

INTRODUZIONE

Le catastrofi naturali, guerre, attentati, incidenti, tentati suicidi, etc. sempre più s'impongono all'attenzione delle persone accrescendo lo stato di allarme e di stress. La psicologia dell'emergenza insieme alle scienze affini che si occupano di questo settore sono chiamate a rispondere a questi eventi con il loro diretto contributo, specie quando a questi corrispondono effetti marcati sull'uomo: come il trauma. Un ruolo importante nella risoluzione dell'evento catastrofico è svolto dal soccorritore, sia specialista che volontario e nel coinvolgimento emozionale che ne deriva.

Secondo A. Letuvé sono tre le emergenze della psicologia e degli psicologi:

1. in un mondo che deve sempre più fare i conti con calamità naturali, disastri ecologici e con catastrofi umanitarie, anche senza voler fare gli apocalittici, c'è da chiedersi se la psicologia e gli psicologi non siano chiamati su questo nuovo aspetto della storia del pianeta a dare risposte appropriate ed efficaci alle comunità umane, ai singoli individui e alle istituzioni con una presenza non occasionale e una professionalità robusta;
2. è necessario trovare le convergenze della comunità scientifica e professionale nel definire all'interno dei paradigmi della psicologia lo statuto della psicologia dell'emergenza, che a mio parere non può che essere una **"psicologia applicata"** che fa riferimento alle branche storiche della psicologia e non può avventurarsi in teorie e tecniche da fast food;
3. ai processi primari del "tutto e subito" che sembrano attraversare in questo momento la nostra comunità professionale, quasi a far eco al ritmo incontrollabile di chi vive sulla propria pelle l'emergenza, è necessario far appello ai processi secondari di pensiero, unica guida simbolica e reale per chi vuole portare soccorso e non confusione. Della psicologia dell'emergenza bisogna parlare dopo aver analizzato la complessità delle variabili che la compongono per non confondere i contesti, le fasi e le procedure, per non manipolare i costrutti scientifici, per non vendere prodotti fasulli agli psicologi e alla popolazione.

OBIETTIVI

L'obiettivo che si pone questa parte di programma, sono quelli di fornire al futuro volontario del soccorso una serie di nozioni e strumenti utili ad affrontare, dal punto di vista psicologico, le varie situazioni d'emergenza; ma, cosa molto importante, a capire ciò che l'emergenza può "fare" sulla sua sfera psicologica.

Spesso conoscere i meccanismi psicologici e psicodinamici, può aiutare il volontario a capire e ad intervenire sul proprio "stato d'essere" al fine di evitare di sentirsi "Saturo d'emergenza".

1) PSICOLOGIA DELL'EMERGENZA

La psicologia dell'emergenza ha come finalità lo studio, la prevenzione e il trattamento dei processi psichici, delle emozioni e dei comportamenti che si determinano prima, durante e dopo gli eventi critici.

Oggetto di studio e di intervento di questa disciplina sono tanto il singolo individuo di cui tende a ripristinare e a tutelare l'assetto cognitivo ed emozionale per preservarlo dall'azione destabilizzante dell'angoscia traumatica, quanto la comunità nel suo complesso, per la prevenzione o il superamento di questi fenomeni psichici che si determinano nei grandi gruppi umani. Il livello di intervento si articola nei seguenti ambiti:

- quello delle emergenze individuali
- quello delle emergenze collettive o di massa
- studio e trattamento del trauma psichico, inteso come stato conseguente ad uno o più eventi, interni o esterni, che hanno colpito la persona.

Gli eventi critici collettivi comportano, infatti sempre, molteplici situazioni di vittimizzazione a cui corrispondono altrettante tipologie di vittime:

- Vittime del primo tipo: rappresentate dalle persone che hanno subito direttamente l'evento critico;
- Vittime del secondo tipo: rappresentate dai parenti delle vittime di primo livello;
- Vittime del terzo tipo: rappresentate dai soccorritori, professionisti e volontari, chiamati ad intervenire sulla scena dell'evento traumatico, che a loro volta riportano danni psichici per la traumaticità della situazione a cui devono far fronte.
- Vittime del quarto tipo: la comunità coinvolta nel disastro e che in qualche modo ne è eventualmente responsabile.
- Vittime del quinto tipo: individui il cui equilibrio psichico è tale che anche se non sono coinvolti direttamente nel disastro, possono reagire con un disturbo emozionale.
- Vittime del sesto tipo: persone che, per un diverso concorso di circostanze, avrebbero potuto essere loro stessi vittime del primo tipo o che hanno spinto altri nella situazione della calamità o che si sentono coinvolti per altri modi indiretti.

La psicologia dell'emergenza si occupa delle situazioni critiche prima che si verifichino, durante il loro svolgimento e dopo la loro conclusione, con le seguenti differenti finalità:

PRIMA CHE SI VERIFICHINO	DURANTE IL LORO SVOLGIMENTO	DOPO CHE SI SONO VERIFICATE
L'intervento è volto a preparare le persone a rischio a fronteggiare gli eventi che si preveda possano accadere.	L'azione mira ad attuare interventi di pronto soccorso psichico volti al sostegno dell'io della persona coinvolta.	L'attività è volta a ridurre o superare i danni psicologici riportati dalle vittime attraverso interventi di riabilitazione del loro quadro psichico.

2)PSICOLOGIA DELLA PERSONA COINVOLTA IN EVENTI CRITICI

“Quando l’Evento critico si verifica noi ci sentiamo:

Vulnerabili ed Impotenti (mancanza controllo)

Dobbiamo però accettarlo ed imparare a conviverci

Ed usare questa vulnerabilità in modo positivo, significativo e produttivo per noi stessi e per gli altri”

2.1 - L’EVENTO TRAUMATICO E LE FASI

“qualsiasi situazione che provochi un senso opprimente di vulnerabilità o di perdita di controllo.” (Roger M. Salomon)

“qualsiasi situazione che porta le persone a provare emozioni particolarmente forti, tali da interferire con le loro capacità di funzionare sia al momento che in seguito (jeff Mitchell).”

EVENTI CRITICI - caratteristiche:

- o Sono improvvisi ed inaspettati
- o Travolgono la nostra sensazione di controllo
- o Comportano la percezione di una minaccia potenzialmente letale
- o Possono comprendere perdite emotive o fisiche
- o Violano i presupposti su “come funziona il mondo”

ESEMPI DI EVENTI CRITICI: morte in servizio, ferimento grave in servizio, suicidio di soccorritori, incidenti con molte vittime, sparatorie della polizia, ferimento/uccisione di civili nel corso di operazioni, licenziamento, eventi importanti che coinvolgono i bambini, casi nei quali la vittima è un parente o è conosciuta dal soccorritore, fallimento della missione dopo notevoli sforzo, eccessivo interesse dei media, qualunque evento ad elevato impatto (es. lutto, separazioni, abbandoni etc.), eventi terribili ripetuti, eventi simbolici, eventi multipli, eventi con valenza personale, eventi minacciosi, eventi di abbandono da parte delle autorità, altro

Le **FASI del TRAUMA** da eventi critici:

- a) La situazione esplose: reazione di allarme

È la fase rappresentata dal verificarsi immediato e improvviso dell’evento traumatico che genera uno stato di impotenza terrore e angoscia nella persona che lo vive.

- b) Shock/Disorganizzazione mentale

Lo shock iniziale determina una disorganizzazione sia sul piano mentale che su quello comportamentale (rischio di comportamenti reattivi irrazionali e incoerenti) che possono essere pericolosi sia per le vittime stesse sia per gli operatori impegnati nei soccorsi. I comportamenti reattivi possono essere individuali (es: stato di panico) o collettivi (es: reazioni di panico di massa)

- c) Impatto emotivo (angoscia, terrore, paura, ansia, etc)
- d) Coping - strategie di coping (che servono per ristabilire l’autocontrollo)
- e) Accettazione/Risoluzione
- f) Imparare a convivere

2.2 - DALLE REAZIONI DI TOLLERANZA ALLO SVILUPPO DI VERE E PROPRIE FORME DI PSICOPATOLOGIA.

nel determinare la reazione all’evento traumatico può avere uno specifico rilievo la personalità di base del soggetto (**personalità pretraumatica**) con le eventuali vulnerabilità che costituiscono un fattore predisponente al tipo di impatto che l’evento traumatico avrà sulla persona; anche se più è intenso e grave il fattore scatenante, più la persona vivrà impotenza, terrore, angoscia ed è più probabile che si sviluppino stati psicopatologici. Inoltre,

se all'evento traumatico sopraggiungono anche altre condizioni sfavorevoli (**fattori aggravanti**) il quadro psichico del soggetto può aggravarsi ulteriormente.

In genere gli eventi critici determinano nella persona che ne è colpita vari tipi di reazioni differenti per intensità e tipo di manifestazioni:

- **reazioni di tolleranza:** parte delle persone coinvolte si caratterizzano per una buona conservazione dell'autocontrollo, della lucidità e dell'adeguatezza dei comportamenti e delle reazioni emotive. In questi casi l'apparato psichico del soggetto ha sostenuto l'impatto con l'evento e non ha riportato particolari danni. In genere però alcune persone, che pur risultando dopo l'evento pienamente capaci di gestire la situazione, con il trascorrere dei giorni possono avere reazioni differite; ossia reazioni inadeguate chiaramente collegate all'evento.
- **Reazioni iperemotive brevi:** che riguardano la maggior parte delle persone coinvolte e si caratterizzano per la massiccia presenza di manifestazioni psichiche e psicosomatiche: shock, ansia, depressione, smarrimento, stupore, incredulità attonita, comportamenti automatici, tremori, palpitazioni, nausea. Queste reazioni insorgono immediatamente dopo l'evento e condizionano fortemente la persona anche nei giorni successivi. Il loro decorso comporta il graduale dissolvimento della sintomatologia. In altri casi, invece, si assiste alla persistenza della sintomatologia e alla comparsa di veri e propri stati psicopatologici quali: il Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD), il Disturbo Acuto da Stress (ASD), Disturbi dell'Adattamento e Disturbi D'ansia (che verranno approfonditi nel prossimo paragrafo)
- **Risposte a carattere dissociativo:** persona caratterizzate da stato confusionale, momenti deliranti, comportamenti aggressivi e autolesivi, comportamenti irrazionali di esposizione al pericolo, fortissimi stati di inibizione e depressione, etc. questo tipo di disturbi persiste in genere per un tempo limitato e tende via via a recedere con il trascorrere del tempo.

3) PSICOLOGIA DEL PERSONALE DI SOCCORSO NELL'EMERGENZA

Negli ultimi decenni si sta assistendo ad un crescente interesse nei confronti delle reazioni allo stress dei soccorritori ed in particolare dei disturbi post-traumatici a cui possono andare incontro. Sebbene solitamente l'operatore in emergenza sviluppi una soglia di tolleranza abbastanza elevata nei confronti di situazioni che, occasionalmente o cronicamente, possono mettere a repentaglio il suo equilibrio psicologico, nondimeno il rischio di essere seriamente coinvolto nelle esperienze traumatiche delle persone che soccorre (*traumatizzazione vicaria*). Proprio per questa ragione prenderemo in esame sia le reazioni normali che le reazioni patologiche del personale di soccorso alle situazioni traumatiche. Spesso succede che il soccorritore a neghi il proprio disagio impedendogli di prenderne atto, esprimerlo, chiedere aiuto. L'assoluta negatività di un atteggiamento può comportare la totale assenza di risposta al disagio, allo stress e alle problematiche del personale di soccorso, di per sé importantissime, e nessuna attenzione alle ricadute che questo può avere sulla qualità della prestazione del singolo e dell'equipe.

3.1 - REAZIONI NORMALI DEL PERSONALE DI SOCCORSO ALLE SITUAZIONI TRAUMATICHE

Fasi dell'intervento di soccorso e reazioni psichiche correlate.

L'intervento di soccorso si articola in varie fasi, comunemente indicate come: Fase di Allarme, Fase di Mobilitazione, Fase dell'Azione e Fase del Lasciarsi Andare (Hartsoug, 1985) e che a ciascuna di queste fasi si associano specifiche reazioni del soccorritore, talvolta anche molto marcate, ma che vanno comunque considerate come reazioni normali a situazioni anomale.

1- Fase di allarme

La fase prende avvio dalla comunicazione di un evento critico grave, in cui bisogna intervenire. La comunicazione può assumere un forte connotato intrusivo, che monopolizza l'attenzione dell'operatore, attiva fantasie di inadeguatezza ed incapacità e crea un senso di smarrimento e confusione, che in alcuni casi può arrivare anche ad uno stato di shock. Questa fase possiamo intenderla come fase dell'impatto, ed è caratterizzata dallo stordimento iniziale e dall'ansia, dalla irritabilità e dall'irrequietezza che caratterizzano la maggior parte degli operatori. Non mancano anche soccorritori in cui si determina una reazione più o meno grave di tipo inibitorio. I soccorritori in questa fase di impatto vivono varie categorie di reazioni:

- reazioni fisiche (accelerazione del battito cardiaco, aumento pressorio, difficoltà respiratorie);
- reazioni cognitive (disorientamento, difficoltà nel dare senso alle informazioni ricevute e nel comprendere la gravità dell'evento);
- reazioni emozionali (ansia, stordimento, shock, paura per ciò che si incontrerà sulla scena dell'evento, inibizione in alcuni altri casi);
- reazioni comportamentali (diminuzione dell'efficienza, aumento del livello di attivazione, difficoltà di comunicazione).

2- Fase di Mobilitazione

Questa fase entra nel pieno della sua attuazione a man mano che, superato l'impatto iniziale, gli operatori si preparano all'azione. L'agire aiuta a dissolvere la tensione e lo stato di allarme, e l'interazione, necessaria per predisporre, coordinare ed avviare i piani di intervento, favorisce il recupero dell'autocontrollo emozionale. Concorre al recupero dell'autocontrollo anche il trascorrere del tempo che comporta la naturale attenuazione dell'impatto emotivo. In questa fase sono quindi presenti in tono minore la maggior parte dei vissuti e delle reazioni della fase precedente, ai quali si associano come preziosi fattori di recupero dell'equilibrio il trascorrere del tempo, il passaggio all'azione finalizzata e coordinata e l'interazione.

3- Fase dell'Azione

La fase si caratterizza per il pieno passaggio all'azione, consistente nell'adoperarsi del soccorritore a favore delle vittime. In questa fase l'operatore è attraversato da momenti di gratificazione ed euforia relativi alle situazioni in cui si riesce a prestare soccorso, a momenti di profonda delusione, colpa, inadeguatezza, paura, etc., scatenati dalle circostanze in cui l'intervento non è tempestivo, non risulta efficace, o non è possibile, per inadeguatezza dei mezzi, insufficienza delle competenze, etc. La fase dell'azione assume caratterizzazioni molto differenti anche in base alla sua durata che, potendo variare da alcune ore ad alcuni giorni od anche qualche settimana, determina differenti tipi e livelli di sintomi psichici e fisici legati all'esposizione allo stress traumatico. I vari tipi di reazioni che più spesso si manifestano in questa fase si possono raccogliere nelle seguenti categorie:

- reazioni fisiche (aumento del battito cardiaco, della pressione, della frequenza respiratoria, nausea, sudorazione, tremore, ecc.);
- reazioni cognitive (difficoltà di memoria, disorientamento, confusione, perdita di obiettività, difficoltà di comprensione);
- reazioni emozionali (senso di invulnerabilità, euforia, ansia, rabbia, tristezza, sconforto, apatia, assenza di sentimenti);
- reazioni comportamentali (iperattività, facilità allo scontro verbale o fisico, aumento dell'uso di tabacco, alcol, farmaci, perdita di efficienza ed efficacia nelle azioni di soccorso, ecc.).

La significatività dei disturbi a cui il soccorritore può andare incontro per la più o meno prolungata esposizione allo stress traumatico deve indurre i responsabili dell'organizzazione a prevenire un altro importante aspetto negativo di questa fase che consiste nella sottovalutazione dei bisogni del soccorritore e nella sopravvalutazione delle sue risorse.

4- Fase del Lasciarsi Andare

Questa fase è costituita dall'insieme dei vissuti che il soccorritore sperimenta nel periodo compreso tra la fine delle operazioni di soccorso ed il ritorno alla normale routine. Due diversi ordini di contenuti emozionali caratterizzano questa fase.

- Il primo è costituito dal carico emotivo che durante la fase dell'azione è stato represso, inibito e negato, per dare spazio all'attività di soccorso, ed è caratterizzato prevalentemente da ansia, delusione e rabbia.
- Il secondo consiste, invece, in un complesso di vissuti indotti dalla separazione dagli altri soccorritori, e dalle attese positive o negative rispetto al ritorno alla normale routine.

Tra i contenuti psichici negativi inibiti durante la fase di azione, che trovano poi la forza di riemergere e manifestarsi nella fase del lasciarsi andare, particolarmente comuni sono: la difficoltà nel distendersi, nel rilassarsi, nell'addormentarsi, la tristezza, la tensione, il riaffiorare di episodi e vissuti particolarmente forti

sul piano o emotivo come la rabbia.

Tra le reazioni legate alle attese positive o negative verso il ritorno alla quotidianità lavorativa e socio-affettiva possiamo ricordare tanto il desiderio continuo di tornare a casa, quanto il timore della conflittualità con i familiari e con i colleghi, il disagio per il lavoro arretrato, i sensi di colpa, etc.

3.2 - LE REAZIONI PATOLOGICHE ALLE SITUAZIONI DI STRESS TRAUMATICO

Gli operatori che lavorano in un contesto di emergenza che maggiormente risultano esposti a stress post-traumatico sono i seguenti (Young, Ford, Ruzek, Friedman, Gusman, 2002):

- Personale medico e paramedico.
- Il personale delle ambulanze.
- Operatori di ricerca e salvataggio di superstiti.
- Operatori impegnati nel controllo degli incendi e della sicurezza.
- Il medico legale con il suo staff.
- Le forze dell'ordine.
- Militari.
- Volontari e giornalisti che operano sul luogo di incidenti e catastrofi.

Le situazioni di particolare rischio per il soccorritore sono le seguenti (Cusano, Napoli, 2003; Young et al., 2002):

1. Fattori di rischio oggettivi:

- Eventi che comportano gravi danni per neonati e bambini.
- Eventi che coinvolgono molte persone (dall'incidente stradale al terremoto).
- Eventi che causano lesioni gravi, mutilazioni e deformazioni del corpo delle vittime.
- Eventi che causano la morte di colleghi.
- Il fallimento di una missione di soccorso comportante la morte di una o più persone.
- La necessità di compiere scelte difficili e/o inadeguate al proprio ruolo operativo.
- La necessità di prendere decisioni importanti in tempi rapidissimi.

2. Fattori di rischio soggettivi:

- Tendenza eccessiva del soccorritore ad identificarsi con la vittima.
- Bisogno marcato del soccorritore di tenersi a distanza dalle vittime.
- Presenza di significative problematiche psicologiche del soccorritore e/o la presenza di traumi pregressi inelaborati.
- Mancanza di idonee strategie per fronteggiare lo stress e/o la mancanza di adeguate

capacità di valutare la propria tolleranza allo stress.

- Scarsa conoscenza della normale risposta fisiologica e psicologica delle persone di fronte allo stress.
- Lesioni personali.

3. **Fattori di rischio legati all'organizzazione:**

- Ritmi di lavoro eccessivi.
- Inadeguatezze logistiche degli ambienti destinati ai soccorritori.
- Carenze nei processi di comunicazione.
- Conflitti interni all'organizzazione e tra soccorritori.
- Carenze nei processi di selezione e formazione degli operatori.
- Mancanza di programmi di supporto psicologico dei soccorritori.

Disturbo Post-traumatico da Stress (PTSD) è caratterizzato dalla compresenza, per almeno un mese, di sintomi intrusivi, di evitamento e/o di ottundimento e di aumentato arousal (attivazione psicofisiologica) in seguito all'esposizione ad eventi traumatici.

Per trauma il DSM IV-TR intende un'esperienza caratterizzata da entrambi gli elementi seguenti:

1. un evento o con eventi che hanno implicato morte, o minaccia di morte, o gravi lesioni, o una minaccia all'integrità fisica propria o di altri;
2. la risposta della persona è stata la presenza di paura intensa, sentimenti di impotenza o orrore.

I sintomi **intrusivi** più frequenti sono i seguenti:

1. sogni o ricordi spiacevoli ricorrenti e intrusivi dell'evento, che comprendono immagini, pensieri, o percezioni.
2. Agire o sentire come se l'evento traumatico si stesse ripresentando.
3. Disagio psicologico intenso o reattività fisiologica intensa all'esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simbolizzano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento traumatico.

I sintomi di **evitamento** e/o di ottundimento più frequenti sono i seguenti:

1. sforzi per evitare pensieri, sensazioni o conversazioni associate con il trauma.
2. Sforzi per evitare attività, luoghi o persone che evocano ricordi del trauma.
3. Incapacità di ricordare qualche aspetto importante del trauma.
4. Riduzione marcata dell'interesse o della partecipazione ad attività significative.
5. Sentimenti di distacco o di estraneità verso gli altri.
6. Affettività ridotta.
7. Sentimenti di diminuzione delle prospettive future.

I sintomi di **iperattivazione** maggiormente frequenti sono i seguenti:

1. difficoltà ad addormentarsi o a mantenere il sonno.
2. Irritabilità o scoppi di collera.
3. Difficoltà a concentrarsi.
4. Ipervigilanza.
5. Esagerate risposte di allarme.

Il PTSD è frequentemente ma non necessariamente preceduto dal **Disturbo Acuto da Stress (ASD)**. Si tratta di un disturbo essenzialmente simile al PTSD, eccetto per il tempo di esistenza che lo caratterizza (deve manifestarsi entro quattro settimane dall'evento e durare da un

minimo di due giorni ad un massimo di quattro settimane) e per il fatto che deve presentare molti più sintomi dissociativi. In particolare, i sintomi dell'ASD più altamente correlati con il successivo sviluppo di PTSD sembrano essere l'ottundimento emotivo, l'agitazione motoria, la depersonalizzazione e la sensazione di rivivere l'esperienza traumatica.

Fra i più comuni disturbi dissociativi dell'ASD si segnalano i seguenti:

1. sensazione soggettiva di insensibilità, distacco, o assenza di reattività emotionale.
2. Riduzione della consapevolezza dell'ambiente circostante (i.e. rimanere storditi).
3. Derealizzazione.
4. Depersonalizzazione.
5. Amnesia dissociativa.

Il PTSD e l'ASD sono tipicamente associati ad esperienze particolarmente traumatiche, anche croniche, nel personale di intervento in situazioni di soccorso e di emergenza, ma non sono probabilmente i disturbi post-traumatici maggiormente frequenti in questo tipo di popolazione.

I Disturbi dell'Adattamento, invece, appaiono essere come maggiormente frequenti. Sebbene meno gravi sul piano sintomatologico, in realtà sono molto insidiosi perché possono essere più facilmente nascosti e camuffati, e magari non essere pienamente compresi anche dagli operatori stessi, portandoli a trascurare il disagio e quindi ad aggravare i problemi in essere. La caratteristica fondamentale dei Disturbi dell'Adattamento è lo sviluppo di sintomi emotivi o comportamentali successivi all'esposizione ad uno o più eventi stressanti (anche traumatici) chiaramente identificabili. Tali sintomi devono svilupparsi entro 3 mesi dall'esposizione all'evento o agli eventi stressanti e devono risolversi entro 6 mesi dalla cessazione del fattore stressante o delle sue conseguenze. I sintomi principali possono essere problemi di ansia, depressione, impulsività, ritiro sociale, lamentele fisiche e, in generale, **tutti i sintomi del PTSD e dell'ASD** ma non tali per intensità, durata o numero da soddisfare una loro diagnosi.

Infine, devono essere segnalati tutta una serie di sintomi e **problematiche psicologiche** che difficilmente possono essere indicati con una diagnosi che li rappresenti esaustivamente, ma che nondimeno si rilevano problematiche con la maggior frequenza tra gli operatori dell'emergenza, siano essi professionisti o volontari:

- livelli di iperattivazione costante, con irritabilità, aggressività, difficoltà a rilassarsi, tensioni con familiari ed amici, insonnia o sonno poco riposante, disturbi gastrointestinali;
- stanchezza cronica o apatia;
- sensi di colpa ingiustificati;
- calo di appetito o iperfagia;
- calo della libido e disturbi sessuali;
- cinismo e senso di inutilità del proprio lavoro o della propria vita;
- abuso di sostanze (farmaci, alcol, stupefacenti);
- sentimenti di estraneità dalla vita "normale" e sensazione che l'unica dimensione all'interno della quale ci si sente adeguati sia quella dell'emergenza, eventualmente unita alla volontà di eroismo a tutti i costi.

3.3 - PREVENZIONE E CURA

Alla luce dei fattori di rischio precedentemente accennati, si possono evidenziare le seguenti misure preventive e terapeutiche al fine di minimizzare il rischio dello stress post-traumatico negli operatori dell'emergenza o per intervenire su una condizione patologica in atto:

- Strategie generali:
 - Selezione adeguata del personale.
 - Ritmi di lavoro che consentano un adeguato riposo.

- Riduzione al minimo delle tensioni comunicative e politiche all'interno dell'organizzazione che opera in emergenza.
- Strategie rivolte a piccoli o a grandi gruppi:
 - Spiegazione agli operatori delle modalità di manifestazioni più tipiche dello stress legato a lavori in contesto di emergenza al fine di non trascurarle.
 - Insegnamento di semplici e rapide tecniche di rilassamento o di autoipnosi.
 - Utilizzazione di strategie di defusing e debriefing (Solomon, Macy, 2003) per gli eventi critici rivolte con regolarità agli operatori al fine di consentire una adeguata condivisione tra colleghi delle tensioni emotive connesse al proprio operato. Si tratta di specifici gruppi di discussione strutturati e coordinati da un esperto nella gestione degli eventi critici che contribuiscono a ridurre l'impatto emotivo delle esperienze con le quali ci si è confrontati. Interventi di questo tipo sono stati utilizzati recentemente, ad esempio, con il personale coinvolto di soccorso in occasione dell'attentato alle torri gemelle di New York.
- Interventi psicoterapeutici:
 - Sono state create specifiche strategie di intervento psicoterapeutico per intervenire sull'operatore rimasto altamente coinvolto dagli eventi stressanti e/o nel caso in cui esperienze in emergenza avessero destabilizzato un equilibrio psicologico precario. A questo scopo, la psicoterapia ipnotica, l'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) e alcune strategie cognitivo-comportamentali hanno dimostrato una buona efficacia.

4) COME INTERVIENE LA PSICOLOGIA DELL'EMERGENZA

L'intervento psicologico nell'emergenza degli operatori avviene in setting non strutturati. Da qui la certezza che non sia sufficiente prestare un servizio circoscritto all'emergenza ma sia necessario coinvolgere figure professionali adeguatamente preparate a sostenere e accompagnare chiunque sia a rischio verso la ricostruzione.

Le tecniche di intervento in emergenza possono essere di notevole aiuto per prevenire e curare i disturbi post-traumatici da stress, il disagio psichico, il malessere esistenziale e psicosomatico ed altre espressioni di sofferenza che per il fatto di essere progressivi e invalidanti determinano un marcato effetto destabilizzante sia del modo di essere, di sentire e di agire del soggetto, sia della sua capacità di far fronte alle richieste della vita. Quello che si intende perseguire con l'intervento della Psicologia dell'emergenza è di prevenire il disagio psichico, e lì dove è già esistente, assistere e supportare psicologicamente tutte le vittime coinvolte in forti eventi traumatici.

Gli obiettivi generali di queste tecniche sono:

- ri-narrare la propria storia personale ricordando e modificando la propria storia e i propri ricordi, fino ad arrivare a integrare l'esperienza traumatica, cercando di dare un senso di controllo e significato agli eventi vissuti.
- esporre le persone a stimoli e situazioni traumatiche in modo graduale e strutturato e con un elevato sostegno psicologico.
- esaminare le credenze e i valori, le opinioni delle persone che dopo aver subito un grave trauma legato a situazioni di emergenza, si sono in qualche modo destrutturate e fortemente influenzate da sentimenti come: rabbia, sensi di colpa, paura, disperazione, disorientamento.
- esaminare e rivalutare le risorse personali, dopo aver vissuto esperienze drammatiche facendo riemergere nuova autostima e nuova fiducia in se stessi e negli altri. Rafforzando le relazioni personali e cercando supporti di rete sociali.

4.1 - IL CISM (Critical Incidental Stress Management – Gestione dello stress da incidenti/eventi critici) è un programma globale e sistematico per l'attenuazione dello stress legato ad eventi critici. Esso affronta le situazioni del momento, dovute all'evento critico e non le situazioni personali, a meno che queste non emergano. Il CISM può essere applicato sia in caso di crisi a gruppi di vittime che di soccorritori ad alto rischio.

Si compone di sette elementi chiave:

- Istruzione/immunizzazione prima dell'incidente.
- Smobilitazione.
- Intervento individuale durante la crisi.
- Defusing.
- Debriefing per lo stress da eventi critici (CISD).
- Sostegno familiare.
- Reti per l'invio.

Le tecniche di intervento di cui si avvale il CISM sono il Defusing e il Debriefing.

4.2 - IL DEFUSING

è una tecnica di pronto soccorso emotivo, si tratta di un intervento breve che dura circa 20-40 minuti e che viene organizzato per un gruppo di circa 6-8 persone. Essendo una tecnica di gestione dello stress da evento critico viene utilizzata "a caldo" e cioè subito dopo l'evento critico. Serve essenzialmente per ridurre il senso di isolamento e di impotenza riducendo e attenuando le reazioni intense e angosciose provocate dall'evento del trauma ed aiutare il gruppo a ritornare a una sorta di normalità, fornendo soluzioni a breve termine per il recupero della loro funzionalità. Le vittime vengono immediatamente portate in un luogo sicuro e inserite in gruppi diversi ma omogenei tra loro ove rimangono per un circa 1 ora con gli addetti alla salute mentale. Il gruppo è presieduto da due conduttori, di cui almeno uno è uno psicologo/psicoterapeuta. Attraverso la condivisione verbale e non dell'esperienza appena vissuta si cerca di ridurre almeno parzialmente la tensione e lo stress traumatico. È strutturato in tre fasi: 1) introduzione: i conduttori si presentano e spiegano il motivo dell'incontro fissando delle regole che garantiscano la riservatezza delle informazioni. 2) fase esplorativa: momento in cui viene chiesto al gruppo di discutere dell'emergenza e di condividere le reazioni e le emozioni vissute. 3) fase informativa utile a normalizzare le esperienze/reazioni e a ridurre lo stress. Prima di congedare il gruppo i conduttori effettuano dei commenti riassuntivi e distribuiscono un foglio con le istruzioni/informazioni più utili a gestire il momento difficile.

4.3 - IL DEBRIEFING

anche questa è una tecnica di pronto soccorso emotivo. Si tratta di un incontro più strutturato del defusing e ad esso successivo, organizzato anche per il singolo ma più specificatamente per il gruppo (20-25 persone) la cui durata va dalle 2 alle 3 ore. Il debriefing permette alle persone la possibilità di esternare e confrontare con altri i propri pensieri, ricordi ed emozioni più disturbanti in modo tale da comprenderli, normalizzarli e integrarli. L'intervento di debriefing dovrebbe aver luogo 24-76 ore dopo l'evento critico ad ha lo scopo di ridurre l'impatto emotivo dell'evento critico, di contenere le reazioni, di favorire il recupero, di combattere le convinzioni erranee, evitare le conseguenze negative future, istruire e rassicurare. È strutturato in sette fasi: 1) fase dell'introduzione. 2) fase del fatto: il gruppo viene invitato a esporre i fatti e il proprio ruolo avuto nell'incidente. 3) fase del pensiero: rassegna dei pensieri negativi espressi nel gruppo. 4) fase della reazione: descrive gli aspetti dell'evento che hanno provocato e determinato maggior malessere. Condividere le sensazioni provate durante l'incidente e quelle che si provano in quel momento. 5) fase dei sintomi: vengono descritti i sintomi fisici e psichici vissuti durante il momento traumatico, immediatamente dopo e al momento attuale. Così facendo si riporta il gruppo dai contenuti emotivi ai contenuti più vicini ad un orientamento cognitivo. 6) fase della formazione: i conduttori forniscono consigli utili alla gestione dello stato di stress emozionale e insegnano loro tecniche di distensione psicofisica per facilitare il recupero dell'equilibrio psichico. 7) fase del reinserimento: si forniscono le ultime informazioni utili dopo aver fatto una sintesi ricapitolativa dei punti salienti trattati al fine di aiutare le persone a reinserirsi nelle funzioni quotidiane. Dopo aver congedato il gruppo la squadra di debriefing si riunisce sempre, per avere un incontro (riunione post-debriefing) finalizzato a trarne insegnamenti ed accertarsi che tutti i membri della squadra stiano bene. Il follow-up è un momento successivo di verifica del lavoro svolto finalizzato ad accertarsi che le cose stanno procedendo nel modo migliore.

5) LO SPAZIO PERSONALE NELL'EMERGENZA

Lo spazio tra due persone accompagna, più delle parole e al di là delle intenzioni il crearsi di una condizione di intimità. Si pongono all'interno dell'emergenza e di chi ne è coinvolto alcuni interrogativi centrali: quelli riguardanti le funzioni che la dimensione spaziale può svolgere nella definizione delle posizioni di prossimità-lontananza relazionale tra le persone e il tipo di messaggi che, attraverso la delimitazione dei confini geografici dello spazio, vengono inviati all'ambiente sociale circostante. Lo spazio personale è definito da Sommer come quello spazio immediatamente circostante alla persona che ha confini invisibili attorno al corpo, all'interno dei quali non possono accedere intrusi. Metaforicamente potremmo definire lo spazio personale come un grossa bolla d'aria intorno a un individuo che se viene invasa da un estraneo procura disagio. Lo spazio personale assolve delle importanti funzioni: l'autoprotezione, la comunicazione e regolazione dell'intimità. L'autoprotezione riguarda le possibili minacce fisiche o psicologiche da parte degli altri individui e dell'ambiente. Quando la distanza interpersonale si riduce eccessivamente, aumenta l'ansia e l'attivazione psicologica dell'individuo (arousal), dando luogo a una sensazione spiacevole di disagio e stress. Alcune ricerche hanno trovato che quando abbiamo subito una valutazione negativa o un comportamento aggressivo, mettiamo intorno a noi un maggiore spazio personale. Sulla base di queste premesse è possibile evidenziare che nelle vittime di eventi traumatici questo spazio personale è stato drammaticamente invaso contribuendo a creare una maggiore sensazione di vulnerabilità e stress. Rispetto alla funzione comunicativa dello spazio personale Hall distingue quattro tipi principali di distanza interpersonale: distanza intima (quella che usiamo nei rapporti interpersonali più stretti), distanza personale (è quella della conversazione normale), sociale (è quella delle interazioni più formali) e distanza pubblica (quella fra sconosciuti). A ciascuna di queste distanze corrispondono quindi tipologie di relazioni umane a cui corrispondono diverse distanze personali.

Lo spazio personale si muove attorno alla persona e si espande e si contrae a seconda delle situazioni. È evidente quindi come nell'emergenza lo spazio personale delle persone venga compromesso. Da un lato quello della vittima che subisce un'invasione dello spazio personale da parte dell'ambiente o degli altri individui e dall'altro quello dell'operatore dell'emergenza che in alcuni casi si trova a dover adattare il proprio spazio personale per andare in soccorso alle persone bisognose di aiuto. In queste situazioni non esiste più nessuna distinzione possibile e stabile fra distanza intima, personale, sociale e pubblica. È quello che si verifica quando un volontario deve necessariamente compiere determinate manovre sull'infortunato per poterlo trarre in salvo. Spesso questo avviene senza la dovuta considerazione di questa importante dimensione interpersonale accrescendo il disagio nella persona. L'invasione dello spazio personale nell'emergenza si rende necessaria per una questione di sopravvivenza; ma sarebbe interessante capire quale sia il miglior modo per rendere questa invasione il meno invasiva possibile e quale siano le dinamiche in gioco che nell'emergenza determinano la sua regolazione.

Dato che in alcuni tipi di emergenze si assiste a una riduzione forzata dello spazio personale nel momento dell'intervento psicologico di supporto deve essere nuovamente garantita alle persone la possibilità di equilibrare (diminuire/aumentare) secondo le proprie esigenze la propria distanza personale nei confronti degli altri e fare in modo che questa possa svolgere la sua funzione comunicativa (apertura/chiusura verso gli altri).

CONCLUSIONE

Nel Volontario del Soccorso avviene un passaggio di tre momenti significativi all'interno delle istituzioni impegnate nella emergenza-urgenza sanitaria. Il primo momento è quello di reclutamento, cercando di coinvolgere sempre più persone all'interno di questo settore. Spesso è la quantità e non la qualità ad essere privilegiata. Il secondo momento decisivo è quello di far in modo che il personale volontario possa raggiungere una più completa specializzazione in tale senso. Di qui, l'importanza di corsi sempre più strutturati con l'obiettivo di rendere il volontario più preparato di fronte alle situazioni da affrontare. Le linee guida diffuse a livello internazionale sono l'esempio marcato di questa necessità: la necessità di effettuare manovre corrette, minimizzando i danni, nei confronti della vittima di eventi traumatici.

Queste migliorie, però, si sono concentrate sull'aspetto tecnico del primo soccorso. Sulla necessità che il volontario segua determinati comportamenti/azioni affinché il proprio intervento sul traumatizzato sia qualitativamente efficace. Ne sono un esempio il BLS; PHTC; PBLS.

Oggi però s'impone una nuova necessità: quella di superare l'attenzione esclusiva al corpo e alle ferite fisiche e occuparsi anche delle ferite psichiche, altrettanto gravi e profonde, che nelle emergenze travolgono l'uomo.

Introduzione

- 1) Psicologia dell'emergenza.**

- 2) Psicologia della persona coinvolta in eventi critici.**
 - 2.1 – L'evento traumatico e le fasi.**
 - 2.2 – dalle reazioni di tolleranza allo sviluppo di vere e proprie forme di psicopatologia.**

- 3) Psicologia del personale di soccorso in emergenza.**
 - 3.1 – Reazioni normali del personale di soccorso alle situazioni traumatiche.**
 - 3.2 – Le reazioni patologiche alle situazioni di stress post-traumatico.**
 - 3.3 – Prevenzione e cura.**

- 4) Come interviene la psicologia dell'emergenza.**
 - 4.1 – Il CISM (Critical Incidental Stress Management).**
 - 4.2 – Il Defusing.**
 - 4.3 – Il Debriefing.**

- 5) Lo spazio personale nell'emergenza.**

BIBLIOGRAFIA:

"Psicologia dell'Emergenza" a cura di Lo Iacono e Mario Troiano ed. Editori Riuniti (2002)

"Psicologia Ambientale" Mirilia Bonnes e Gianfranco Secchiaroli casa editrice Carocci

Siti internet:

- www.vertici.it (Vertici Network di Psicologia e Scienze affini)
- www.sipem.org (Società Italiana di Psicologia dell'Emergenza)