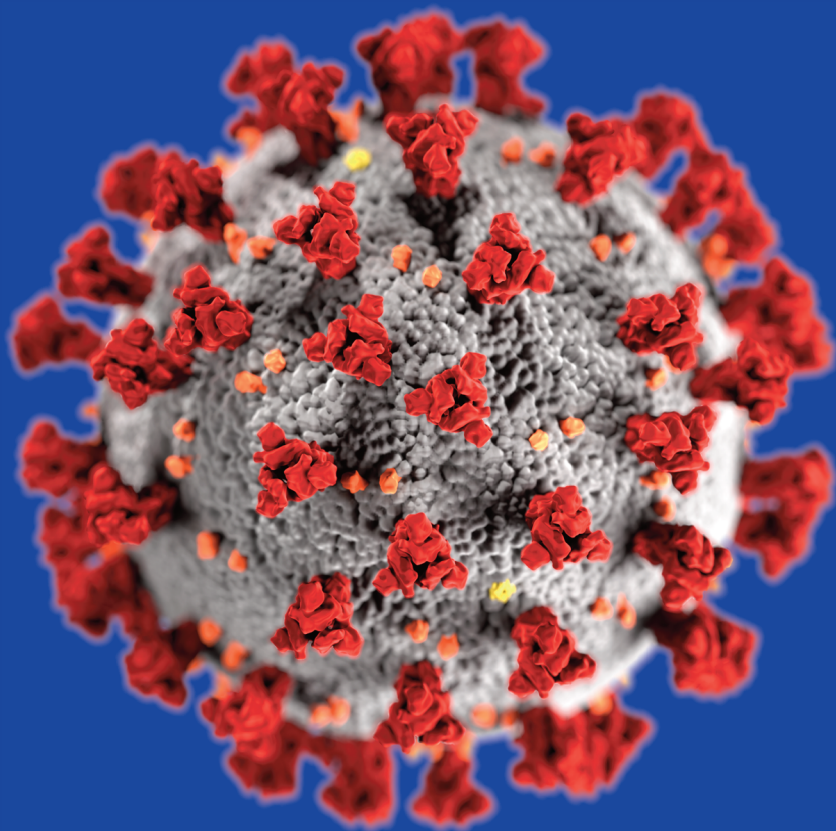


COVID-19

Il sostegno psicologico



Ministero dell'interno
Dipartimento della Pubblica Sicurezza



Direzione Centrale di Sanità



COVID-19

Il sostegno psicologico

Direzione Centrale di Sanità

A cura di:
Ida Bonagura, Silvia La Selva, Monica Paone

© Ministero dell'Interno
Dipartimento della Pubblica Sicurezza
Direzione Centrale di Sanità

Maggio 2020

Manuale ad uso delle attività istituzionali della Polizia di Stato

SOMMARIO

| | | |
|--|----|----|
| Prefazione | p. | 7 |
| 1. INTRODUZIONE | » | 9 |
| 2. LA DIMENSIONE PSICOLOGICA DELLA SITUAZIONE PANDEMICA COVID19 | » | 11 |
| 3. IL RUOLO DEL CERVELLO NELLA GENESI DELLE EMOZIONI | » | 18 |
| 3.1. La fabbrica delle emozioni | » | 19 |
| 3.2. La percezione del rischio | » | 20 |
| 3.3. Ansia e paura: due emozioni sorelle da non temere | » | 23 |
| 4. L'ELABORAZIONE PSICHICA DI UN EVENTO TRAUMAGENICO ... | » | 26 |
| 4.1. La reazione allo stress | » | 26 |
| 4.2. Lo stress traumatico | » | 29 |
| 4.3. I disturbi correlati ad eventi traumatici | » | 33 |
| 4.4. Neurofisiologia del trauma | » | 36 |
| 4.5. Lo stress post traumatico negli operatori dell'emergenza | » | 40 |
| 4.6. Fattori protettivi: resilienza e crescita post traumatica | » | 42 |
| 5. COS'È LA PSICOLOGIA DELL'EMERGENZA | » | 44 |
| 5.1. Definizione | » | 44 |
| 5.2. Cornice concettuale | » | 45 |
| 5.3. Obiettivi | » | 46 |
| 5.4. Strategie | » | 46 |
| 6. TECNICHE DI GESTIONE DELLO STRESS DA EVENTO CRITICO ... | » | 48 |
| 6.1. I protocolli di intervento in situazioni di crisi | » | 50 |
| 6.2. Protocolli di intervento in favore dei soccorritori o di chi si trovi a gestire l'emergenza in ragione del proprio lavoro | » | 51 |
| 6.3. Fattori che influenzano l'entità della risposta | » | 59 |
| 6.4. Mappatura gruppi omogenei | » | 60 |
| 6.5. Modelli di intervento e trattamento: differenziazione e integrazione | » | 61 |
| 6.6. Le strategie e le tecniche maggiormente efficaci | » | 67 |

| | | | |
|----|--|----|----|
| 7. | IL MODELLO DI INTERVENTO IN SITUAZIONI DI EMERGENZA NELLA POLIZIA DI STATO | p. | 70 |
| | 7.1. Emergenza Covid 19: obiettivi degli interventi psicologici | » | 75 |
| 8. | IL PROGETTO DI INTERVENTO | » | 78 |
| | 8.1. Obiettivi, metodologia e strumenti | » | 79 |
| | 8.2. Uno spazio di ascolto online: caratteristiche del servizio e compiti dello staff | » | 81 |
| 9. | BIBLIOGRAFIA | » | 83 |

PREFAZIONE

La pandemia è entrata nella sua fase calante e si spera che i numeri di questa catastrofe, lo smarrimento, le testimonianze drammatiche entrino a far parte di un libro di storia senza dover essere più attualizzate.

In questa vicenda ogni persona ha avuto reazioni diverse, in base al carattere che le è proprio, alle sue esperienze, alla capacità di resilienza, a quello che ha recepito da chi le è stato vicino o da chi ha rappresentato un riferimento: l'insieme di tutte le interazioni possibili costruiscono comportamenti e costituiscono gruppi di pensiero e di movimento. Tutta la vita funziona così.

Tante persone fanno un gruppo, tanti gruppi la comunità. Ogni persona ha un cuore e tanti cuori possono fare un enorme battito, se ci si sincronizza. La forza di un battito sostiene tutta la comunità.

La Polizia di Stato è una grande comunità, che vive il suo impegno straordinario grazie anche a quel grande battito che deriva dal senso di appartenenza, dalla consapevolezza della propria missione, dall'abitudine a soccorrere. Che spende le sue energie con questo immenso impegno e che da questo intenso spendersi ricava la forza per ricominciare ogni giorno la propria sfida.

La Polizia di Stato, come le altre forze di polizia, costituisce una fondamentale figura di riferimento per l'intero paese e lo è per le persone di tutte le età, dai più giovani che, sempre più numerosi, aspirano a farne parte, alle persone anziane, che sentono maggiormente il bisogno di esser protette.

Lo è ancor di più in un momento di eccezionale difficoltà come questo, che non ha eguali nella storia della nostra Repubblica. Che un giorno si racconterà obbligatoriamente a chi non l'ha vissuto. Come i nostri nonni ci hanno narrato la guerra, i bombardamenti, le carestie. Racconti intensi che facevano trapelare disperazione, drammi, tragedie ma anche solidarietà, coraggio, forza.

Siamo abituati a correre pericoli, e non sempre abbiamo combattuto con nemici visibili. Stavolta, però, il nemico è ancor più subdolo, perché può essere addirittura veicolato dalla persona più cara, perché è pressoché impossibile organizzare la propria vita in un bunker a rischio zero.

Dobbiamo pensare che, una volta messe in atto tutte le misure per isolare il nemico, qualora questo si ponga davvero sul nostro percorso, abbiamo tutte le pos-

sibilità di vincerlo, di superarlo, di diventare ancor più forti se ci colpisce, e tornar di nuovo ad aiutare gli altri, quelli che abbiamo sempre difeso, soprattutto i più deboli, i più fragili, i più soli.

È questa la nostra sfida: non ci giochiamo la vita più degli altri, perché questa è una possibilità che riguarda tutti e molti ben più di noi; ci giochiamo la faccia, e questo molto più di quelli che commentano da casa, che sentenziano, che fanno gli opinionisti senza sapere, senza conoscere, ma soprattutto senza provare.

Noi siamo qualcosa in più, noi siamo qualcosa di diverso. Noi ci siamo sempre. Noi non ci siamo per commentare. Noi ci siamo per fare.

Ma non dobbiamo mai credere di essere invulnerabili.

Fabrizio Ciprani

*Direttore Centrale di Sanità
Dipartimento della Pubblica Sicurezza*

1. INTRODUZIONE

In un mondo sempre più complesso, articolato, policentrico, fatto di nuove realtà politiche, sociali, economiche ed etnico-culturali come quello della nostra società postmoderna, il SARS CoV-2 è apparso nelle sue conseguenze prima che nella sua azione, rimasta nascosta nel suo primo propagarsi. Ad oggi questo virus non è circoscrivibile ad una dimensione spazio-temporale e assume la forma di una pandemia che ha prodotto un'emergenza complessa e per molti aspetti inedita, caratterizzata da fattori di multi problematicità sul piano sanitario, sociale, politico ed economico. Il contagio che, per sua natura, non è localizzabile poiché invisibile ai nostri occhi e sconosciuto nelle sue future potenzialità, ha avuto un effetto domino che ha attraversato e coinvolto anche realtà culturalmente lontane e geograficamente distanti. L'incapacità della scienza di produrre risposte tempestive, utili a fermare la moltitudine di lutti che si è abbattuta, come una tempesta, su città e paesi, è divenuta fonte di insicurezza incalcolabile e ha infranto i criteri di attribuzione di causalità e i procedimenti di calcolo del rischio, tipici del comune sentire. In un mondo modellato principalmente da pericoli di origine antropica, la minaccia di oggi appare, dunque, come il lato oscuro della modernità. Una modernità che, smentendo la possibilità di un progresso lineare e infinito garantito dalla conoscenza, ha indotto i più a diffidare delle sue promesse. Il tasso di letalità segue un chiaro gradiente di età¹ ma la natura democratica del virus, che ha colpito fragili e potenti, ricchi e poveri mostrando ognuno nella propria vulnerabilità, ha amplificato la percezione di un rischio globale che mette in pericolo la sopravvivenza delle organizzazioni collettive con l'arma micidiale della pandemia. Con il virus pandemico la natura si è intromessa nella comunità e l'ha colpita nel suo vincolo costitutivo, attraverso quel bisogno primario che è il contatto sociale e che si declina nella vicinanza e nell'incontro, come se la natura avesse agito insinuandosi nella collettività per distruggerla secondo lo stesso modo comunitario di esistere, sfruttando lo scambio vitale tra le persone. Accade dunque per la prima volta che, dopo diversi decenni, la libertà individuale e collettiva, valore costitutivo della nostra organizzazione

¹ Verity et al., 2020.

democratica, passi in secondo piano e sia oggettivamente vincolata ad un'etica sociale di comune protezione attraverso la pratica dell'isolamento e dell'evitamento delle relazioni con gli altri. Le plausibili ragioni di sicurezza hanno vietato l'ingresso nei nosocomi ai familiari dei malati, che, nei casi più infausti, sono morti senza il conforto di un'ultima carezza. Le misure di prevenzione del contagio hanno abolito anche, come è ovvio, i rituali di compartecipazione al dolore e sublimazione del lutto attraverso il divieto alle riunioni per il rito funebre e le celebrazioni religiose. Il ruolo fondante del lavoro e dell'educazione scolastica hanno ceduto il passo al bisogno primario di salvezza dal contagio. La progettualità di moltissime aziende e famiglie sembra disgregarsi sotto il colpo di scure conseguente al *lock down* che ha impedito l'esercizio di innumerevoli attività professionali ritenute potenziali veicoli di contagio. Il cambiamento drastico degli equilibri legati alle relazioni nella sfera intima e sociale, professionale e pubblica, ha prodotto una sospensione della normalità che ha generato reazioni psicologiche sia individuali che collettive. La sensazione comune è che il distanziamento sociale abbia reso ogni uomo simile ad un'isola poiché, attraverso l'ausilio degli strumenti tecnologici si può vedere e sentire chiunque, anche se non si incontra direttamente e non si condivide lo stesso luogo fisico, ma nessun dispositivo potrà riprodurre la sensazione di una stretta di mano o di un abbraccio. Un impatto tra i più rilevanti riguarda il radicale cambiamento dello stile di vita quotidiano nella dimensione del fare che, nella nostra cultura sociale occidentale, è assunto a modello valoriale comune poiché l'efficienza e il riconoscimento sono in relazione alla quantità di impegni che si accavallano nella misura di un tempo coartato, mentre solo i più anziani, i più poveri e gli ammalati hanno in dote un tempo lungo e lento da passare. In una situazione così complessa nella quale è mutato e mutevole lo scenario su cui si fondano le nostre sicurezze, le regole del convivere sociale e le aspettative sull'immediato futuro, come cambia il nostro modo di pensare? Quali sono le emozioni più comuni, quali quelle funzionali al cambiamento e quali invece possono risultare disadattive e sfociare nel patologico e danneggiarci? Capire come, in quanto individui e in quanto parte di una collettività, agiamo di fronte a questa nuova condizione può aiutarci a riflettere e a trovare nuovi punti di forza per far fronte allo stress e al disagio di questa situazione. Si tratta senza dubbio di una emergenza che va affrontata con un approccio fondato sulla conoscenza di noi stessi e delle strategie che, caso per caso, si possono adottare per far fronte agli innumerevoli *stressors* mentali che caratterizzano la dimensione psicologica del SARS CoV-2.

2. LA DIMENSIONE PSICOLOGICA DELLA SITUAZIONE PANDEMICA COVID-19



La situazione di emergenza sanitaria che attualmente stiamo vivendo è caratterizzata da un accavallarsi di eventi diversi i cui riflessi immediati, che toccano gli stili di vita e inficiano la funzionalità di un intero sistema di convivenza, possono colpire le comunità e i singoli nell'immediato e per molti anni, attraverso una vasta eco che comporta, oltre che danni materiali ed economici, una serie di conseguenze nella sfera delle manifestazioni di sofferenza psicofisica. Tuttavia, è opportuno sottolineare che la maggior parte delle persone non dovrebbero ammalarsi di disturbi mentali che emergono dalla pandemia e dal suo impatto². Generalmente gli individui sono in grado di affrontare e superare situazioni problematiche, anche di elevato impatto emotivo e traumagenico, attraverso le proprie capacità adattive innate, le risorse cognitive legate al proprio patrimonio di conoscenze, ai processi di *insight* e al supporto sociale che concorrono nel favorire un recupero del benessere psicofisico. Alcuni fattori patogenetici, come episodi depressivi, disturbi d'ansia, esposizione a precedenti stress traumatici, disabilità psicofisica, situazioni di isolamento sociale o difficoltà relazionali, possono inficiare la funzionalità psichica individuale e indebolire o compromettere le capacità di *coping* e il grado di resilienza di un individuo, fino alla comparsa di disturbi post traumatici dalla sintomatologia più o meno severa. D'altra parte, in assenza di psicopatologie in atto, gli studi riferiscono come la fenomenologia delle risposte emotive rispetto ad una situazione pericolosa o trau-

² "The Psychology of Pandemics" Taylor, 2019.

magenica possa variare ampiamente poiché è in una relazione poliedrica con una serie di elementi che non attengono solo al tipo di *stressors*, ma possono essere riferibili a dimensioni più specifiche relative alla fase evolutiva, alle caratteristiche di personalità di ogni individuo e alla sfera della soggettività collettiva del sistema sociale e culturale di appartenenza. Nel caso dell'epidemia di COVID-19 esistono molteplici fattori di stress specifici che impattano sulla popolazione. Tra i primi possiamo annoverare il rischio di essere contagiati e di contagiare gli altri, specialmente a causa del fatto che le modalità di trasmissione del coronavirus non sono completamente conosciute e che i sintomi di esordio sono, come la febbre, la tosse e il raffreddore generici e aspecifici. Altro elemento di ansia è relativo al rischio di un deterioramento della salute mentale e fisica degli individui vulnerabili nel caso in cui i *caregivers* siano messi in quarantena e non siano disponibili altre forme di presa in carico e supporto. Altri fattori di stress riguardano alcune misure di protezione come la chiusura delle scuole e la preoccupazione tra i *caregivers* per il fatto che i figli siano a casa da soli senza qualcuno che se ne prenda cura. Infine, l'incertezza sulla fine della pandemia e sui rischi economici ad essa connessi.

Sicuramente il prolungarsi di paura, preoccupazione, incertezze e fattori di stress che la popolazione sta sperimentando potrà portare a conseguenze sul lungo termine soprattutto per le comunità, le famiglie e gli individui più vulnerabili e i rischi maggiori potrebbero riguardare il deterioramento delle reti e delle dinamiche sociali; la stigmatizzazione e l'isolamento protratto dei pazienti che sopravvivono alla malattia; le reazioni di rabbia e aggressività di accresciuta intensità nei confronti dei rappresentanti del governo; gli episodi di rabbia e aggressività nei confronti di bambini, coniugi, partner e membri della famiglia con la possibilità di un aumento dei casi di violenza domestica e di genere; manifestazioni di diffidenza e scarsa fiducia verso le informazioni fornite dal governo e dalle altre autorità competenti; lo sviluppo di teorie del complotto e di atteggiamenti negazionistici. In particolare le persone con problemi di salute mentale o fisica potrebbero andare incontro a ricadute o ad altre conseguenze negative a causa dell'evitamento delle strutture sanitarie o delle difficoltà di accesso alle cure e ai servizi di assistenza. Nelle popolazioni analizzate dopo giorni di quarantena, in seguito ad altre pandemie, gli studi riportano in generale una maggiore evidenza o l'insorgenza di sintomi di disagio psicologico come disturbi della sfera emotiva, depressione, disturbi dell'umore, irritabilità, insonnia e segnali di stress post-trau-

matico³. La paura è la risposta più comune tra le persone colpite (direttamente o indirettamente) e può essere orientata a diverse fonti di pericolo diretto o indiretto. Alcuni manifestano paura più o meno intensa rispetto al rischio di contagio, di malattia o di morte; altri mettono in atto comportamenti di evitamento fobico e, anche in caso di assoluta necessità, non si rivolgono alle strutture sanitarie per timore di essere infettati durante le cure; una parte della comunità ha paura di perdere i propri mezzi di sussistenza, di non poter lavorare durante l'isolamento e di perdere il lavoro; altri di essere associati alla malattia e come conseguenza essere isolati socialmente e/o essere messi in quarantena e di essere separati dai propri cari e dai caregivers o di essere vittime di episodi di razzismo se colpiti da malattia. Inoltre, soprattutto le persone anziane, possono manifestare sentimenti di impotenza poiché, a causa della propria malattia non sarà possibile assicurare protezione ai coniugi oppure di paura della solitudine e dell'isolamento o timore di non avere sufficienti risorse di adattamento alle nuove regole di convivenza sociale. In altri casi possono manifestarsi reazioni di evitamento o rifiuto di prendersi cura di anziani o minori o persone con disabilità per paura dell'infezione, soprattutto nel caso in cui i caregivers siano stati messi in quarantena.

Tra i soggetti più colpiti dallo stress da pandemia ci sono innanzitutto i medici e gli staff ospedalieri, gli operatori sanitari, in particolare e in misura più rilevante quelli che lavorano in contesti professionali più legati alla cura della salute fisica dei malati da contagio, che sperimentano una maggiore frequenza di esposizione al virus e una maggiore fatica e stress dovuti all'aggravato carico di lavoro, all'esposizione più alta a fattori di rischio da contagio, allo stress fisico causato dai dispositivi di protezione e, infine, allo stress da *burn out*⁴ legato alla mortalità dovuta all'insuccesso delle terapie farmacologiche e strumentali. Gli operatori che si trovano in prima linea (tra cui infermieri, medici, autisti d'ambulanza, diagnostici, tecnici di laboratorio, ecc.) vanno incontro ad ulteriori fattori di stress durante l'epidemia⁵ quali: la stig-

³ Secondo uno studio del Dipartimento di psicologia medica dell'Università Britannica King's College di Londra, pubblicato a febbraio sulla rivista *The Lancet*

⁴ La sindrome da *burnout*, nota anche con il solo termine *burnout*, è l'esito patologico dello stress che interessa i lavoratori, in particolare operatori e professionisti a contatto con il pubblico. In psicologia del lavoro, grazie alle ricerche di Maslach e Leiter, il *burnout* viene definito come un deterioramento della qualità del lavoro svolto e delle emozioni associate al lavoro a causa delle difficoltà riscontrate in campo professionale.

⁵ IASC Reference Group on MHPSS in Emergency Settings (Pubblicata il 17 Marzo 2020).

matizzazione se lavorano a contatto con pazienti infetti; la stretta osservanza di misure di bio-sicurezza molto rigide che precludono la spontaneità e l'autonomia; lo stato di allerta e vigilanza costante; turni estremamente lunghi, numero di pazienti elevato e necessità di aggiornarsi costantemente sugli sviluppi metodologici poiché giorno per giorno si scoprono informazioni nuove sul virus; possibilità ridotta di avere un supporto sociale a causa degli orari di lavoro estremamente intensi e dello stigma che vi è nella comunità nei confronti di chi lavora in prima linea; mancanza di informazioni circa le conseguenze dell'esposizione a lungo termine a soggetti positivi al SARS CoV-2. Inoltre a queste fonti di stress si aggiunge la paura di portare a casa il coronavirus, non rispettando le procedure di svestizione, magari per la stanchezza e infettare i propri familiari.

Il rischio, per questa categoria di lavoratori, riguarda una marcata incidenza di manifestare sintomi di depressione, ansia e disturbi del sonno⁶, soprattutto dopo la fine della pandemia e dei sistemi di contenimento a seguito della mitigazione dell'impatto della malattia, così come indicato dagli studi basati sulle precedenti esperienze da SARS / MERS, (Gardner & Moallem, 2015; Lee et al, 2018). Il secondo gruppo a rischio più elevato comprende individui che, a seguito della crisi, sono stati esposti a eventi potenzialmente traumatici come la perdita di una persona cara, minacce alla propria salute o malattia che ha prodotto limitazioni severe anche transitorie alla propria autonomia e indipendenza. Queste persone possono esprimere sintomi di disturbo post traumatico da stress, depressione o disturbo del dolore complicato, in linea con la letteratura sulle sequele psicologiche e psichiatriche di emergenze o disastri globali (Goldmann e Galea, 2014) seppure le manifestazioni sintomatologiche possono diventare evidenti solo dopo diversi mesi, dopo che l'incidenza di COVID-19 ha raggiunto il picco.

Un terzo gruppo di persone ad aumentato rischio di problemi psicologici è costituito da persone con psicopatologia preesistente, in particolare quelli con disturbi psichiatrici gravi o complessi. La sintomatologia esistente può essere acuitizzata dall'isolamento estremo a causa dell'esposizione al virus o al relativo allontanamento sociale, che può aggravare l'isolamento sociale e la funzionalità relazionale esistente in questo gruppo già vulnerabile (Horan et al., 2007), anche se altri studi dimostrano che questo rischio è in qualche modo

⁶ Li et al, 2020, Al-Rabiaah et al, 2020.

specifico per i disturbi dell'umore e dell'ansia pre-disastro, ma non per i disturbi psicotici, che prevedono ulteriori disagi psicologici. Oltre le difficoltà pratiche riguardanti la prosecuzione dei trattamenti riabilitativi, è stato messo in evidenza⁷ la presenza di alcuni focolai sviluppatasi presso strutture psichiatriche cinesi. Secondo gli autori i *deficit* cognitivi, la scarsa consapevolezza del rischio, e la mancata applicazione di strategie di autopreservazione renderebbero questi pazienti maggiormente a rischio di contrarre e diffondere l'infezione. D'altra parte non si sa molto sull'impatto e sulle conseguenze psicologiche a breve e lungo termine che i periodi di quarantena possono avere sui bambini e sugli adolescenti che in queste settimane sono costretti a restare in casa, lontani dalla scuola e dai gruppi di pari. Sarà utile comprendere come la routine della quarantena impatti sul comportamento di bambini e adolescenti, che, relegati alla sedentarietà tra le mura domestiche, potrebbero incorrere nella dipendenza dall'uso di dispositivi digitali con un effetto peggiorativo del ritmo circadiano e del sonno (Wang et al., 2020). Molte evidenze scientifiche portano a ipotizzare il rafforzamento, sotto quarantena, di diversi *stressor*, tra i quali la durata della quarantena, la paura di essersi contagiati (Zhou, 2020) e anche quella di poter contagiare gli altri, in particolare i familiari, la morte di parenti (Wang et al., 2020) la noia, la frustrazione (Brooks et al, 2020; Xiao, 2020) e l'essere privi di beni necessari, non solo alimentari o per la salute, ma anche immateriali, come quelli legati all'informazione sulla durata della quarantena, l'aumento delle avversità sociali come conseguenza della pandemia e l'instabilità geopolitica per la società civile associata alla crisi economica. La mancanza di chiarezza in particolare sui diversi livelli di rischio sembra favorire aspettative negative. Esistono poi degli *stressor* che aumentano di molto il rischio di mostrare difficoltà psicologiche una volta finita la quarantena. In particolare, risulta che, chi ha livelli di reddito più bassi, mostra una necessità di supporto maggiore, sia economico che psicologico, durante e dopo i periodi di quarantena.

Tra le evidenze scientifiche, non vanno inoltre sottovalutati i problemi legati ai disturbi alimentari. Le persone con disturbi dell'alimentazione hanno un alto rischio di ricaduta o peggioramento della gravità del loro disturbo, sia per la paura di infezione e l'effetto della quarantena, sia per la carenza di adeguati trattamenti psicologici e psichiatrici che inevitabilmente sono associati

⁷ The Lancet, Yao e collaboratori (2020).

ad una malattia pandemica. I timori di infezione tendono ad aumentare la sensazione di non avere il controllo che, nelle persone con disturbi dell'alimentazione, è spesso gestita con un aumento della restrizione alimentare o altri comportamenti estremi di controllo del peso o con episodi di abbuffata. D'altra parte, la quarantena, creando la separazione e la limitazione del movimento, può contribuire al mantenimento della psicopatologia del disturbo dell'alimentazione attraverso diversi meccanismi: la limitata possibilità di camminare ed esercitarsi può aumentare la paura dell'aumento di peso che viene, di solito, affrontata accentuando la restrizione dietetica; l'esposizione a elevate scorte alimentari a casa può essere un potente fattore scatenante gli episodi di abbuffata, in quelli con questa espressione comportamentale del disturbo dell'alimentazione; la forzata e prolungata convivenza con i familiari può innescare o accentuare le difficoltà interpersonali che possono contribuire al mantenimento della psicopatologia del disturbo dell'alimentazione. Nelle persone con disturbi dell'alimentazione e altre comorbidità psichiatriche (ad esempio, depressione clinica, disturbi d'ansia, disturbo ossessivo compulsivo, disturbo da stress post-traumatico e disturbo da uso di sostanze) la ruminazione, la preoccupazione e l'ansia innescate dalla pandemia di COVID-19 possono accentuare la gravità della condizione di comorbidità, che spesso interagisce negativamente con la psicopatologia del disturbo dell'alimentazione. Infine, le persone sottopeso con un disturbo dell'alimentazione sono a maggior rischio di complicanze mediche associate alla malnutrizione e, sebbene non disponiamo di dati, potrebbero essere esposte ad un rischio fisico più elevato. In ogni caso la rapida diffusione di COVID-19 rappresenta di per sé una minaccia che ha ripercussioni sulle capacità, la reattività e la resilienza di tutti e in particolare di medici, operatori sanitari e del soccorso pubblico impegnati a garantire le cure e la sicurezza di tutti. (Legido - Quigley et al., 2020). D'altra parte, l'attuazione delle politiche di salute pubblica ha prodotto una alterazione significativa nella vita di tutti i giorni, con conseguenze legate all'equilibrio e al benessere psicologico nel breve medio e lungo termine (Brooks et al., 2020). Gli studi più recenti non offrono risultati generalizzabili alla situazione attuale. Nella storia recente non ci sono altre esperienze simili per durata ed estensione del fenomeno. La pandemia COVID-19 è una sfida nuova anche per i professionisti della salute mentale. Ci troviamo in una fase di studio e di osservazione degli effetti psicologici della quarantena a medio-lungo termine e delle sue conseguenze sul piano sociale oltre che individuale. In questo momento la comunità scientifica si sta occupando di formulare ipo-

tesi di ricerca circa le relazioni tra questa pandemia e l'economia psichica degli individui e dei gruppi, dalle reazioni delle famiglie con membri COVID positivi al peso delle caratteristiche del lutto da Coronavirus, alle reazioni psicologiche degli operatori sanitari e delle forze di polizia impiegati in prima linea nella gestione della pandemia. Nel campo delle scienze della salute, la comprensione delle conseguenze sulla salute mentale ai tempi del COVID-19 sta diventando un aspetto sempre più urgente, che va contestualizzato all'attualità e che potrà essere utile per ritornare a un adattamento psicosociale uguale a quello precedente o, come alcuni sperano, migliore.



3. IL RUOLO DEL CERVELLO NELLA GENESI DELLE EMOZIONI

Gli aspetti più tangibili di ogni situazione di emergenza sono legati ai danni materiali che, nell'immediato, configurano la dimensione di quanto accaduto e attivano le strategie di soccorso. Eppure in ogni situazione, come in questa, gli elementi di reale concretezza si legano ad elementi simbolici e attraversano l'esperienza di ognuno dei sopravvissuti, dei testimoni e dei soccorritori generando piccole ferite o lacerazioni profonde che gli interventi di medicalizzazione non possono curare. In questo clima di complessità e di incertezza rispetto alla pandemia e alle sue conseguenze sul piano sanitario e sociale, politico ed economico, anche a fronte di una comunicazione frenetica di notizie vere e false, si assiste al prevalere di una risposta collettiva che si sostanzia in uno stato di paura costante ma contenuta, una sorta di "angoscia da disastro" derivante dai mutamenti della natura dei rischi, una paura vaga che si configura come una sorta di ansia che non ha un oggetto determinato ed è vissuta come attesa dolorosa per una minaccia tanto più temibile quanto non chiaramente identificabile.

Nella maggior parte degli individui si è propagato, così, un generale senso di allarme, un profondo e continuo disagio dove diffusa e costante è l'insicurezza e, reali e immaginarie, si sono intensificate le paure. Ma cos'è la paura e che valore ha per gli individui? Che differenza c'è tra paura, ansia e angoscia e che relazione hanno con lo stress e con le patologie posttraumatiche? Che ruolo ha il nostro cervello e la funzione della percezione e del pensiero nella regolazione delle emozioni? Che cos'è un'emozione e dove si genera? Ogni emozione è una sensazione propriocettiva che si genera attraverso modificazioni espressivo-comportamentali e fisiologiche ed è frutto di una esperienza complessa, multidimensionale e processuale, che organizza e media il rapporto con l'ambiente fisico e sociale, permettendoci di valutare gli stimoli esterni e interni sulla base della rilevanza che gli attribuiamo. Le emozioni regolano lo stato di attivazione del nostro organismo, generando la risposta fisiologica più adatta alla situazione con la quale dobbiamo misurarci, e orientano le tendenze ad agire. Secondo una prospettiva psicologica, lo stato emotivo è il risultato dell'azione combinata di differenti processi cognitivi come la percezione, l'attenzione, la memoria, l'immaginazione, il pensiero, ecc. Le

emozioni sono frutto del nostro personale patrimonio culturale poiché l'esperienza pregressa, attraverso la memoria e l'apprendimento e il contesto culturale e sociale di riferimento, attraverso regole, divieti e insegnamenti, orienta i sistemi di percezione e pensiero che supportano o inibiscono la genesi delle emozioni. Anche gli aspetti più creativi delle nostre funzioni di pensiero e quelli che nella dimensione comune vengono descritti come aspetti della personalità hanno un ruolo importante nella genesi neurofisiologica delle emozioni. La valutazione della realtà è il risultato di un complesso processo nel quale fattori psichici, sociali e neurofisiologici indirizzano e sostengono i comportamenti e generano e danno significato alle emozioni. Così uno stesso accadimento può produrre uguali ferite nel corpo ma diverse ferite nella sfera psichica di ogni individuo e le lacerazioni psichiche potranno produrre cambiamenti nel suo stato di salute psicofisica. A questo punto è d'obbligo risolvere una questione antica sulla natura delle emozioni: la paura, la rabbia la gioia sono processi psichici o fisici? Entrambe poiché la differenziazione tra psichico e fisico è puramente concettuale e non ha riscontro con la realtà. L'esperienza emotiva si associa a cambiamenti nel nostro organismo che interessano diversi piani: quello della nostra esperienza soggettiva, cioè quello che sentiamo, oppure il livello fisiologico, attraverso le modificazioni del sistema nervoso centrale che accompagnano l'esperienza soggettiva e, sul piano fenomenologico, il sistema espressivo-comportamentale, cioè l'insieme delle espressioni facciali e delle risposte comportamentali che accompagnano l'esperienza soggettiva. Ancora, il sapere comune associa al cuore la sede delle nostre emozioni, ma è davvero così?

3.1. La fabbrica delle emozioni

Al contrario di quanto vorrebbero le credenze comuni la sede delle nostre emozioni è nel nostro cervello e le regioni cerebrali principalmente coinvolte sono parte di un sistema complesso, il sistema limbico, filogeneticamente antico, che non deve essere considerato un'entità anatomica, quanto piuttosto un sistema neurofisiologico che, oltre a svolgere un ruolo chiave nelle reazioni comportamentali, nell'apprendimento, nella memoria e nell'olfatto, svolge diverse funzioni tra cui quelle di regolare i processi emotivi, ragione per cui è anche indicato come cervello emotivo. Il sistema limbico è situato sotto la corteccia cerebrale ed è costituito da diverse strutture tra cui l'ippocampo, l'amigdala e l'ipotalamo, maggiormente implicate nei processi emotivi.

L'amigdala rappresenta l'epicentro degli eventi coinvolti nella modulazione degli stati d'ansia, ed è implicata nella risposta emozionale, cognitiva, autonoma ed endocrina allo stress. Questa piccola ghiandola svolge un ruolo centrale nell'elaborazione delle emozioni, in particolare della paura, ed è implicata in prima linea nella formazione di ricordi associati a eventi connotati dal punto di vista emotivo: elabora le informazioni provenienti dagli organi di senso e innesca immediatamente risposte dell'organismo di fronte a stimoli che sono connotati emotivamente. Ciò significa che anche uno stimolo di per sé innocuo, se è associato nella nostra esperienza ad un vissuto di pericolo, può essere percepito come pericoloso e scatenare una serie di reazioni fisiologiche di paura. L'amigdala infatti comunica con l'ipotalamo il quale, innescando il Sistema Nervoso Autonomo, è responsabile del mantenimento o della perdita dello stato di omeostasi (equilibrio) del nostro organismo, attraverso la regolazione della temperatura corporea, della frequenza cardiaca, della pressione arteriosa, del senso di fame e sete e del ritmo sonno-veglia. Svolge anche una funzione endocrina di secrezione di ormoni importanti per il nostro organismo ed è per questo che l'ansia si manifesta anche attraverso un corollario di alterazioni delle funzioni vitali.

Nel momento in cui si sperimenta il pericolo, questa piccola ghiandola riesce a mettere il cervello in modalità auto protettiva, riducendo le risorse alla memoria e dirottandole in altre zone al fine di mantenere i sensi in uno stato di allerta, specificamente mirato alla sopravvivenza.

Ma qual è il processo che regola la percezione dei pericoli?

3.2. La percezione del rischio

Anche la percezione è una funzione cognitiva molto complessa. Per il senso comune gli individui percepiscono quello che realmente è. In effetti bisogna fare delle distinzioni tra quello che noi riceviamo con i nostri registri sensoriali (vista, tatto, olfatto, gusto, udito) e quello che noi invece interpretiamo del segnale che percepiamo. Il colore, ad esempio, non esiste; il mondo intorno a noi non è colorato, perché quello che interpretiamo come colore altro non è che "pacchetti di energia", fotoni, che viaggiano con lunghezze d'onda differenti. In base alla lunghezza d'onda, il nostro cervello riceve segnali diversi e li deve interpretare. Sono proprio le nostre reazioni emotive a trasformare in stress stimoli esterni che non siamo programmati biologicamente e

evolutive per considerarli minacciosi e stressanti, ma che finiamo per vivere proprio in quel modo in ragione di elaborazioni cognitive complesse, frutto dell'apprendimento esperienziale, culturale e sociale. Nel caso di questa pandemia, per esempio, non avremmo considerato pericoloso questo virus senza una informazione a riguardo sulle sue potenzialità o senza una esperienza di contagio diretta o indiretta. Ma l'influenza dell'apprendimento e il condizionamento culturale possono agire anche come inibitori nella regolazione delle emozioni e nella percezione di pericoli che siamo stati programmati a riconoscere. A tal proposito emblematica è la *Lunch atop a Skyscraper*, "pranzo in cima a un grattacielo", la famosa fotografia che Charles C. Ebbets scattò nel 1932 durante la costruzione del GE Building del Rockefeller Center che mostra undici muratori seduti su una trave di acciaio a centinaia di metri sopra New York City che stanno mangiando, come se nulla fosse, mostrando tanta tranquillità in una situazione visibilmente pericolosa: con ogni probabilità essi non interpretavano come pericolosa la situazione in cui si trovavano e di conseguenza avevano una percezione minima del rischio a cui erano esposti e nessuna paura. Eppure i neonati di poche settimane possiedono già la percezione del proprio corpo nello spazio⁸ e provano una paura del vuoto funzionale alla sopravvivenza. Pertanto l'apprendimento, attraverso l'informazione sull'interpretazione sociale dei pericoli, media i livelli di accettabilità del rischio agendo sui sentimenti di rischiosità. La ricerca sul tema⁹ ha sottolineato che in molti casi esiste una discrepanza tra la percezione soggettiva del rischio e la valutazione oggettiva (Slovic, 2001). In poche parole, capita che le persone a volte temano delle attività che non sono in realtà pericolose e non temano, invece, delle attività che potrebbero avere conseguenze molto drammatiche. Questi processi, chiamati euristiche¹⁰, hanno un ruolo fonda-

⁸ Lo studio è firmato da Maria Concetta Morrone, ricercatrice dell'Università di Pisa e della Fondazione Stella Maris di Calambrone ed è stato pubblicato sulla rivista PLOS Biology. La paura del vuoto è, come detto in precedenza, una reazione perfettamente funzionale, tanto da essere osservata nei neonati come reazione di adattamento.

Eleonor Gibson ha infatti messo a punto un esperimento per verificarne la presenza in nei primi mesi, onde valutare una fondamentale capacità di sopravvivenza del bambino.

⁹ Slovic 2001.

¹⁰ Nel 2002 Kahneman e Frederick teorizzarono che l'euristica cognitiva funzionasse per mezzo di un sistema chiamato sostituzione dell'attributo, che avviene senza consapevolezza. In base a questa teoria, quando qualcuno esprime un giudizio complesso da un punto di vista inferenziale, risulta essere sostituito da un'euristica che è un concetto affine a quello precedente, ma formulato più semplicemente. Le euristiche sono, dunque, escamotage mentali che portano a conclusioni veloci con il minimo sforzo cognitivo.

mentale nel modo in cui le persone valutano il rischio di un'attività. In particolare, si tratta di strategie di pensiero che agiscono generalmente a livello inconsapevole. Questo meccanismo produce un sentimento di rischiosità che media l'accettabilità del rischio attraverso l'interpretazione sociale dei pericoli. Un importante risultato ottenuto dagli studiosi della percezione del rischio è stato quello di mettere in evidenza che le persone percepiscono la relazione tra rischi e benefici di un'attività in modo differente da come questa relazione si realizza nella realtà. Infatti, da un punto di vista oggettivo, molte attività che coinvolgono un possibile rischio offrono anche dei vantaggi (si pensi ai raggi X nella pratica medica); vale a dire che nell'ambiente rischi e benefici sono correlati in modo positivo. Tuttavia, nella mente delle persone questi due fattori correlano in modo negativo. Se una persona percepisce un'attività come rischiosa allora assocerà ad essa un basso beneficio, mentre se percepisce un'attività come sicura allora assocerà ad essa un beneficio elevato. Per esempio, se una persona non prende l'aereo per paura di un incidente allora potrebbe giudicare questa attività come molto rischiosa e poco utile; diversamente coloro che trovano utile l'aereo perché permette di andare in tutto il mondo in modo relativamente veloce ne sottovaluteranno il rischio. Questo modo di ragionare dipende in modo determinante dal modo in cui funziona il sistema cognitivo umano ed è in relazione in particolare all'utilizzo del cosiddetto sistema di pensiero intuitivo che agisce principalmente a livello inconsapevole e che influenza le nostre valutazioni coscienti sulla base delle reazioni emotive che associamo a diversi stimoli. Quindi, di fatto, quello che vediamo¹¹ è frutto di un'interpretazione inconscia. Tant'è vero che uno dei più grandi esponenti delle neuroscienze cognitive contemporanee, Michael Gazzaniga, scrisse che la mente è sempre l'ultima a sapere le cose, intendendo per mente, in un'accezione molto ampia, la mente consapevole, e intendendo invece il cervello per quello che sa tutto prima, che decodifica informazioni e restituisce alla consapevolezza qualcosa che è già prodotto di un filtraggio. Le persone possono, anche inconsapevolmente, provare un senso di ansia e non sapere perché. A proposito dell'ansia, nel linguaggio comune siamo abituati a utilizzare questo termine in maniera sovrapponibile alla paura, ma è davvero così?

¹¹ Finucane, Alhakami, Slovic e Johnson, 2000.



3.3. Ansia e paura: due emozioni sorelle da non temere

L'ansia e la paura sono due emozioni molto simili, per questo sono codificate a livello cerebrale dalle stesse aree e le informazioni da esse derivanti sono trasmesse attraverso gli stessi fascicoli. La paura è un'emozione primaria, ossia innata, governata prevalentemente dall'istinto, ed è fondamentale per la sopravvivenza dell'individuo ad una situazione di pericolo che è riconosciuto come tale anche senza la mediazione del pensiero, poiché esiste una programmazione neurologica a rispondere ad alcuni stimoli, come il vuoto, per esempio. Si esprime fisicamente attraverso una serie di modificazioni dell'attività neurofisiologica ogni qualvolta si percepisca un possibile rischio per la propria incolumità ed è fondamentale proprio perché segnala un imminente pericolo che minaccia la nostra integrità psicofisica. Quindi, quando si percepisce un pericolo esterno, gli organi di senso registrano uno stato di allerta che si traduce in un input nervoso volto ad attivare un'area della corteccia, da cui scaturiscono una serie di reazioni fisiologiche e comportamentali. La percezione della paura e le conseguenti risposte comportamentali sono cruciali per l'adattamento all'ambiente e per la sopravvivenza delle specie. L'attivazione del sistema nervoso alla percezione del pericolo determina un processo di adattamento e diverse possibili reazioni fisiologiche allo stress (*fight, flight, freeze*¹²). La paura ci protegge e ci salva la vita ed ha una funzione positiva, poiché attiva uno stato di emergenza ed allarme, preparando la mente e il corpo a reagire ad una situazione di pericolo. Inoltre il nostro sistema di sopravvivenza è programmato per evitare le conseguenze di ogni

¹² Vedi cap .4.

possibile fonte di pericolo sconosciuto attraverso un sistema di riconoscimento per associazione o somiglianza. Pertanto anche stimoli nuovi che somigliano a quello pericoloso potranno innescare reazioni di paura, così da consentire una difesa efficace anche in presenza di nuovi potenziali pericoli. Al contrario, stimoli nuovi marcatamente diversi da quelli pericolosi e non associati a esperienze di paura non indurranno risposte di difesa che risulterebbero inappropriate e controproducenti. Infine, anche in tutte le specie animali, l'espressione specie-specifica della paura (per gli uomini riferibile al contesto culturale di appartenenza) svolge un importante ruolo comunicativo sociale per la salvaguardia della specie poiché funge non solo da richiesta di aiuto ma anche da veicolo di notizie circa la presenza di un pericolo. La paura, quindi, non è mai inutile ed è legata alla percezione di un pericolo attuale. Mentre la paura è una emozione primaria che si attiva come reazione a una minaccia specifica o ad un oggetto realmente pericoloso, l'ansia è, invece, una emozione soggettiva, che si manifesta quando si ha una percezione di pericolo rispetto a qualcosa che non è oggettivamente pericoloso ma che lo è nella propria interpretazione e attribuzione di valore. L'ansia, può essere anche fisiologica, se si manifesta in seguito al verificarsi di situazioni associate a eventi negativi e consente la messa in atto di comportamenti adattativi, o patologica se sbilanciata rispetto allo stimolo esterno considerato pericoloso.

L'ansia, in particolare, è funzione di un complesso sistema di interpretazione degli stimoli del nostro cervello che ha sviluppato alcuni meccanismi in grado di dedurre le conseguenze delle azioni o degli eventi sulla base delle esperienze pregresse. Ad esempio, se in passato un evento, di per sé neutro, è stato associato a un pericolo reale o simbolico, la sua ricomparsa determinerà immediatamente risposte di tipo ansioso. Se, per esempio, una persona si è trovata, da piccola, a sperimentare situazioni nelle quali durante i pasti i genitori o altri parenti non le garantivano il necessario accudimento imboccandola, la sensazione di abbandono sperimentata potrebbe essere stata associata a tutte le situazioni di convivialità nelle quali questa donna potrebbe sentirsi ansiosa senza capire perché. Questo è un esempio che descrive come una situazione neutra o generalmente piacevole può essere sperimentata come minacciosa e provocare inconsapevolmente un sentimento di ansia. La processazione di uno stimolo da parte della corteccia delle vie efferenti del circuito ansia-paura innescano una risposta autonoma e, attraverso il sistema simpatico e parasimpatico, portano al manifestarsi di sintomi somatici dell'ansia che tutti conosciamo quali l'aumento della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca,

la sudorazione, la piloerezione, la dilatazione pupillare, la minzione frequente e sintomi gastrointestinali. Il talamo, *in primis*, svolge una funzione di collegamento primario tra i sistemi sensoriali (vista, olfatto, udito, tatto) e le aree sensoriali primarie della corteccia cerebrale, che proiettano lo stimolo alle aree adiacenti associative, per l'elaborazione integrata dello stimolo. Sono state identificate diverse zone implicate nella modulazione dell'ansia, la maggior parte delle informazioni relative agli stimoli ansiogeni sono elaborate nella corteccia sensoriale e nelle aree associative, per essere trasferite alle strutture sottocorticali coinvolte nelle risposte affettive, comportamentali e somatiche della paura. L'amigdala, che riceve questo tipo di informazioni sensoriali, è una sorta di archivio della memoria emotiva del cervello, ovvero funge da raccolta di tutti i momenti di trionfo e di sconfitta, di speranza, di paura, di indignazione e frustrazione in una costellazione episodica che, al di là della nostra consapevolezza, orienta e sostiene le manifestazioni funzionali e patologiche dell'ansia. Se l'ansia è il frutto di un sistema di riconoscimento e memorizzazione degli eventi sulla base delle esperienze pregresse, è quanto mai importante che la ricerca indirizzi la sua attenzione su quelle che sono le principali risposte allo stress, sulla percezione del rischio, sulla reattività emotiva individuale e sullo studio dei comportamenti sociali connessi all'attuale pandemia e alle relative misure restrittive se si vogliono trovare strategie di intervento efficaci nel campo della prevenzione secondaria, nella fase di post-emergenza.

4. L'ELABORAZIONE PSICHICA DI UN EVENTO TRAUMAGENICO



4.1. La reazione allo stress

Nel corso della nostra vita può capitare di essere costretti a confrontarci con esperienze che comportano elevati livelli di stress, fino a costituire dei veri e propri traumi.

Selye¹³, a cui possiamo far risalire la prima teorizzazione del concetto di stress, afferma che lo stress è la risposta strategica dell'organismo nell'adattarsi a qualunque esigenza, sia fisiologica che psicologica, cui esso sia sottoposto. In altre parole, è la risposta aspecifica, adattativa dell'organismo ad ogni richiesta effettuata su di esso. Da questa definizione si evince come lo stress sia una reazione fisiologica normale ed assolutamente necessaria per la sopravvivenza dell'individuo. Tuttavia, lo stimolo stressogeno può essere percepito positivamente o negativamente. In particolare, possiamo definire:

- **Eustress** (eu-: dal greco buono, bello) una situazione in cui i fattori stressogeni a cui l'individuo viene sottoposto rientrano in un limite di tollerabilità, dando luogo ad una reazione adeguata. L'esperienza viene vissuta come costruttiva e gratificante e provoca un incremento del livello prestazionale.
- **Distress** (dis-: dal greco cattivo, morboso) una situazione in cui i fattori stressogeni superano i limiti di tollerabilità dell'individuo, provocando una reazione disfunzionale. In questo caso, l'individuo può andare incontro ad un progressivo logorio psicofisico.

¹³ Selye H. (1956), *The Stress of life*, McGraw-Hill, New York.

Le situazioni che potenzialmente potrebbero costituire una fonte di stress sono molteplici e generano risposte che variano notevolmente da persona a persona. Gli eventi stressanti possono, infatti, provocare conseguenze, sia fisiche che psicologiche, che sono vissute in maniera diversa a seconda della sensibilità personale di ognuno. In ogni caso, le principali cause di stress possono essere sintetizzate come di seguito:

- **Eventi della vita particolarmente significativi**, sia piacevoli che spiacevoli: traumi infantili, il matrimonio, la nascita di un figlio, la morte di una persona cara, il divorzio, il pensionamento.
- **Difficoltà in ambito lavorativo**: responsabilità che non si è in grado di gestire, problematiche relazionali con i superiori o con i colleghi, mancato riconoscimento del proprio lavoro, ma anche la disoccupazione con le relative difficoltà economiche. Nel contesto lavorativo, in particolare in alcune professioni legate all'aiuto e al soccorso, si fa riferimento al **burnout** in presenza di disturbi da stress prolungato. Il *burnout* è una sindrome da stress lavorativo con alcune caratteristiche specifiche, quali il disamoramento per il proprio lavoro ed il cinismo nei rapporti interpersonali di natura professionale.
- **Malattie organiche**: i problemi di salute imprevisti o le malattie croniche personali o dei propri familiari, con le preoccupazioni che ne conseguono, costituiscono un potente fattore stressogeno.
- **Cause fisiche**: freddo o caldo intenso, limitazioni gravi nei movimenti.
- **Fattori ambientali**: la mancanza di un'abitazione, ambienti rumorosi o inquinati sono causa di uno stato di disagio e malessere.
- **Catastrofi e calamità naturali** destabilizzano la comunità colpita mettendola a rischio anche dal punto di vista psicologico e sono le cause principali del disturbo da stress post traumatico.

Ciascuno di noi, in maniera del tutto soggettiva, a seconda del proprio vissuto, filtra le diverse richieste dell'ambiente, compensando in maniera individuale lo stimolo stressogeno. Per fronteggiare le situazioni, infatti, ogni individuo mette in atto le proprie strategie comportamentali, che vengono denominate strategie di *coping*¹⁴. Gli stili di *coping* dipendono, appunto, dalle

¹⁴ Lazarus R. (1966), *Psychological stress and the coping process*, McGraw-Hill, New York.

specifiche caratteristiche di personalità e dalle peculiari esperienze personali e da questo ne conseguono le molteplici differenze individuali nella risposta allo stress. Tale risposta, definita da Selye sindrome generale di adattamento, è costituita da un insieme di reazioni che, provocate dallo stimolo esterno, sono mediate dal sistema endocrino e dal sistema nervoso autonomo, coinvolgendo tutte le funzioni fisiologiche e le risposte emotive e cognitive.

Il processo reattivo si può suddividere in tre fasi distinte:

- **Fase di allarme:** lo *stressor* suscita nell'organismo un senso di allerta, con conseguente attivazione di tutta una serie di processi psicofisiologici (aumento del battito cardiaco, iperventilazione, sudorazione, ecc.) mirati a fronteggiare la nuova situazione.
- **Fase di resistenza:** l'individuo stabilizza le sue condizioni, adattandosi alle nuove richieste dell'ambiente esterno, con la normalizzazione degli indici fisiologici. Nel caso in cui l'adattamento non sia sufficiente, subentra la terza fase.
- **Fase di esaurimento:** è la fase conclusiva che sopraggiunge quando l'organismo termina le riserve funzionali e non riesce più a contrastare l'azione prolungata degli agenti stressanti per ripristinare uno stato di equilibrio. La cascata di eventi ormonali e nervosi, solitamente limitati nel tempo, si attiva in maniera costante, provocando una condizione di emergenza continua, con la conseguente comparsa di sintomi fisici, fisiologici ed emotivi. Ognuno di noi si trova quotidianamente a fronteggiare numerosi stress acuti, ma quando l'elemento stressogeno, ripetendosi frequentemente, diventa cronico, l'organismo non riesce più a difendersi e viene a mancare la sua naturale capacità di adattamento. L'esposizione prolungata all'evento o agli eventi stressanti può provocare l'insorgenza di patologie psicofisiche.

In altre parole, lo stress genera una risposta soggettiva ad un cambiamento o ad una situazione percepita come minacciosa che provoca uno stato di intensa attivazione fisica e psicologica. La reazione innescata può presentare diversi risvolti: consente nell'immediato di far fronte in maniera repentina ed efficace alla situazione problematica, ma, se protratta nel tempo ed eccessiva, può diventare fonte di disagio e sofferenza. Ogni individuo possiede una propria capacità di reagire ai cambiamenti della vita e, in particolare nei momenti di crisi, possono emergere aspetti positivi o negativi della propria personalità.

Nel dover far fronte ad un'emergenza vengono attivate tutte le risorse personali disponibili, ma può anche accadere che, come conseguenza dell'eccessivo dispendio di energie fisiche e psichiche, subentrino meccanismi compensatori, quali abuso di alcol o fumo, fame compulsiva, o ancora si manifestino condizioni di irritabilità o atteggiamenti aggressivi. Altri possono invece sentirsi immobilizzati dalla paura e mettere in atto comportamenti di chiusura ed evitamento. In ogni caso, la reazione allo stress è vitale per l'individuo e gli consente di mobilitare le risorse interne per fronteggiare la problematica in atto.

4.2. Lo stress traumatico

Lo stress traumatico può essere la conseguenza di un **evento critico** in grado travolgere le capacità di adattamento individuali. L'evento critico, o *critical incident*, è stato definito da Mitchell e Everly¹⁵ come qualunque situazione capace di esercitare un impatto fortemente stressante, tale da annientare i meccanismi di *coping* solitamente utilizzati. Si tratta, dunque, di eventi improvvisi e inaspettati che sconvolgono la nostra sensazione di controllo, implicano la percezione di una minaccia e possono comportare perdite fisiche od emotive. Le reazioni emotive conseguenti ad un evento traumatico, in genere, si presentano come una sensazione sconvolgente di vulnerabilità, di impotenza o di perdita di controllo, accompagnata da emozioni di intensa paura o sofferenza. In sintesi, i tre elementi che definiscono e caratterizzano gli eventi traumatici sono la mancanza di controllo su ciò che sta accadendo, la sensazione che si stia vivendo un'esperienza estremamente negativa e la repentinità di tale esperienza. Tutti e tre questi aspetti sono indispensabili affinché si verifichi una traumatizzazione, ma, allo stesso tempo, una situazione può non essere percepita e vissuta come traumatica anche in presenza di tutti e tre gli aspetti. In alcune persone anche eventi incontrollabili, estremamente negativi e improvvisi non generano un trauma.

Per quanto riguarda la non controllabilità dell'evento, spesso le persone che hanno vissuto un trauma sono addolorate dal fatto di non aver potuto fare

¹⁵ Mitchell J.T. e Everly, G. (1996), *Critical Incident Stress Debriefing: An Operations Manual for the Prevention of Traumatic Stress among Emergency services and Disaster Workers*, MD: chevron Publishing Corporation, Ellicott City.

nulla per cambiare la situazione e sviluppano pensieri intrusivi e rimuginanti su come sarebbero andate le cose se avessero avuto la possibilità di agire diversamente. Il secondo elemento, cioè la valenza estremamente negativa della situazione, è determinato dalla percezione soggettiva e dal significato psicologico che l'evento riveste per l'individuo. Infine, per quanto attiene al terzo elemento, la repentinità, gli eventi che comportano un pericolo imminente presentano una maggiore probabilità di provocare paura o terrore, proprio perché viene a mancare la possibilità di proteggersi dal pericolo o di prepararsi psicologicamente ad affrontare le conseguenze. Al contrario, alcune esperienze, pur essendo altamente dolorose, non provocano un trauma perché si sviluppano in maniera graduale, garantendo la possibilità di adattarsi ai cambiamenti sia dal punto di vista cognitivo che emotivo.

La sofferenza psicologica che segue l'esposizione ad un evento stressante o traumatico è quindi soggettiva e molto variabile: quello che da un individuo può essere percepito e vissuto come un evento critico, potrebbe non esserlo per altri. Certamente non è possibile prevedere chi svilupperà un disturbo da stress post traumatico in risposta ad una determinata situazione, ma alcuni fattori precedenti, concomitanti o successivi all'evento possono facilitare l'insorgenza del disturbo. Tra questi troviamo l'identificazione personale con l'evento, ossia la vicinanza psicologica che il soggetto può percepire, l'imprevedibilità dell'evento ed il grado di esposizione e vicinanza fisica all'evento. Alcuni avvenimenti vengono vissuti in modo particolarmente traumatico quando riattivano precedenti traumi che presentano elementi in comune.

Quando si vive un evento traumatico si possono sperimentare una serie di reazioni che Roger Solomon¹⁶ ha diviso in fasi:

- **Fase in cui si verifica l'evento.** È il momento che si colloca all'apice della crisi. Solitamente la risposta è una dissociazione peri-traumatica con sconnesione delle funzioni della coscienza, della memoria, dell'identità e della percezione dell'ambiente. La dissociazione ha la funzione di attenuare la paura e il senso di impotenza di fronte ad un evento estremamente negativo che non si ha la possibilità di controllare.
- **Fase dello shock** (prime 24-72 ore o anche oltre), caratterizzata da un senso di stordimento e confusione.

¹⁶ Solomon R. M., Macy R.D. (2003), La gestione dello stress da eventi critici, in Giannantonio M. (a cura di) (2003), *Sindrome da stress post-traumatico*, Astrolabio, Roma.

- **Fase dell'emergere della realtà e dell'impatto emotivo** (dopo le 72 ore e anche dopo settimane o mesi). Superate le fasi precedenti l'individuo inizia a prendere coscienza di quanto è accaduto ed entra in contatto con le proprie emozioni.
- **Fase del *coping***. La valutazione della situazione e delle risorse a disposizione per fronteggiare l'evento stressante sono di primaria importanza per comprendere l'impatto emotivo e l'intensità stessa dello stress sulla persona.
- **Fase della risoluzione e della integrazione**. L'evento viene assimilato in una propria visione del mondo e si attiva, in tal modo, un meccanismo di adattamento.
- **Fase dell'apprendere a convivere con gli effetti dell'evento**. Dopo un evento catastrofico la visione del mondo cambia ed è possibile scoprire aspetti della realtà e di sé stessi sconosciuti, anche relativamente alle proprie risorse e alla capacità di reagire.

Le risposte personali ad un evento critico possono essere molto diverse per tipologia e per intensità. Alcuni individui presentano un discreto livello di tolleranza allo stress e sono in grado di conservare la lucidità necessaria a fronteggiare l'emergenza, mostrando la capacità di gestire le proprie emozioni e mettendo in atto comportamenti adeguati alla situazione. Potrebbero però manifestarsi reazioni differite nel tempo, che possono successivamente evolvere in una patologia. Le reazioni emotive che insorgono immediatamente dopo l'evento critico e che possono permanere nei giorni successivi si caratterizzano per la presenza di manifestazioni psicosomatiche quali shock, ansia, depressione, smarrimento, stupore, tremori, palpitazioni, nausea. Queste reazioni insorgono immediatamente dopo l'evento critico e condizionano la persona nei giorni successivi. Infine, le risposte gravemente inadeguate sono risposte a carattere dissociativo, caratterizzate da stato confusionale, delirio, comportamenti aggressivi e autolesivi, esposizione al pericolo e depressione.

Successivamente ad una situazione traumatica, le tipiche manifestazioni sintomatologiche da stress post traumatico devono essere considerate normali e fisiologiche, in quanto costituiscono importanti meccanismi di difesa necessari alla sopravvivenza. Il disturbo da stress post traumatico costituisce, invece, l'evoluzione patologica di queste reazioni normali. Alcune persone possono avere reazioni emotive molto intense, con importanti risposte fisio-

logiche, o anche manifestare atteggiamenti evitanti, per poi tornare alla normalità non appena la situazione minacciosa cessa. Al contrario, coloro che non riescono ad elaborare, dal punto di vista emotivo e cognitivo, quanto accaduto possono sviluppare un disturbo.

Data l'evidenza di così ampie differenze individuali nelle reazioni agli eventi stressanti potenzialmente traumatici, ci si domanda perché alcune persone sviluppino un disturbo da stress post traumatico e altre no e su cosa si fondi anche la differenza individuale nelle differenti tipologie di risposta.

Van der Kolk¹⁷ individua diversi fattori che condizionano l'adattamento al trauma, raggruppandoli in cinque specifiche categorie: fattori biologici, livello evolutivo, gravità del trauma, contesto sociale dell'individuo prima e dopo l'evento e situazioni stressanti vissute precedentemente e successivamente all'evento traumatizzante. Detti fattori possono sia aggravare che mitigare la risposta individuale al trauma.

Per quanto riguarda una predisposizione biologica alla vulnerabilità o alla resilienza di fronte al verificarsi di esperienze traumatiche, rimane ancora sconosciuto il meccanismo di influenza di possibili differenze genetiche che possano causare la tendenza verso determinate risposte fisiologiche ed emozionali agli *stressor*. Nello stesso senso, potrebbero essere condizionanti le prime esperienze di vita, in grado di produrre cambiamenti biologici permanenti, in particolare nella propensione a risposte ansiose.

Le reazioni al trauma sono fortemente influenzate anche dal livello evolutivo raggiunto al momento dell'evento. Le esperienze traumatiche precoci tendono ad avere un impatto più pervasivo. Infatti, il possesso di abilità emotive, cognitive e sociali permette di esercitare un controllo maggiore sull'ambiente e di utilizzare più efficaci strategie di *coping*.

Un terzo fattore è stato individuato nella gravità del trauma: le caratteristiche oggettive dell'evento, come l'intensità e la durata, contribuiscono a determinare la gravità delle reazioni nella misura in cui modellano la percezione soggettiva della valenza negativa e della controllabilità.

Anche il contesto sociale può indebolire o rafforzare la capacità di fronteggiare un evento critico. Il sostegno dei familiari, degli amici e, più in generale,

¹⁷ Van Der Kolk B. (1987), *The psychological consequences of overwhelming life experiences*, in Van Der Kolk B., *Psychological Trauma*, American Psychiatric Press, Washington DC.

della comunità di riferimento contribuiscono a ristabilire l'equilibrio personale e la percezione di controllo sull'ambiente esterno.

Infine, rispetto all'influenza delle situazioni stressanti vissute prima e dopo il trauma, possiamo individuare due opposti orientamenti nella letteratura scientifica. Secondo il primo, le precedenti esperienze stressanti possono aumentare la resistenza individuale e la capacità di fronteggiarne altre. Gli stimoli stressogeni poco frequenti e con una intensità relativamente bassa potrebbero produrre una desensibilizzazione rispetto a *stressor* futuri¹⁸. Secondo un orientamento opposto, le esperienze stressanti sperimentate nel passato potrebbero compromettere la capacità di fronteggiare un trauma nel presente. In base ad un modello teorico¹⁹ che spieghi entrambi gli effetti di contenimento e di sensibilizzazione degli eventi precedenti, le circostanze passate caratterizzate da un vissuto traumatico nel quale si è stati in grado di mantenere una percezione di controllo sull'ambiente avrebbero un effetto di contenimento, al contrario, le situazioni vissute come meno controllabili produrrebbero una sensibilizzazione. Appare, invece, certo che gli eventi stressanti che si verificano successivamente ad un trauma hanno l'effetto di esasperare le risposte traumatiche, in quanto l'individuo si trova costretto ad attingere a risorse personali, sia cognitive che emotive, già depauperate. Inoltre, il verificarsi di ulteriori circostanze negative e stressanti dopo un trauma accresce ulteriormente la percezione di mancanza di controllo, ostacolando il processo di recupero dal proprio equilibrio psicologico e del proprio benessere emotivo. Viceversa, le esperienze positive vissute dopo un evento traumatico avrebbero la capacità di attutirne gli effetti.

4.3. I disturbi correlati ad eventi traumatici

Nell'ultima edizione del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali²⁰ la diagnosi di **disturbo da stress post traumatico** (*PTSD Post Traumatic Stress Disorder*) è inserita in un nuovo capitolo denominato "Disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti".

¹⁸ Eysenck H. (1983), *Stress, disease, and personality: The inoculation effect*, in Cooper C., *Stress research*, John Wiley, New York.

¹⁹ Carlson E. B. (2005), *Un modello concettuale per gli effetti delle esperienze traumatiche*. *Cognitivismo Clinico*, 2(2): 142-170.

²⁰ American Psychiatric Association (APA) (2013), *DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, tr. it. Raffaello Cortina, Milano, 2014.

Il disturbo è conseguente all'esposizione diretta o indiretta ad uno o più eventi traumatici, con minaccia per la vita o l'integrità fisica propria o altrui e la presenza di:

- **Sintomi intrusivi** associati all'evento traumatico: i ricordi dell'evento traumatico possono essere altamente frequenti, ripetitivi, sempre uguali e possono esprimersi in forma di flashback o incubi.
- **Sintomi di evitamento** persistente degli stimoli associati all'evento traumatico: si può avvertire l'esigenza di allontanarsi da luoghi o situazioni che ricordano l'esperienza vissuta.
- **Sintomi di alterazioni cognitive ed emotive:** può presentarsi un'amnesia totale o parziale, con incapacità a rievocare aspetti importanti dell'evento traumatico e possono comparire sentimenti di colpa, ritiro emotivo con perdita di interesse per le attività precedentemente significative o reazioni psicosomatiche come conseguenza dell'incapacità di identificare, articolare e tradurre le sensazioni somatiche in sentimenti quali rabbia o paura.
- **Sintomi di iperattivazione e reattività:** possono manifestarsi comportamenti aggressivi o autodistruttivi, ipervigilanza, problemi di concentrazione, disturbi del ritmo sonno-veglia.

Alcuni individui sperimentano anche persistenti sintomi dissociativi di distacco dal loro corpo, con distorsioni della percezione di sé o di parti di sé, come se fossero osservatori esterni (**depersonalizzazione**), oppure di distacco dal mondo esterno che viene vissuto come irreali, onirico o distorto (**derealizzazione**).

Per effettuare la diagnosi è necessario che la durata dei sintomi sia superiore ad un mese e che l'alterazione provochi un disagio clinicamente significativo o una compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

Frequentemente si verifica la comparsa, invece, di un quadro clinico post traumatico transitorio, il **disturbo da stress acuto**, che può variare da un individuo all'altro, ma comunemente comporta una risposta ansiosa causata dal rivivere l'evento traumatico. In alcuni individui può essere predominante una manifestazione dissociativa o distaccata, in altri può verificarsi una forte risposta di rabbia con comportamenti aggressivi verbali o fisici in risposta

anche a piccole provocazioni. È comune il verificarsi di attacchi di panico in modo apparentemente spontaneo o innescati da fattori che suscitano ricordi legati al trauma. I sintomi devono essere presenti per almeno tre giorni dall'evento traumatico. Tale reazione acuta tende a regredire nell'arco di un mese con una rapida e positiva rielaborazione dei vissuti emotivi legati all'evento, grazie alle risorse psicologiche individuali, al supporto sociale e all'intervento professionale psicologico.

Il disturbo da stress post traumatico ed il disturbo da stress acuto sono tipicamente associati ad esperienze traumatiche, anche di tipo cronico, ma non presentano un'alta incidenza. Con maggior frequenza si sviluppano, invece, **disturbi dell'adattamento**, i quali presentano una sintomatologia meno grave che, facilmente, può portare a sottovalutare e trascurare il disagio, con un conseguente successivo aggravamento o una cronicizzazione del malessere. Il disturbo si manifesta, attraverso sintomi emotivi e comportamentali, successivamente all'esposizione ad uno o più eventi stressanti, anche di portata traumatica. I sintomi devono svilupparsi entro tre mesi dall'insorgenza dell'evento stressante e non persistere oltre sei mesi dal superamento dell'evento e delle sue conseguenze. Generalmente, possono comparire problematiche di ansia, depressione, impulsività, ritiro sociale e tutti i sintomi caratterizzanti il disturbo da stress post traumatico ed il disturbo da stress acuto, ma la cui presenza, intensità o durata non soddisfano o superano la soglia diagnostica per tali disturbi.

In base alle teorie classiche comportamentali, la sintomatologia del disturbo da stress post traumatico deriva da processi di condizionamento classico e di condizionamento operante. Secondo il condizionamento classico, l'esposizione ad una situazione traumatica (stimolo incondizionato) genera nell'individuo un'intensa attivazione fisiologica accompagnata da paura (risposta incondizionata). In seguito, anche in presenza di stimoli privi della componente minacciosa, che però sono stati associati all'evento critico (stimoli condizionati), vengono sperimentate le stesse manifestazioni somatiche ed emotive (risposta condizionata).

In genere, dopo ripetute esposizioni agli stimoli innocui, le risposte condizionate dovrebbero attenuarsi, fino ad estinguersi del tutto. Quando questo non si verifica, si è innescato il condizionamento operante, il quale favorisce nuovi apprendimenti attraverso un sistema di rinforzi positivi o negativi e punizioni, prima, durante o dopo l'evento traumatico. Se il soggetto mette in

atto comportamenti evitanti, per rassicurarsi e proteggersi dall'ansia, dalla paura o dalla sofferenza, non esponendosi allo stimolo condizionato, non ha la possibilità di apprendere che quello stimolo non rappresenta un pericolo, ma è neutro, favorendo, quindi, un meccanismo di rinforzo negativo. Conseguentemente, la risposta condizionata non si riduce.

Questo approccio sembra spiegare le cause della sofferenza psicologica e del malessere fisico tipico del disturbo da stress post traumatico, ma non chiarisce la funzione dei pensieri intrusivi, dei flashback e degli incubi.

Secondo i modelli teorici cognitivisti, l'accadimento di un evento potenzialmente traumatico determina un'improvvisa mole di informazioni in entrata nel sistema psichico, tale da impedire un processamento delle informazioni stesse ed una attribuzione di senso all'esperienza vissuta. Questo comporta una difficoltà di adattamento al contesto e l'emergere di pensieri intrusivi, flashback e incubi notturni che rappresentano il tentativo di rielaborare l'evento traumatico. Proprio il fallimento di questo processo di rielaborazione e la sofferenza emotiva che ne consegue portano l'individuo all'evitamento di tutto ciò che può essere associato al vissuto traumatico: luoghi, persone, situazioni.

Ogni persona affronta le esperienze di vita, anche quelle più critiche o difficili, a seconda dei propri personali schemi cognitivi, costituiti da una serie di idee, visioni del mondo, di sé stessi e degli altri, che sono il risultato del proprio vissuto. Il trauma irrompe come un evento che stravolge le convinzioni e gli schemi pregressi dell'individuo, generando distorsioni cognitive e comportamenti disfunzionali. Si creano nuovi schemi cognitivi, nuovi modelli di lettura e di interpretazione della realtà, che hanno origine dall'esperienza traumatica e che sono organizzati intorno a credenze e percezioni di un mondo minaccioso e pericoloso nel quale l'individuo si sente vulnerabile e inadeguato²¹.

4.4. Neurofisiologia del trauma

Il disturbo da stress post traumatico determina cambiamenti nel funzionamento cerebrale, alterando le risposte fisiologiche dell'organismo, anche a distanza di molto tempo dall'evento traumatico. Abbiamo evidenziato come i

²¹ Ehlers A., Clark D. M. (2000), A cognitive model of posttraumatic stress disorder, *Behaviour Research and Therapy*, 38: 319–345.

sintomi post traumatici siano una risposta fisiologica, da considerarsi normale, ad uno stress intenso, in quanto predispone l'individuo a fronteggiare una situazione di emergenza, garantendosi la sopravvivenza e ristabilendo l'adattamento²². L'organismo, attraverso le tipiche reazioni di attacco, fuga e congelamento, si attiva per difendersi dal pericolo o dalla minaccia.

A livello cerebrale, il sistema limbico, nel quale un ruolo sostanziale è ricoperto dall'amigdala e dall'ippocampo, gestisce la regolazione delle emozioni e della memoria. In alcuni studi neurofisiologici sulle emozioni è apparso evidente come nei soggetti con disturbi post traumatici l'amigdala presentasse un'elevata attivazione in seguito alla presentazione di figure minacciose, attivazione tanto più evidente quanto più fosse grave il disturbo, e come in questo processo fossero coinvolti sia l'amigdala stessa, che l'ippocampo e la corteccia prefrontale mediale²³.

L'amigdala, che riceve afferenze da tutti i sistemi sensoriali, è responsabile dell'immagazzinamento della memoria percettiva e dell'attribuzione di significato emozionale all'esperienza traumatica. Comprendere in maniera più approfondita il suo funzionamento può fornire ulteriori informazioni sulla genesi e l'elaborazione del ricordo traumatico. Le immagini, i suoni e gli odori che rievocano il trauma vengono trasmessi attraverso i sensi all'amigdala e alla corteccia prefrontale. Successivamente, l'ippocampo, deputato all'interpretazione e all'immagazzinamento delle informazioni sensoriali, trasforma il dato proveniente dall'amigdala in memoria a lungo termine. In condizioni di esposizione ad un evento traumatico, tale processo è condizionato dall'elevato livello di *arousal*. In diversi studi è apparso evidente come gli individui che hanno subito un trauma rispondano agli stimoli evocativi del trauma con un aumento significativo del battito cardiaco, della pressione sanguigna e della conduttività tissutale²⁴. L'eccessiva stimolazione del sistema nervoso centrale potrebbe provocare cambiamenti neuronali capaci di influenzare negativamente i processi di apprendimento, abituazione e discriminazione degli

²² Carlson E. B. (2005), Op. cit.

²³ Rauch S.L., Whalen P.J., Shin L.M., McNerney S.C., Macklin M.L., Lasko N.B., Orr S.P., Pitman R.K. (2000), Exaggerated amygdala response to masked facial stimuli in posttraumatic stress disorder: a functional MRI study, *Biological Psychiatry*, 47: 769–776.

²⁴ Van der Kolk B. (2009), Il corpo tiene il conto. Introduzione alla psicobiologia del disturbo post-traumatico da stress, in Williams R. (a cura di), *Trauma e relazioni. Le prospettive scientifiche e cliniche contemporanee*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

stimoli, portando all'incapacità di interpretare correttamente gli stimoli innocui, avvertiti come minacciosi.

L'area di Broca, situata nel lobo frontale di sinistra, assicura, invece, la capacità di esprimersi attraverso il linguaggio. Nei soggetti che hanno vissuto eventi traumatici è possibile notare una disattivazione di questa area durante i flashback o i pensieri intrusivi legati al trauma²⁵. Al contrario, la corteccia occipitale risulta attiva, a dimostrazione del fatto che la persona sta vedendo l'immagine del trauma rievocato. Ciò significa che l'individuo sperimenta e rivive il trauma somaticamente, ma è incapace di esprimerlo verbalmente.

Infine, la corteccia orbito frontale, che regola processi cognitivi come la pianificazione e la presa di decisioni, attraverso un significativo aumento della produzione di ormoni e neurotrasmettitori durante l'evento traumatico, inibisce la capacità reattiva e la possibilità di modificare i comportamenti condizionati associati agli stimoli ambientali vissuti come riattivatori del trauma²⁶.

I meccanismi che regolano il nostro sistema di attacco e fuga, a difesa dell'organismo e per garantire la sopravvivenza, sono determinati dai sistemi simpatico e parasimpatico che entrano in funzione alternativamente in maniera sinergica. La capacità reattiva e le risposte di attivazione sono controllate dal sistema simpatico, mentre la riduzione dell'*arousal* ed il ripristino di uno stato di equilibrio fisiologico sono favoriti dal funzionamento del sistema parasimpatico²⁷.

In alternativa, Porges²⁸ ha proposto un modello fondato su tre livelli di funzionamento del sistema nervoso autonomo. In risposta alla presenza o alla percezione di una minaccia, o all'assenza di una situazione di pericolo, si attiva uno dei tre sistemi. Partendo da questo modello, Porges ha formulato la **teoria polivagale**²⁹.

²⁵ Van Der Kolk B. (2014), Il corpo accusa il colpo. Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche, Raffaello Cortina Editore, Milano.

²⁶ Bechara A., Damasio A. R., Damasio H., Anderson S.W. (1994), Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex. *Cognition*, 50: 7-15.

²⁷ Tagliavini G. (2011), Modulazione dell'*arousal*, memoria procedurale ed elaborazione del trauma. Il contributo clinico del modello polivagale e della terapia sensomotiva, *Cognitivismo Clinico*, 8(1): 60-72.

²⁸ Porges S.W. (2001), The polyvagal theory: phylogenetic substrates of a social nervous system, *Int J Psychophysiol.* 2001 Oct;42(2):123-46.

²⁹ Porges S.W. (2014), La Teoria Polivagale: fondamenti neurofisiologici delle emozioni, dell'attaccamento, della comunicazione e dell'autoregolazione, Giovanni Fioriti Editore, Roma.

In condizioni di normalità o quando si percepisce il verificarsi di una situazione minacciosa, si attiva il livello più recente e più evoluto del sistema, capace di regolare i processi destinati a ristabilire l'omeostasi dell'organismo ed in grado di favorire la richiesta di aiuto e sostegno tramite il coinvolgimento sociale. In questa fase entra in azione il complesso vagale ventrale, che invia segnali al cuore per rallentare il battito e ai polmoni per calmare il respiro. Se la situazione minacciosa persiste o in presenza di un pericolo imminente, o ancora in mancanza del sostegno sociale avvertito come necessario, si innesca il sistema simpatico, producendo una reazione di attacco o fuga per proteggersi dal pericolo. In questa fase l'emozione predominante è la paura e viene inibita la capacità di cercare aiuto all'esterno. L'ultima fase subentra quando fallisce il tentativo di fuggire o combattere ed è costituita dall'ultima difesa estrema, il congelamento o il collasso, attraverso l'attivazione del livello di funzionamento più primitivo: il complesso vagale dorsale. Questo sistema riduce repentinamente il metabolismo corporeo, fino ad arrivare ad una risposta di immobilità vagale, tipica dei traumi gravi, che comporta reazioni di difesa estreme come l'evitamento, la paralisi e fenomeni dissociativi gravi.

Adottando sempre un punto di vista neurofisiologico, sappiamo che gli emisferi cerebrali sono deputati a funzioni psicologiche differenti e complementari. Tulving³⁰, attraverso i suoi studi e le sue ricerche, ha teorizzato un modello di asimmetria cerebrale nei processi di registrazione, immagazzinamento e rievocazione dei ricordi. In particolare, l'emisfero sinistro sarebbe coinvolto nella registrazione della memoria degli eventi, mentre l'emisfero destro nella rievocazione dei ricordi. Uno dei più recenti e strutturati metodi terapeutici utilizzati nella psicotraumatologia, l'**EMDR** (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*), fonda le sue basi proprio sulla stimolazione alternata degli emisferi cerebrali e agisce sui meccanismi inerenti l'immagazzinamento della memoria, facilitando l'elaborazione dell'informazione legata all'esperienza traumatica.

³⁰ Tulving, E., Kapur, S., Craik, F.I.M., Moscovitch, M., Houle, S. (1994), Hemispheric encoding/retrieval asymmetry in episodic memory: Positron emission tomography findings, *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*, 91: 2016-2020.

4.5. Lo stress post traumatico negli operatori dell'emergenza

Negli scenari di emergenza il primo obiettivo degli interventi consiste nel ricostituire l'equilibrio ed il benessere psicologico delle vittime e nella normalizzazione della vita quotidiana della popolazione colpita, attraverso l'accoglienza ed il supporto psicosociale. Nella fase acuta è, quindi, fondamentale aiutare le vittime a gestire l'evento critico, utilizzando al meglio tutte le risorse psicologiche disponibili, al fine di superare il trauma senza subire conseguenze durature.

Gli operatori impegnati nel soccorso, nonostante tendano a sviluppare un'alta soglia di tolleranza agli eventi traumatici, hanno anch'essi necessità di essere immediatamente supportati dal punto di vista psicologico, per prevenire disturbi psicopatologici a seguito della traumatizzazione vicaria. Infatti, anche i soccorritori possono ritrovarsi a loro volta vittime di un trauma, non per esposizione diretta, ma per il contatto empatico con le persone colpite dagli esiti dell'emergenza. Per consentire loro di recuperare le energie fisiche e psicologiche indispensabili per il proseguimento dell'attività di soccorso, che richiede sforzi intensi, e di mantenere l'elevata efficacia professionale richiesta in un contesto di emergenza, è indispensabile la condivisione in piccoli gruppi dell'esperienza e dei vissuti emozionali ad essa collegati, da effettuarsi con la guida di esperti psicologi attraverso adeguate tecniche di intervento. Bisogna, infatti, tenere presente che il contesto operativo nel quale operano i soccorritori evoca sofferenza e rischio ed è caratterizzato da cambiamenti repentini e imprevedibili che non permettono un adattamento adeguato a fronteggiare lo stress emotivo causato dall'evento.

L'intervento degli operatori in uno scenario emergenziale si articola in diverse fasi³¹, a ciascuna delle quali corrispondono particolari vissuti emozionali e specifiche reazioni, che possono essere valutate come reazioni normali in risposta ad un evento anormale.

- **Fase di allarme.** L'emergenza inizia nel momento in cui si riceve la comunicazione di un evento critico nel quale è necessario intervenire. La notizia può, al primo impatto, generare un senso di confusione e smarrimento, accompagnato dalla paura per ciò che si incontrerà sulla

³¹ Hartsougt, D. M. (1985), Disaster Work and Mental Health. Prevention and Control of Stress Among Workers, National Institute of Mental Health, DHHS Publication.

scena dell'evento e dalla preoccupazione di essere inadeguati rispetto alla situazione. In alcuni operatori possono manifestarsi reazioni più estreme, anche di tipo inibitorio, fino ad arrivare ad uno stato di shock. Sono comuni reazioni fisiche di attivazione, quali l'aumento del battito cardiaco o della pressione sanguigna e difficoltà nella respirazione. In alcuni casi il disorientamento iniziale può provocare una difficoltà cognitiva nel comprendere la gravità dell'evento e le prime informazioni fornite, con conseguente decremento dell'efficienza e delle capacità comunicative.

- **Fase di mobilitazione.** Superato l'impatto iniziale, gli operatori si preparano ad intervenire. La pianificazione dell'intervento ed il coordinamento necessario facilitano il recupero dell'autocontrollo emotivo, riducendo il livello di allarme e lo stato di tensione.
- **Fase dell'azione.** L'operatore si impegna in soccorso alle vittime, alternando stati di euforia e gratificazione nelle situazioni in cui si riesce a prestare il proprio aiuto, e sentimenti di delusione, colpa, sconforto, paura ed inadeguatezza in tutti i momenti in cui l'intervento non risulta tempestivo o efficace. Questa fase può durare alcune ore, giorni, o intere settimane, determinando sintomi fisici e psichici connessi alla più o meno prolungata esposizione allo stress traumatico. In questo frangente è molto comune la tendenza a sottovalutare i bisogni del soccorritore e a sopravvalutare le sue risorse.
- **Fase del lasciarsi andare.** Terminato l'intervento di emergenza, i soccorritori devono ritornare alla loro quotidianità personale, sociale e lavorativa. Due sono gli aspetti da considerare in questa fase. Da una parte, i vissuti emotivi inibiti durante l'attività di soccorso, quali ansia, delusione e rabbia, riemergono attraverso la difficoltà nel ripristinare uno stato di distensione. Possono manifestarsi difficoltà nell'addormentamento, tensione, irritabilità, tristezza e il riaffiorare di episodi ad alto impatto emozionale. Il secondo aspetto riguarda il ritorno alla normale routine, che implica anche la separazione dagli altri soccorritori intervenuti nel contesto di emergenza e che può assumere una valenza positiva o negativa del tutto soggettiva, fino ad arrivare a sentimenti di estraneità dalla vita "normale" e alla sensazione che l'unica dimensione all'interno della quale ci si senta adeguati sia quella dell'emergenza.

Superata la crisi emergenziale, il sostegno psicologico mantiene un ruolo centrale, in quanto i soccorritori, esaurite le energie disponibili, necessitano di un'elaborazione cognitiva ed emotiva dell'esperienza vissuta che, se non correttamente realizzata, potrebbe sfociare in psicopatologie da stress con importanti ripercussioni sul benessere psicofisico. Rivivere i momenti maggiormente angoscianti, rivedere i volti delle vittime soccorse e ricordare la loro sofferenza, può comportare sentimenti di colpa per non essere riusciti a prestare a tutti il proprio aiuto o a salvare tutti. Insieme a stati di ansia, difficoltà a dormire, senso di insicurezza, possono emergere vissuti di vuoto e disperazione che richiedono un supporto da parte di professionisti per attuare un'elaborazione che permetta una ripresa funzionale.

4.6. Fattori protettivi: resilienza e crescita post traumatica

Il concetto di resilienza fa riferimento alla capacità di reagire positivamente agli eventi traumatici, riorganizzando la propria vita a seguito dei cambiamenti imposti dalle difficoltà vissute. Il processo resiliente non agevola solamente il fronteggiamento delle situazioni avverse, ma permette anche lo sviluppo e l'implementazione di competenze e risorse personali, facilitando l'adattamento al contesto. In questo senso, un evento traumatico può comportare anche cambiamenti positivi, favorendo un processo di crescita personale. Attraverso la mobilitazione delle proprie energie e delle proprie risorse, l'individuo affronta gli eventi critici con l'obiettivo di integrarli per poi proseguire nel proprio percorso di vita, riorganizzando e ridefinendo la propria identità. Ciò presuppone la percezione di avere un ruolo attivo anche nelle esperienze negative.

Le dimensioni psicosociali che facilitano il superamento degli eventi traumatici sono costituite dalle risorse personali, dalle strategie di *coping* utilizzate e dalle risorse del contesto sociale³². Le risorse personali fanno riferimento ai tratti di personalità individuali. Le persone con una positiva percezione di sé, in grado di autoregolare le proprie emozioni, mostrano un maggior grado di resilienza. Per quanto attiene alle strategie utilizzate per fronteggiare gli eventi, queste sono strettamente connesse al possesso di un *locus of control* in-

³² Pietrantoni L., Prati G. (2009), *Psicologia dell'emergenza*, Il Mulino, Bologna.

terno³³, ossia alla credenza circa la capacità di esercitare un controllo sull'ambiente esterno. Infine, appare di estrema importanza il sostegno offerto dalla rete sociale di appartenenza, in quanto l'identificazione con il gruppo incrementa il senso di sicurezza.

La ricerca sulla dimensione della resilienza conduce ad un concetto introdotto da Tedeschi e Calhoun³⁴, la crescita post traumatica. Attraverso l'analisi delle reazioni e dello stato psicologico di persone vittime di traumi, gli autori descrivono non solo una evidente capacità di resistere alle circostanze avverse, ma anche una tendenza ad un cambiamento positivo in risposta all'evento critico. L'esperienza vissuta migliora la percezione di sé ed il senso di auto-efficacia, in quanto si è stati in grado di affrontare e superare una situazione estrema. Per ciò che concerne le relazioni interpersonali, spesso si è portati a stringere nuovi legami e a rinsaldare quelli già esistenti, sviluppando sentimenti di condivisione emotiva, compassione ed empatia verso gli altri. Infine, il superamento di un evento traumatico può comportare un cambiamento nella scala delle priorità personali ed una maggiore consapevolezza rispetto ai valori fondamentali e agli scopi della propria vita.

La crescita post traumatica non determina un ritorno alla vita precedente l'evento traumatico, ma rappresenta un'esperienza di profonda trasformazione.

Grande successo e diffusione ha avuto negli ultimi anni il costrutto di anti-fragilità coniato da Nassim Taleb³⁵ che invita, di fronte all'imprevedibilità di eventi eccezionali e dirompenti denominati "cigni neri", a desistere dalla spinta a prevedere, pianificare e controllare, per adottare un pensiero meno rigido basato sulla capacità di reagire agli eventi e sulla tolleranza dell'incertezza, del disordine e anche del fallimento. Non possiamo sapere cosa ci riserva il futuro, ma possiamo imparare a comprendere come un evento possa influenzarci e quale sia la strategia più adeguata per affrontarne l'impatto e venirne fuori migliori. Una delle strade maggiormente percorse per aiutare gli individui e i gruppi a trovare strategie per affrontare e superare gli effetti negativi degli eventi traumagenici è quella tracciata dalla disciplina applicativa denominata Psicologia dell'Emergenza.

³³ Rotter J.B. (1966), Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement, *Psychological Monographs, General and Applied*, 80, 1, (N. 609).

³⁴ Tedeschi R. G., Calhoun L. G. (2004), Posttraumatic growth: conceptual foundation and empirical evidence, *Psychological inquiry*, 15, 1: 1-18.

³⁵ Taleb N. (2012), *Antifragile. Prosperare nel disordine*, Il Saggiatore, Milano.

5. COS'È LA PSICOLOGIA DELL'EMERGENZA

Quando un accadimento tragico colpisce una comunità, un gruppo, una famiglia o un singolo, la valutazione sulla gravità dell'evento viene posta con un'enfasi immediata sui danni materiali, siano essi perdite umane o economiche e le prime attività di soccorso riguardano necessariamente l'assistenza sanitaria dei feriti e la messa in sicurezza delle persone sopravvissute rispetto ai pericoli attuali e imminenti nel contesto emergenziale. Anche nella percezione comune gli aspetti legati alle conseguenze concrete di un evento sono quelli che assumono una evidenza immediata, preponderante e, utilizzando una metafora propria della psicologia, formano la figura in primo piano che tutto il resto fa recedere sullo sfondo³⁶. La psicologia dell'emergenza si introduce in quel campo percettivo che è meno visibile e si pone il problema delle lacerazioni psichiche che non lasciano tracce nel corpo delle vittime ma possono comunque invalidare la loro salute o comunque ridefinire il percorso di ogni individuo e impoverirne le capacità di crescita, il senso di identità e appartenenza, interrompendo o inquinando quei sistemi complessi di relazioni reali e simboliche che concorrono a determinare il benessere psichico di ognuno.

5.1. Definizione

“È la branca della psicologia che si occupa di applicare strumenti conoscitivi ed applicativi della psicologia a contesti d'emergenza, sia in chiave preventiva che d'intervento post-evento. In particolare, la psicologia dell'emergenza studia le reazioni umane ad eventi avversi, minacciosi per l'incolumità degli individui e dei gruppi, instauratisi in modo repentino e che richiedono – al momento del loro verificarsi – un'attivazione di una risposta superiore alle risorse disponibili. Studia le strategie d'intervento e di prevenzione dei danni psicologici, di promozione della resilienza, di formazione a procedure di coping efficaci in contesti d'emergenza”³⁷.

³⁶ La Gestalt-Forma nella teoria della percezione in psicologia rappresenta l'attitudine a organizzare le sensazioni elementari in figure emergenti da uno sfondo.

³⁷ Consiglio Nazionale Ordine degli psicologi; Classificazione EUROPSY Clinical and Health Psychology - (Clinica, Salute e Benessere).

5.2. Cornice concettuale

Dal punto di vista teorico la psicologia dell'emergenza rinvia ad un quadro concettuale tipico della psicologia sociale in un'ottica sistemico-relazionale per cui ogni individuo può essere compreso nelle sue dinamiche di funzionamento cognitivo ed emotivo in ragione del suo contesto sociale e culturale. Per questo l'obiettivo è quello di lavorare sui processi di risposta all'evento, promuovendo forme relazionali, comunicative ed espressive che favoriscano il superamento dell'accadimento traumagenico e i processi utili ad una sua possibile "normalizzazione". D'altra parte le metodologie conoscitive e le tecniche di intervento scaturiscono dal convergere di vari settori della psicologia: la psicologia dello sviluppo che si occupa di concetti quali crisi, cambiamento e resilienza; la psicologia delle funzioni psichiche che si occupa del tema della presa di decisione in condizione di incertezza, delle tecniche di problem solving, dei processi comunicativi interpersonali, del tema delle emozioni e della loro gestione; la psicologia della comunicazione che approfondisce i temi dell'informazione e della costruzione delle rappresentazioni, della negoziazione e del conflitto; la psicologia culturale che sottolinea il ruolo degli artefatti e dei simboli condivisi; la psicologia sociale che offre contributi per la comprensione delle dinamiche dei piccoli gruppi e delle folle, delle organizzazioni e delle reti sociali; la psicologia clinica che si occupa dei concetti e delle esperienze connesse al tema dei traumi psichici e dello stress in stretta connessione con psichiatria e neuropsicologia; la psicologia dell'educazione che propone riflessioni sul ruolo degli apprendimenti e sulle metodologie formative. La definizione di un quadro concettuale coerente e condiviso può fare chiarezza su alcune questioni, rispetto alle strategie da adottare e agli obiettivi del proprio intervento. L'esperienza più consistente, sul piano della concettualizzazione dell'intervento psicologico nelle emergenze complesse, è sicuramente costituita dal lavoro dello *Psychosocial Working Group/PWG*³⁸, la cui finalità è quella

³⁸ La Columbia University, attraverso il Programma sulle migrazioni forzate e la salute, l'Università di Harvard, attraverso il Programma sul trauma dei rifugiati, l'Università di Oxford, attraverso il Centro studi sui rifugiati, l'Università Queen Margaret di Edimburgo, attraverso il Centro per gli studi internazionali sulla salute, a cui si è affiancato il Centro Solomon Asch, specializzato nello studio del trauma e dei danni da guerra. Le ONG coinvolte nel progetto sono Christian Children Fund, IRC, MSF – Olanda, Mercy Corps e Save the Children, tutte focalizzate, oltre che sul tema della psicologia nell'assistenza umanitaria, sulle problematiche dei bambini vittime di catastrofi

di definire un quadro concettuale condiviso sugli obiettivi, le strategie e le metodologie dell'intervento psicosociale nelle emergenze complesse partendo da un assunto centrale: gli eventi e le situazioni determinati dalle emergenze complesse indeboliscono le risorse degli individui e delle comunità coinvolte, la loro competenza nel fronteggiare le situazioni estreme di stress.

5.3. Obiettivi

A qualunque definizione di emergenza in termini psicologici ci si riferisca, il punto cruciale è indicato dalla condizione che l'emergenza è un tempo che deve essere ridotto al minimo e soprattutto superato: riducendo la sproporzione tra risorse, bisogni e senso di minaccia, facendo leva soprattutto sulla resilienza delle vittime. Obiettivo sarà quello di definire e coordinare un insieme minimo di interventi a tutela della salute mentale e del benessere psicologico degli individui e della comunità coinvolta. Le vicende di una emergenza si inscrivono in una fitta rete di rapporti umani. Le grandi società nazionali, le singole comunità locali, i gruppi familiari nucleari ed estesi, costituiscono gli elementi di sfondo indispensabili per costruire un quadro comprensivo di quello che accade e delle strategie da mettere in campo per agire un intervento di psicologia dell'emergenza.

5.4. Strategie

Identificare strategie concrete di supporto psicosociale è un passo da considerarsi come prioritario prima, durante e dopo la fase acuta dell'emergenza. Nella previsione, nella programmazione e nella attuazione degli interventi è necessaria una prospettiva psico-sociale, attenta ai processi collettivi, macro e micro sociali, che accompagnano le varie fasi dell'evento (impatto, fase di crisi in emergenza, ricostruzione-rielaborazione post emergenza) nella comunità colpita. Tale punto di vista è indispensabile, in particolare, nella valutazione delle risposte individuali, psicologiche e psicopatologiche, agli stress da catastrofe e nella pianificazione del loro eventuale trattamento. Difficilmente in emergenza si interviene su un singolo individuo; normalmente lo si fa su un gruppo di persone più o meno esteso e molto spesso è necessario agire su un'intera comunità. Una lettura sistemica delle manifestazioni del

contesto può aiutare a finalizzare le azioni di aiuto, senza peraltro dimenticare che ognuna di esse dipende dall'incontro della comunità colpita con la comunità dei soccorritori. Una costruttiva gestione degli interventi deve tener conto delle caratteristiche dei gruppi colpiti per non costringere nessuno ad adottare schemi che richiedono comportamenti in conflitto con la propria cultura. La pianificazione degli interventi non può essere affidata a un codice rigido, ma deve essere considerata un lavoro in divenire, un processo in continua evoluzione, che si alimenta della capacità di chi interviene di cogliere gli aspetti caratteristici del contesto e utilizzare le proprie conoscenze per pianificare strategie di aiuto misurate sui bisogni delle vittime e non sul proprio bisogno di intervento. I comportamenti umani rappresentano variabili estremamente complesse, ancor meno trascurabili in un contesto dove le emozioni acquistano una innegabile rilevanza. Ma è più che mai necessario sottolineare la stretta connessione tra gli aspetti psicologici dell'esperienza individuale (i pensieri, le emozioni, i comportamenti) e la più ampia esperienza sociale (le relazioni, le tradizioni, la cultura). Questi due aspetti sono così strettamente interconnessi nei contesti delle emergenze complesse che il concetto di benessere psicosociale è probabilmente più utile rispetto ad altri, più restrittivi, come "salute mentale". Gli interventi che si focalizzano solo su concetti di salute mentale come quello di trauma psicologico, infatti, corrono il rischio di ignorare aspetti del contesto sociale considerati vitali per il benessere individuale, come la famiglia e la comunità che definiscono l'ambito delle appartenenze. Le azioni di aiuto nascono anche dalle relazioni che maturano nel contesto di emergenza tra i soccorritori e le persone soccorse, ed esprimono l'incontro dei rispettivi sistemi di valori e delle diverse identità di gruppo. Compete quindi ai soccorritori promuovere delle buone relazioni fin dai primi istanti attraverso una comunicazione chiara e trasparente che predisponga alla fiducia e alla collaborazione. La comunicazione è da considerarsi uno degli elementi essenziali per la buona riuscita dell'intervento di soccorso e va gestita da professionisti esperti che sappiano declinarla nei diversi livelli di interazione.

6. TECNICHE DI GESTIONE DELLO STRESS DA EVENTO CRITICO

Alcuni avvenimenti che si verificano e ai quali siamo esposti, incidenti, attacchi terroristici, calamità e catastrofi naturali, violente o ripetute aggressioni, eventi critici di servizio, si configurano come potenziali traumi e come tali possono produrre malessere, stati di disagio psicologico, reazioni acute da stress che evolvendo e persistendo, in alcuni casi degenerano in veri e propri disturbi psicopatologici. Un evento è considerato traumagenico laddove presupponga un pericolo reale o simbolico per la propria incolumità fisica o psichica, anche se la percezione del pericolo e della minaccia di uno stesso evento può variare da persona a persona³⁹.

La costellazione di reazioni fisiche, comportamentali, cognitive ed emotive che possono manifestarsi con minore o maggiore intensità a seguito dell'impatto con l'evento critico, vengono considerate a tutti gli effetti reazioni normali ad eventi anormali e, il più delle volte, si risolvono nel breve termine, soprattutto grazie ad interventi di sostegno psicologico che contribuiscono a ridurre gli effetti. Obiettivo dell'intervento psicologico nella psicologia dell'emergenza, come già detto⁴⁰, è quello di favorire il recupero del benessere e dell'equilibrio psichico nelle persone colpite, ridurre il rischio che si sviluppino e si stabilizzino forme di disagio che includano sintomatologie depressive, o disturbi da stress post traumatico o quadri sintomatici del disturbo dell'adattamento, attraverso strategie mirate a potenziare la capacità di fronteggiare gli effetti traumatici dell'evento sviluppando forme efficaci di resilienza. Gli interventi sono orientati a facilitare l'attivazione dei processi di rielaborazione emotiva e la riparazione del tessuto sociale lacerato, promuovere il recupero dell'identità e della sicurezza individuale e collettiva, ripristinare gli equilibri restituendo una condizione di benessere.

Le misure di supporto mirano al contenimento e alla risoluzione delle reazioni.

³⁹ Vedi cap. 3.

⁴⁰ Vedi cap. 5.

La comprensione dell'evento traumatico e un adeguato sostegno empatico mirato a potenziare i processi di autoconsapevolezza spesso risultano misure sufficienti per la remissione e la risoluzione del disagio esperito. La possibilità di esplicitare l'evento e di condividere le proprie reazioni facilita per lo più il processo di elaborazione. La reattività più comune nell'immediatezza di un evento traumagenico è riferibile alla comparsa di ricordi o pensieri ed immagini ricorrenti e intrusivi, sensazioni che l'evento traumatico si possa ripresentare, il malessere e il disagio rispetto a stimoli subliminali, come odori o suoni sperimentati durante l'evento traumatico che scatenano la medesima reattività fisiologica, l'evitamento persistente degli stimoli associati al trauma e gli incubi, i disturbi del sonno, l'irritabilità, la difficoltà di concentrazione, lo stato di allarme generalizzato e una marcata ipervigilanza.

Fattori biologici, psicologici, sociali e interpersonali, possono integrarsi e trasformare un fattore traumatico particolarmente significativo, in cui la persona ha vissuto, ha assistito, o si è confrontata con eventi che hanno implicato morte, minaccia di morte, gravi lesioni, o una qualsivoglia minaccia all'integrità fisica propria o altrui, in un vero disturbo psicopatologico. L'evoluzione del quadro, in senso psicopatologico, è riconducibile al disturbo da stress post traumatico⁴¹ che può manifestarsi in persone di tutte le età e può estendersi anche ai familiari di seconda generazione attraverso meccanismi psicobiologici ed epigenetici di trasmissione trans generazionale⁴², ai testimoni, ai soccorritori coinvolti a diverso titolo nell'evento traumatico. La manifestazione sintomatologica, persistendo nel lungo termine, produce una cronicizzazione che deteriora le capacità di adattamento degli individui colpiti. L'insorgenza del disturbo da stress post traumatico può intervenire anche a distanza di mesi dall'evento traumatico e la sua durata può variare da un mese alla cronicità. È necessario dunque intervenire con tempestività in caso di eventi potenzialmente traumatici per scongiurare conseguenze nell'individuo che interferiscano significativamente con il normale funzionamento compromettendo le capacità dell'individuo di eseguire i compiti fondamentali della sua esistenza.

«Uno dei compiti della Psicologia delle Emergenze oggi è quello di sviluppare molteplici modelli d'intervento che oscillano dalla presa in carico della sofferenza della per-

⁴¹ Vedi cap. 4.

⁴² I progressi nella genomica e nell'epigenomica continuano a fornire nuove informazioni per una migliore comprensione dei meccanismi epigenetici e delle interazioni tra stress e trasmissione intergenerazionale.

sona colpita dalla catastrofe, al fine di aiutarla a recuperare un nuovo equilibrio psicologico, alla presa in carico della sofferenza della comunità attraverso interventi psicologici. Occorre ricordare che il centro dell'intervento psicologico, che si articola sempre sul versante individuale e su quello sociale, non ha a che fare con una patologia da curare, ma con una normalità da recuperare, partendo dalla mentalizzazione della nuova situazione esistenziale individuale, nonché dalla riparazione del tessuto sociale lacerato. Ciò può essere realizzato promuovendo la ricostruzione dell'identità individuale ridefinita dalla calamità e dal recupero della sicurezza collettiva. Per il raggiungimento di una nuova forma di ristrutturazione dell'individuo, possibile soltanto affrontando ed elaborando l'evento traumatico vissuto, permettendo di rendere il trauma "pensabile, esprimibile ed elaborabile", occorre mettere in campo tecniche psicologiche specifiche per intervenire efficacemente in tali contesti.»⁴³

Le modalità di intervento in situazioni emergenziali includono i principali ambiti cui si rivolge la psicologia dell'emergenza, quello individuale e quello sociale, ambiti che prevedono si rivolga attenzione alle vittime, agli operatori di soccorso e alla popolazione tutta che a vari livelli sono stati coinvolti.

6.1. I protocolli di intervento in situazioni di crisi

Affinché un intervento possa rappresentare una valida risposta in situazioni emergenziale è necessario che sia aderente a criteri di:

- **Prossimità:** almeno nelle fasi iniziali deve essere realizzato il più vicino possibile al luogo dove è avvenuto l'evento;
- **Immediatezza:** deve essere avviato in modo tempestivo;
- **Aspettativa:** deve essere orientato a recuperare le potenziali risorse delle vittime direttamente o indirettamente coinvolte;
- **Facilità:** deve servirsi di strumenti e tecniche accessibili e che abbiano la caratteristica della utilizzabilità.

⁴³ Ordine degli Psicologi del Lazio (2016), Best Practices per gli Psicologi che operano in contesti di emergenza.

FASI E TIPOLOGIA DI INTERVENTI IN FAVORE DELLE VITTIME

Nella psicologia dell'emergenza gli interventi si differenziano a seconda delle fasi durante le quali si realizzano:

| Stabilizzazione (da 24 a 48 ore dall'evento) | Emozioni, risorse e strategie (da 24 ore a 12 settimane dall'evento) |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • valutazione dei bisogni (accudimento, protezione, sicurezza, sopravvivenza) • formazione/informazione stress da evento critico • decompressione della tensione • defusing • intervento sulla crisi individuale <p>Il recupero dei legami familiari e di coesione grupppale è, in questa fase, la più efficace ed idonea risorsa cui attingere.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • valutazione degli gli interventi più idonei alla situazione • presentazione, formazione/informazione • debriefing psicologico per lo stress da evento critico • intervento individuale • attivazione di servizi per familiari • eventuali tecniche di trattamento • eventuale invio alle risorse della comunità e alle strutture di supporto territoriali |

| Monitoraggio del recupero e risoluzione (fino a 52 settimane) |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Follow up degli interventi precedentemente realizzati • Sostegno e mantenimento degli esiti • Follow up della comunità anche attraverso seminari post emergenza |

6.2. Protocolli di intervento in favore dei soccorritori o di chi si trovi a gestire l'emergenza in ragione del proprio lavoro

Esistono dei veri e propri programmi di supporto per i soccorritori (medici, infermieri, operatori del 118, educatori, operatori degli enti locali e del sistema sanitario nazionale) per gli attori istituzionali (le forze dell'ordine, i vigili del fuoco, i militari, la polizia di stato, la Croce rossa, la protezione civile) e per le organizzazioni di volontari, come ben evidenziato nella definizione di attività ed interventi della psicologia dell'emergenza delineata dal Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi: "Un'area specifica di intervento concerne i soccorritori volontari e professionali coinvolti nella gestione dei vari tipi emergenza sia in termini preventivi (formazione psicosociale di base, co-

noscenza dei rischi psicosociali e delle risposte psicologiche delle vittime agli eventi traumatici, specifici processi di leadership e di interazione tra le varie figure attive ed istituzioni) sia durante che dopo l'attività di soccorso (sostegno psicologico, desensibilizzazione e interventi sullo stress professionale e il rischio di *burn-out*). Le iniziative di aiuto si possono suddividere in preventive, di supporto durante l'intervento e di rielaborazione successiva.

La psicologia delle emergenze, oltre che della fase dell'intervento e del post emergenza, si occupa anche della prevenzione, dello studio, della ricerca, dell'informazione e formazione degli addetti all'emergenza per prepararli alla gestione delle emozioni intense che le situazioni traumatiche attivano in cittadini e soccorritori".⁴⁴

IL CISM Critical Incident Stress Management.⁴⁵

È un noto protocollo clinico di prevenzione e trattamento delle reazioni psicologiche potenzialmente traumatiche, a fronte di eventi critici che si è sviluppato negli anni 80 in contesto anglosassone per fronteggiare le emergenze.

Il CISM è suddiviso in tre fasi:

- A) Fase pre-critica** (interventi preventivi di formazione sulle reazioni traumatiche e psicoeducazione).
- B) Fase critica** (primo soccorso psicologico, defusing e demobilizing, debriefing e colloqui individuali).
- C) Fase post-critica** (consulenze di sostegno individuale o familiare, follow-up).

A) FASE PRE CRITICA

Formazione preventiva

Consiste in interventi che si sviluppano nella fase precedente l'emergenza. Tra essi, di particolare rilevanza appaiono gli interventi di psicoeducazione, di simulazione realistica, di Stress Inoculation Training (SIT).

⁴⁴ www.psy.it/allegati/aree-pratica-professionale/psicologo_emergenza(Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi).

⁴⁵ Everly G.S., Mitchell J.T. (1997), *Critical Incident Stress Management (CISM): A New Era and Standard of Care in Crisis Intervention*. Ellicott City, MD : Chevron.

- **Psicoeducazione.** Questa fase comprende tutti gli interventi formativi, finalizzati a trasmettere conoscenze e competenze efficaci per chi ha sperimentato stress traumatici ed elementi informativi relativi alle reazioni a cui il soggetto può andare incontro nelle attività di emergenza. Consente una significativa normalizzazione dei vissuti ed una migliore capacità di coping nei confronti dei vissuti delle emozioni suscitate dagli eventi in cui si è coinvolti.⁴⁶
- **La simulazione realistica** mira ad attivare vissuti ed emozioni connesse alle situazioni reali che rappresenta, anche se in maniera teatrale. La consapevolezza di vivere una situazione realistica ma simulata, garantisce una rassicurazione e consente che l'esercitazione attenui il grado di timore nell'operatore che si confronta con le proprie emozioni.
- **Lo Stress Inoculation Training (SIT)** è una tecnica cognitivo-comportamentale nata sulla base della teoria dell'apprendimento e sviluppata da Meichenbaum⁴⁷. Consiste in una progressiva inoculazione di stress graduata e costante. La SIT si basa sulla teoria secondo cui l'esposizione a eventi moderatamente stressanti serve a costruire le risorse di coping di un individuo e che un adattamento riuscito a questi eventi può facilitare lo sviluppo della resilienza allo stress futuro. Attraverso un percorso di allenamento si giunge a promuovere un'attivazione di reazioni emozionali di immunizzazione difensiva per future situazioni da fronteggiare. È comprensiva di un ricco pacchetto di informazioni sullo stress e sullo stress traumatico che può svilupparsi nelle situazioni di emergenza. Prevede l'insegnamento delle principali tecniche di coping e di gestione dello stress, utilizzate dai soccorritori, l'insegnamento delle tecniche di rilassamento, attività a carattere cognitivo caratterizzate dalla produzione di immagini mentali che avvicinino il soggetto all'evento da affrontare, l'insegnamento delle tecniche di controllo del respiro e di strumenti idonei all'acquisizione di capacità di fronteggiamento dell'evento critico temuto. Attraverso la tecnica di immaginazione guidata, la produzione mentale di immagini consente al soggetto di incontrare l'evento temuto. L'esposizione alle immagini facilita il processo di adattamento graduale all'evento traumatico. La proiezione di

⁴⁶ Yule W. (1999), *Disturbo post-traumatico da stress*, Feltrinelli, Milano.

⁴⁷ Meichenbaum D. (1977), *Cognitive behavior modification: an integrative approach*, New York Plenum.

filmati consente l'esposizione a situazioni traumatiche che attivano in un contesto protetto pensieri ed emozioni realistiche. La tecnica del role-playing, o gioco di ruolo, consente all'operatore di diventare parte attiva di un determinato momento vissuto in una situazione emergenziale creata ad hoc, permettendogli di mettere in atto risposte e reazioni motorie, emotive e cognitive come se stesse realmente vivendo quella situazione; l'evento verrà vissuto con il totale coinvolgimento emotivo, cognitivo e comportamentale del soccorritore in formazione che sperimenterà le risposte e le nuove strategie utili ad arricchire il suo modello di reattività alla situazione. Attraverso le tecniche di esposizione graduata in vivo, inizialmente il soccorritore affiancherà coloro che operano in situazioni emergenziali e prenderà parte agli eventi in qualità di osservatore. In seguito il suo ruolo diventerà attivo ed opererà in emergenza inizialmente affiancato da figure esperte. La situazione emergenziale deve avere caratteristiche simili a quelle esperite in precedenza come osservatore.

B) FASE CRITICA:

Supporto immediato e stabilizzazione

Detto anche "*Psychological First – Aid*"⁴⁸, si compie sul luogo nel quale è accaduto l'evento. Il sostegno diretto ai soccorritori prevede le medesime attività che si svolgono con le vittime ma viene maggiormente curata la nuova fase della "*demobilization*" o smobilitazione emotiva e il *defusing*.

L'ascolto attivo ed empatico, il rispetto nei confronti del dolore che emerge dalle narrazioni, la necessità di non forzare il mondo emozionale durante questa fase di stabilizzazione e la costante presenza che risponda ai bisogni di base ed immediati, rappresentano la cornice indispensabile a rassicurare i soccorritori sulla normalità delle reazioni e a predisporli all'accoglienza di un ulteriore supporto.

Defusing

La squadra del *defusing* opera immediatamente dopo l'evento critico supportando colleghi, volontari, addetti alla salute mentale, sanitari, intervenuti

⁴⁸ Psychological First – Aid" www.health.state.mn.us/communities/ep/behavioral/

sull'emergenza. L'incontro si svolge immediatamente dopo che si sia conclusa l'attività e prima di lasciare il luogo dell'evento. Si agisce sui primi segnali di traumatizzazione vicaria lavorando con i gruppi più colpiti dall'evento critico agendo sul disagio con la promozione della stabilizzazione della fase acuta, smorzando le reazioni intense provocate dall'evento.

Si dividono le persone in gruppi il più possibile omogenei di sei/otto persone prevedendo una durata complessiva per ogni gruppo che non superi i quaranta minuti. La struttura del defusing prevede il passaggio attraverso tre fasi

- **Introduzione**
- **Esplorazione**
- **Informazione**

È un pronto soccorso emotivo, rivolto alle vittime e agli operatori del soccorso che possono sviluppare reazioni di traumatizzazione vicaria. È un procedimento di raccolta di immagini e sensazioni che consente uno scambio di opinioni libero, non strutturato. I partecipanti si impegnano in una conversazione libera ed esprimono le loro impressioni in merito all'evento.

Le persone possono essere emotivamente provate e quindi più vulnerabili. L'intervento deve mantenere un basso profilo e trasmettere un senso di accoglienza mai invasiva. Si può decidere anche di intervenire individualmente con chi non volesse o non fosse in grado di sostenere una situazione di confronto grupppale.

L'obiettivo è orientare i partecipanti alla "normalizzazione" dell'esperienza e riportarli ad una condizione di sicurezza emotiva.

È necessario in questa fase evitare di indagare in profondità e mantenere una comunicazione scevra da interpretazioni e giudizi.

Inoltre è necessario aver cura di offrire attenzioni concrete, rispondendo a bisogni di prima necessità: cibo, accompagnamento, comunicazioni con la famiglia, informazioni, istruzioni sul "fare" e accudimento.

La **Demobilizing** (smobilitazione) è un intervento "lampo" che si propone dopo la conclusione di accadimenti critici di vasta portata. I partecipanti vengono riuniti appena terminato il verificarsi dell'evento critico. L'esperto che conduce il gruppo brevemente spiegherà le possibili reazioni che si possono sviluppare a seguito di eventi simili a quello appena accaduto. I partecipanti vengono lasciati soli con bevande e cibo per consentire tra loro una interazione informale prima di riprendere le proprie attività e passare alle successive fasi del supporto.

Emozioni, risorse e strategie

Debriefing

È un intervento che si realizza successivamente al defusing ed è una tecnica più strutturata e articolata che ha obiettivi di natura diversa. L'intervento di sostegno psicologico è più specifico, approfondito e mirato. Le definizioni più comuni sottolineano come tale procedura si configuri come un incontro strutturato che viene organizzato individualmente o in gruppo, rivolto a chi è reduce da un evento particolarmente disturbante. Rappresenta uno strumento che offre la possibilità di esternare e condividere, confrontandole con altri, i propri pensieri, ricordi ed emozioni in modo tale da comprenderli e normalizzarli. È considerato un efficace e valido processo psicologico e formativo che mira a contenere lo stress traumatico.⁴⁹

Le fasi del debriefing

- **Introduzione:** viene illustrato il *debriefing* con le sue finalità. Vengono esplicitate regole di riservatezza e rispetto reciproco, da seguire nel corso dell'intervento.
- **Fase dei fatti:** si ricostruiscono gli avvenimenti traumatici. Ognuno lo farà partendo dal ruolo avuto nell'incidente e presentando il proprio punto di vista.
- **Fase dei pensieri/cognizioni:** i partecipanti esternano il loro pensiero predominante durante il verificarsi dell'evento.
- **Fase della reazione:** gli individui raccontano cosa hanno provato durante l'evento. Il coinvolgimento notevole che caratterizza questa fase innesca meccanismi complessi che devono essere monitorati con competenza da chi la conduce.
- **Fase dei sintomi:** sintomi ancora presenti e sintomi che si sono manifestati durante l'evento.
- **Fase della formazione:** si forniscono indicazioni su quel che è stato affrontato, si educa la persona a capire quando è necessario chiedere aiuto e si danno indicazioni su cosa non fare e cosa fare.

⁴⁹ Mitchell J.T. (1983), When disaster strikes. The critical incident stress debriefing, *Journal of Emergency Medical Services*, 13 (11).

- **Fase del reinserimento:** risolve le problematiche rimaste in sospeso e fornisce indicazioni per compiere passi costruttivi verso la risoluzione dello stress. Si traggono le conclusioni e si reinserisce il gruppo nelle sue funzioni normali.

Il *Debriefing* valuta gli elementi emotivi e cognitivi che insorgono durante l'evento.⁵⁰

Ha inizio dalle ventiquattro alle settantadue ore dopo l'evento critico, o successivamente a seconda delle circostanze, e possibilmente non va realizzato mai sulla scena dell'evento traumatico, ma in una struttura che offra una atmosfera di sicurezza, un *setting* specifico che consenta un flusso di comunicazione circolari tra i partecipanti, uno spazio adeguato ed appositamente creato.⁵¹ Prima di iniziare l'intervento devono essere raccolte in maniera sistematica tutte le informazioni utili sull'evento accaduto e sulle vittime coinvolte. È necessario individuare il locale preventivamente e richiedere il suo allestimento ai responsabili delle strutture che accoglieranno la squadra di esperti. Durante l'intervento di gruppo ed in particolare nella preparazione dei gruppi omogenei di *debriefing*, vanno considerati alcuni criteri al fine di individuare i partecipanti per ciascun gruppo. Tali criteri verranno utilizzati efficacemente se la raccolta di informazioni preventiva sull'evento accaduto sarà stata esauriente e sistematica. In questo senso costituisce elemento fondamentale dell'intervento di supporto in emergenza la cosiddetta analisi della domanda che dovrà contenere una fotografia precisa dello scenario e degli attori che ne fanno parte. Maggiori saranno le informazioni raccolte, migliore sarà la pianificazione e la realizzazione dell'intervento.

Ogni evento critico collude e fa contatto con la propria storia personale ed innesca pensieri ed emozioni passati esperiti in momenti che si percepiscono come simili a quello attuale. Durante il *debriefing* il processo di identificazione e confusione deve essere interrotto, restituendo ad ognuno la consapevolezza della propria unicità, della transitorietà di quell'evento e di aver fatto ciò che in quel momento o in quel preciso contesto fosse possibile fare. Mettere in comune le proprie emozioni e pensieri significa prendere forza insieme.

Sganciare i pensieri da eventi ed emozioni passate conduce a riconoscerli come legati solo a quel preciso evento. Non confondere pensieri disfunzionali

⁵⁰ Mitchell, J.T. & Everly, O.5. (1996). Critical Incident Stress Debriefing: An Operations Manual. Ellicott City, MD: Chevron.

⁵¹ A. Lo Iacono, M. Troiano, "Psicologia dell'emergenza", 2002.

ed emozioni, convinzioni del passato, pregiudizi su sé stessi e sul proprio operato, con ciò che emerge in quel momento critico, significa attribuire all'evento un significato circoscritto e non un magico ripresentarsi di elementi che condizionano il nostro futuro e l'immagine che abbiamo di noi stessi, come fossero forieri di una maledizione che si ripete. Frammentare il dolore tra le parole di tutti i componenti del gruppo significa darne un pezzetto ad ognuno e sostenere un peso condiviso.

"Io non ho fatto abbastanza", "io non avevo capito", "sarei potuto intervenire prima e non sarebbe successo" diventano pensieri (spesso già noti) che scatenano emozioni e comportamenti inadeguati. Agire su quei pensieri e riconfinarli, distanziarli e trattarli solo come pensieri e non come dati di fatto, consente di spostarli in altro luogo, riferirli ad eventi passati e superati, modificarli per renderli più accettabili, restituendo alle vittime una dimensione psicologica adeguata al superamento delle reazioni emotive disturbanti.

Dare un titolo alle storie che rappresentano l'evento che ognuno racconta narmando i fatti accaduti dal proprio angolo di lettura, significa creare una sola storia che diventa la storia di tutti, più sopportabile, condivisibile arginabile. La memoria episodica, che è a sua volta parte della memoria esplicita, comprende il ricordo degli eventi spazialmente e temporalmente databili. Parte di questa è riferibile alla memoria autobiografica, nodo focale della nostra identità, che conserva quelle esperienze strettamente personali, spazialmente e temporalmente collocate, che coinvolgono l'individuo emotivamente, affettivamente e fisicamente. È la memoria delle esperienze che abbiamo vissuto nel corso della nostra vita, è la memoria degli eventi ma anche dei vissuti legati ad essi. Essa è collegata ai ricordi che un individuo ha di sé stesso ed è quindi connessa all'immagine di sé, all'autostima, ai fattori emotivi, all'autoriflessione, al proprio "senso di efficacia".

La memoria autobiografica di ognuno, a seguito dell'evento traumatico, risulta danneggiata e compromessa, perde la caratteristica del recupero coerente e logico del ricordo, lasciando il posto a frammenti mnestici disorganizzati dell'evento, della propria esperienza e del proprio coinvolgimento sulla scena. Gli interventi di debriefing facilitano il primo recupero della coerenza del ricordo perduto attraverso la condivisione gruppale della propria narrazione. Ulteriori interventi e tecniche terapeutiche che verranno in seguito presentate agevoleranno ulteriormente il processo di integrazione e di ridefinizione.

COLLOQUIO INDIVIDUALE, va calibrato in base alle circostanze e alle specifiche esigenze dell'utenza al fine di approfondire alcune criticità emerse durante il debriefing o di fornire un supporto ulteriore in forma privata.

Anche durante la fase critica possono risultare molto utili ed efficaci alcune tecniche e strategie di intervento mirate: le tecniche cognitive comportamentali, le tecniche di desensibilizzazione, tecniche di esposizione graduale o di rilassamento, tecniche sensomotorie, tecniche neuropsicologiche e tecniche di rielaborazione dei ricordi.

C) FASE POST CRITICA:

Monitoraggio del recupero e risoluzione

COINVOLGIMENTO DELLE RETI TERRITORIALI: ulteriore supporto e ausilio fondamentale verrà dato dalle strutture e dagli enti locali con cui la squadra di esperti intesserà una rete di contatti, collegamenti che potranno garantire una continuità dell'assistenza nel tempo dedicando attenzione alle vittime ma anche al graduale ricostituirsi del tessuto sociale lacerato dall'evento.

FOLLOW UP: rappresenta il punto finale del percorso, valutando a distanza di tempo gli esiti dei precedenti interventi.

6.3. Fattori che influenzano l'entità della risposta⁵²

Natura dell'evento: il livello di controllo, il livello di coinvolgimento, livello di minaccia o di perdita, il livello di assurdità dell'evento, lo stravolgimento delle aspettative

Livello di preavviso

Fattori di personalità

Esperienze precedenti simili gestite al meglio

Vicinanza fisica, più si è vicini maggiore sarà l'impatto

Vicinanza psicologica, i collegamenti emotivi creano una automatica vicinanza alla scena

Livello di stress nella propria vita e modalità di gestione abituale

Natura e grado del sostegno sociale: si valuta il grado di supporto avuto dopo l'evento e il grado di ricettività dell'individuo all'aiuto, il sostegno da parte dei colleghi, dei superiori, dei familiari, degli amici e la disponibilità dell'individuo a comunicare con le persone care.

⁵² Solomon R., Risorse per il recupero da eventi critici.

6.4. Mappatura gruppi omogenei

Anche sulla base dei precedenti fattori che determinano la potenziale entità della risposta si individuano i gruppi omogenei con cui poter lavorare.

Vittime primarie: persone direttamente coinvolte negli eventi critici

Vittime secondarie: i loro familiari e amici e le persone che sono state testimoni dello stesso evento.

Vittime terziarie e a confronto emotivo: i soccorritori e coloro che sono venuti a conoscenza dell'evento, che si sono dovuti occupare a vario titolo dell'evento e la comunità in cui si sono verificati gli eventi critici.

Uno studio complesso sul *postraumatic growth* (la crescita post traumatica) realizzato da Calhoun e Tedeschi⁵³ individua i diversi fattori personali ed ambientali che facilitano cambiamenti positivi in coloro che hanno subito un trauma.

Tali fattori orientano gli individui alla ristrutturazione di risorse utili a sperimentare cambiamenti positivi nella propria vita. I fattori che predispongono a questo processo sono: la valutazione dell'evento, alcune variabili di personalità quali estroversione, coscienziosità, conformismo, autostima, apertura alle esperienze, ottimismo e autoefficacia risultano essere correlate ad un maggiore cambiamento in positivo. Le strategie di *coping* centrate sul problema e il supporto sociale come risorsa ambientale, risultano elementi maggiormente utili ai fini di cambiamenti positivi. Anche la soddisfazione per il supporto e la qualità del supporto del partner unitamente alla percezione di aiuto ricevuto durante dell'evento, l'accettazione dell'evento e l'attribuzione di senso all'evento rappresentano tutte variabili strettamente correlate al cambiamento positivo.⁵⁴ Dai risultati degli studi si desume che i citati fattori possono essere considerati anche fattori protettivi e risorse inseribili in un piano di addestramento psicologico che fornisca competenze e nuove strategie di prevenzione ai soccorritori e agli operatori delle professioni di aiuto.

⁵³ Calhoun L. G., Tedeschi R. G. (2000), Early posttraumatic interventions: Facilitating possibilities for growth. In J. M. Violanti, D. Paton, & C. Dunning (Eds.), *Posttraumatic stress intervention: Challenges, issues, and perspectives* (p. 135–152).

⁵⁴ Il disturbo post-traumatico da stress. www.apc.it/wp-content/uploads/2013/04/Cosentino-et-al.

D'altro canto, il disturbo da stress post traumatico è un disturbo che pervade e assorbe la mente e la vita di coloro che lo sperimentano, producendo i ricordi dolorosi dell'evento traumatico e orientando le energie al continuo tentativo di evitare di rivivere quell'esperienza. Il senso di colpa, lo stato costante di allarme e la persistente percezione di essere un sopravvissuto, creano un disagio diffuso che contamina la sfera sociale, affettiva e lavorativa, generando conflitti, ritiro sociale, rottura di relazioni significative, sentimenti di colpa e vergogna o di collera che riverberano sulle relazioni interpersonali e sulla totalità della propria esperienza vitale.

6.5. Modelli di intervento e trattamento: differenziazione e integrazione

- **Terapia cognitivo-comportamentale** del disturbo post traumatico da stress: “Larga parte della psicopatologia consiste nella percezione di minacce, nelle conseguenze emotive di tali percezioni e nei tentativi di evitare, prevenire o sottrarsi alla minaccia”. La terapia cognitiva e le tecniche utilizzate nel corso della sua somministrazione mirano a realizzare una differente percezione della minaccia, guidando la persona a rintracciare esempi di ipotesi di sicurezza e di pericolo e a produrre ipotesi alternative a quelle abituali, distanziandola dalle frequenti valutazioni catastrofiche. Lo scopo del trattamento di sintomi da trauma è quello di eliminare i fattori di mantenimento ed i fattori che ostacolano il normale processo di accettazione dell'esperienza traumatica.⁵⁵
- **Emdr**
È l'acronimo di *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* - (desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari) un approccio terapeutico ideato dalla psicologa americana Francine Shapiro nel 1989⁵⁶ che facilita il trattamento di diverse psicopatologie e problemi legati sia ad eventi traumatici, che a esperienze più comuni ma emoti-

⁵⁵ Mancini F., Gragnani A. (2005), Il ruolo dell'Esposizione con Prevenzione della Risposta nel processo di accettazione, *Cognitivismo Clinico*.

⁵⁶ Shapiro, F., EMDR: desensibilizzazione e rielaborazione attraverso movimenti oculari. Edizione italiana a cura di Isabel Fernandez; presentazione di Gian Franco Goldwurm. Milano: McGraw-Hill, 2000; terza edizione aggiornata a cura di Isabel Fernandez, EMDR, Il manuale – Principi fondamentali, protocolli, procedure, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2019.

vamente stressanti. Oggi è considerato il trattamento evidence-based per il disturbo post traumatico da stress riconosciuto anche dall'Organizzazione mondiale di Sanità. La terapia EMDR ha come base teorica il modello AIP (Adaptive Information Processing) che affronta i ricordi non elaborati che possono dare origine a molte disfunzioni. Numerosi studi neurofisiologici hanno documentato i rapidi effetti post-trattamento EMDR.

La tecnica dell'EMDR si focalizza proprio sui ricordi del trauma o dell'evento stressante e, mediante l'utilizzo di stimolazione oculare o di altre forme di stimolazione alternata destra/sinistra, opera un intervento di desensibilizzazione di tali ricordi, facendo in modo che perdano la carica emotiva negativa che inevitabilmente possiedono.

Questo consente una elaborazione dei ricordi "traumatici", evitando il persistere del processo di produzione dei frammenti mnestici e permettendo un ripristino adattivo dell'informazione immagazzinata in maniera disfunzionale.

Un altro uso possibile dell'EMDR in ambito psico-traumatologico è l'innesto di risorse, inteso come richiamo di momenti, episodi, sensazioni, ricordi positivi da cui trarre la forza per affrontare un momento difficile o un compito importante.

Le psicoterapie cognitivo-comportamentali approcci "di terza onda" o "terza generazione" o mindfulness-based.

- **Acceptance Commitment Therapy, Terapia dell'Accettazione e dell'Impegno:** è stata sviluppata da Steve Hayes e dai suoi collaboratori nel 1986. L'obiettivo dell'ACT non è la riduzione dei sintomi, ma la modificazione profonda della relazione che abbiamo con i nostri pensieri disfunzionali e con le nostre emozioni negative. Solo perseguendo tale obiettivo la sintomatologia subirà una remissione.

Secondo la teoria che sostiene tale approccio è necessario puntare gli interventi, in caso di traumi, sul ruolo giocato dalle condotte di evitamento, il principale sintomo del disturbo. Più ci si affanna per cercare di respingere una qualsiasi emozione negativa, tentando di evitarla, più questa aumenta, amplificando così la nostra sofferenza.

Su questa base, alcuni autori (Segal, Williams, & Teasdale, 2002; Linehan 1993; Hayes et al., 1999) sostengono che la terapia del disturbo da stress post traumatico debba avere come scopo da un lato la riduzione delle

condotte di evitamento, dall'altro un aumento della disponibilità a tollerare e ad accettare gli stati interni caratteristici degli individui con un simile disturbo. La soluzione proposta per il trattamento è una combinazione tra procedure di esposizione, mindfulness, terapia comportamentale dialettica e la Acceptance Commitment Therapy.

Inserito all'interno del modello teorico dell'ACT troviamo il "Face Covid" un protocollo del 2020 di Russ Harris medico e psicoterapeuta specializzato nella gestione dello stress, che rappresenta una guida contenente una serie di passaggi ed indicazioni pratiche utili a rispondere efficacemente alla crisi della pandemia in corso, sostenute dalla cornice concettuale e metodologica dell'ACT. I passaggi indicati in successione che prevedono un training specifico e specialistico per la realizzazione, sono presentati sinteticamente nel seguente elenco:

Focus on what's in your control – Concentrati su ciò che è sotto il tuo controllo;

Acknowledge your thoughts & feelings – Riconosci i tuoi pensieri e sentimenti;

Come back into your body – Ritorna nel tuo corpo;

Engage in what you're doing – Impegnati in ciò che stai facendo;

Committed Action – Azione impegnata;

Opening up – Apertura;

Values – Valori;

Identify resources – Identificare le risorse;

Disinfect & distance – Disinfezione e distanza

- **La terapia sensomotoria** integra tecniche di psicoterapia psicodinamica, di terapia cognitivo-comportamentale con le neuroscienze. Aiuta ad evocare le capacità regolatorie somatiche innate: la modificazione del respiro, della spina dorsale, del movimento, dell'orientamento percettivo e fisico nell'ambiente.

Il lavoro sul corpo facilita il processamento delle memorie implicite, modifica l'apprendimento procedurale e aiuta a regolare l'arousal autonomico⁵⁷.

⁵⁷ Pat Odgen, Kekuni Minton, Clare Pain, (2006) "Il trauma e il corpo", Istituto Scienze Cognitive Editore, Milano.

Per ricollocare il passato nel passato è necessario, durante la terapia, inserire l'esperienza traumatica in uno stato di *arousal* ottimale: una finestra di tolleranza⁵⁸ che rende gestibile lo stato psicofisiologico messo sotto il proprio controllo. Gli eventi passati che rimangono attivi e si ripetono hanno perso la connessione somatica con il presente e confondono lo spazio e il tempo. Ristabilire questa connessione somatica riportando al qui ed ora il presente cognitivo emotivo e sensomotorio facilita la distanza dall'evento traumatico del passato.

- **La psicoterapia strategica breve**

Alla base del modello evoluto si individua il costruttivismo radicale (E. von Glasersfeld, H. von Foerster), la teoria dei sistemi (E. von Bertalanffy), la pragmatica della comunicazione (P. Watzlawick, Beavin, Jackson), la logica strategica (J. Elster, N. Da Costa, G. Nardone) e la moderna teoria dei giochi (J. von Neumann). Una volta vissuto il momento traumatico, il costante tentativo da parte della persona di cancellarne ogni ricordo, non farà altro che amplificare e rendere sempre più vivido, nel presente, l'esperienza traumatica: le "tentate soluzioni ridondanti" rappresentano uno dei costrutti chiave della metodologia strategica⁵⁹.

La terapia utilizza un modello di intervento per il PTSD risultato efficace nella risoluzione di ricordi traumatici paralizzanti. Il romanzo del trauma (G. Nardone) è una tecnica che si oppone al tentativo continuo di evitamento che aggrava la sintomatologia. Produce una fuoriuscita delle immagini e dei ricordi invasivi assegnando ad essi un altro posto fisico, diverso dalla propria mente; i ricordi vengono riportati più e più volte su carta e poi allontanati fino a generare un processo di abitudine simile a quello prodotto dalle tecniche di esposizione e dalle tecniche immaginative e narrative. Inoltre restituisce l'elemento spazio temporale all'evento e ai ricordi relegandoli nel passato⁶⁰.

- **La bioenergetica**, ideata da Alexander Lowen⁶¹, nasce come evoluzione del pensiero e dell'opera di W. Reich (1973). Partendo da originari rife-

⁵⁸ Siegel, D. (2013). Il Terapeuta consapevole. Guida per il terapeuta al Mindsight e all'Integrazione neurale. Sassari: Istituto di Scienze Cognitive Editore.

⁵⁹ Nardone G. (2008), Solcare il mare all'insaputa del cielo, Ponte alle Grazie, Milano.

⁶⁰ www.centroditerapiastategica.com/trasformare-la-ferita-del-trauma-cicatrice-trattamento-strategico-del-disturbo-post-traumatico-stress-dpts

⁶¹ Lowen A. (2013), Il linguaggio del corpo, Feltrinelli, Milano.

rimenti teorici psicoanalitici, si conferma e si consolida il principio dell'assoluta unitarietà di corpo e mente. L'espansione e la contrazione rappresentano gli elementi primari di ogni forma di vita e si estende la rilevanza della loro funzione anche in relazione alla vita umana (fisica e psichica).

Un'azione di contrazione e l'attivazione di una risposta di allarme/lotta/fuga durante la percezione di un evento minaccioso è una costante reazione diffusa a tutti gli esseri viventi. In caso di persistenza della reazione, dovuta all'integrazione di più variabili di vulnerabilità, si arriva ad una cronicizzazione che produce un'attivazione cronica del sistema nervoso periferico simpatico e determina le reazioni fisiche allo stress.

L'analisi bioenergetica teorizza che ogni persona attraverso il proprio corpo narra la sua storia. L'approccio teorico dispone di un insieme di tecniche di lavoro corporeo che permettono di approfondire la respirazione, rilassare le tensioni muscolari, migliorare la circolazione energetica al fine di organizzare una libera espressione delle emozioni e dei sentimenti.

"Il grounding"⁶² "essere sulle proprie gambe", "avere i piedi per terra" è lo strumento che consente il contatto con la propria realtà esterna (ambiente) e interna (il Sé) e, attraverso precisi esercizi, promuove lo sviluppo della consapevolezza dell'unitarietà tra corpo ed emozioni.

- **La teoria polivagale** elaborata in tempi recenti dall'americano Stephen Porges spiega i meccanismi neurofisiologici sottostanti all'interazione mente-corpo.

Dato per certo l'assunto che l'attività del Sistema Nervoso Autonomo influisca significativamente sulla percezione della sicurezza degli individui, la teoria si focalizza sul blocco della capacità di regolazione e connessione dovuto al trauma subito. In situazioni traumatiche o di stress prolungato il sistema nervoso autonomo è coinvolto nella messa in atto di attività difensive e la flessibilità dell'alternanza tra carica e scarica dell'attivazione (simpatico e parasimpatico) sembra venire meno determinando una rigidità anomala dei circuiti.

Dopo un trauma il sistema nervoso autonomo rimane bloccato in uno stato di allerta dorsovagale (o simpatico) e il meccanismo genera nella

⁶² Cori, J.L. (2008). *Healing from Trauma. A survivor's guide to understanding your symptoms and reclaiming your life.* Da Capo Press.

persona il persistere della sensazione di vulnerabilità e la condizione di sentirsi continuamente e ancora minacciata e in pericolo. Gli interventi e le tecniche in linea con il modello teorico presuppongono una mappatura preventiva dello stile abituale di attivazione della persona tra condizione di marcato "*ipoarousal*" dovuto all'attivazione del circuito dorsovagale, "*iperarousal*" dovuta all'attivazione del sistema simpatico, o "stato ventrovagale" che restituisce la sicurezza.

Interventi di trattamento mirano a mappare, quindi, i circuiti del proprio sistema nervoso autonomo e di conseguenza i propri patterns di risposta al trauma. Ciò consentirà di riscrivere la storia traumatica e riprogrammare i canali di accesso al SNA (respiro, tatto, suoni movimenti) ristabilendo le adeguate connessioni e regolazioni che si erano bloccate. È necessario aiutare la persona a ritrovare il senso di sicurezza, allenare la neurocezione, che è stata compromessa dall'evento, al recupero della valutazione adeguata dell'ambiente circostante e alla capacità di distinguere i segnali reali di pericolo e le fonti di sicurezza. La sensazione di sicurezza parte proprio dalle sensazioni corporee e dalla consapevolezza delle proprie emozioni; le tecniche integrate centrate sul corpo, riattiveranno il sistema ventrovagale ripristinando l'autoregolazione⁶³.

Gli interventi di gruppo privilegiano la dimensione gruppale nel trattamento di traumi condivisi dalla stessa comunità o dalle varie tipologie di vittime. L'intervento acquista maggiore efficacia e l'effetto di elaborazione si raggiunge più rapidamente. Questo accade perché ogni partecipante del gruppo funge da "specchio" per gli altri e quindi ognuno diventa una risorsa terapeutica in supporto al lavoro del terapeuta, che è comunque sempre presente; la nascita di legami identificativi e la creazione di una cultura comune generano potenti meccanismi trasformativi.

Tra gli interventi gruppali vi sono quelli di tipo supportivo e gli interventi di tipo espressivo.

⁶³ Porges SW. (2001). The Polyvagal Theory: Phylogenetic substrates of a social nervous system. *International Journal of Psycho-physiology* 42:123-146.

6.6. Le strategie e le tecniche maggiormente efficaci

La ristrutturazione cognitiva, permette di identificare e modificare gli “errori di ragionamento” e le convinzioni disfunzionali su di sé, sugli altri e sul mondo che possono essere anche preesistenti al trauma. Tali pensieri influenzano il proprio senso di sicurezza, la fiducia in sé e la fiducia negli altri. Le emozioni che proviamo dipendono principalmente dal tipo di interpretazione cognitiva che attribuiamo ad una certa situazione. Le tecniche hanno come obiettivo la revisione e la ricostruzione delle convinzioni e delle credenze riguardanti il proprio problema. I pensieri, le emozioni e i comportamenti si influenzano reciprocamente. L’assunto di base postula che modificando attivamente uno dei tre fattori (pensieri, comportamenti ed emozioni) anche gli altri subiranno indirettamente un cambiamento.

Le procedure di esposizione. La procedura di esposizione consente di percepire e valutare in modo “controllato” l’oggetto della propria paura.

L’esposizione è un trattamento basato sulla teoria dell’apprendimento e sulla teoria dell’elaborazione delle informazioni. Nel caso del disturbo da stress post traumatico vengono utilizzate l’esposizione prolungata e l’esposizione multipla.

Le esposizioni in vivo si realizzano concordando e sperimentando una dopo l’altra, varie situazioni e attività temute che possono suscitare il ricordo dell’evento, partendo dalla più affrontabile e arrivando alla più temibile. Il confronto diretto con gli stimoli, reali o immaginati o con il ricordo del trauma e l’omissione di condotte di evitamento, produrrà una risposta di abituação ed il calo di ansia e di paura.

La versione dell’**esposizione prolungata** è stata messa a punto da Foa e collaboratori e si articola in 9-12 sessioni, durante le quali sono previste sia l’esposizione immaginativa, sia un’esposizione progressiva agli stimoli temuti⁶⁴.

La terapia di esposizione multipla, a differenza di quella prolungata, consente l’esposizione ai sintomi d’attivazione fisiologica prima che a quelli cognitivi e comportamentali; questo consente di ridurre la minacciosità delle possibili reazioni fisiologiche. Si ricreano le sensazioni legate al trauma riproducendo iperventilazione, affanno, accelerazione cardiaca; si monitorano i racconti, le

⁶⁴ Foa E. B., Rothbaum B. O., Riggs D. S. & Murdock T. B. (1991). Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 59, 715-723.

parole, i pensieri, si espone il paziente agli stimoli legati all'evento traumatico o ad esso associato, creando familiarità con le reazioni minacciose.

La capacità di *problem solving* è l'abilità a risolvere situazioni problematiche e a generare il cambiamento, producendo un adattamento adeguato richiesto dal contesto. Il processo del *problem solving* rispetta fasi specifiche. È uno strumento cognitivo finalizzato allo sviluppo di una strategia generale efficace per far fronte ai problemi. Per vincere la resistenza al cambiamento è necessario interrompere il tentativo di controllare i pensieri traumatici e di evitare gli stimoli ansiogeni. Il *problem solving* addestra l'individuo a recuperare l'autonomia trovando strategie alternative all'evitamento.

La tecnica immaginativa. Molti orientamenti psicoterapeutici ricorrono a questa capacità mentale per affrontare i disturbi derivanti da esperienze traumatiche: l'approccio psicodinamico, la Analisi Transazionale, la Gestalt, la psicoterapia cognitivo comportamentale. Consente anche attraverso un costante addestramento di interrompere i pensieri ansiogeni e a sostituirli con pensieri piacevoli. Le tecniche immaginative aprono la possibilità di confutare valutazioni disfunzionali peri e postraumatiche e facilitare così l'integrazione dell'evento traumatico nella memoria autobiografica. Permettono l'integrazione della memoria traumatica in una visione più funzionale facilitando una rilettura più adeguata dell'evento vissuto.

La tecnica dell'implosione (*flooding*) è una delle tecniche della terapia cognitivo-comportamentale ma utilizzata anche in modalità integrata da altri orientamenti. Consiste nel far sperimentare, a livello immaginativo o reale, la situazione che più spaventa e per il maggior tempo possibile, allo scopo di fare avvicinare la persona il più possibile alle minacce pervasive e alla parte non reale dei propri timori. Il livello di ansia sale raggiungendo un picco estremo in contesto protetto, per poi ridursi fino all'estinzione.

La **decatastrofizzazione** rende il paziente in grado di riconoscere e contrastare la tendenza a prefigurarsi in modo prioritario le conseguenze spiacevoli delle situazioni, ad ampliare la sua visione e le sue strategie percettive e ad orientare il pensiero su aspetti piacevoli, potenziando le proprie risorse.

Defusione. La defusione, nell'Acceptance and Commitment Therapy (ACT), è la risposta alla fusione cognitiva. La fusione col pensiero comporta che le credenze vengano scambiate con la realtà. Attraverso un processo graduale ci si distanzia dai propri pensieri negativi con i quali ci si era fusi ed identificati,

e li si riconosce solo come pensieri, eventi passeggeri che non bisogna necessariamente controllare, elementi distanziabili e quindi più facilmente gestibili.

Il recupero di strategie di coping e di fronteggiamento:(dall'inglese *to cope with* che può essere tradotto con "far fronte a") fa riferimento alle modalità con cui le persone cercano di gestire o adattarsi ad esperienze critiche che si presentano quotidianamente o addirittura traumatiche. Possiamo definire il coping come un insieme di sforzi cognitivi e comportamentali messi in atto per gestire le richieste esterne in relazione alle risorse possedute (Richard Lazarus e Susan Folkman 1991). Attraverso adeguate strategie di coping si tenta di ripristinare il controllo della situazione o almeno di ridurre lo stato di sofferenza psicologica. Precise competenze psicologiche, trasversali, sono indispensabili per il consolidamento di strategie utili a superare adeguatamente gli ostacoli derivanti da esperienze traumatiche.

Il modellamento⁶⁵. La teoria alla base di questa tecnica afferma che osservare in un'altra persona il comportamento temuto e constatare che in quel caso quello stesso comportamento o fatto o situazione non abbiano prodotto conseguenze negative, può ridurre l'ansia legata a quella situazione. Il principio sottostante la tecnica del modellamento è quello che ribadisce quanto il comportamento sia modificabile, non solo tramite l'esperienza diretta del soggetto, ma anche osservando le conseguenze di un comportamento messo in atto da un modello.

La desensibilizzazione sistematica si richiama al condizionamento classico e si basa sull'impossibilità della contemporanea presenza di ansia e rilassamento. Tramite l'esposizione graduale allo stimolo o alla situazione che incute timore, prima immaginata e successivamente in vivo, il soggetto controllerà la sua risposta emotiva associando allo stimolo temuto una risposta nuova di detensione.

Tecniche di rilassamento. Nel rilassamento muscolare progressivo, attraverso esercizi di contrazione volontaria e consecutivo rilassamento dei principali distretti muscolari, si mira a focalizzare l'attenzione sulle sensazioni di tensione e rilassamento⁶⁶. Esercizi che accompagnano e guidano la respirazione facilitano, anche attraverso tecniche di autoregolazione emotiva, la gestione dello stress. La capacità autoregolativa viene implementata anche mediante percorsi che aumentano la consapevolezza e il controllo.

⁶⁵ Bandura, A. (1977), *Social Learning Theory*, Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ.

⁶⁶ Jacobson E. (1929), *Progressive Relaxation*, University of Chicago Press.

7. IL MODELLO DI INTERVENTO IN SITUAZIONI DI EMERGENZA NELLA POLIZIA DI STATO

Il percorso operativo nella Psicologia dell'emergenza nella Polizia di Stato ha avuto inizio da circa 20 anni e da allora, gli interventi degli psicologi della Polizia di Stato mirano a fornire sostegno agli operatori coinvolti in accadimenti la cui tragicità avrebbe potuto determinare una lacerazione nello stato di benessere psichico e disfunzioni nel loro complesso futuro sistema di relazione. L'obiettivo primario di tutti gli interventi è quello di contenere, monitorare e gestire il normale disagio immediato per evitare che si trasformi, fermentando nel silenzio sostenuto da pudore, pregiudizio, vergogna o solitudine, in un vero e proprio disturbo psicopatologico.

Per evento critico ed evento critico di servizio si intende:

- Qualsiasi situazione che provochi un senso opprimente di vulnerabilità o di perdita di controllo (Roger M. Salomon, Ph.D.)
- Qualsiasi situazione che porta le persone a provare reazioni emotive particolarmente forti, tali da interferire con le loro capacità di funzionare sia al momento che in seguito (Jeff Mitchell, Ph.D.)

L'incidente critico avvenuto in servizio mantiene le caratteristiche peculiari dell'evento critico ed è rappresentato da quelle situazioni traumatiche che sconvolgono la capacità di adattamento generando nella vittima la percezione di vulnerabilità e di perdita di controllo. È spesso legato a una traumatizzazione vicaria del poliziotto, determinata dalla morte o dal ferimento di un collega o da eventi così minacciosi capaci di destabilizzare anche se solo per poco tempo il suo stato emotivo.

Un evento critico costringe a fare i conti con la precarietà e la vulnerabilità della condizione umana e tanto più colpisce figure percepite istituzionalmente e che si auto percepiscono e vengono rappresentate come invulnerabili, tanto più esso, inaspettato e minaccioso distruggerà e disorienterà il senso di sicurezza della vittima lasciandola in uno stato di estraneità. Il fine implicito del lavoro degli psicologi di polizia in emergenza è quello di legittimare

l'umanità del poliziotto, superando ed oltrepassando le barriere degli stereotipi e delle credenze di un immaginario collettivo consolidato.

Lo stress traumatico rappresenta un rischio specifico degli operatori di polizia dato il loro stretto contatto con eventi che hanno a che fare con la morte o con il rischio di morte da causa violenta. Questa forma di stress è innescata da eventi critici che sconvolgono la capacità di adattamento dell'individuo che sperimenta un profondo sentimento di vulnerabilità ed una sensazione di perdita di controllo sulla realtà.

Eventi critici di servizio: per coloro che svolgono il servizio nell'ambito dei comparti sicurezza/giustizia si possono delineare gli scenari più diversi ed imprevedibili. In letteratura si distinguono tre diverse tipologie di vittime, in base al coinvolgimento emotivo rispetto all'evento traumagenico:

- 1) Coinvolgimento diretto: conflitti a fuoco in cui uno o più operatori o altri soggetti siano rimasti feriti o uccisi; aggressione violenta subita, attentato, essere presi in ostaggio, incidenti con il mezzo di servizio, minacce.
- 2) Coinvolgimento indiretto: di testimoni oppure di soccorritori presenti sulla scena in caso di incidenti stradali, calamità naturali, in caso di suicidio o tentato suicidio di un collega.
- 3) Eventi vissuti per confronto emotivo: si tratta di tutte le persone, compresi i soccorritori, che vengono a conoscenza degli eventi accaduti che, per varie ragioni, hanno ampia risonanza emotiva sull'operatore di Polizia. Anche la comunicazione delle bad news ai familiari delle vittime rientra in questa categoria di eventi.

Al fine di scongiurare una degenerazione dello stress traumatico acuto in disturbo post traumatico da stress è necessario mettere in atto una procedura che consenta la condivisione emotiva dell'evento finalizzata ad una graduale normalizzazione dell'adattamento al contesto lavorativo e ad un recupero delle risorse psicofisiche. Le reazioni presenti nell'operatore che è passato per un evento traumatico rappresentano i segnali indicatori di uno stato psicologico da accompagnare, pur essendo come già in precedenza affermato reazioni normali ad eventi anormali.

Le reazioni più frequenti riscontrate a seguito di un evento critico di servizio possono essere i pensieri intrusivi, i disturbi di ansia durante l'esposizione

ad eventi simili o percepiti come simili, l'ipervigilanza, l'irritabilità, i pensieri persistenti riguardanti una parte dell'evento, l'insieme di ricordi passati che bloccano la proiezione nel futuro, il senso di isolamento, ansia e depressione, confusione mentale, mancata concentrazione e diffidenza. A livello comportamentale si riscontrano in contesto lavorativo, una maggiore tendenza all'assenteismo, marcata riduzione del rendimento, un comportamento auto ed etero distruttivo connotato da sentimenti di insofferenza, conflitti, rabbia e scarso autocontrollo emotivo.

L'obiettivo da perseguire consiste nel normalizzare l'evento vissuto attraverso una procedura sistematizzata che comprenda l'individuazione delle varie tipologie di vittime da organizzare in piccoli gruppi a seconda del loro differente grado di coinvolgimento nell'evento; il disinnescare la tensione con un defusing immediato; il consentire un flusso comunicativo delle emozioni da condividere mediante debriefing psicologico; il follow up a distanza al fine di monitorare gli esiti degli interventi. Per la realizzazione di tutti gli interventi, il passaggio attraverso ognuna di queste fasi e la loro preventiva pianificazione, rappresenta un percorso indispensabile finalizzato al buon esito delle attività orientate al sostegno psicologico in situazioni di crisi. Parallelamente si interviene offrendo assistenza ai familiari delle vittime seguendo metodologie specifiche e garantendo un supporto adeguato, curando gli aspetti relativi alla comunicazione, assicurando la presenza degli psicologi durante i momenti più dolorosi e fronteggiando le reazioni spesso connotate da diversificate emozioni da gestire.

Il servizio di assistenza in occasione di eventi critici, per la Polizia di Stato è gestito dalla Direzione Centrale di Sanità. Le richieste di assistenza provengono dagli uffici e reparti di appartenenza delle vittime nel caso in cui siano coinvolti operatori di Polizia, attraverso comunicazioni fornite agli uffici sanitari competenti e vengono sollecitati anche per vie alternative quando l'evento abbia determinato una grande rilevanza sociale. Il primo step fondamentale previsto dalla procedura consiste nell'analisi della domanda, un'attività che deve essere svolta dagli specialisti e che non va confusa con la mera assunzione di informazioni. Un'adeguata analisi della domanda prevede l'analisi del contesto che rappresenta la cornice entro la quale l'evento si è verificato, la raccolta di informazione sulle vittime e sulla rete sociale a disposizione permette di pianificare gli interventi successivi tenendo conto delle dinamiche di gruppo complesse esistenti e preesistenti nelle subculture

interne della Polizia, che caratterizzano gli uffici e reparti di appartenenza degli operatori coinvolti e travolti dall'evento. E' indispensabile un'analisi approfondita che non tralasci una lettura psicologica dei legami affettivi e dei simbolismi condivisi e riconosciuti dal gruppo, necessaria per lo studio delle possibili strategie di sostegno da mettere in atto. Dunque, l'analisi della domanda effettuata da esperti del settore, rappresenta il primo passaggio necessario al fine di poter organizzare un intervento che risponda ai reali bisogni emergenziali. Lo staff che viene individuato, gestisce l'intervento sul luogo dell'evento critico, supportato anche dalle informazioni precedentemente raccolte. Viene formato preventivamente alle tecniche di gestione dello stress da eventi critici e si compone di almeno due psicologi, uno con funzioni di coordinatore, l'altro con funzioni di supporto. È molto importante assicurare la presenza di un'equipe di almeno due psicologi perché ogni intervento assume in sé le caratteristiche di un processo complesso legato alla tipologia di organizzazione del lavoro di polizia che tipicamente si realizza attraverso una squadra. Ogni volta che un operatore è coinvolto in un incidente gli esiti della vittimizzazione si propagano come il movimento che produce un sasso lanciato in un lago, coinvolgendo anche aspetti identitari di una popolazione di "salvatori". La presenza del medico degli uffici sanitari coinvolti nell'emergenza sarà anche di ausilio ove emergano condizioni di vittime che necessitino di supporto farmacologico. Ove disponibile si prevede l'ausilio di un operatore con funzioni di "pari" che appartenga ad uno degli uffici periferici più vicini alla zona dell'evento e che affianchi gli psicologi facilitandoli anche nella individuazione delle reti sociali coinvolte nell'evento. Il primo corso per operatori con funzioni di pari è stato svolto a partire dal 2003 e attualmente comprende una rete di "operatori con funzioni di pari" presente sulla maggior parte delle province del territorio nazionale ed è formata da poliziotti in servizio che, a prescindere dal grado, abbiano vissuto un evento critico di servizio e che, attraverso il "corso di formazione per pari" abbiano maturato una conoscenza anche teorica delle situazioni critiche e dei protocolli di intervento della psicologia della emergenza. La gestione dei tempi di durata del primo e dei successivi interventi e della specifica modalità di realizzazione è a cura dello staff che provvede, una volta raggiunto il luogo dell'incidente, dopo una valutazione degli aspetti di criticità della situazione e una analisi dei bisogni delle vittime, a stabilirne la pianificazione. La gestione del lavoro in emergenza viene svolta con la collaborazione degli uffici locali di Polizia che offrono le loro risorse per facilitare l'intervento dello staff (spazi da utilizzare

per la gestione dei gruppi, facilitazione nella pianificazione dei servizi di turnazione, mezzi per gli spostamenti necessari ecc.). La partecipazione ai gruppi di defusing e debriefing, così come il supporto individuale, è gestita dallo staff in maniera autonoma ma con garanzia di un coordinamento tecnico professionale centrale e nel completo rispetto della privacy dei partecipanti, sempre seguendo i criteri precedentemente menzionati in tema di mappatura dei gruppi omogenei di vittime sullo scenario emergenziale. I gruppi di partecipanti infatti, vengono individuati dallo staff sulla base delle caratteristiche dei fattori potenzialmente determinanti, in ognuno, l'entità della risposta traumatica e sulla base delle richieste di ausilio dei singoli.

Il DVI (Disaster victim identification)

In Italia, a seguito dello tsunami nel sud-est asiatico, nell'aprile del 2006 su disposizione del Capo della Polizia, nasce il gruppo di missione per l'identificazione delle vittime di disastro.

L'operatività del gruppo è demandata alla Direzione Centrale Anticrimine in collaborazione con la Direzione Centrale di Sanità ed è formata da centoventi unità divise in dodici gruppi, composti da medici legali, psicologi, biologi, dattiloscopi, infermieri e videosegnalatori. Il gruppo di missione viene attivato tramite la Segreteria del Dipartimento su disposizione del Capo della Polizia.

È dotato di equipaggiamento idoneo ad affrontare i possibili scenari cui si accede e la sua attività non è ristretta al solo territorio nazionale. Opera per fornire sostegno in ogni paese e per identificare eventuali vittime italiane ove ci fossero, seguendo specifiche procedure, garantendo la presenza dello psicologo di polizia al fine di supportare i soccorritori, i familiari delle vittime, i sopravvissuti e gli altri componenti del team durante le operazioni di identificazioni. Il gruppo Dvi è intervenuto, per esempio, in occasione della tragedia occorsa a Lampedusa a seguito del naufragio di centinaia di migranti. Questo ha significato per i medici, per i funzionari, per gli operatori ordinari e tecnici sostenere un fardello di stressor implicanti esplosioni emotive enormi.

In ogni scenario simile, la folla, i morti, i sopravvissuti e i soccorritori, i testimoni e i curiosi rappresentano il gruppo sulla scena che si interseca e si interconnette con dinamiche psicologiche complesse.

Attivare le procedure di identificazione in un hangar in condizioni ambientali proibitive, con il tempo che rema contro e i mass media in cerca di notizie,

necessita di abilità psicologiche individuali e di gruppo specifiche, alle quali è necessario essere addestrati.

È solo lontanamente immaginabile cosa possa accadere e come sia possibile gestire il carico emotivo che ne deriva.

Per questo anche in tali scenari, la presenza dello psicologo, prima durante e dopo l'evento, risulta essere una risorsa assolutamente essenziale.

7.1. Emergenza Covid-19: Obiettivi degli interventi psicologici

Il periodo vissuto durante l'emergenza epidemiologica Covid-19 ha prodotto cambiamenti sulla nostra vita e sulle nostre abitudini professionali, sociali e familiari legati alla minaccia incombente e diffusa, alle restrizioni della socializzazione, della libertà di movimento, alla costrizione e all'isolamento. La preoccupazione per la salute propria e delle persone care, l'incertezza sui tempi di durata dell'emergenza e sul post emergenza, la lontananza forzata dai propri cari per proteggerli da eventuali trasmissioni del virus, la sospensione della libertà di movimento, possono aver messo a dura prova la "tenuta" psicologica di tutti noi.

Possiamo dunque certamente considerare l'emergenza in atto un evento critico individuale e collettivo secondo le caratteristiche implicite nella sua più classica definizione: «ogni evento critico che abbia provocato un senso opprimente di vulnerabilità o perdita di controllo può generare reazioni emotive rilevanti, tali da interferire con la capacità di funzionare sia al momento dell'evento sia nei periodi successivi» (Jeff Mitchell e George Everly, Ph. D, 1996). Gli obiettivi degli interventi psicologici generalmente rivolti alla popolazione, rispondono anche alle esigenze di assistenza misurate sui bisogni degli operatori della Polizia di Stato impegnati a fronteggiare l'emergenza. Possiamo così delinearli a titolo esemplificativo:

- Offrire sostegno emotivo e informazioni sulle comuni reazioni a chi ha vissuto l'evento drammatico. Esplicitare quanto e come paura, ansia, sensazioni di smarrimento, incubi notturni, ricordi dolorosi e flashback, irritabilità, sensi di colpa, chiusura in sé stessi e apatia, siano da considerarsi reazioni normali, anche al fine di rassicurare ed incentivare condotte auto-protettive e di adattamento attivo.
- Sostegno psicologico nell'elaborazione delle problematiche legate alla sospensione, alla minaccia, alla confusione, al cambiamento fino alle

esperienze di lutto per la perdita di familiari, amici, conoscenti, e in alcuni casi del lavoro. Individuazione delle più idonee modalità di comunicazione delle cattive notizie da riferire. La dimensione sociale della pandemia che stiamo vivendo si intreccia con i correlati psicologici profondi di coloro che sono stati costretti a sospendere i gesti intimi di separazione ma anche i rituali collettivi della celebrazione dei funerali dei propri congiunti, quella occasione irrinunciabile di condivisione del dolore associato alla perdita. Quel rito pubblico di passaggio che spesso ne facilita l'elaborazione e che rappresenta il punto necessario alla ricostruzione della propria esistenza.

- Dare supporto per l'individuazione e lo sviluppo di risposte adeguate attraverso il recupero dei legami con familiari, amici e colleghi che rappresentano lo stimolo a costruire una prospettiva positiva sul futuro; Il distanziamento sociale richiesto dalle regole di prevenzione del contagio ha minato il senso del contatto e della condivisione e lo ha trasformato in surrogati rituali di vicinanza e appartenenza: i cori dai balconi, le bandiere sventolanti, striscioni colorati inneggianti alla coesione e alla speranza che « tutto andrà bene » ne rappresentano un esempio. Il recupero della coesione quotidiana e della vicinanza autentica e non supportata dal vissuto della paura che ne pretende forme simboliche finalizzate a redimere il senso di isolamento e di mancata protezione, passa per la valorizzazione dei punti di forza e della ripresa degli assetti valoriali personali e della comunità.
- Il consolidamento delle capacità di gestione del mondo emozionale dei soggetti più fragili, bambini, anziani, disabili, persone con labilità psichica; l'aiuto proposto delineando indicazioni, efficaci anche per gli operatori che svolgono il loro servizio a contatto con la popolazione, di condotte utili al recupero delle abitudini quotidiane e mirato a far loro superare lo smarrimento generato da un cambiamento spesso vissuto come incomprensibile.
- Il supporto ai soccorritori, medici, infermieri, che hanno sperimentato in veste di vittime secondarie e terziarie le reazioni allo stress generate dagli eventi, reazioni che si possono considerare normali a fronte dell'esposizione ad un evento stressante, che durano generalmente qualche settimana, per poi diminuire gradatamente fino a scomparire completamente. Anche nei soccorritori talvolta, gli esiti persistono nel

tempo e sconfinano in un malessere che include anche la vita personale sociale e professionale del soccorritore. Il sovraccarico emozionale a cui sono stati esposti tutti coloro presenti in prima linea nello scenario di emergenza, pressati da turni e ritmi lavorativi insostenibili e consapevoli dell'incertezza degli esiti relativi al decorso del contagio su molti pazienti, necessita di un supporto finalizzato alla gestione emotiva degli eventi.


Gli operatori di Polizia sono esposti, per le peculiarità delle loro mansioni lavorative, a traumatizzazioni dirette e vicarie. Anche per loro gli eventi critici, se non affrontati adeguatamente, possono contribuire a creare difficoltà significative legate allo stress post-traumatico e rappresentano spesso condizioni più complesse da gestire. Nessuno di noi, a contatto con una situazione sconosciuta e straordinaria come quella che stiamo vivendo, può non risentirne. Coloro che intervengono in scenari di emergenza sono sottoposti ad una serie di sollecitazioni specifiche che comportano un alto carico di sovraesposizione emotiva quotidiana. Infatti, più che in altre attività, il costante livello di capacità attentiva richiesto agli operatori, la capacità di gestire comunicazioni, di negoziare e, al contempo, adempiere al proprio mandato professionale richiede agli appartenenti alla Polizia di Stato una costante qualità di adattarsi a molteplici situazioni e a contesti di relazione e interazione complessi ed inusuali. La tipologia e la durata delle reazioni emotive che si manifestano in una situazione di emergenza sono diverse da persona a persona: qualcuno sarà in grado di normalizzare gli esiti dell'esperienza ricorrendo a risorse personali e a strategie di fronteggiamento già esperite in altre situazioni, altri invece potrebbero sentire l'esigenza di un confronto per individuare e affinare tecniche adeguate a gestire le emozioni legate ai momenti più difficili vissuti nella situazione emergenziale. Il senso di irrealità, la condizione continua di allarme, i pensieri intrusivi, le emozioni negative ingombranti, problemi del ritmo sonno/veglia, irritazione, tristezza, sensazioni di perdita di controllo sono solo alcune delle reazioni normali in risposta ad eventi anormali.

8. IL PROGETTO DI INTERVENTO



L'attuale emergenza epidemiologica ha generato, com'è noto, uno scenario complesso caratterizzato da allarme sociale e conseguenze psicologiche individuali e collettive che ha coinvolto potenzialmente tutta la comunità di polizia con conseguenze di peso ed intensità dissimili. Operatori, dirigenti, questori, medici, infermieri e psicologi di polizia sono stati e sono ancora vittime dirette o indirette del contagio o sperimentano, in ragione del loro lavoro, situazioni di estremo rilievo emotivo a causa delle conseguenze sanitarie e sociali della pandemia. D'altra parte, la pianificazione delle strategie di interventi di pronto soccorso psicologico e di psicologia dell'emergenza ha dovuto tener conto per la prima volta dell'esigenza di distanziamento sociale, configurando la necessità di attivare protocolli di supporto a distanza, inusuali in riferimento agli strumenti noti del sostegno psicologico.

In tale prospettiva, e nella considerazione che l'emergenza in atto ha confini spazio temporali in divenire ed una compagine straordinariamente diversificata, è stata ideata una strategia che nelle linee di azione segue le declinazioni metodologiche della ricerca intervento.

Il progetto, denominato  INSIEMEPOSsiamo ha come obiettivo primario quello di garantire ogni possibile azione di prevenzione dell'insorgenza del disturbo post-traumatico da stress e dei disturbi correlati alle situazioni peritraumatiche attraverso interventi mirati a favorire la resilienza e il recupero del benessere psichico dei singoli, delle famiglie e della comunità della Polizia di Stato, oggi massimamente impegnata ad offrire aiuto e sicurezza a tutti i cittadini.

In linea con le indicazioni della comunità scientifica internazionale sulla psicologia delle emergenze, sono previsti interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria da sviluppare nel breve, medio e lungo termine attraverso

una serie di attività differite e misurate sulla base dei bisogni territoriali e gruppalmente legati all'emergenza in atto e alle sue configurazioni future. Il progetto si caratterizza per un approccio metodologico caleidoscopico mirato a sviluppare, attraverso contenuti strutturati sia in presenza che interattivi e tecniche differenziate, un contatto diretto e un supporto attivo su tutto il territorio, offrendo l'opportunità di consulenze e interventi individuali e di gruppo da parte di psicologi della Polizia di Stato.

8.1. Obiettivi, metodologia e strumenti

| Obiettivi |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Fornire aiuto e sostegno psicologico a tutti gli appartenenti della Polizia di Stato, sulla base di una mappatura dei bisogni in essere su tutto il territorio, attivando un circuito virtuoso che potrà consolidare la resilienza dei singoli, dei gruppi e della comunità locale della polizia di Stato.• Rafforzare le capacità individuali e di gruppo necessarie a gestire e riorganizzare positivamente la propria vita familiare, sociale e professionale.• Stabilire, attraverso contenuti sia strutturati che interattivi, un contatto diretto ed un supporto attivo su tutto il territorio, offrendo l'opportunità di consulenze e interventi da parte degli psicologi della Polizia di Stato.• Offrire, attraverso i risultati degli interventi di analisi, studio e gestione dell'emergenza, un cambiamento controllato e pianificato delle situazioni critiche e anche conoscenze generalizzabili in rapporto al campo di intervento. Nel campo della prevenzione secondaria, i dati raccolti si riveleranno utili prospettivamente per strutturare interventi <i>ad-hoc</i>, mirati a potenziare l'adattamento degli individui, migliorare la qualità della vita dopo l'emergenza e ridurre i sintomi psicologici derivati dall'esposizione allo stress. |

Metodologia

Il metodo è quello tipico della *action research*⁶⁷ che si tradurrà in un approccio da realizzare in diverse fasi successive e consequenziali da attivare presso le strutture territoriali provinciali attraverso l'opera combinata di diversi team di psicologi cui verrà affidata un'area di competenza territoriale specifica.

- Fase diagnostica: sarà centrata sull'acquisizione di tutti gli elementi conoscitivi che permettano di definire le problematiche in essere in modo da comprenderle e pianificare il tipo di interventi da realizzare. In questa fase il team di ricerca competente per area svilupperà una rete di collaborazione con le figure dirigenziali delle strutture territoriali che consentirà una progettazione condivisa degli interventi successivi.
- Pianificazione e progettazione: il quadro degli elementi critici e delle risorse sarà rielaborato attraverso una mappatura cromatica del territorio che consentirà di pianificare progetti di intervento diversificati sulla base delle esigenze contestuali, dei bisogni e delle realtà territoriali. Il team di ricerca svilupperanno i progetti individuando destinatari, risorse, strumenti e tempi di realizzazione. Il Servizio di Psicologia della Direzione Centrale di Sanità sarà di raccordo e supervisione.
- Valutazione del raggiungimento degli obiettivi: l'efficacia delle azioni promosse sarà valutata attraverso dei follow up strutturati a mezzo di griglie di lettura sulla base di parametri di efficacia rilevati da strumenti di indagine strutturati in forma anonima.
- Fase conclusiva di apprendimento: i dati relativi alle procedure e ai risultati ottenuti saranno elaborati e condivisi per una conoscenza generalizzata e la pianificazione di progetti di intervento ulteriori.

⁶⁷ Lewin K. (1946), *Action research and minority problems*, tr. it. in L. Licausi (a cura di) (1972), *I conflitti sociali*, Franco Angeli, Milano.


| Strumenti |
|-----------|
|-----------|

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Nella fase di diagnosi sono previsti una serie di incontri con tutte le questure e le altre strutture della Polizia di Stato, realizzati con lo strumento del focus group, in videoconferenza, centrati sull'analisi dei bisogni psicologici e mirati alla successiva risoluzione attiva delle eventuali criticità emergenti in ogni questura. L'obiettivo è quello di coinvolgere questori, dirigenti e funzionari (ordinari tecnici e medici), nella pianificazione di strategie di intervento diversificate per la gestione emotiva dello stress, attraverso tecniche di prevenzione, supporto e trattamento. I dati diagnostici verranno raccolti attraverso griglie di rilevazione e questionari strutturati. • Nella fase di pianificazione e progettazione, sarà utilizzata una scheda cromatica di rilevazione differenziale per disegnare una mappatura dei bisogni e delle criticità emergenziali di tutto il territorio nazionale, sulla base della quale si potranno declinare le strategie di intervento, anche in ordine temporale, secondo le risorse esistenti e le emergenze in atto. • Infine, nella fase di fase di valutazione, il follow up sarà strutturato attraverso focus group e questionari semistrutturati al fine di monitorare l'evoluzione delle situazioni ed il recupero di una stabilizzazione emotiva e psicosociale. |
|--|

Gli strumenti per la prevenzione ed il sostegno individuale e di gruppo potranno essere avviati anche in presenza, per la gestione delle situazioni più critiche e maggiormente esposte a stimoli stressogeni o traumagenici. Gli interventi di sostegno e consulenza in fase critica e post critica, così come indicato nella letteratura scientifica internazionale, saranno estesi anche ai familiari coinvolti qualora disponibili. Ove necessario, verrà assicurata l'attivazione di una rete territoriale di supporto attraverso uno svincolo presso strutture ed enti locali che possa garantire la continuità di assistenza. La rete territoriale sarà comunque attiva successivamente alla fase post emergenziale, anche attraverso il coinvolgimento delle associazioni e delle scuole di psicoterapia convenzionate con il Dipartimento.

8.2. Uno spazio di ascolto on line: caratteristiche del servizio e compiti dello staff

La cornice istitutiva del progetto ha reso necessaria in prima istanza la realizzazione di un luogo di intervento fruibile nell'immediatezza delle situazioni emergenziali in divenire che potesse rispondere alle istanze dei singoli e dei gruppi offrendo un servizio di accoglienza, counseling e supporto oltre

ogni barriera fisica. Per tale ragione la prima offerta resa disponibile è stato uno spazio di ascolto a distanza per la gestione attiva dell'impatto psicologico dovuto alla fase emergenziale in essere: il servizio, reso possibile da una profusa collaborazione intraistituzionale, è attivo sul portale www.doppiavela.it con un banner di accesso che ha la stessa denominazione del progetto  **INSIEMEPOSsiamo**. Per favorire la possibilità di accedere alle prestazioni di natura psicologica on line è stata realizzata una via di accesso anche in modalità anonima, attraverso un *nickname*. I colloqui con gli psicologi potranno essere realizzati in chat o con il sistema della videoconferenza. Lo staff costitutivo di questo servizio è composto da psicologi della Polizia di Stato in servizio presso diversi uffici centrali e periferici ed opera, con il coordinamento del Servizio di Psicologia della Direzione Centrale di Sanità tutti i giorni per offrire risposte rispetto alle difficoltà personali, professionali o familiari, anche non riferibili all'emergenza epidemiologica in atto.

9. BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (APA) (2013), *DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, tr. it. Raffaello Cortina, Milano, 2014.
- Axia, V. (2006), *Emergenza e psicologia*, Il Mulino, Bologna.
- Bandura A. (1977), *Social Learning Theory*, Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- Bechara A., Damasio A. R., Damasio H., Anderson S.W. (1994), Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex, *Cognition*, 50.
- Brooks S. K., Webster R. K., Smith L. E., Woodland L., Wessely S., Greenberg N., Rubin G. J. (2020), The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence, *The Lancet*, 395 (10227): 912-929.
- Burki T. (2020), Prisons are “in no way equipped” to deal with COVID-19, *The Lancet*, 395 (10234): 1411-1412.
- Carlson E. B. (2005), Un modello concettuale per gli effetti delle esperienze traumatiche, *Cognitivismo Clinico*, 2 (2).
- Cooper C. (1983), *Stress research*, John Wiley, New York.
- Cori J.L. (2008), *Healing from Trauma. A survivor's guide to understanding your symptoms and reclaiming your life*, Da Capo Press.
- Dalle Grave R. (2020), Coronavirus disease 2019 and eating disorders, *Psychology Today*.
- Ehlers A., Clark D. M. (2000), A cognitive model of posttraumatic stress disorder, *Behaviour Research and Therapy*, 38.
- Etkin A., Prater K.E., Hoefft F., Menon V., Schatzberg A.F. (2010), Failure of anterior cingulate activation and connectivity with the amygdala during implicit regulation of emotional processing in generalized anxiety disorder, *American Journal of Psychiatry*, 167(5): 545-554.
- Etkin A., Schatzberg A.F. (2011), Common abnormalities and disorder-specific compensation during implicit regulation of emotional processing in generalized anxiety and major depressive disorders, *American Journal of Psychiatry*, 168(9): 968-978.
- Everly G.S., Mitchell J.T. (1997), *Critical Incident Stress Management (CISM): A New Era and Standard of Care in Crisis Intervention*, MD: Chevron, Ellicott City.

- Foa E. B., Rothbaum B. O., Riggs D. S., Murdock T. B. (1991), Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counselling, *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 59: 715-723.
- Gardner P., Moallem P. (2015), Psychological impact on SARS survivors: critical review of the English language literature, *Canadian Psychology / Psychologie canadienne*, 56(1): 123-135.
- Giannantonio M. (a cura di) (2003), *Psicotraumatologia e Psicologia dell'Emergenza*. Salerno: Ecomind.
- Giannantonio M. (a cura di) (2003), *Sindrome da stress post-traumatico*, Astrolabio, Roma.
- Goldmann E., Galea S. (2014), Mental Health Consequences of Disasters, *Annual Review of Public Health*, (35):169-183.
- Hartsoug, D. M. (1985), *Disaster work and mental health. prevention and control of stress among workers*, National Institute of Mental Health, DHHS Publication.
- IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings (2020), *Gestire la salute mentale e gli aspetti psicosociali dell'epidemia Covid -19*.
- Kavoor A. R. (2020), COVID-19 in people with mental illness: challenges and vulnerabilities, *Asian Journal of Psychiatry*, 51.
- Lazarus R. (1966), *Psychological stress and the coping process*, McGraw-Hill, New York.
- Lee S., Kang W., Cho A., Kim T., Park J. (2018), Psychological impact of the 2015 MERS outbreak on hospital workers and quarantined hemodialysis patients, *Comprehensive Psychiatry*, 87: 123-127.
- Licausi L (a cura di) (1972), *I conflitti sociali*, Franco Angeli, Milano.
- Lin Q., Zhao S., Gao D., Lou Y., Yang S., Musa S. S., Wang M. H., Cai Y., Wang W., Yang L., He D. (2020), A conceptual model for the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in Wuhan, China with individual reaction and governmental action, *International Journal of Infectious Diseases*, 93: 211-216.
- Lo Iacono A., Troiano M (2002), *Psicologia dell'emergenza*, Editori Riuniti, Roma.
- Lowen A. (2013), *Il linguaggio del corpo*, Feltrinelli, Milano.
- Mancini F., Gagnani A. (2005), *Il ruolo dell'esposizione con rrevenzione della Risposta nel processo di accettazione*, *Cognitivismo Clinico*.
- Meichenbaum D. (1977), *Cognitive behavior modification: an integrative approach*, Plenum, New York.

- Mitchell J.T. (1983), When disaster strikes. The critical incident stress debriefing, *Journal of Emergency Medical Services*, 13 (11).
- Mitchell J.T. e Everly, G. (1996), *Critical Incident Stress Debriefing: An Operations Manual for the Prevention of Traumatic Stress among Emergency services and Disaster Workers*, MD: chevron Publishing Corporation, Ellicott City.
- Monk C.S., Telzer E.H., Mogg K., Bradley B.P., Mai X., Louro H.M., Pine D.S. (2008), Amygdala and ventrolateral prefrontal cortex activation to masked angry faces in children and adolescents with generalized anxiety disorder, *Archives of general psychiatry*, 65(5): 568-576.
- Nardone G. (2008), *Solcare il mare all'insaputa del cielo*, Ponte alle Grazie, Milano.
- Odgen P, Minton K., Pain C., (2006), *Il trauma e il corpo*, Istituto Scienze Cognitive Editore, Milano.
- Ordine degli Psicologi del Lazio (2016), *Best Practices per gli Psicologi che operano in contesti di emergenza*.
- Oslin D. W., Datto C. J., Kallan M. J., Katz I. R., Edell W. S., TenHave T. (2002), Association between medical comorbidity and treatment outcomes in laterlife depression, *Journal of the American Geriatric Society*, 50 (5):823-828.
- Pietrantoni L., Prati G. (2009), *Psicologia dell'emergenza*, Il Mulino, Bologna.
- Porges S.W. (2001), The polyvagal theory: phylogenetic substrates of a social nervous system, *International Journal of Psychophysiology*, 42(2): 123-146.
- Porges S.W. (2014), *La teoria polivagale: fondamenti neurofisiologici delle emozioni, dell'attaccamento, della comunicazione e dell'autoregolazione*, Giovanni Fioriti Editore, Roma.
- Rauch S.L., Whalen P.J., Shin L.M., McNerney S.C., Macklin M.L., Lasko N.B., Orr S.P., Pitman R.K. (2000), Exaggerated amygdala response to masked facial stimuli in posttraumatic stress disorder: a functional MRI study, *Biological Psychiatry*, 47.
- Rotter J.B. (1966), Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs, General and Applied*, 80, 1, (N. 609).
- Sbattella F., Tettamanzi M. (2013), *Fondamenti di Psicologia dell'emergenza*, Franco Angeli, Milano.
- Schooley B. L., Horan T.A.(2007), Towards end-to-end government performance management: Case study of interorganizational information integration in emergency medical services (EMS), *Government Information Quarterly*, 24 (4): 755-784.

- Sekowski M., Gambin M., Hansen K., Holas P., (2), Hyniewska S., Pluta A., So-
bańska M., Łojek E. (2020), Risk of developing post traumatic stress disorder in
COVID-19 survivors: what should mental health specialists prepare for?
- Selye H. (1956), *The stress of life*, McGraw-Hill, New York.
- Shapiro F. (2000), *EMDR: desensibilizzazione e rielaborazione attraverso movi-
menti oculari*, McGraw-Hill, Milano.
- Shapiro F (2019), *EMDR. Principi fondamentali, protocolli e procedure*, Raffaello
Cortina Editore, Milano.
- Siegel, D. (2013), *Il terapeuta consapevole. Guida per il terapeuta al Mindsight e
all'Integrazione neurale*, Istituto di Scienze Cognitive Editore, Sassari.
- Sorokowski P., Groyecka A., Kowal M., Sorokowska A. , Białek M. , Lebuda I. ,
Zdybek P., Karwowski M. (2020), Information about pandemic increases negative
attitudes toward foreign groups: a case of COVID-19 outbreak.
- Tagliavini G. (2011), *Modulazione dell'arousal, memoria procedurale ed elabo-
razione del trauma. Il contributo clinico del modello polivagale e della terapia
sensomotiva*, *Cognitivismo Clinico*, 8(1).
- Taleb N. (2012), *Antifragile. Prosperare nel disordine*, Il Saggiatore, Milano.
- Taylor S. (2019), *The psychology of pandemics: preparing for the next global out-
break of infectious disease*, Cambridge Scholars Publishing.
- Tedeschi R. G., Calhoun L. G., (2004), Posttraumatic growth: conceptual founda-
tion and empirical evidence, *Psychological inquiry*, 15 (1).
- Tulving E., Kapur S., Craik F.I.M., Moscovitch M., Houle S. (1994), Hemispheric
encoding/ retrieval asymmetry in episodic memory: Positron emission tomogra-
phy findings, *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*, 91.
- Van Der Kolk B. (1987), *Psychological Trauma*, American Psychiatric Press, Wa-
shington DC.
- Van Der Kolk B. (2014), *Il corpo accusa il colpo. Mente, corpo e cervello nell'ela-
borazione delle memorie traumatiche*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Violanti J. M., Paton D., Dunning C. (2000), *Posttraumatic stress intervention,
Challenges, issues, and perspectives*, Charles C Thomas Publisher.
- Williams R. (a cura di) (2009), *Trauma e relazioni. Le prospettive scientifiche e
cliniche contemporanee*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Xing G.Q., Russell S., Webster M.J., Post R.M. (2004), Decreased expression of mi-
neralocorticoid receptor mRNA in the prefrontal cortex in schizophrenia and bi-
polar disorder, *Int. J. Neuropsychopharmacol*, 7:143–153.

- Yehuda R. (2001), *Biology of post traumatic stress disorder*, *J. Clin. Psychiatry*, 62 (7): 41-46.
- Yıldırım O., Dogan O., Semiz M., Kilicli F. (2011), *Serum cortisol and dehydroepiandrosteronesulfate levels in schizophrenic patients and their first-degree relatives*. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 65:584–591.
- Yule W. (1999), *Disturbo post-traumatico da stress*, Feltrinelli, Milano.
- Zandifar A., Badrfam R. (2020), *COVID-19: considering the prevalence of schizophrenia in the coming decades*, *Psychiatry Research*, 288.
- Zhang S. X., Wang Y., Rauch A., Wei F. (2020) *Health, distress and life satisfaction of working adults in China one month into the COVID-19 outbreak*, *Psychiatry Research*, 288.
- Zuliani, A. (2007), *Manuale di Psicologia dell'emergenza*, Maggioli Editore, Rimini.



Impaginazione e stampa
Tipografia - Direzione Centrale della Polizia Criminale
Viale dell'Arte, 81 - 00144 Roma

