

PSICOLOGIA DELL'EMERGENZA

- **Cos'è la psicologia dell'emergenza**

Il progressivo sviluppo di nuovi livelli di integrazione a livello mondiale pone sempre più esigenti anche sul piano della solidarietà sociale e della cooperazione internazionale.

Inoltre, sconvolgimenti naturali, politici, militari spesso sollecitano l'intervento di persone in grado di agire consapevolmente e professionalmente anche nelle situazioni che richiedono un'immediata e tempestiva risposta.

Negli ultimi anni è aumentata la consapevolezza che dare attenzione alle dimensioni educativa e psicologica in tali contesti non sia un'opzione secondaria ma una priorità, se si vuole tentare di affrontare alle radici alcune delle fonti dei conflitti politici, della povertà e dei pregiudizi etnici e avviare processi di pacificazione.

Questa premessa è alla base di molti progetti internazionali attuati negli ultimi anni nel mondo. Tali interventi sono oggi pensati nell'ottica di una loro presa in carico responsabile anche dopo il periodo dell'emergenza. E' dunque l'esigenza di disporre di professionisti dell'educazione e del counselling psicologico in grado di intervenire concretamente nelle situazioni di emergenza ma capaci di inquadrare i primi interventi di soccorso in un orizzonte lungimirante e di impostare le basi per una ricostruzione sociale e psicologica attenta ai valori dell'altruismo e della reciprocità con particolare riguardo al mondo dell'infanzia e dei giovani.

La psicologia dell'emergenza si occupa di creare modelli efficaci di intervento in situazioni di emergenza quali calamità naturali, atti terroristici, incidenti provocati dall'uomo, calamità sociali come guerre ed epidemie. Trattandosi di una operazione molto complessa, è evidente che per effettuare interventi di questo tipo, sono necessarie competenze professionali molto diverse tra loro: mediche, psichiatriche, psicologiche, psicoterapeutiche, psicosociali in senso lato.

• Il disturbo post-traumatico da stress

Secondo il DSM-IV, gli eventi che possono essere definiti “traumatici” sono i seguenti:

- *eventi accaduti direttamente alla persona* : combattimenti militari, aggressione persona le violenta, rapimento, essere presi in ostaggio, attacco terroristico, tortura, incarcerazione come prigioniero di guerra o in un campo di concentramento, disastri naturali o provocati, gravi incidenti automobilistici, ricevere una diagnosi di malattie minacciose per la vita. Per i bambini, gli eventi traumatici dal punto di vista sessuale possono includere le esperienze sessuali inappropriate dal punto di vista dello sviluppo senza violenza o lesioni reali o minacciate.
- *Eventi accaduti in qualità di testimoni* : l’osservare il riferimento grave o la morte innaturale di un’altra persona dovuti ad assalto violento, incidente, guerra o disastro, o il trovarsi inaspettatamente a un cadavere o a parti di un corpo.
- *Eventi di cui si è venuti a conoscenza* : aggressione personale violenta, gravi incidenti, gravi lesioni subite o morte inaspettata ia un membro della famiglia o da un amico stretto; il venire a conoscenza di una malattia minacciosa per la vita del proprio bambino. Il disturbo può diventare particolarmente grave e prolungato quando l’evento stressante è ideato dall’uomo. (per es. tortura o rapimento)

L’ICD-10 fornisce una versione più ristretta del concetto di trauma, in quanto richiede che si tratti di un evento estraneo all’esperienza umana abituale.

Infine alcuni esperti nello studio e nel trattamento dei disturbi post-traumatici hanno adottato categorie diagnostiche non previste ne dal DSM-IV ne dall’ICD-10, individuando in particolare:

- Il *Disturbo Post-Traumatico da Stress Complesso* : si tratta di una sindrome che sembra originare da traumi severi, prolungati e ripetuti, soprattutto di natura interpersonale, come prigionia e tortura, abuso infantile prolungato, maltrattamenti cronici delle donne da parte degli uomini con cui convivono. I sintomi sarebbero quelli del Disturbo Post-traumatico da Stress con caratteristiche marcatamente dissociative, una forte tendenza alla somatizzazione e una particolare

instabilità di umore e ansia, con l'aggiunta di sintomi tipicamente ascrivibili a Disturbi di Personalità, come la difficoltà a modulare e regolare le emozioni, l'instabilità del senso di identità, comportamenti autolesionistici, coinvolgimento cronico in relazioni disfunzionali.

- Il *Disturbo Post-Traumatico da Stress in Remissione parziale/sottosoglia* :Si prevede la possibilità di diagnosticare un Disturbo Post-Traumatico da Stress che non soddisfi completamente i requisiti richiesti dalla diagnosi attuale. In particolare, si evidenzia la necessità di potere diagnosticare un disturbo post-traumatico anche in assenza del soddisfacimento del criterio D, ovvero la presenza di “sintomi persistenti di aumento arousal (non presenti prima del trauma), come indicato da almeno due dei seguenti elementi:
 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;

Sembra, infatti, che sia possibile sviluppare un disturbo post-traumatico anche in assenza di queste caratteristiche. Oppure, tali caratteristiche sarebbero state presenti nella fase iniziale del Disturbo Post-traumatico da Stress ma, con il passare del tempo la persona le avrebbe progressivamente ridimensionate o superate.

• **Reazioni psicologiche delle vittime di una catastrofe**

I danni psichici provocati da forti traumi possono generare vari tipi di reazioni:

- *Reazioni emotive esagerate:*

Si manifestano subito dopo l'evento ma possono presentarsi anche dopo alcuni giorni. Queste reazioni sono normali, di breve durata, improvvise e quando scompaiono, non lasciano conseguenze.

- *Reazioni nevrotiche:*

Si manifestano con crisi d'ansia o crisi isteriche e con gli stessi sintomi delle nevrosi post-traumatiche.

▪ *Reazioni psicotiche gravi:*

Si manifestano con stati di confusione mentale e nelle forme più gravi, con stati deliranti. Il soggetto perde la percezione del proprio stato di salute e l'istinto di conservazione.

La catastrofe, in quanto situazione anomala, scatena reazioni definite comportamenti reattivi, non sempre razionali e coerenti, che possono essere dannosi per le vittime stesse e per i soccorritori.

I comportamenti reattivi possono essere sia individuali, si manifestano in individui isolati e generalmente fragili, sia collettivi, si manifestano in gruppi o intere comunità (come il panico).

Le reazioni dell'organismo alle situazioni straordinarie, costituite da un evento catastrofico e dalle conseguenti perdite umani e materiali, sono sintomi definiti reazioni alla tensione.

I sintomi che possono presentarsi immediatamente o successivamente al disastro, talvolta anche dopo mesi, in maniera più o meno blanda, sono:

Ansia: si presenta anche senza una ragione immediata che la possa giustificare.

Depressione: costituita da una sensazione di stanchezza con la perdita di interesse per ciò che succede nel mondo esterno. E' accompagnata da apatia e provoca una visione prevalentemente negative di sé e degli altri.

Apatia: costituisce il blocco delle sensazioni. Insorge quando si prende conoscenza della gravità della situazione. Si evita di pensare o di parlare dell'evento traumatico e ciò può essere interpretato, erroneamente, come segnale di forza d'animo o di insensibilità.

Paura: è causata dal timore di subire altri danni, dalla preoccupazione per la sorte dei familiari, dal timore di essere lasciati soli, di non farcela a superare il momento difficile e dalla paura che il disastro si ripeta.

Tristezza e dolore.

Colpevolezza: insorge alcuni giorni dopo l'evento. E' causata dal senso di colpa di essere sopravvissuti, di non essere rimasto ferito, dal rimpianto per le cose non fatte.

Aggressività: causata dalla rabbia irrazionale per quello che è successo, per l'ingiustizia subita, dal rancore per chi ha causato il disastro o ha permesso che accadesse, per la presunta mancanza di comprensione da parte degli altri.

Alternanza di stati d'animo: è infatti molto frequente il passaggio repentino da uno stato di prostrazione, sfiducia e delusione, alla speranza quasi euforica, di un futuro migliore.

Iperattività mentale: pensieri invadenti sull'evento e le sue conseguenze, si alternano agli sforzi di evitarli. Si rivive l'avvenimento continuamente soprattutto nel sonno e nelle fasi di riposo.

Questi disagi possono essere particolarmente intensi se il disastro ha causato molte vittime, se la scomparsa è stata improvvisa e violenta, se i corpi delle vittime non sono stati recuperati, se la reazione interpersonale tra sopravvissuto e persona scomparsa attraversava un momento difficile, se la catastrofe si è sommata ad altre precedenti.

Il dopo catastrofe può modificare l'equilibrio dei rapporti tra le vittime sia nell'ambito familiare, sia nei rapporti interpersonali e di gruppo. Vivere un evento traumatico e tragico, da un lato può rafforzare i rapporti sia all'interno della famiglia, sia tra un gruppo di conoscenti o amici, dall'altro può modificarli, esasperarli e interromperli.

Le cause di tensioni fratture nei rapporti interpersonali possono essere dati dalla convinzione che gli altri non diano abbastanza, che ciò che danno è sbagliato, dall'impressione di non essere in grado di dare ciò che gli altri si aspettano.

E' necessario che le vittime di una catastrofe, superata l'emergenza dell'immediato post-catastrofe, affrontino al più presto la nuova realtà. La vittima può trovare sollievo se è impiegata in attività di aiuto agli altri, evitando comunque che l'impegno si trasformi in iperattività, nociva perché svia l'attenzione dalle proprie necessità.

La solidarietà reciproca, cioè l'aiuto anche emozionale di altra gente, porta sollievo: condividere sentimenti con chi ha avuto la stessa esperienza, è importante per accettare l'evento stesso. Non tutte le vittime di una catastrofe scelgono di impegnarsi a favore degli altri:

molte, infatti, scelgono come mezzo per controllare le proprie emozioni l'intimità, preferendo stare soli con la famiglia o con gli amici. La vittima, in ogni caso, deve essere in grado di decidere se stare o meno con gli altri.

- **Una di metodica di intervento: il CISD**

Un interesse ed una utilità particolare rivestono le metodiche di intervento sui gruppi di persone traumatizzate, una delle quali è il **Debriefing per lo Stress da Incidenti Critici (CISD)**, impiegato ad esempio nel trattamento delle persone traumatizzate negli atti terroristici di Oklahoma City, di New York e nell'incidente del Palazzo Pirelli di Milano.

Il CISD, condotto secondo la metodologia del "Trauma Center" di Boston, è un incontro strutturato che viene organizzato per il singolo individuo o per il gruppo reduci di un episodio particolarmente disturbante. Le conseguenze psicologiche di un'esperienza traumatica, spesso sottovalutate, comportano un deterioramento più o meno lento delle capacità adattative e socio-comunicative di un individuo. In tale contesto un intervento psicologico è di fondamentale rilievo. Il CISD è un importante strumento che offre agli individui vittime di un trauma la possibilità di esternare e di confrontare con altri i propri pensieri, emozioni e ricordi più disturbanti in modo tale da comprenderli e normalizzarli.

Obiettivi del CISD:

- riduzione dello stress traumatico, causa principale di gravi disturbi e alterazioni nei rapporti interpersonali;
- rassicurazione;
- fornire informazioni utili alla comprensione delle proprie reazioni nei confronti del trauma
- fornire informazioni utili per la gestione autonoma dello stress;
- creare legami interpersonali che combattono l'isolamento sociale spesso seguente a gravi stress;
- creare un rapporto positivo con le istituzioni sanitarie per eventuali future necessità;
- aumentare la collaborazione tra organizzazioni che lavorano in sinergia.

Popolazione a cui è rivolto il CISD:

- Soggetti normali esposti ad eventi critici.

Tempi di applicazione del CISD:

- Non prima di 24-48 ore dall'evento traumatico e non oltre le 12 settimane. Perde di efficacia con il passare del tempo ed è meglio effettuarlo nel minor tempo possibile.

Composizione dei gruppi:

- Un leader: professionista della salute mentale, delinea gli obiettivi, gestisce i tempi, facilita il processo, evita l'insorgenza di processi distruttivi, non attivo se il processo scorre fluente.
- Un co-leader: generalmente un collega esperto, controlla i segni di disagio nei membri del gruppo.
- Un collaboratore "guardiano": impedisce l'accesso ai non autorizzati, cerca di far tornare un membro che si allontana dal gruppo e gli offre sostegno; in caso di mancato ritorno, resta con lui e, se opportuno, lavora individualmente o dispone un follow-up. In caso di rifiuto del follow-up, gli da un biglietto da visita e lo invita a chiamarlo se dovesse essere opportuno.
- 8-10 persone esposte ad un evento critico.

Durata delle sessioni del CISD:

- Orientativamente, da 45 minuti a 3 ore, a seconda del numero di partecipanti e dalla complessità della situazione.

Fasi del CISD:

1. Introduzione

Presentare il team e gli obiettivi;
Descrivere il processo del CISD;
Invito alla privacy;

Definire i limiti;Stabilire una coesione provvisoria;
Motivare i partecipanti.

2. Fase del fatto

Favorire la comprensione dell'accaduto;
Costruire un'immagine globale degli eventi, con l'aiuto di tutti i componenti, evitando di entrare direttamente nel mondo delle emozioni.

3. Fase del pensiero

Rappresenta la transazione dall'ambito cognitivo a quello emotivo, ai partecipanti viene chiesto di descrivere a turno il loro primo pensiero, o quello predominante, una volta resisi conto che la situazione era anomala.

4. Fase della reazione

Viene chiesto di condividere le sensazioni provate durante l'incidente e quelle attualmente provate.

5. Fase dei sintomi

Valutazione dei sintomi provati durante o dopo il trauma;
Se il gruppo esita a parlare dei sintomi, la squadra può parlare delle reazioni tipiche e chiedere ai partecipanti se le hanno provate.

6. Fase della formazione

Insegnare tecniche di gestione dello stress;
Incoraggiare l'autoaiuto;
Prescrizioni comportamentali: sonno, alimentazione, disidratazione, riposo, attività fisica, esitamento dell'alcool e di sostanze stupefacenti.

7. Fase del reinserimento

Questa fase risolve le problematiche rimaste in sospeso, pone l'incidente e l'esperienza in una prospettiva adeguata e fornisce indicazioni per compiere passi costruttivi verso un'ulteriore risoluzione dello o del trauma. Questa è l'ultima opportunità di chiarire aspetti, rispondere a domande, trarre conclusioni e reinserire il gruppo nelle sue funzioni normali.

8. *Follow-up*

Attraverso modalità diverse: telefonate, posta elettronica, ulteriori riunioni in gruppo, schede o test di valutazione psicologica.

• **L'EMDR**

L'EMDR (Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari) è stato strutturato come metodo terapeutico nel 1989 da Francine Shapiro. Nel 1995 l'EMDR uscì dal campo sperimentale per diventare un metodo terapeutico standard.

La focalizzazione dell'EMDR è sul ricordo dell'esperienza traumatica per elaborarla a livello emotivo, cognitivo e a livello delle sensazioni corporee. E' un metodo per il trattamento del trauma che potrebbe agire a livello neurofisiologico perché si basa sulla stimolazione alternata dei 2 emisferi cerebrali, mentre il paziente si focalizza sulle componenti del ricordo dell'esperienza traumatica.

L'obiettivo dell'EMDR è di mettere in moto l'intrinseco e innato sistema di elaborazione dell'informazione per trasformare le percezioni immagazzinate in modo disfunzionale e permettere che avvenga un rapido apprendimento.

Nell'approccio dell'EMDR quando parliamo di informazioni legate ad un evento traumatico ci riferiamo in realtà a 4 aspetti dell'esperienza traumatica: l'immagini o l'aspetto peggiore dell'esperienza, gli aspetti cognitivi, le emozioni e le sensazioni fisiche. Il paziente si focalizza inizialmente su questi aspetti dell'esperienza traumatica mentre vengono somministrati i movimenti oculari o altre forme di stimolazione bilaterale. Si basa quindi su una doppia focalizzazione e questo sembra essere uno degli aspetti chiave che permettono il reprocessing.

L'immagine riguarda l'aspetto peggiore dell'evento o la parte più disturbante; attraverso l'immagine si stabilisce il collegamento tra la consapevolezza e il posto dove l'informazione è immagazzinata nella memoria; da qui si accede al ricordo vero e proprio. Le cognizioni negative sono le credenze o la valutazione di se stesso davanti all'immagine, ossia cosa si dice su se stesso quando richiama l'immagine dell'evento. La cognizione dà significato all'emozione, in genere sono pensieri irrazionali.

Le emozioni riguardano il disagio che il paziente prova focalizzandosi sull'immagine e sulla cognizione negativa, in genere sono sensazioni di tristezza, angoscia, impotenza, rabbia. L'ultimo aspetto sono le sensazioni fisiche legate all'emozione che il paziente prova.

All'inizio della seduta al paziente richiesto di focalizzarsi sull'immagine, sulla cognizione negativa di sé e sul punto in cui è localizzato il disturbo emotivo in quel momento. Dopo vari sets di stimolazione bilaterale si nota una rapida desensibilizzazione nei confronti del ricordo, oppure osserviamo che le emozioni cambiano, per es. da pura impotenza, rabbia e poi dispiacere fino a quando non sentono più il disturbo emotivo legato al richiamo dell'esperienza. Inoltre, avviene che il paziente fa delle associazioni con esperienze positive in modo completamente spontaneo e queste associazioni vanno nella direzione del rafforzamento dell'immagine positiva di sé.

A questo punto si nota, in genere, che il paziente ricolloca l'evento in una prospettiva più adattiva, riferendo di sentire che veramente il ricordo dell'esperienza traumatica fa parte del passato e viene vissuto in maniera distaccata.

È importante sottolineare che in una seduta di EMDR c'è una totale o quasi mancanza di input da parte del terapeuta, in modo da non interferire con il lavoro di elaborazione che il paziente fa una volta stimolata a livello bilaterale.

La desensibilizzazione e la ristrutturazione cognitiva che avvengono durante una seduta di EMDR, permettono l'elaborazione del ricordo dell'esperienza traumatica, e quindi si osserva che il paziente cambia la sua prospettiva nei confronti dell'evento, le valutazioni cognitive su di sé, incorporando emozioni adeguate alla situazione ed eliminando le reazioni fisiche disturbanti. Questo permette in ultima istanza di adottare comportamenti più adattivi.

L'esperienza è usata in modo costruttivo dall'individuo ed è integrata in uno schema cognitivo ed emotivo positivo.

Ipotesi sui meccanismi alla base dell'efficacia dell'EMDR

Sono state proposte molte ipotesi per spiegare il motivo per cui questa tecnica è così efficace.

Secondo Shapiro, il meccanismo innato di elaborazione in alcuni casi, soprattutto nelle situazioni di stress traumatico può essere interrotto. In questi casi, l'informazione che entra nel momento del trauma verrebbe immagazzinata nella sua forma originale, così come viene percepita e vissuta, e questo non le permetterebbe di andare verso una risoluzione adattativa e quindi elaborata.

Questo aspetto sarebbe alla base dei sintomi del PTSD, ossia ci sarebbe una continua attivazione dell'informazione immagazzinata in modo disfunzionale, data da stimoli interni o esterni; dopo poche sedute di EMDR questi sintomi vengono risolti.

Shapiro ha anche ipotizzato che i movimenti oculari nell'EMDR possono essere legati al sonno REM e all'elaborazione dell'informazione che avviene negli stati REM.

Robert Stickgold ha sottolineato la somiglianza tra il processo associativo prodotto dall'EMDR e ciò che sembra accadere nel sonno REM; egli sottolinea come il sonno REM attivi l'attività colinergica del cervello. Diversamente dai ricordi traumatici, nel sonno REM apparentemente come nell'EMDR, le reti associative sono estremamente flessibili.

Secondo Armstrong e Vaughan, infine, in questo modello, una risposta di orientamento, generata dalla componente dello stimolo esterno alternato destra/sinistra, rompe il collegamento tra lo stimolo condizionato e incondizionato e porterebbe agli effetti noti dell'EMDR.

• Conclusioni

La “psicologia dell'emergenza” riguarda vari aspetti dell'intervento in situazioni di crisi ed anche una varietà di contesti operativi. La gestione delle emergenze ha attualmente a disposizione un sapere psicologico codificato di livello internazionale. Il ricorso alla disciplina psicologica è

fondamentale per l'apporto che può dare nella gestione delle persone in stato di trauma, debriefing con i soccorritori, nella supervisione e formazione all'equipages d'intervento, nella comunicazione in contesti di crisi e nell'organizzazione dei soccorsi.

Diventa necessario, quindi, l'apertura di un nuovo campo di intervento professionale; il 13 ottobre è stato siglato a Firenze tra Ecomind, Mo.P.I., Vertici e SIPEM un importante accordo relativo alla costruzione di una rete nazionale di Psicotraumatologia e di Psicologia dell'Emergenza.

“Puoi lasciarti indietro ciò che ti insegue, ma non puoi lasciarti indietro ciò che corre dentro di te”

- **Bibliografia**

- Lo Iacono A., Troiano M., “ Psicologia dell'emergenza”
- Valerio P., Zulo C., Sardi P., “ Psicologia delle emergenze”
- Giannantonio M. “ Trauma, psicopatologia e psicoterapia ipnotica dell'Eye Movement Desensitization and Reprocessing”
- Shapiro “ Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso movimenti oculari”
- AA.VV. “Medicina delle catastrofi”

