - traumatica, peri - traumatica, post -traumatica La maggior parte dei modelli si occupano delle dimensioni peri - traumatiche, a livello individuale e gruppale, e da punto di vista psicologico. Alcune modalità d'intervento possibili sono: Dimensione biologica Intervento farmacologico peritraumatico e post - traumatico (biologico, individuale, peri/post - traumatico). Dimensione psicologica A livello psicologico individuale: pretraumatico (formazione, SIT/ Stress Inoculation Training (Meichenbaum, 1985), analisi delle variabili predittive, procedure di prevenzione primaria); peritraumatico (intervento psicologico di sostegno secondo i principi “PIES” - vedi Glossario delle sigle, alla fine dell'articolo); post-traumatico (psicoterapia finalizzata alla risoluzione del PTSD). A livello psicologico gruppale: pre - traumatico (formazione, lavoro di miglioramento nella coesione delle unità operative); peritraumatico (CISD, defusing); post - traumatico (psicoterapia di gruppo focalizzata sull'evento). A livello psicologico di comunità: pre - traumatico (educazione di comunità, sensibilizzazione e informazione, diffusione delle procedure Operative, attività di empowerment); peritraumatico (community support, ristrutturazione delle social network); post - traumatico (rituali). Dimensione sociale Sensibilizzazione culturale, attività di news management, capacità di incidere sulla “costruzione collettiva” dell'evento. Non è mai possibile disgiungere queste dimensioni, ma è necessario ricordare che la maggior parte degli operatori, coerentemente con la loro formazione personale, tendono a occuparsi quasi esclusivamente degli aspetti psicologici a breve termine. Soprattutto negli USA, ha avuto un grande successo, per una lunga serie di motivi (culturali, metateorici ed eointerventi nomici), l'intervento psicologico breve, fornito ad individui o gruppi in “prossimità dell'evento”. I modelli di CISD (originariamente proposti da Mitchell nel 1983; per una buona discussione, vedi Meichenbaum, 1995) purtroppo presentano per gli psicologi una serie di vantaggi non indifferenti: sono veloci, strutturati, standardizzati, si possono apprendere (almeno a livello teorico) in pochi giorni, non richiedono un impegno a lungo termine. La fast therapy è inoltre coerente con gli assunti culturali nord-americani, e “giustifica” notevoli risparmi economici a livello di prevenzione. La modellistica prevalente in area nord-americana è quella fondata sull'intervento psicologico nelle fasi immediatamente successive all' evento, ed è basata sui seguenti punti: 1. Assessment standardizzato di massa 2. Utilizzo intensivo di forme di defusing/debriefing (in particolare CISD) 3. Applicazione dei principi del PIES 4. Approcci psicoterapeutici di tipo cognitive behavioural therapy. Assessment standardizzato significa che si tenta di effettuare uno screening con strumenti standardizzati (IES, Mississippi, CAPS. Scala PTSD dell'MMPI, ecc.), verificando quanti e quali membri del gruppo/comunità coinvolti siano a rischio per lo sviluppo di una patologia post-traumatica.

Defusing e debriefing vengono applicati in maniera estensiva, per gruppi omogenei, il più presto possibile. Il debriefing dovrebbe permettere di rielaborare gruppalmente un evento traumatico, discutendo dei fatti oggettivi, delle cognizioni e delle emozioni che l'hanno accompagnato. Una sessione CISD, che necessita di diversi conduttori (specialmente per i gruppi numerosi) può durare fino a tre-quattro ore. Il CISD è suddiviso (secondo alcuni, in maniera troppo artificiale) in sette diverse fasi, in ciascuna delle quali si affronta una particolare dimensione dell'esperienza vissuta: si passa dalla fase introduttiva a quella di descrizione dei fatti, all'analisi di cognizioni, reazioni emotive e sintomi, alla fase di insegnamento e quella di chiusura. È possibile ampliarne la struttura con le indicazioni di Atle Dyregrov, che sottolinea il ruolo delle dinamiche di gruppo nella facilitazione del processo terapeutico. Il defusing, anche se strutturalmente analogo al CISD, è spesso strutturato in maniera più semplice ed è di durata minore. Il PIES è, al contempo, la filosofia che sta alla base di tali modelli e il criterio che ne fornisce le linee guida. PIES è l'acronimo di Proximity, Immediacy, Expectancy, Simplicity, ovvero i quattro elementi che, secondo l'esperienza degli psichiatri militari americani in seguito alla guerra del Vietnam, devono essere implementati nella prassi per massimizzare l'efficacia dell'intervento e ridurre il rischio di sviluppo di patologie post-traumatiche. "Proximity" significa che l'intervento deve essere eseguito nelle vicinanze del luogo dove è avvenuto l'evento. "Immediacy" indica la necessità di intervenire il prima possibile, "Expectancy" esprime il fatto che l'operatore deve dimostrare al cliente che "ci si aspetta" che lui sia in grado di tornare alla sua operatività quotidiana pienamente e in tempi rapidi; "Simplicity" indica che l'intervento deve avvalersi di tecniche "poche e semplici". Ad esempio, aiutare dei parenti dispersi a ritrovarsi è psicologicamente molto più efficace che condurre un CISD. Il PIES nasce in ambito militare, per il trattamento delle CSR, le Combat Stress Reactions; da lì la sua filosofia, nei primi anni Ottanta, si è estesa all'ambito applicativo civile. A livello psicoterapeutico, in generale, si può dire che in Nord-America gli approcci più diffusi sono quelli classici della CBT, Cognitive-Behavioral Therapy: terapia cognitiva (analisi di fatti - cognizioni - vissuti, reframing - riformulazione - dell'evento, riduzione dei bias cognitivi, tecniche di stress management, rilassamento progressivo, biofeedback, tecniche carta-e-matita, quali la "guilt cake" e i "lines and ladders"), analisi e modificazione del comportamento (soprattutto nel senso della exposure, reale o immaginaria, agli elementitrigger: flooding, immaginazione guidata, desensibilizzazione sistematica, implosive therapy), spesso supporto farmacologico (SSRI o triciclici per il trattamento dei sintomi di numbing - stupidimento - di evitamento e di pensiero intrusivo, agenti antikingling - calmanti - quali la carbamazepina per la riduzione dei flashback e degli incubi, oltre che dell'iperarousal). Vediamo ora come queste idee vengono organizzate e messe in pratica in ambiti militari e civili.

5 AMBITO MILITARE

Lo U.S. Army ha recentemente approntato un modello d'intervento per i disturbi traumatici estremamente articolato (si vedano le pubblicazioni ufficiali FM 8-51/22-51). Innanzitutto, a livello "culturale", viene ufficialmente riconosciuto che il Combat Stress (CS) è un elemento fondamentale da comprendere nella pianificazione operativa. La de patologizzazione, e la conseguente ridefinizione del Combat Stress come un fenomeno "normale", permette inoltre di ridurre i processi di "stigmatizzazione istituzionale" dell'Acute Stress Disorder/Post-Traumatic Stress Disorder Il militare che vive una reazione traumatica non è più un vigliacco, un traditore o un imboscato, ma una persona normale che vive una situazione di fatica psicologica davanti a una situazione eccezionale (concetto di Battle Fatigue/BF). L'importanza di tale reframing non deve passare inosservato, per tutte le sue conseguenze istituzionali e organizzative, formali e informali. Nell'Esercito Statunitense, a ogni livello divisionale viene istituita un'unità di Combat Stress Control, un piccolo reparto composto da operatori specificamente formati. Vi sono psichiatri, psicologi, counselor, assistenti sociali e infermieri militari. L'accesso a questo tipo di servizio è chiaramente illustrato a tutto il personale militare: l'unità stessa ha il compito di dimostrarsi

proattiva nella sensibilizzazione a questo tipo di problematiche (diffusione di informazioni, dépliant, esercitazioni, ecc.). Nel caso che un evento traumatico coinvolga l'unità, si procede a un intervento strutturato secondo linee guida precise, implementando concretamente i concetti del PIES, della BF e della "reazione normale a un evento anormale". Possono essere organizzati incontri di debriefing tipo CISD se le persone traumatizzate sono state coinvolte dallo stesso evento o sono membri della stessa unità; negli altri casi si preferiscono forme alternative di defusing o di counseling individuale. I militari traumatizzati vengono suddivisi nelle categorie Dutc, Rest, Hold e Refer in base al livello di gravità manifesta dei sintomi. A ogni livello corrispondono diverse procedure d'intervento, tutte caratterizzate però dall'enfaticizzazione della necessità di depatologizzare le reazioni emotive in corso, così da ridurre il rischio che il disturbo acuto da Depatc stress si prolunghi e cronicizzi in un vero e proprio disturbo post-traumatico da stress (dalla prognosi peggiore). Soprattutto per i casi di Duty e Rest, si evita in ogni modo il labeling (l'etichettatura) psichiatrico - patologico, insistendo sia formalmente che sostanzialmente sulla dimensione della "normalità". L'idea di base è che un militare messo in grado di percepirsi come "militare attivo" e non come "vittima malata" recupererà molto più facilmente un equilibrio e una funzionalità psicologica "normali", riducendo nettamente la possibilità di sviluppo di un disturbo post-traumatico. Importantissimo è evitare di spezzare i legami psicosociali con i propri compagni d'arme: il "riposo" dovrebbe sempre avvenire nelle vicinanze della propria unità, e prevedere un reintegro funzionale nei tempi più ridotti possibili. Almeno formalmente, è prevista una forte enfasi sui processi di prevenzione, sensibilizzazione ed empowerment, secondo il principio della coesione e dello spirito di corpo. Numerose ricerche nell'ambito della psicologia militare tendono infatti a evidenziare come le unità che presentano una maggiore coesione interna e un più definito spirito di corpo presentano i minori tassi di sviluppo di disturbi post-traumatici. In un'unità militare è del resto facilitato il lavoro formativo sui temi della coesione funzionale e della proattività di fronte alle emergenze, uno dei punti fondamentali del processo di empowerment (per una sintesi vedi Gal e Mangelsdorff, 1991). Uno studio di Herlofen (1994, cit. in Meichenbaum, 1994), dimostra come un'unità militare, colpita da un disastro naturale che aveva ucciso il 55% dei suoi membri, ma fortemente coesa e che fu attivamente coinvolta nella gestione delle operazioni di soccorso, non registrò significativi disturbi post-traumatici in nessuno dei sopravvissuti. In caso di previsione di impiego operativo rischioso (missioni di peace-keeping o simili), vengono proposti (soprattutto da canadesi, statunitensi e inglesi) piani integrati di formazione sui problemi dello stress, diffusione di informazioni, monitoraggio continuo durante la fase operativa, uno screening di massa all'inizio della fase di ricondizionamento, supporto alle famiglie. A livello psicosociale, si dimostrano sempre centrali i processi di supporto a livello micro e macro. In Vietnam, due degli aspetti patogeni più rilevanti per i disturbi post-traumatici furono da un lato il principio del DEROS, dall'altro il rifiuto popolare della guerra. Il DEROS, ovvero il procedimento di rotazione annuale del personale dislocato in Vietnam, ebbe l'effetto principale di frammentare la coesione relazionale delle piccole unità, che è il referente psicosociale primario in ambito militare. Questa procedura portò alla formazione di piccoli gruppi i cui membri quasi non facevano in tempo a conoscersi che subito venivano ruotati; l'effetto assai di primario fu limitare il vissuto degli eventi traumatici al solo livello "individuale": ciascuno, nell'emergenza, era sostanzialmente "da solo", circondato da persone poco conosciute, senza un'identità sociale o grupale distinta e positiva. Questo inficiò pesantemente la "tenuta" psicologica individuale, facilitando tutti quei fenomeni di behavioral misconduct quali il fragging (omicidio di ufficiali e sottufficiali), lo sviluppo di patologie post-traumatiche, la diffusione dell'abuso di sostanze, ecc. Il ritorno in patria era inoltre "traumatizzante" per molti veterani: senza alcun processo di ricondizionamento o adattamento, i soldati potevano letteralmente passare dalla giungla vietnamita alle strade di New York nel giro di 72 ore. Ancor più grave, per loro, era scoprire che quelle stesse strade erano piene di manifestanti pacifisti che contestavano e insultavano i veterani stessi. Quindi, anche a livello macrosociale, i veterani si vedevano privati della "rete sociale di supporto", e non erano in grado di rielaborare un significato costruttivo per l'esperienza vissuta. Questo elemento della "differente costruzione narrativa" degli

eventi sembra ripetersi regolarmente nelle analisi degli accadimenti che esitano in patologie post-traumatiche. Sembra quasi che una delle difficoltà fondamentali sia di riuscire a costruire un significato (Meichenbaum parla di “narrazione”) soggettivamente coerente e utile per l’integrazione di elementi così dissonanti e violentemente alieni dall’esperienza quotidiana. Ovviamente, se diverse “agenzie di significazione”, a vari livelli (i parenti, gli amici, le istituzioni, la società nel suo complesso), producono versioni diverse degli stessi eventi, la “guarigione”, intesa come integrazione e rielaborazione creativa delle esperienze negative, diviene molto più difficile.

AMBITO CIVILE

Veniamo all’ambito civile. Un bel modello d’intervento è esposto da Jones nel suo articolo sugli interventi psicoterapeutici in seguito all’attentato di Oklahoma City (1998). In quell’articolo si può vedere la necessaria complessità di ogni intervento che voglia veramente dirsi integrato: la flessibilità operativa, la coordinazione interagenzie, la proattività nell’uscire dagli schemi libereschi e nell’applicare le tecniche più utili caso per caso, l’assoluta necessità di prolungare gli interventi per tutto il tempo necessario. L’utilizzo di approcci diversi, il ruolo di rituali e cerimonie, ecc. In sintesi. Jones, nella sua completa analisi delle procedure d’intervento post-attentato, ha segnalato la necessità di porre attenzione ai seguenti aspetti, in quest’ordine orientativo: 1. Assessment della portata del trauma 2. Organizzazione degli interventi 3. Debriefing psichiatrico 4. Strategie di intervento clinico 5. Intervento clinico 6. Networking con gli altri servizi di sostegno 7. Eventuale consultazione con il dirigente del Servizio 8. Uso di molteplici tecniche di intervento 9. Programmi di follow-up 10. Prendersi cura dei caretaker (Jones, 1998) In particolare, gli ultimi due punti sono solitamente tra i primi a essere ignorati: motivi economici, organizzativi o di progettazione errata dell’intervento non tengono in conto la necessità di integrare gli interventi onsite con forme di sostegno a più lungo termine; inoltre, lo stress secondario (detto anche “trauma vicario”) dei caretaker, degli operatori di supporto, viene spesso e volentieri sottovalutato, mentre tutti gli operatori dovrebbero ricevere forme di supporto psicologico (il CISD era nato proprio con il fine di ridurre il trauma vicario dei soccorritori). Vorrei allora delineare alcuni aspetti che ritornano frequentemente nella letteratura internazionale. 1. La necessità dello IEM L’Integrated Emergency Management, oltre che un “ideale filosofico”, deve essere anche una concreta modalità operativa. L’operatore dell’emergenza non può limitarsi ad applicare pedissequamente il suo micromodello senza chiedersi come possa integrarsi con gli altri interventi, a tutti gli altri livelli, che sono in corso di implementazione nella situazione. La comprensione del “quadro globale” della situazione è di per sé terapeutico; comprendere le connessioni, le cause e i significati di quanto sta accadendo è un processo fondamentale di “cura naturale”. Se i terapeuti stessi si sono autoisolati nel proprio esclusivo ambito di competenza, difficilmente possono trasmettere alle persone con cui si trovano a lavorare il senso generale di quello che è accaduto e sta ancora accadendo. “Integrated Emergency Management” significa quindi essere responsabili e attivi nella costruzione di interconnessioni funzionali e relazionali tra differenti ambiti topici di intervento, nella comprensione e nell’adeguamento della propria operatività alle diverse necessità e gerarchie di bisogni dei clienti. E inutile e controproducente proporre un CISD a chi non ha nemmeno una tenda sotto cui dormire, così come è inutile proporre interventi PIES “normalizzanti” quando torme di giornalisti piombano impietosamente sulle vittime per cavare loro pareri sulla “catastrofe che li ha coinvolti”; è semplicemente stupido ritenere che un consulente psicologo, per quanto bravo, possa avere un effetto terapeutico maggiore del ricongiungimento con i propri familiari. Paton et al. (2000) sottolineano la necessità di coordinare in maniera accurata e continuativa lo sforzo operativo e quello informativo per evitare che un’informazione scorretta possa causare più danni di quelli che già ci sono. Quello delle modalità di impostazione dell’informazione scientifica in caso di disastri naturali è uno dei temi più importanti attualmente allo studio, nell’ambito della psicologia dell’emergenza. IEM, sostanzialmente, significa evitare che l’errore di pochi possa pregiudicare il lavoro di tanti; significa integrare i know-how in un reticolo funzionale in cui l’informazione circola

liberamente, e quando si pondera una decisione si devono avere presenti tutte le conseguenze che questa può avere anche sulle altre dimensioni di gestione dell'intervento. Parte fondamentale dell'IEM è il news management, che se ben condotto può avere una potente funzione di profilassi a livello di comunità.

2. Prevenzione e formazione Lo svolgimento di adeguate esercitazioni di protezione civile, di programmi di formazione e educazione alle tecniche di coping per lo stress traumatico, di incontri nelle scuole e simili non deve rimanere lettera morta nei programmi utopistici di operatori di buona volontà, ma dovrebbe tradursi, quanto meno in casi particolari, in una prassi consolidata. Penso all'utilità di una formazione comunitaria in certi comuni del Vesuviano, o in tutte le aree del Paese ad alto rischio idrogeologico. Una comunità preparata è una comunità che assorbe meglio anche il contraccolpo psicologico e psicosociale. e può approfittare meglio dello eustress, o "stress positivo", suscitato dalla situazione.

3. Empowerment di comunità L'idea di base che deve passare agli operatori è che le persone coinvolte in un disastro non sono vittime passive che attendono ansiosamente aiuti dall'esterno. Si tratta di persone sane, attive, che in condizioni di emergenza concentrano tutte le loro capacità nel tentativo di soddisfare i loro bisogni primari, di comprendere cosa è successo, di costruire significati utili, coerenti e condivisi sugli eventi. Il supporto psicologico deve stimolare il potenziale costruttivo e "sano" di individui, gruppi e comunità senza sottolinearne troppo "il patologico". Questo non significa, ovviamente, negare la spesso violenta realtà di sofferenza e difficoltà in cui ci si può trovare.

4. Costruzione di significati e narrazioni Come già detto, l'attività di costruzione di narrazioni adeguate e soddisfacenti, e di significati coerenti e condivisi, è assolutamente centrale nei processi fisiologici di adattamento al trauma. Il peggioramento della situazione psicologica può derivare anche dal conflitto tra narrazioni e attribuzioni di significato troppo diverse tra i diversi attori, che siano sullo stesso o su di un diverso livello (famiglie, amici, datori di lavoro, comunità di appartenenza, ecc.). L'esempio già citato dei veterani del Vietnam è esemplare: la loro costruzione narrativa degli eventi ("soldati che rischiano la vita per il loro Paese") si scontrava potentemente con la narrazione collettiva con cui spesso venivano ridefiniti al loro ritorno in patria ("assassini impegnati in una sporca guerra"). Lo scontro tra queste due narrazioni sostanzialmente incommensurabili tra loro ha prodotto una "dissociazione" psicologica, sia a livello culturale-collettivo che a livello di esperienza psicologica individuale dei traumatizzati, che ha reso così drammatico l'evento Vietnam per tutta la nazione americana. Allo stesso modo, la differente costruzione narrativa degli eventi tra il marito vittima di un attentato e la moglie che, non comprendendo il carico di sofferenza del suo congiunto, lo stimola nervosamente a "darsi una mossa", può rendere estremamente difficoltoso il processo di recupero psicologico (Jones, 1998). In questo senso, alcuni approcci cognitivo-comportamentali "vecchio stampo" peccano di incomprendimento nei confronti dei vissuti soggettivi delle persone, che invece di essere usati come "leva di lavoro" vengono programmaticamente "normalizzati" e "rimossi": l'obiettivo di molte tecniche di gestione dell'ansia è infatti solo quello di rimuovere l'iperarousal, ma senza minimamente porsi il problema di affrontare i vissuti soggettivi a partire dai quali si è strutturata la risposta di iperattivazione. È esemplare a questo proposito il modello riduttivista dell'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), che sostanzialmente pretende di "curare il vissuto traumatico" attraverso una tecnica comportamentale di mere exposure a cui è stato aggiunto un compito distrattore basato sui movimenti saccadici (Yule, 1999; si veda anche il Dibattito sull'EMDR pubblicato su "Psychomedia" nel marzo 2001). Oltre all'EMDR, esistono numerose altre power therapies (secondo la celebre definizione di Figley), modelli di intervento "rapido", basati sugli assunti più disparati e spesso privi di reale evidenza di efficacia.

5. Ritualità È da non dimenticare il ruolo fondamentale che le cerimonie possono avere nel facilitare la costruzione di una narrazione significativa e simbolicamente pregnante di un evento traumatico. Si pensi ad esempio al ruolo di una cerimonia funebre religiosa, e di tutti i riti di passaggio pre e post liminari che la accompagnano. Si tratta di aspetti dal rilievo psicologico fondamentale, scarsamente considerati nei modelli di fast therapy. Come si vede, in questa pur sinteticissima carrellata, la modellistica è ampia e disomogenea, gli spunti di riflessione e approfondimento numerosi e spesso

appena accennati anche in letteratura. L'invito, per chi si interessa di questo argomento, è semplice ma fondamentale: "Pensare sempre criticamente prima di buttarsi a lavorare".

GLOSSARIO

ASD, Acute Stress Disorder. Disturbo Acuto da Stress. Reazione emotiva di entità significativa in seguito a evento traumatico, con durata massima di un mese (dopo si deve porre la diagnosi di PTSD). BF, Battle Fatigue. Fatica da Battaglia. Definizione di ambito anglosassone dell'esaurimento emotivo conseguente a stress militari e di combattimento. CISD, Critical Incident Stress Debriefing. Procedura di debriefing di gruppo in sette fasi, originariamente sviluppata per ridurre l'impatto del trauma secondario (quello dei soccorritori). È stato esteso (secondo molti, indebitamente) anche al trattamento dei traumi primari, ma in questo caso bisogna prestare particolare attenzione alle modalità applicative utilizzate. CSR, Combat Stress Reactions. Reazioni di Stress da Combattimento. Reazioni emotive di entità significativa correlata all'esposizione a stress militari e di combattimento. Il costrutto di CSR è parzialmente sovrapponibile a quello di BF. IEM, Integrated Emergency Management. Gestione Integrata dell'Emergenza. Approccio teorico alla gestione "trasversale" delle emergenze, basato sul riconoscimento della necessaria coesistenza di tutti i principali sistemi e sottosistemi funzionalmente coinvolti nella stessa. PIES, Proximity-Innmediacy-Expectancy-Simplicity. Principio di base del trattamento del Combat Stress, sviluppato in base all'esperienza degli psichiatri militari americani a partire dalla seconda guerra mondiale. PTSD, Post-Traumatic Stress Disorder. Disturbo Post-Traumatico da Stress. Patologia compresa nella categoria dei Disturbi d'Ansia del DSMIV. È caratterizzata dalla classica triade dei sintomi di evitamento, intrusione e iperarousal, cui spesso si accompagnano sintomatologie depressive e di abuso di sostanze. SIT, Stress Inoculation Training. Procedura di prevenzione degli stress traumatici di ambito cognitivo-comportamentale. Questo articolo è la revisione dell'intervento tenuto al secondo meeting nazionale dell'associazione Psicologi per i Popoli, "Prospettive, modelli possibili e strumenti in psicologia dell'emergenza", 10-12 novembre 2000, Moiano (PG).