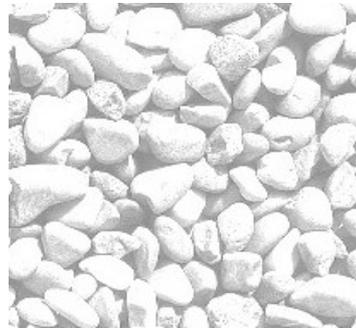
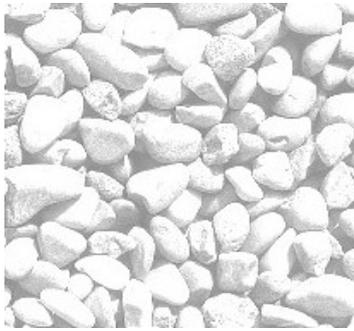




ISSN 2280-9120



Rivista di

Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria

SEMESTRALE DELLA FEDERAZIONE PSICOLOGI PER I POPOLI

Numero 17, 2017



Direttore responsabile
Giuseppe Maiolo

Direttore
Donatella Galliano

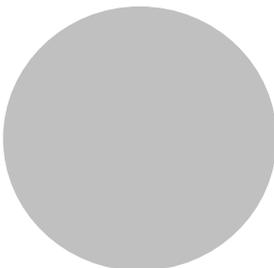
Vicedirettore
Luigi Ranzato

Direzione scientifica
Paolo Castelletti
Daniele Luzzo
Fabio Muscionico
Raffaella Paladini

Comitato professionale
Presidenti delle Associazioni Regionali/Provinciali
di Psicologi per i Popoli

Redazione
Gabriele Lo Iacono
www.psicologia-editoria.eu
E-mail: gabrieleloiacono@psicologia-editoria.eu

Psicologia dell'emergenza e dell'assistenza umanitaria è edita da
Psicologi per i Popoli - Federazione
Via Galileo Galilei 18, Lavis (TN)
CF: 95015460223
Direttore: pxpfederazione.presid@gmail.com
Vicedirettore: psicologixpopoli@alice.it



**Psicologia dell'Emergenza e
dell'Assistenza Umanitaria**

Numero 17, 2017

Indice

Luigi Ranzato

Introduzione

Introduction

p. 4

Alessandra Farinella e Raffaella Paladini

Emergenza rosa: la violenza sulle donne

Violence against women: an emergency

p. 6

Benedetta Giacomozzi, Marzia Marsili, Ingrid Tere Powell, Gina Riccio e Ilaria Vasselli p. 16

Le nuove frontiere dell'operatività nelle maxi emergenze: l'affiancamento dello psicologo alle squadre tecniche

The new frontiers of operativeness in maxi-emergencies: the support of psychologists to the technical teams

Norme per gli autori

Instructions to authors

p. 35

Alessandra Curtacci

Strategie di coping e sindrome da burnout nei Vigili del Fuoco

Coping strategies and the burnout syndrome in the fire brigade

p. 38

La partecipazione alla campagna “Questo non è amore” – un progetto a sostegno delle donne vittime di violenza implementato dalla Polizia di Stato lo scorso anno – ha dato l’abbrivio ad Alessandra Farinella e Raffaella Paladini per la scrittura di Emergenza rosa: la violenza sulle donne. Tale iniziativa ha coinvolto molte piazze emiliano-romagnole ed è stata un’occasione per sensibilizzare la popolazione al tema della violenza contro le donne, fornendo materiale informativo sugli strumenti di tutela e di intervento in situazioni di violenza e stalking. Si tratta, come affermano le autrici, di una sorta di emergenza, dato che il fenomeno, in gran parte nascosto o silente, coinvolge un gran numero di famiglie e, oltre a minare da molti punti di vista le vittime dirette, tende a ripercuotersi sull’intera famiglia e sul futuro dei figli, spesso testimoni diretti o indiretti dei maltrattamenti fisici e psicologici. In questo breve contributo che apre il numero 17 della Rivista di Psicologia dell’Emergenza e dell’Assistenza Umanitaria, Farinella e Paladini inquadrano la tematica fornendo dati sulla diffusione del fenomeno, le varie forme che può assumere, le conseguenze e i fattori predisponenti.

Si passa poi a un contributo su Le nuove frontiere dell’operatività nelle maxi emergenze: l’affiancamento dello psicologo alle squadre tecniche, di Benedetta Giacomozzi, Marzia Marsili, Ingrid Tere Powell, Gina Riccio e Ilaria Vasselli, in cui viene descritta un’esperienza a mio giudizio particolarmente interessante per la sua innovatività e che ci auguriamo si trasformi in prassi per il futuro. In alcuni comuni laziali colpiti dal Sisma del Centro Italia 2016, un gruppo di psicologhe ha accompagnato una squadra tecnica multidisciplinare, composta da ingegneri, architetti, geometri e vigili del fuoco, nel compito di valutare l’agibilità degli edifici lesionati dal terremoto e di consentire ad alcuni superstiti di recuperare parte dei loro beni dalle abitazioni della “zona rossa”. Questo nuovo ruolo degli psicologi dell’emergenza ha richiesto una riflessione sull’integrazione delle specifiche competenze di ciascuna figura professionale ed è stato affrontato, nel rapporto con tutte le parti coinvolte, con la consapevolezza dei valori e dei compiti ormai consueti della psicologia dell’emergenza.

In chiusura, Strategie di coping e sindrome da burnout nei Vigili del Fuoco, di Alessandra Curtacci. Evidentemente i vigili del fuoco affrontano molte situazioni di emergenza, in cui è necessario intervenire rapidamente per salvare delle vite umane. Pertanto si trovano spesso ad assistere a situazioni ad alto impatto emotivo e non sempre facili da elaborare, anche nel caso di professionisti adeguatamente formati, capaci e con esperienza consolidata. L’autrice fa un’esauriente carrellata sugli aspetti psicologici del soccorritore e sui rischi psicologici a cui si espone l’operatore dell’emergenza nei suoi interventi, soffermandosi in particolare sulle teorie dello stress, del burnout e del coping, nonché sui mecca-

nismi di difesa. Vengono proposti paralleli e confronti fra la figura del soccorritore psicologo e quella del vigile del fuoco. Ne emerge un'utile guida per il lavoro psicologico e formativo con questi professionisti dell'emergenza. Anche i vigili del fuoco, infatti, possono trarre giovamento da occasioni formative e da interventi psicologici ad hoc tesi a preservarne la salute in situazioni critiche.

Buona lettura!

Luigi Ranzato

Alessandra Farinella e Raffaella Paladini

Emergenza rosa: la violenza sulle donne

Riassunto

La violenza sulle donne continua a essere in prima pagina su tutti i giornali: ogni anno in Italia oltre cento donne vengono uccise da uomini, quasi sempre quelli che sostengono di amarle. Tanto si è fatto e ancora di più si continua a fare; ma sembra che questo non basti. Anche la nostra Associazione si è mobilitata, partecipando a una campagna nazionale per sensibilizzare la cittadinanza al tema e aiutare le donne vittime di violenze. La violenza può avere molteplici volti, perché non si parla solo di donne ammazzate, ma anche di donne picchiate, maltrattate, abusate, aggredite e sfregiate: una strage, un'emergenza spesso sommersa. Diversi studi hanno evidenziato che ci sono dei fattori predisponenti nell'uomo che esercita violenza nei confronti della donna, ma hanno anche rilevato che esistono dei fattori di rischio nelle donne che subiscono violenza. Tali agiti provocano delle conseguenze, sia a livello psicologico che a livello fisiologico, che dipendono dal contesto in cui avvengono, dalla durata e gravità della violenza e dalle capacità di coping della vittima. Il disturbo post-traumatico da stress è molto spesso una delle più gravi conseguenze a lungo termine maggiormente associate a tutte le tipologie di violenza femminile.

Parole chiave: violenza, donne, partner, sindrome della donna maltrattata, PTSD.

Abstract

Violence against women continues to be on the front page of every newspaper: each year more than a hundred women in Italy are killed by men, almost always those who claim to love them. So much was done, and even more is being done; but it seems that this is not enough. Our Association too mobilized, participating in a national campaign to raise awareness and help women who are victims of violence. Violence can have many faces, as victims of violence are not only the killed women, but also those who are beaten, battered, abused, assaulted and scarred – a massacre, an often subdued emergency. Several studies have shown not only that man exercising violence against women have some predisposing factors, but also that women who suffer violence have some risk factors in themselves. These acting outs have consequences, both at psychological and physiological level, depending on the context in which they are stirred, the duration and the severity of violence, and the victim's coping ability. The post-traumatic stress disorder is very often one of the most serious long-term consequences more strongly associated with all types of violence against women.

Key words: violence, women, battered woman syndrome, partner, PTSD.

Introduzione

Lo scorso anno, come Associazione Psicologi per i Popoli Emilia Romagna, abbiamo aderito alla campagna "Questo non è amore", un progetto implementato dalla Polizia di Stato, che è scesa in molte piazze emiliano-romagnole, accanto alle donne vittime di violenza.

L'iniziativa, diffusa a livello nazionale, è stata promossa dal Ministero degli Interni e ha visto la partecipazione di agenti, psicologi e medici della Polizia di Stato, e ha consentito di contattare oltre 18.600 persone, in maggioranza donne. L'evento ha coinvolto 22 province italiane, tra cui Bologna, Imola, San Giovanni in Persicelo e Modena, il primo e il terzo sabato dei mesi di luglio, agosto, settembre e ottobre, con postazione mobile e personale specializzato. L'obiettivo del progetto era quello di sensibilizzare la popolazione sul tema della violenza contro le donne, fornendo materiale informativo sugli strumenti di tutela e di intervento in situazioni di violenza e stalking, nonché su come comportarsi, a chi rivolgersi e quali centri contattare sul territorio locale in caso di maltrattamenti fisici e psicologici. Il personale presente era preparato ad accogliere racconti di vissuti personali ed eventuali denunce, e consigliare un eventuale supporto qualificato. L'occasione ci ha dato modo di confrontarci su questo argomento con altri professionisti che lavorano nel settore, raccogliere testimonianze raccapriccianti e discuterne tra noi, informandoci/formandoci sui dati del fenomeno e sulle motivazioni delle resistenze a denunciare da parte delle donne.

Il quadro emerso pare davvero allarmante: la violenza sulle donne, per mano di mariti o ex mariti, compagni e/o ex compagni e fidanzati e/o ex fidanzati maltrattanti e abusanti, spesso con esiti infausti, non è mai stata così evidente come negli ultimi anni, a livello sia nazionale che internazionale. Emerge che l'ambito familiare è stato, e continua a essere, il luogo principale in cui avvengono le violenze. La violenza, inoltre, non è circoscritta a determinati classi sociali o culturali, ma colpisce in modo trasversale tutti i gruppi sociali e culturali e tutte le fasce di età.

A fronte dell'aumento esponenziale degli atti di femminicidio - termine con cui si fa riferimento negli ultimi anni alle violenze di genere - e di lesioni gravi nelle vittime maltrattate, si è assistito nei ultimi decenni, da parte delle forze dell'ordine, delle organizzazioni femminili e della sanità pubblica, a un incremento di attività/iniziative e interventi per arginare la violenza e proteggere le donne. Nonostante la cura nella ricerca e l'attenzione alle varie testimonianze, risulta impossibile risalire ai dati reali che permettano di fare una stima esatta dei casi di violenza che avvengono ogni anno, e questo per diversi motivi - primo dei quali la scarsità delle donne che trovano la forza di denunciare il proprio maltrattante.

La violenza e le sue forme

La violenza può avere molteplici volti, che a volte la vittima fatica a riconoscere nelle prime manifestazioni, spesso costituite da parole gentili ma oppressive, atteggiamenti di cura ma eccessivi, azioni di controllo e di dominio sull'altro, che narrano di disagi personali, scarsa autostima, insufficiente educazione affettiva/sentimentale, mancanza di *affermazione sociale* o traumi infantili e violenze domestiche.

Nell'art. 1 della Dichiarazione delle Nazioni Unite sull'eliminazione della violenza contro le donne del 1993, la violenza contro la donna (dentro e fuori le

mura domestiche) viene definita così: “Qualsiasi atto di violenza per motivi di genere che provochi o possa verosimilmente provocare danno fisico, sessuale o psicologico, comprese le minacce di violenza, la coercizione o privazione arbitraria della libertà personale, sia nella vita pubblica che privata”.

Tali comportamenti comprendono:

- Gli atti di aggressione fisica: schiaffi, pugni, calci e percosse.
- L’abuso psicologico: intimidazione, svalutazione e umiliazione costanti.
- I rapporti sessuali forzati e altre forme di coercizione sessuale.
- Vari atteggiamenti di controllo: isolare una persona dalla sua famiglia d’origine e dagli amici, controllarne i movimenti e limitare le sue possibilità di accesso a informazioni o assistenza (WHO, 2002).

La violenza domestica riguarda tutti quegli atti di violenza commessi da uomini vicini alla vittima – come mariti, fidanzati, padri, suoceri, fratelli – che avvengono non soltanto all’interno del nucleo familiare ma anche all’esterno (Canu, 2008). La violenza quindi risulta essere caratterizzata da tutti quei comportamenti dove viene utilizzata sia la forza fisica per controllare e umiliare la donna, compreso l’abuso sessuale, sia quei comportamenti che, pur non essendo caratterizzati dall’uso della forza, hanno il fine di terrorizzare la donna facendo ricorso a minacce, svalutazione e limitazione graduale della libertà e dell’attività lavorativa o di studio. Questi comportamenti determinano con il progredire del tempo una forte limitazione delle risorse a cui la donna può attingere. Gli atti di violenza non emergono nella relazione disfunzionale in modo improvviso, non sono un gesto repentino, un raptus, uno scatto d’ira o di passione accecante, ma avvengono gradualmente partendo dalla violenza psicologica, passando per quella fisica e sessuale fino ad arrivare in moltissimi casi a sfociare nel femminicidio. La violenza da parte del partner maltrattante può assumere diverse modalità di espressione e di intensità. Per quanto riguarda l’intensità, la violenza può esprimersi sia in modo acuto – dove gli agiti, poco frequenti, si caratterizzano come espressione di rabbia – sia in modo cronico – dove gli atti di violenza non sono molto frequenti e hanno lo scopo di esercitare dominio e controllo sulla vittima (Canu, 2008). In riferimento alle modalità di espressione, la violenza assume diverse forme: psicologica, fisica e sessuale.

La violenza psicologica, che precede spesso quella fisica, è caratterizzata da rimproveri, umiliazioni, provocazioni, limitazioni e isolamento della vittima tesi a eliminare qualsiasi rete amicale e parentale che possa costituire una risorsa per quest’ultima, nonché minacce e offese e, infine, privazione dell’indipendenza economica. Tali forme di violenza hanno lo scopo di indurre nella vittima autosvalutazione (mediante un indebolimento della personalità, facendola diventare molto insicura), senso di colpa, vergogna o, nei casi estremi, a un’identificazione con l’aggressore, che conduce inevitabilmente alla collusione della vittima con l’abusante e a mantenere il segreto delle violenze subite e alla sua difesa con meccanismi difensivi quali la minimizzazione e negazione. La donna, infatti, giustifica e protegge colui che le infligge violenza, piuttosto che agire per tutelare la propria vita, facendosi carico della violenza e collocan-

do in se stessa, nel proprio comportamento, la causa di tale agito. Il colludere, per la donna, ha la funzione di evitare il senso di impotenza, dà la sensazione di controllare le violenze subite, costruendo con queste modalità difensive un falso senso di sicurezza. L'abuso emotivo spesso determina nella donna maggiore sofferenza rispetto alla violenza fisica poiché è rafforzato da quest'ultima. In tal modo la violenza emotiva è sufficiente a controllare la vittima, a dominarla. La violenza fisica non comprende solamente atti fisici veri e propri, ma anche le minacce di percosse. In questo tipo di violenza, l'abusante, mediante la paura e l'aggressione fisica, mantiene il suo dominio sulla vittima. La violenza sessuale, ovvero l'*imposizione* dell'attività sessuale, comprende le molestie sessuali e tutti quei rapporti sessuali "accettati" dalla donna per il terrore delle conseguenze da parte dell'abusante – come, per esempio, attività sessuali in pubblico o rapporti sessuali con altri soggetti. Sono violenze che hanno come principale finalità quella di umiliare la donna, privarla della dignità ed esercitare potere su di lei. Vengono utilizzate dal maltrattante non come mezzo per raggiungere un soddisfacimento dei propri bisogni, ma per umiliare e avere il controllo assoluto della relazione. La vittima, invece, viene indotta dai comportamenti violenti del partner a utilizzare le attività sessuali come mezzo per salvarsi dalle violenze fisiche subite ed evitare che il maltrattante indirizzi la propria violenza fisica anche sui figli (Walker, 1996; 2000). Un elemento importante da considerare negli atti di violenza è la *ciclicità* con la quale viene messa in atto.

Sono state individuate quattro fasi crescenti di violenza: nella prima si evidenzia nell'uomo maltrattante uno stato di tensione che si manifesta attraverso il comportamento teso a mostrare ostilità a ogni singolo comportamento della donna. Segue la fase di attacco, in cui il partner mostra la perdita del controllo sul proprio comportamento inizialmente con grida, urla, rottura di oggetti e poi con la violenza vera e propria sulla donna. Successivamente alla violenza, il partner maltrattante cerca di minimizzare l'accaduto attribuendo la colpa dell'accaduto alla partner. Infine, si mostra premuroso nei confronti della partner. Quest'ultima fase gioca un ruolo fondamentale nella ciclicità della violenza, in quanto, con il comportamento manipolativo dell'uomo timoroso di essere lasciato, la donna si lascia convincere che la violenza non avrà più luogo e che lui cambierà. È in questo momento che si instaura nella donna una resistenza agli attacchi di violenza (Canu, 2008).

I meccanismi psicologici sottesi in quest'ultima fase, o fase della "luna di miele", sono la minimizzazione, il diniego e l'idealizzazione – meccanismi difensivi messi in atto dalla donna abusata che gettano le basi per il perpetuarsi delle violenze (Grifoni, 2016).

I fattori predisponenti nell'uomo e la classificazione dei partner maltrattanti

Secondo quanto riportato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 2002), è possibile individuare dei fattori di rischio che predispongono

il partner a esercitare violenza nei confronti della donna. In primo luogo, l'aver sperimentato personalmente o assistito alla messa in atto di violenze in ambito familiare durante il periodo infantile o l'adolescenza costituisce un fattore che predispone l'uomo a ricorrere alla violenza nei confronti della donna. L'assunzione costante o l'abuso di alcol è un altro fattore determinante nella relazione disfunzionale caratterizzata da violenza. In terzo luogo, possono essere presenti disturbi emotivi e di personalità. Questi uomini sembrano essere affetti da disturbi della personalità, in particolar modo da disturbo antisociale di personalità e disturbo borderline di personalità, oltre a presentare una scarsa autostima. Quest'ultima determinerebbe un senso di fragilità, che si cerca di contrastare con la violenza. Riuscire a classificare in qualche modo le caratteristiche dei partner maltrattanti permetterebbe di individuare e mettere in atto adeguate strategie d'intervento, che riducano i livelli di violenza per proteggere la vittima di abusi (Sanders, 1992; Grana et al., 2014).

Holtzworth-Munroe e Stuart (1994), con un'importante ricerca a cui sono seguiti ulteriori studi di validazione, sono riusciti a individuare tre dimensioni, in cui è possibile individuare tre sottotipi di uomini maltrattanti. Le dimensioni fanno riferimento alla messa in atto del comportamento:

- gravità e frequenza delle violenze fisiche e sessuali
- generalizzabilità della violenza
- psicopatologia e/o disturbi di personalità.

I tre sottotipi di uomini maltrattanti individuati da questi studiosi riguardano:

- **Famiglia.** In questo sottotipo rientrano tutti quei soggetti maschili che attuano le loro violenze solamente all'interno del contesto familiare e a cui si associa solo una psicopatologia.
- **Disforico/borderline.** Questi soggetti maltrattano la propria partner sia all'interno che all'esterno del contesto familiare, facendo ricorso all'abuso non solo fisico ma anche sessuale. Presentano inoltre comportamenti criminali e di abuso di alcol e droghe. Da un punto di vista strettamente psicologico, i partner maltrattanti che rientrano in questo sottotipo presentano tratti di personalità patologici imputabili ai disturbi disforici, schizofrenici e borderline.
- **Violento/antisociale.** Questo terzo sottotipo, raccoglie quei soggetti la cui violenza è di grave entità e frequente. Come nel sottotipo precedente, essi attuano anche abusi di natura sessuale. È possibile riscontrare sia comportamenti di abuso di sostanze sia criminali. La loro personalità è patologica, in particolare di tipo antisociale.

In riferimento ai disturbi di personalità, si rintraccerebbe anche un disturbo di personalità di tipo paranoide: l'uomo ritiene che la partner metta in atto una serie di azioni contro di lui e che approfitti del suo amore ripagandolo solamente con delusioni e tradimenti. La violenza, quindi, sarebbe la giusta punizione per le sofferenze e le umiliazioni subite (Casale et al., 2014).

Fattori predisponenti nella donna

Nella relazione caratterizzata da violenza intervengono oltre ai fattori individuali anche i fattori ambientali. Tra questi ultimi è individuabile la mancanza di una rete sociale e familiare a cui fare riferimento per richiedere sostegno e aiuto emotivo e materiale. Molto spesso, infatti, la rete parentale giunge a giustificare o a negare le violenze che la donna riceve, arrivando perfino ad accusarla di essere la causa dell'istigazione alle violenze, di essere un'incapace soprattutto nell'accudire i propri figli, o qualora la donna manifesti l'ipotesi di mettere fine alla relazione, l'accusano di voler far crescere i propri figli privi di una figura paterna.

Esistono due elementi fondamentali che fanno sì che la donna possa divenire oggetto di violenze da parte della figura maschile in età adulta: l'essere donna e l'aver subito maltrattamenti e/o carenze affettive durante il periodo infantile. La bambina, nel periodo infantile, fa costante riferimento alle figure di accudimento per ricevere protezione; tuttavia, se tali figure tradiscono il loro ruolo, facendo sperimentare carenze affettive o, nei casi estremi, maltrattamenti, in lei si sviluppa un senso di insicurezza e inadeguatezza, che la predispone in età adulta a ricercare quella "figura paterna sostitutiva" che vada a confermare la sua convinzione, derivante dall'infanzia, di non meritare di essere amata. La relazione con il maltrattante, inizialmente, non è violenta, in quanto quest'ultimo si dimostra molto attento ai bisogni della partner; ma questo comportamento ha lo scopo di far diventare la donna dipendente da lui, fino ad allontanarla dalle sue relazioni amicali e familiari. Infatti, tutte le donne vittime di violenza non hanno consapevolezza di essere vittime se non nel momento in cui sono invischiate nella relazione (Galante, 2012). Questa dipendenza dà origine a un legame ambivalente, in cui gli atti di violenza assumono un andamento ciclico alternandosi ad affettuosità, ed è in questi momenti di dolcezza e passione che il maltrattante è in grado di trattenerne la partner maltrattata nel rapporto patologico. Occorre sottolineare che l'alternanza di questi momenti spinge la donna, nei periodi di "calma", a ignorare la criticità della situazione, considerando la violenza come un evento isolato. Il partner violento, a sua volta, sostenendo che la violenza non avrà più luogo, determina l'accettazione della relazione abusante da parte della vittima. Dutton e Painter (1981) ritengono che l'alternanza dei momenti di violenza e affetto, e la scelta della donna di mantenere questo legame, non siano dovute, come molti studiosi hanno sostenuto, a una personalità patologica che determina la vittimizzazione o a tratti di personalità masochistici, bensì alla presenza di meccanismi di rinforzo attivati dalla disuguaglianza di potere tra i membri della coppia e riscontrabili nel legame che si instaura tra il rapitore e l'ostaggio. Quest'ultimo legame, definito "identificazione con l'aggressore" ed elaborato dallo psicanalista ungherese Ferenczi, consiste nell'introyettare l'immagine dell'aggressore con lo scopo di rendere l'esperienza meno traumatica, riuscendo ad avere un senso di controllo sulla propria sofferenza. Inoltre, per questi studiosi, occorre considerare anche la presenza di altri fattori importanti che aiutano a mantenere la relazione di abuso, o *traumatic bonding*:

- il ruolo dei modelli comportamentali adulti durante il periodo infantile. Per esempio, l'apprendimento per imitazione di modelli di comportamento aggressivi, che potrebbe determinare nel maschio l'assunzione del ruolo di maltrattante da adulto e nelle femmine un senso di impotenza, derivante dall'osservare la propria madre coinvolta nei maltrattamenti;
- uno stato di impotenza appresa. Il fatto di non poter controllare determinate situazioni o azioni origina nell'individuo la perdita della capacità di affrontare la situazione e apportare un significativo cambiamento. Un'ulteriore conseguenza del senso di impotenza appresa è un drastico calo dell'autostima unito all'insorgere della depressione;
- le ridotte risorse sociali ed economiche. Molto spesso il partner maltrattante, esercitando un controllo sulla disponibilità economica della donna, impedisce il raggiungimento di un'indipendenza che potrebbe essere utilizzata da quest'ultima per mettere fine alla relazione maltrattante.

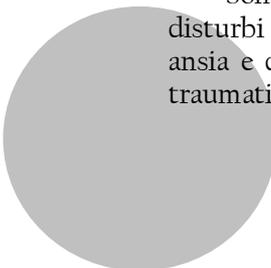
Le conseguenze psicologiche e fisiologiche dell'abuso

La ciclicità delle violenze ha un forte impatto a breve, medio e lungo termine sulla salute della donna. Le conseguenze che ne derivano, tuttavia, non sono oggettive ma variano tra le vittime di abuso e dipendono dal contesto, dalla durata e dalla gravità della violenza, nonché dalle capacità di coping e dalle risorse materiali disponibili (Creazzo, 2011).

La sindrome della donna maltrattata, o *battered woman syndrome*, fa riferimento allo stress psicologico (*distress*) inerente all'anticipazione dell'abuso e ha, come conseguenze psicologiche negative, un abbassamento dell'autostima, impotenza appresa e strategie di coping inadeguate.

Nelle donne violentate si riscontra sovente anche un senso di colpa verso il partner ("sono io a provocarlo") e un senso di svalutazione di sé ("me le merito"); sono donne afflitte da senso di inadeguatezza ("non riesco a far andare bene la relazione", "non sono capace di sopportare"), diffidenza ("suscito biasimo e disapprovazione negli altri"), vergogna ("forse sono io che sbaglio, ha ragione lui"), paura "di far brutta figura" e da un sentimento di ambiguità, "di mettere in cattiva luce il proprio uomo e/o padre dei propri figli". Le donne vittime di violenza lamentano una serie di disturbi somatici come tachicardia, difficoltà a deglutire, senso di "nodo alla gola", disturbi gastrointestinali, come conseguenza degli alti livelli di stress sperimentati. Le vittime si sentono vuote, stanche, prive di energia. Niente le interessa più, il tono della voce è monotono, la mimica facciale è congelata, l'atteggiamento evitante.

Sono riscontrabili inoltre disturbi del sonno, difficoltà di concentrazione, disturbi alimentari, abuso di sostanze e disturbi quali atti di autolesionismo, ansia e disturbo della personalità di tipo paranoide, oltre al disturbo post-traumatico da stress (Pico-Alfonso, 2008; Galante, 2012).



Il disturbo post-traumatico da stress come conseguenza a lungo termine

Dalla letteratura emerge che il disturbo post-traumatico da stress è molto spesso una delle conseguenze a lungo termine maggiormente associata a tutte le tipologie di violenza femminile, anche se la violenza sessuale sembra essere maggiormente correlata al PTSD. Infatti, come riportato nel DSM-5, “è maggiormente prevalente tra le femmine rispetto ai maschi lungo l’arco della vita. Nella popolazione generale mostrano una durata maggiore del disturbo rispetto ai maschi”. Tale disturbo, causato da forti eventi stressanti o traumatici, è associato a episodi imprevedibili, unici e limitati nel tempo, come un incidente, una morte, una catastrofe o altro, ma anche a una minaccia quotidiana, e si caratterizza per la presenza di 1) pensieri intrusivi che fanno rivivere al soggetto l’evento traumatico; 2) evitamento di tutte le situazioni che potrebbero far rivivere l’evento (flashback); 3) una sintomatologia imputabile a un’iperattivazione fisiologica (*iperaorusal*); 4) riduzione dell’espressione emozionale, che causa una riduzione dell’interesse della vittima in attività in precedenza praticate e ritenute interessanti; 5) difficoltà nel manifestare emozioni. Tra i sintomi che possono far ritenere che vi sia un’evoluzione negativa della patologia, ci sono la rabbia e la dissociazione (depersonalizzazione e derealizzazione). L’insorgenza del disturbo avviene generalmente entro tre mesi dall’evento eversivo, e l’acuirsi dei sintomi si associa molto spesso a quei fattori che, successivamente al trauma, continuano a caratterizzarsi come stressogeni, come, per esempio, il rivivere il trauma stesso nella quotidianità (AMA, 2014). Tuttavia è doveroso sottolineare che la comparsa del disturbo non è sempre una conseguenza prevedibile; infatti, occorre considerare l’eventuale presenza dei fattori di resilienza che proteggono la vittima di violenza dallo sviluppo del disturbo post-traumatico da stress.

Conclusioni

Per arginare i casi estremi di violenza che molto spesso sfociano in femminicidio è di fondamentale importanza che la vittima impari a 1) riconoscere la pericolosità delle azioni dell’altro; 2) riconoscere di essere vittima di una situazione di violenza e ad accettare i vissuti e le emozioni negative che ne derivano; 3) fidarsi di sé e prendere consapevolezza della propria forza; 4) chiedere aiuto e non sentirsi abbandonata dai servizi territoriali che possono costituire la sua salvezza. Spesso la donna oggetto di violenza è molto sola. Ed è questo il primo obiettivo dell’uomo violento: isolarla, per meglio “dominarla”, allontanandola dalla famiglia, dalle amiche, dai colleghi e da tutti gli affetti, manifestando un senso di possesso e di coercizione e sopraffazione tirannica, tale da escludere ogni possibilità di reazione. Sovente la donna, per evitare liti, si allontana, elude le telefonate delle amiche, si sottrae agli inviti di familiari, trova pretesti per non uscire, così che in poco tempo si ritrova isolata. Il meccanismo è talmente pervasivo che mina l’autostima e la capacità di coping della donna, che perde il senso di sé e il senso di realtà e spesso rinuncia a denun-

ciare, confidarsi e ammettere le violenze subite, vittima anche della paura che sostituisce la rabbia, e della rassegnazione che placa il senso di ribellione. In una tale esperienza di violenza, deprivazioni e dolore, solo se la donna si sente “protetta” e “ascoltata” può arrivare a trovare il coraggio di fuggire dalla ciclicità delle violenze subite, denunciare e riuscire in questo modo a mettersi in salvo insieme ai figli, qualora presenti. È importante che la vittima riesca a rompere il muro del silenzio, della segretezza che caratterizza queste storie. A livello preventivo, bisognerebbe incentivare nelle scuole, negli uffici, nelle fabbriche e in tutti i luoghi pubblici l’educazione all’affettività, partendo dal presupposto che una buona gestione del proprio mondo emozionale è la migliore garanzia di benessere psicofisico. Riconoscere e gestire le proprie emozioni è fondamentale, perché è proprio attraverso la loro espressione e la loro percezione che si entra in contatto con la dimensione più profonda di se stessi e degli altri. Sapersi “muovere” nel proprio mondo affettivo ed emotivo consente di riconoscere ed esprimere i propri bisogni e metterli in relazione con la realtà esterna, e costituisce il migliore fattore di protezione dal disagio, dal disadattamento e da problematiche inerenti la sfera sessuale, comportamentale e sociale, realizzando così la propria sana e armonica dimensione esistenziale.

Alessandra Farinella, psicologa, Psicologi per i Popoli – Emilia Romagna

Raffaella Paladini, psicologa psicoterapeuta, presidente Psicologi per i Popoli – Emilia Romagna

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2014), *DSM-5 Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Canu R. (2008), *La violenza domestica contro le donne in Italia e nel contesto internazionale ed europeo*, La Riflessione, Cagliari.
- Chang, J.C. et al. (2010), *Understanding turning points in intimate partner violence: factors and circumstances leading women victims toward change*, “Journal of Women’s Health”, 19.2, 251-259.
- Creazzo G. (2011), *Gender-based violence: le violenze maschili contro le donne. Dati nazionali e internazionali*, Presidenza Fondazione del Monte, Bologna.
- Dutton D.G. e Painter S. (1981), *Traumatic Bonding. The development of emotional attachments in battered women and other relationship of intermittent abuse*, “Victimology: An international Journal”, vol. 6, numbers 1-4, pp 139-155.
- Dutton D.G. e Painter S. (1993), *The battered woman syndrome: Effects of severity and intermittency of abuse*, “American Journal of Orthopsychiatry”, 63(4), 614-622.
- Galante R. (2012), *Perché non lo lascio? Storie e psicoterapie di donne legate a uomini maltrattanti*, Antigone Edizioni, Torino.
- Galavotti C. (2016), *Vittime fragili e Servizio sociale. Teorie, percorsi e prassi per l’assistente sociale*, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna.

- Graña J.L., Redondo N., Muñoz-Rivas M.J. e Cantos A.L. (2014), *Subtypes of Batterers in Treatment: Empirical Support for a Distinction between Type I, Type II and Type III*, <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0110651>
- Holtzworth-Munroe A. e Gregory L.S. (1994), *Typologies of male batterers: three subtypes and the differences among them*, "Psychological bulletin", vol. 116, n. 3, 476-497.
- Malagoli Togliatti M. e Mazzoni S. (2009), *Verso un modello multifattoriale per la comprensione dei legami intimi violenti*, "Maltrattamento e abuso all'infanzia", vol. 11, n. 1.
- Pico-Alfonso M.A., Echeburúa E. e Martinez M. (2008), *Personality disorder symptoms in women as a result of chronic intimate male partner violence*, "Journal of Family Violence", 23(7), 577-588.
- Sanders D.G. (1992), *A Typology of men who batter. Three types derived from cluster analysis*, "American Journal of Orthopsychiatry", 62, 264-275.
- WHO (2002), *World Report on Violence and Health*. Tr. it. *Violenza e salute nel mondo. Rapporto dell'Organizzazione Mondiale della sanità*, CIS Editore, Milano.

Benedetta Giacomozzi, Marzia Marsili, Ingrid Tere Powell, Gina Riccio
e Ilaria Vasselli

Nuove frontiere dell'operatività nelle maxi emergenze: l'affiancamento dello psicologo alle squadre tecniche

Riassunto

In seguito al sisma del 24 agosto 2016, che ha colpito in particolare Amatrice e i comuni limitrofi, le autrici presentano la loro esperienza vissuta sul campo come volontarie dell'associazione Psicologi per i Popoli – Trentino. Da tale esperienza è nato il desiderio di condividere un "modello operativo" sul ruolo dello psicologo nell'affiancamento alle squadre tecniche (composte da ingegneri, architetti, geometri e vigili del fuoco), responsabili della valutazione dell'agibilità delle case e del ritiro di beni personali della popolazione. Nasce da qui l'esigenza di promuovere un approccio che, privilegiando le specificità di ogni figura professionale coinvolta, ne favorisca l'integrazione. Un approccio di tipo riflessivo rappresenterebbe una modalità di lavoro condivisa, una diversa prospettiva di azione, consentendo un autoposizionamento costruttivo nella situazione e nel contesto in cui si opera. Tali riflessioni derivano da alcune testimonianze vissute sul campo, sia con la popolazione che con le squadre tecniche coinvolte nel contesto emergenziale. Vengono infine proposti alcuni spunti per il futuro, in particolare per quanto riguarda la prevenzione del burn-out e la formazione delle squadre tecniche coinvolte nelle maxi-emergenze. Grazie a questo "modello operativo", la presenza dello psicologo nelle equipe multidisciplinari aiuta a mantenere il focus sugli elementi fondanti del benessere in tutte le persone coinvolte nelle varie fasi di un'emergenza.

Parole chiave: emergenza, terremoto, squadre tecniche, sostegno psicologico, modello operativo.

Abstract

In this paper, the authors present their field experiences as volunteers of the association "Psicologi per i Popoli – Trentino" in the aftermath of the 24th August 2016 earthquake, which struck especially Amatrice and the neighbouring municipalities. From those experiences, the wish emerged to share an "operational model" concerning the psychologist's role when collaborating with the technical team responsible for habitability assessment (engineers, architects, surveyors and fire fighters), and helping people to collect their personal belongings from their houses. Hence the need arises to promote an approach towards the integration of the various professional roles which preserves their specificity. A reflective approach would represent a collaborative way of working, a different intervention perspective, and would allow a constructive self-positioning in the situation and context in which everyone operates. Through some reports from the field experience, both with people and technical teams, this paper will underline the importance of an integrated work among professionals involved in the emergency situations with different roles. Some reflections for the future will be provided, particularly about the prevention of burn-out and the training of the technical teams involved in the maxi-emergency context. Thanks to this "operational model", the inclusion of psychologists in multidisciplinary teams will help in keeping the focus on the fundamental elements of well-being for all the people involved in the different emergency phases.

Key words: emergency, earthquake, technical teams, psychological support, operational model.

Introduzione

La psicologia dell'emergenza copre un ambito assai ampio di studio e applicazione delle conoscenze psicologiche in situazioni critiche fortemente stressanti, che mettono a repentaglio le routine quotidiane e le ordinarie capacità di coping degli individui e delle comunità di fronte ad avversità di ampia magnitudo, improvvise e urgenti. Esse sono determinate da eventi di grande dimensione collettiva (maxiemergenze), o anche da circostanze gravi ma più circoscritte della vita quotidiana (Pietrantonì e Ranzato, 2016; Pietrantonì e Prati, 2009; Axia, 2006).

La psicologia dell'emergenza si occupa quindi sia delle persone direttamente coinvolte in eventi critici (vittime primarie), sia dei loro familiari e amici e delle persone che sono state testimoni dello stesso evento (vittime secondarie), sia dei soccorritori (vittime terziarie) e della comunità ove gli eventi critici si sono verificati (Sbattella e Tettamanzi, 2013; Friedman et al., 2002).

Nell'ambito dell'emergenza, la riorganizzazione delle appartenenze grup-pali di ognuno diviene quindi importante per la salute mentale, proteggendo l'individuo da un maggiore disagio psicologico, sociale ed economico.

Per questo, nell'ambito della Protezione Civile vengono incaricati tecnici – come ingegneri, architetti, geometri e vigili del fuoco – specificamente formati per affrontare eventi critici e accogliere le esigenze (personali e materiali) delle popolazioni direttamente coinvolte. Questi gruppi costituiti e aventi un obiettivo comune sono chiamati “squadre tecniche”.

Inoltre, la tutela delle persone direttamente coinvolte in eventi critici passa sempre più attraverso lo sviluppo di capacità relazionali e risorse interiori dell'individuo, promuovendo una rete sia in relazione ai contesti sociali di appartenenza e partecipazione, sia alle relazioni interpersonali e interiorizzate delle vittime stesse (Bruschetta et al., 2014).

Le forme di assistenza e soccorso alle popolazioni fragili, durante le calamità naturali, propongono una complessità che rende imprescindibile una lettura multidimensionale del bisogno.

Per esemplificare, basti pensare alla convivenza forzata sotto una stessa tenda di persone con etnie, esigenze individuali e problematiche personali diverse da accogliere, comprendere, riorganizzare, risolvere, tutelare e proteggere. Stessa cosa vale per i soccorritori, che si ritrovano a operare e nello stesso tempo ad accogliere storie, vissuti personali e dinamiche relazionali.

Come per le persone direttamente coinvolte in eventi critici sono essenziali la comunità e il senso di appartenenza, per avere uno “sguardo al futuro”, così per i soccorritori è importante un lavoro di equipe multidisciplinare (per es., squadre tecniche e psicologo), in cui il gruppo valorizza il potenziale di ognuno e rappresenta un utile supporto alla funzionalità operativa in situazioni di calamità naturali.

Nel tessuto delle situazioni di emergenza, si fa sempre più spazio la riflessione sull'utilità di avere nelle squadre tecniche uno psicologo che fornisca “sollievo” sia nei momenti di accoglienza dei terremotati in un crollo emotivo, sia per i soccorritori stessi che si ritrovano a elaborare da soli le “macerie interiori” che un terremoto può comportare.

La figura dello psicologo all'interno delle squadre non ha ancora un ruolo ben definito, poiché spesso i tecnici stessi non sanno quali possano essere i bisogni cui rispondere e come dare spazio ad aspetti di natura più emotivo-relazionale rispetto a quelli prettamente operativi.

Nell'integrazione delle diverse figure professionali, all'interno di ogni situazione di emergenza, vi è la possibilità di una crescita sia tecnica sia emotivo-psicologica dell'individuo stesso, dove ciascuno con la propria professionalità alimenta la forza del gruppo e la qualità del proprio operare.

Il lavoro in equipe multiprofessionale è una modalità di lavoro collettivo, caratterizzato dall'interazione di vari interventi tecnici delle diverse figure professionali attraverso la comunicazione verbale e scritta. Nell'equipe sono mantenuti i rapporti gerarchici, l'autonomia e l'indipendenza tecnica, pur nella flessibilità della suddivisione del lavoro. Spesso, per la diversa preparazione e competenza, è attribuito valore diverso alle varie figure professionali e ciò può generare tensioni (Potter e Barr, 2003).

L'integrazione tra le varie figure professionali può avvenire solo se si mantiene una comunicazione rispettosa del proprio e dell'altrui ruolo. L'azione comunicativa ha bisogno della condivisione non solo di premesse tecniche, ma, soprattutto, di un orizzonte etico (Cocco e Tiberio, 2005).

Le interazioni umane nel lavoro devono essere permeabili al mutamento, alla novità, alla ricostruzione. E possiamo aggiungere che devono essere aperte anche all'interferenza del non tecnico, alla saggezza pratica. Forse l'apertura anche a questa saggezza pratica può arricchire la nostra professionalità (Rotta, 2011; Cocco e Tiberio, 2005).

Lavorare in squadre non significa annullare la specificità dei compiti, essendo le differenze tecniche un contributo fondamentale alla qualità del servizio da offrire. Pur mantenendo distinte le attività relative alle specifiche competenze, è necessaria una flessibilità che garantisca che alcuni compiti – accoglienza, formazione e conduzione di gruppi sociali e/o operativi – possano essere svolti da tutti, indipendentemente dalle diverse professionalità.

La qualità dell'assistenza è direttamente proporzionale alla qualità delle relazioni interpersonali tra le diverse figure professionali dell'equipe integrata e delle relazioni con le diverse vittime.

Conoscere i limiti della propria professionalità e i confini del proprio ruolo è una prerogativa importante quanto l'apertura a un autentico interesse nell'ascolto dell'altro nella sua dimensione personale e tecnica (Potter e Barr, 2003; Lynn e Kelley, 1997).

La capacità di ascolto e di dialogo può essere definita un "dispositivo tecnologico" di grande rilevanza, non solo nella possibilità d'integrazione all'interno dell'equipe multidisciplinare e nei rapporti con gli altri all'esterno, ma anche nella qualità del servizio offerto (Rotta, 2011).

In questo articolo racconteremo la nostra esperienza di soccorso post terremoto del 24 agosto 2016 ad Amatrice e nelle zone limitrofe, in particolare l'esperienza sul campo con i soccorritori e la popolazione, dato il nostro mandato di accompagnare le squadre tecniche (ingegneri e vigili del fuoco) per la valutazione dell'agibilità delle case e per il ritiro di beni personali delle persone coinvolte nel terremoto.

È proprio da questa nostra esperienza che sono cresciuti in noi il desiderio di condividere un “modello operativo” e la consapevolezza che una formazione specifica e un supporto mirato sono indispensabili sia per le persone coinvolte nell’evento critico sia per i soccorritori, che operano nell’affrontare condizioni di emergenza.

Obiettivi

- a. *Promuovere una visione non patologizzante dei terremotati.* Lo psicologo dell'emergenza è chiamato a lavorare con modalità che presuppongono un approccio diverso, nell'*hic et nunc*. L'assistenza di tipo psicologico, nello scenario delle calamità e dei disastri, non mette al centro dell'attenzione una patologia da curare, ma una normalità da preservare e valorizzare anche in situazioni estreme (Barbato et al., 2006). Da un modello centrato prevalentemente sul trauma, ci si orienta a un modello prevalentemente psicosociale (Friedman et al., 2002). Per offrire un aiuto terapeutico senza “patologizzare” i superstiti e gli operatori, l'atteggiamento degli psicologi dell'emergenza deve basarsi sull'empatia, l'autenticità e il rispetto. Queste condizioni facilitanti servono a promuovere la creazione di una relazione positiva tra i sopravvissuti e gli operatori che offrono aiuto.
Diviene quindi importante aiutare le persone a riconoscere la normalità della maggioranza delle reazioni di stress alla calamità (Barbato et al., 2006; Friedman et al., 2002).
- b. *Favorire la resilienza in tutte le vittime e le figure coinvolte nelle calamità naturali.* L'appoggio di una “comunità” che funge da “muscolo emotivo”, che ha forti tradizioni, una propria cultura, radici profonde che alimentano e scandiscono un tempo, e che permette di ricostruire sia le macerie emotive che quelle materiali, favorisce la resilienza. Diviene quindi importante utilizzare il termine “psicosociale” per marcare la stretta connessione tra gli aspetti psicologici dell'esperienza individuale (i pensieri, le emozioni e i comportamenti) e la più ampia esperienza sociale (le relazioni, le tradizioni e la cultura).
Gli interventi che si focalizzano unicamente sul concetto di salute mentale o su quello di trauma psicologico, infatti, corrono il rischio di ignorare aspetti del contesto sociale che sono vitali per il benessere individuale, come la famiglia e la comunità, e che definiscono l'ambito delle appartenenze e i confini dell'identità (Castelletti, 2013).
- c. *Condividere un nuovo modello operativo che vede la figura dello psicologo dell'emergenza come supporto non solo per la popolazione, ma anche per i volontari e le squadre tecniche.*

Metodologia

Cosa significa ispirarsi a un approccio riflessivo?

La psicologia dell'emergenza implica un approccio riflessivo: ossia pratiche di ricerca e riflessione su se stessi e l'Altro che consentano di autopoizionarsi in modo costruttivo nella situazione e nel contesto in cui si va a operare. Tali situazioni e contesto possono essere immaginati come *fieldwork*, lavoro sul campo, elemento caratteristico della ricerca etnografica in antropologia e in sociologia (Hammersley e Atkinson, 2007). Ispirandoci al concetto di riflessività proposto nell'ambito dell'etnografia riflessiva (Davies, 1999) – senza rigettare la soggettività, in quanto elemento caratterizzante la relatività dei saperi – diventa possibile una diversa prospettiva di azione per coloro che si vedono chiamati a prestare soccorso. In questa accezione, un approccio riflessivo permette non solo di immaginare i luoghi in quanto capaci di evocare e incarnare differenti significati, ma anche di incrementare una propria consapevolezza e ricettività nei confronti del contesto emergenziale e delle persone ivi presenti.

Ogni emergenza è unica e, in quanto tale, può attivare diverse dimensioni del Sé e significati; per questa ragione, siamo esortati, in quanto psicologhe e psicologi dell'emergenza, a un autoposizionamento continuo, che prende forma in particolari contesti caratterizzati da quelli che potremo definire "setting non ordinari".

Pensare l'approccio riflessivo come una modalità di ricerca che favorisce la comprensione di quei messaggi che provengono sia dall'interno che dall'esterno, ci consente di analizzare la nostra stessa esperienza *in itinere*; questo processo ha luogo in precisi contesti-situazione e non è procrastinabile.

Nella nostra esperienza sul campo, un approccio riflessivo fornisce una prospettiva privilegiata per accedere al significato dei luoghi, e la conoscenza che ne deriva non è sovrimposta, ma condivisa con le popolazioni affette dal sisma. Di fatto, le situazioni di emergenza richiedono risposte essenziali e non contingenti, da qui la rilevanza di monitorare l'esperienza in corso allo scopo di restituire ascolto e sostegno concertati con la stessa popolazione (come anche con i tecnici e i soccorritori).

Nei prossimi sottoparagrafi ci soffermeremo sugli immaginari e i luoghi. Quest'ultimi, come si è detto, rivestono un significato focale non solo per le persone colpite, ma anche per coloro che prendono servizio come psicologi dell'emergenza negli affiancamenti alle squadre tecniche. Per esempio, le rappresentazioni dei luoghi, che emergono dalle narrazioni, tendono a evocare immaginari carichi di emozioni. Come ha affermato un abitante di Grisciano (Comune di Accumoli) con un accenno di sorriso e lo sguardo assorto, "Noi eravamo un presepe". Questa breve citazione ci dà l'idea di come un autoposizionamento dello psicologo in emergenza sia fondamentale per comprendere l'universo simbolico dell'Altro.

Come prepararsi e operare nelle situazioni e nei contesti di affiancamento?

Prima della partenza verso le zone terremotate, durante le fasi di preallerta e attivazione degli psicologi e delle psicologhe dell'emergenza, vi è un periodo di documentazione, che non va limitato al solo apprendimento delle notizie e nozioni riguardanti il terremoto, ma è un invito a prendere consapevolezza dei luoghi in cui ci si recherà. Questa fase di comprensione non è esaustiva, ci restituisce un sapere "parziale", che tuttavia nell'istante in cui la conoscenza dei luoghi avviene *in loco* – costruita mediante le narrazioni delle popolazioni colpite dal sisma – ci permette di attingere da un sapere capace di favorire una specifica relazione di aiuto, caratterizzata dalla singolarità dell'esperienza collettiva.

Durante il lavoro sul campo, come anche negli affiancamenti, un approccio riflessivo non è esclusivamente funzionale, ossia non è un semplice processo che permette di capire dove ci si sta orientando e di definire la posizione che si assume in un dato contesto-situazione. Un tale approccio è soprattutto garante del dubbio ed è atto a fornire strumenti che permettano di individuare anticipatamente le possibili conseguenze e responsabilità che uno specifico autoposizionamento potrebbe implicare in un particolare contesto-situazione. Di conseguenza, si può cogliere come tra gli obiettivi principali di questo approccio ci sia la necessità di scardinare quella logica assistenzialista che non favorisce la resilienza psicologica delle persone colpite da eventi calamitosi. Un approccio di questo tipo, che non si arrocca in un punto di vista univoco – perché un autoposizionamento si fonda in ogni caso su una relazione di alterità –, fa sì che l'Altro divenga anch'esso costruttore di un sostegno empatico condiviso; in tal modo, si genera un'interazione dove si è compartecipi di un dolore, una sofferenza o un momento di gioia, o di una narrazione collettiva – che in certe località colpite dal sisma vivifica leggende e miti d'altri tempi. Questa considerazione non è scontata, perché talvolta lo psicologo dell'emergenza si trova a operare in contesti che spesso rischiano di saturarsi di una certa logica dicotomica, vittima-soccorritore; tale logica però collide con quelle forme di pensiero e quelle pratiche che mettono al primo posto l'importanza della resilienza e della valorizzazione di reti di supporto multiple, "comunitarie" eccetera (IASC Guidelines, 2007; Sphere Project, 2011).

Di cosa si può "fare memoria"?

Attraverso la scrittura abbiamo condiviso un "fare memoria" atto a promuovere quell'approccio riflessivo, che non è circoscrivibile al singolo individuo. Nel caso degli psicologi dell'emergenza dell'associazione Psicologi per i Popoli – Trentino, la stesura sistematica dei report – con le attività svolte durante la giornata, le problematiche riscontrate, le considerazioni e le proposte – ha rappresentato un passaggio di testimone per la pratica degli interventi.

A seguito di problematiche nuove e impreviste, l'affiancamento è stato concepito come parte principale del nostro mandato. Negli affiancamenti, l'importanza di operare in squadra si rifletteva sia nei passaggi di consegne tra un turno di psicologi e il successivo sia nell'interazione con le squadre tecniche con cui ci si trovava a operare. Ed è forse in questo ultimo caso che il quesito "di cosa si può fare memoria?" assume un'accezione particolare, poiché ci pone di fronte a nuovi scenari di collaborazione in cui l'affiancamento è il primo passo per promuovere una risposta coordinata tra diversi operatori dell'emergenza, allo scopo di restituire all'ascolto, e *in primis* alla parola, la sua complessità, in quanto promotrice di compartecipazione, affermazione identitaria, costruzione di senso, rinegoziazione del potere (Hillman, 1995) e *agency* sulla propria vita.

Far riconoscere l'importanza della parola invita ad assumere, fin dai primi interventi di supporto alla popolazione, un'altra prospettiva: le persone e le loro risorse psicologiche sono la via d'accesso verso la ricostruzione.

L'esperienza sul campo

L'attivazione e il contesto del nostro operato

L'attivazione di Psicologi per i Popoli – Trentino

In seguito al sisma del 24 agosto 2016, l'attivazione della nostra associazione Psicologi per i Popoli – Trentino è avvenuta in maniera differente rispetto alle altre organizzazioni regionali. La nostra presenza e il nostro operato ad Amatrice sono stati possibili grazie a una convenzione fra l'Associazione e la Protezione Civile della Provincia Autonoma di Trento. A partire da pochi giorni dopo il terremoto, fino alla fine di settembre 2016, più psicologi volontari hanno operato, alternandosi in turni di 4-5 giorni, all'interno di Campo Trento: il campo allestito dalla Protezione Civile della nostra Provincia, che si è occupata della costruzione della nuova scuola del comune laziale. Per questo motivo, noi psicologi trentini ci siamo trovati innanzitutto a lavorare in un "campo tecnico": una circostanza abbastanza anomala in situazioni di emergenza, in quanto non eravamo in contatto 24 ore su 24 con la popolazione, ma con i volontari (la Croce Rossa e i Nucleo Volontari Alpini), i soccorritori e i tecnici (Vigili del Fuoco, ingegneri, geometri e architetti).

Con chi abbiamo lavorato

Dopo una prima fase di *scouting* all'interno del campo, il nostro operato si è allargato, articolandosi principalmente su tre fronti: con la scuola (genitori, alunni, docenti, dirigenti e rappresentanti del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca/MIUR), con la popolazione direttamente colpita dal sisma e infine con i tecnici e i volontari della Protezione Civile. Trovandoci

all'interno di un campo tecnico, abbiamo lavorato a stretto contatto con gli ingegneri della nostra provincia, responsabili delle verifiche di agibilità delle case e delle varie strutture edilizie, e con i Vigili del Fuoco, che si occupavano del recupero di oggetti personali all'interno delle dimore. Ciò ha permesso da un lato di "sollevare" i nostri tecnici dalla gestione degli aspetti emotivi che, inevitabilmente, la popolazione lasciava emergere, fornendo a quest'ultima un ascolto e un supporto psicologico mirato; dall'altro lato, è stato possibile fornire supporto ai tecnici stessi, spesso anche loro emotivamente provati dalle situazioni che caratterizzano uno stato di emergenza. La nostra esperienza sul campo ci ha permesso quindi di ascoltare tante storie e di accogliere molti vissuti, diversi fra loro per coinvolgimento (umano e professionale) ma simili per tipologia di reazioni e di bisogni.

La nostra esperienza sul campo con la popolazione

Due esperienze con la popolazione residente ad Amatrice e Accumoli appaiono ai nostri occhi particolarmente significative sotto il profilo dell'importante ruolo assunto dallo psicologo dell'emergenza.

Riconoscere il valore delle piccole cose della vita quotidiana

Alcune persone vengono accompagnate dai Vigili del Fuoco nel recupero di alcuni oggetti personali dalla loro casa: gli altri familiari (fra cui una signora anziana) attendono fuori dalla zona rossa, avvicinandosi in un secondo momento a noi psicologhe che eravamo presenti sul posto per fornire il nostro supporto a chiunque ne avesse bisogno. Durante l'attesa la signora ci racconta la storia della sua famiglia: la loro casa ora è distrutta ma, per miracolo, nessuno è morto la notte del 24 agosto; "qualcuno da lassù", dice, facendo riferimento al marito, li ha protetti.

Quando la raggiunge la figlia con il nipote, di ritorno dalla zona rossa con borsoni carichi di oggetti e ricordi della loro vita, la signora chiede subito: "Gli orologi del papà! Hai preso gli orologi del papà?". La figlia risponde: "No, mamma. Gli orologi non li ho trovati. Però ho i vasetti della marmellata!". La madre esclama: "Ma cosa te ne fai dei vasetti di marmellata?". E la figlia enfatizza l'importanza che hanno per lei quei vasetti di vetro, vuoti, in cui ci metteva la sua marmellata che cucinava spesso la sera. Dei vasetti che hanno assunto un profondo valore affettivo, quasi al pari degli orologi del padre scomparso anni fa: degli oggetti che rappresentano una quotidianità ormai andata persa e un legame con le sue abitudini. Il nipote, poi, rassicura la sua nonna, dicendole che gli orologi sono stati trovati nel cassetto dove erano custoditi: adesso sono riposti in qualche borsa, nascosti fra tanti altri oggetti. E così, quei vasetti, all'apparenza tanto insignificanti, diventano un'occasione per parlare di ciò che c'era e di come era la vita prima del terremoto. La signora ci racconta come cucinava la sua marmellata: era un rituale che si ripeteva la sera, al rientro dal lavoro. Inizia a lasciar scorrere le lacrime, cerca il contatto fisico con noi, ci abbraccia.

Nel frattempo comincia a piovere: noi continuiamo ad ascoltare empaticamente il suo racconto, sorreggendo gli ombrelli e offrendo dei fazzoletti. Ci proponiamo poi di aiutare la famiglia a caricare tutte le borse sull'auto ma preferiscono farlo da soli: forse già troppi estranei hanno visto e toccato i loro beni. Alla fine ci salutiamo e ci stringiamo forte. La famiglia se ne va verso Roma, con la macchina carica di borsoni e scatoloni (note dal report, settembre 2016).

Gli anziani e il loro forte senso di comunità e appartenenza

La seconda esperienza rappresentativa avviene in un piccolo borgo. Accompagniamo una squadra di ingegneri che deve verificare l'agibilità della casa di un anziano di 90 anni, assieme a sua figlia.

La casa è inagibile: per gli ingegneri non è possibile far entrare l'anziano signore, ma come fare ad allontanarlo dalla sua casa, dalla sua storia? Proprio lì, vicino alla casa diroccata c'è un secchiello pieno di mangime (segno di appartenenza a una comunità rurale). Una di noi psicologhe prende il secchiello e si avvicina all'anziano: "Carissimo, andiamo a vedere come stanno le sue galline, i suoi piccioni e i suoi conigli?". L'anziano signore si illumina e prende sottobraccio la psicologa. La figlia rimane con i tecnici, mentre l'anziano signore si inoltra nelle stradine di campagna insieme alla psicologa: lì a pochi metri dalle macerie della sua casa, tra alberi e sassi viene narrata la storia di quel piccolo borgo, di quella campagna aperta dove solo gli anziani ancora hanno il coraggio di abitare, e che, nonostante tutto, sono ancora là. Li raggiunge poi la figlia una volta finito il sopralluogo e inizia a raccontare del terremoto, vissuto assieme al padre, alla madre e alla zia, entrambe anziane con gravi problemi di salute. Si sono salvati tutti, ma ancora si chiede come sia stato possibile. Lei vive a Roma, questa era la loro casa d'origine, così come per molte altre famiglie del luogo.

Il padre, dopo il terremoto, si è appoggiato alla tendopoli, vuole tornare sempre a vedere i suoi animali, non tollera l'idea di andare in città, vuole restare vicino alle sue bestie. Qui tutti si conoscono e, mentre si parla, altri anziani passano e salutano, con un abbraccio, con una parola. Ecco che si avvicina una compaesana, un'altra anziana del paese che lo riconosce ed esclama: "Non ti avevo visto! Pensavo non ci fossi più!" e si commuovono. Vedere gli anziani ritrovarsi e riabbracciarsi trasmette un forte senso di appartenenza e di comunità (note dal report, settembre 2016),

L'esperienza sul campo e il lavoro con i tecnici e volontari della Protezione Civile

Accanto alle storie di chi vive il terremoto in prima persona, ci sono quelle dei soccorritori, dei volontari e dei tecnici. Grazie all'affiancamento dello psicologo, molti dei loro vissuti – differenti per coinvolgimento professionale e personale – hanno trovato un contenitore emotivo. È stata un'occasione per gestire in maniera più adattiva alcune dinamiche.

Per quanto possibile, si è cercato di sollevare i tecnici stessi dalla gestione dei vissuti emotivi che la popolazione lasciava emergere nel corso dei sopralluoghi, consentendo loro di lavorare in condizioni meno stressanti.

Talvolta può capitare che il “tecnicismo”, all’interno della situazione d’emergenza, impedisca una gestione adattiva di alcune dinamiche psicorelazionali presenti nei gruppi di lavoro: ecco dunque che lo psicologo assume un ruolo non solo di accoglienza emotiva ma anche di mediazione fra le parti.

Infine, gli ingegneri ci hanno segnalato spesso famiglie e persone particolarmente in difficoltà, consentendoci in questo modo di fornire loro un supporto mirato. Riportiamo di seguito alcune esperienze significative.

Il supporto psicologico ai Vigili del Fuoco

Durante il viaggio per raggiungere un’altra frazione, ci imbattiamo in una camionetta dei Vigili del Fuoco in fase di manovra. Le strade sono piccole e tortuose, la manovra sarà lunga, quindi ci fermano e ci chiedono di parcheggiare. Scendiamo, e subito due pompieri si avvicinano e manifestano il desiderio di parlare proprio con noi psicologi. Accogliamo il loro bisogno ed ecco che spuntano addirittura delle sedie: ci fanno accomodare vicino a loro. Uno dei Vigili del Fuoco chiede: “Secondo lei, dottoressa, avremo bisogno di supporto subito dopo aver fatto un turno di cinque giorni dopo la tragedia? Noi eravamo qui già alle 5 del mattino a estrarre morti!”. Gli sguardi condividono già una risposta e, mentre il giovane pompiere si risponde da solo, il suo collega inizia a raccontare la propria esperienza a L’Aquila: il sisma del 24 agosto 2016 ha riattivato in lui immagini e ricordi del passato.

Il primo pompiere riferisce successivamente alcune dinamiche presenti nella sua squadra di lavoro, e dice che a volte, senza un motivo apparente, gli viene da piangere proprio quando sta bene. Parla della notte del 24 agosto, dei corpi estratti, delle famiglie in lacrime, del turno allucinante affrontato senza quasi dormire. Poi, al rientro a casa, tutti di nuovo operativi per andare a spegnere un incendio boschivo. Lì un collega, presente anch’egli al turno nelle zone del terremoto e per questo affaticato, commette una svista causando danni alla camionetta dei Vigili del Fuoco. “Eravamo esausti”, confessa.

Questo episodio è per lui uno spunto di riflessione sull’importanza di avere, come volontari tecnici, un supporto psicologico: suggeriamo così di avanzare la richiesta di supervisione di uno psicologo per tutto il suo gruppo di colleghi (note dal report, settembre 2016).

Il supporto psicologico alle squadre degli ingegneri

Tornando ad Amatrice, accompagniamo una squadra di due ingegneri nel sopralluogo di un supermercato, assieme al proprietario dello stesso. Il negozio si trova dentro la zona rossa, e noi psicologhe non possiamo entrare: gli elmetti e l’attrezzatura necessaria per stare in sicurezza sono finiti. Promettiamo quindi di aspettare la squadra dei tecnici e il proprietario appena al di fuori

della zona rossa. Nelle tre ore di attesa, sotto la pioggia, ascoltiamo tanti altri racconti da persone che entrano ed escono continuamente dalle transenne che delimitano il centro storico di Amatrice: persone con le borse piene di oggetti e gli occhi dallo sguardo perso e gonfi di lacrime, accompagnate dai Vigili del Fuoco con le divise tutte impolverate. Anche questi ultimi ogni tanto si fermano a conversare con noi.

Ci avviciniamo a una signora apparentemente isolata che aspetta che i pompieri le riportino la sua dentiera. Quando ritornano i nostri tecnici, al termine del sopralluogo, il gestore del supermercato ci ringrazia per averlo aspettato, ma non parla molto; addirittura si scusa per non averci portato la ricetta originale dell'amatriciana che ci aveva promesso prima di iniziare il sopralluogo.

Gli ingegneri sono invece visibilmente scossi e provati: durante il rientro a "Campo Trento", iniziano a raccontarci la loro esperienza all'interno della zona rossa e durante la verifica di agibilità del supermercato. Hanno bene impresso l'odore forte di cibo avariato in mezzo alle macerie, misto a tutti gli altri odori di distruzione e di morte. Li ascoltiamo, e anche le emozioni degli ingegneri emergono.

Alla fine, uno dei due tecnici consegna a noi psicologhe due noci; le hanno prese al supermercato di Amatrice. Riteniamo sia emblematico questo lasciare infine a noi quei "pezzi" della loro esperienza. L'altro ingegnere invece schiaccia altre noci, stringendole nel pugno con forza e determinazione, e le mangia. Osserviamo da una parte la tendenza ad affidare (anche concretamente) all'altro un estratto della propria esperienza e, dall'altra, l'introiezione della stessa: due diverse reazioni di fronte allo stesso evento (note dai report, settembre 2016).

Il supporto psicologico ai volontari del Nucleo Alpini

Quando il numero di persone all'interno del campo inizia a diminuire, e di conseguenza anche il lavoro, emergono i pensieri e le emozioni dei volontari, che hanno bisogno di esprimersi con qualcuno disponibile a un ascolto empatico e professionale. È in questi casi che il ruolo dello psicologo diviene importante poiché permette agli interlocutori di orientarsi più sull'essere che sul fare. I volontari affermano che è importante essere formati da uno psicologo alla gestione della frustrazione, della rabbia e della conflittualità, che a volte emergono in contesti emergenziali. Le scosse di terremoto percepite ad Amatrice hanno attivato in loro ricordi legati alle passate esperienze in altre zone terremotate, provocando reazioni quali flashback, ansia e incubi notturni. Il ruolo dello psicologo dell'emergenza diventa così anche di tipo psicoeducativo, nel senso che facilita il riconoscimento della normalità di tali reazioni: è l'evento in sé a essere anormale, non le risposte delle persone di fronte ad esso.



Lezioni apprese e spunti per il futuro

“Ogni evento sviluppa una propria dinamica e richiede ai soccorritori un notevole impegno, creatività, flessibilità e resilienza. Le esperienze devono essere integrate e i concetti rivisti dopo ogni disastro. [...] L’eterogeneità degli eventi traumatici e delle loro conseguenze sfidano linee guida specifiche e si impone la necessità di flessibilità negli interventi e di adattare le linee guida alle circostanze specifiche” (TGIP, 2008)

Da più di un decennio le Agenzie dell’ONU e il Consiglio dell’Unione Europea si sono mossi, pubblicando lavori di ricerca volti a concettualizzare e promuovere la cura psicosociale in situazioni di emergenza e la prevenzione delle possibili conseguenze psicologiche a lungo termine per le vittime di eventi catastrofici.

A seguito delle esperienze vissute ad Amatrice, e del confronto con le colleghe e i colleghi di Psicologi per i Popoli anche nel contesto dell’ultimo campo scuola di Marco di Rovereto (settembre 2016), sembra utile condividere alcune riflessioni sulle lezioni apprese. L’obiettivo è quello di fornire un contributo al dibattito sugli interventi in emergenza e sulla prevenzione – aspetto indispensabile per mantenere il benessere di tutta la rete dei soccorritori, dai tecnici professionisti ai professionisti volontari, attivi o in attesa di attivazione, nei vari ambiti.

Anche questa emergenza evidenzia l’importanza dell’inserimento di figure dotate di competenze psicologiche nella gestione delle emergenze, fin dalle fasi preparatorie all’intervento. La presenza di psicologi e psicologhe dell’emergenza può aiutare a mantenere un focus sugli aspetti psicologici e gli elementi fondanti del benessere nelle popolazioni soccorse e negli stessi soccorritori, anche nei momenti di pianificazione tecnico-logistica, quando la necessità di agire con efficienza ed efficacia può portare a trascurare altri aspetti non meno importanti. L’inserimento di questa professionalità già nelle prime fasi dell’emergenza permetterebbe inoltre di mantenere un collegamento con la fase successiva, durante il dispiegarsi dell’intervento, e quindi sia di continuare i momenti di formazione con le squadre di tecnici professionisti e volontari, sia di monitorare il momento del rientro alla “normalità” a distanza di alcuni mesi.

Prevenzione del rischio di burn-out e formazione

Sono necessari interventi formativi e di sostegno per coloro che si occupano di aiuto nei contesti emergenziali, finalizzati alla promozione di competenze psicosociali nella gestione della crisi/emergenza nonché alla tutela del benessere psichico (Ricciardi, 2002). Formazione e supervisione continua risultano indispensabili per tutta la rete di soccorritori, psicologi inclusi, affinché alcuni *modus operandi* e *cogitandi* siano introiettati nel momento dell’intervento (Fenoglio, 2008).

Le linee guida dell’Inter-Agency Standing Committee sulla salute mentale e il supporto psicosociale nei contesti emergenziali (IACS, 2007; Castelletti,

2006) sottolineano l'importanza imprescindibile della salute mentale e del supporto psicosociale alle popolazioni assistite, anche e soprattutto in un'ottica preventiva; si sottolinea, inoltre, come l'azione psicosociale venga proposta da figure professionali come psichiatri, psicologi e operatori del sociale in sinergia. Come è stato ricordato: "[...] nelle emergenze non tutte le vittime sviluppano necessariamente gravi problemi psicologici, in quanto molti mostrano capacità di *coping* e reagiscono in modo resiliente alle situazioni traumatiche. Così come, per altro verso, le problematiche psicosociali e di salute mentale non sono tutte riconducibili all'esperienza estrema del Post-Traumatic Stress Disorder. Sarebbe quindi un grave errore ignorare le risorse possedute dalle popolazioni locali e concentrarsi unicamente sui deficit, sulle debolezze, sulle sofferenze e sulle patologie delle popolazioni colpite dalla catastrofe" (Castelletti, 2006).

Lo stress dei soccorritori può portare sul lungo periodo a fenomeni di *burn-out* studiati in letteratura, con conseguente esaurimento di energie e motivazioni: un aumento esponenziale di malessere e criticismo le cui conseguenze ricadono direttamente sulle persone coinvolte, a cerchi concentrici sulle associazioni di volontariato di appartenenza e indirettamente sulle istituzioni. Ciò crea scontento, demotivazione, alta conflittualità, malessere fisico, psichico, sociale, con alto rischio di abbandono e il possibile insorgere di atteggiamenti rivendicatori; talora questi possono tradursi in forme di aggressività diffusa, seppure latente oppure scissa, soprattutto laddove non vi sia un'adeguata formazione e preparazione degli scenari possibili in cui ci si troverà a operare. Buona parte degli stress individuali e collettivi conseguenti ai disastri naturali può essere contenuta e/o ridotta con una formazione specifica delle persone coinvolte: ogni azione di formazione deve necessariamente includere modi efficaci di comunicare, decidere, valutare, gestire le emozioni, e diffondere le strategie più efficaci per fronteggiare i pericoli (celere attivazione dei processi di selezione percettiva e dei processi cognitivi complessi in situazioni di emozioni intense; Castelletti, 2006). Oltre alla formazione, possono concorrere a svolgere un'azione preventiva un'adeguata supervisione, momenti di intervizione e una costante autoosservazione.

Gli interventi formativi e di sostegno, per coloro che si occupano di aiuto nei contesti emergenziali, devono comprendere la conoscenza delle procedure organizzative e dei comportamenti più adatti da osservare e la promozione di competenze psicosociali nella gestione delle situazioni di crisi/emergenza a tutela del benessere psichico (Friedman et al., 2002). Le componenti psicologiche dovrebbero ricevere un'attenzione particolare nella preparazione e formazione dei tecnici che interverranno sui possibili scenari di rischio, con moduli dedicati non solo alla gestione dello stress e alla comunicazione con le persone soccorse (Fenoglio, 2010), ma anche a riflessioni di autoconsapevolezza: cosa significa intervenire e agire in situazioni di alta criticità dove emozioni molto intense richiedono una pronta capacità di riflessione e autoosservazione e velocità di intervento, per agire in modo efficace senza iperreatire. Gli interventi psicoeducativi dovrebbero quindi includere informazioni sulle implicazioni del fatto di vivere in condizioni altamente stressanti, tecniche di gestione dello stress e spunti per accendere una maggior consapevolezza delle

motivazioni di chi interviene. Inoltre, una conoscenza del valore dei bisogni primari (la casa, il cibo, l'igiene personale) per chi opera e per le persone soccorse può aiutare a relazionarsi in modo diverso ed empatico non solo con queste ultime, ma anche con gli altri soccorritori e con sé stessi (Ranzato, 2016). Qual è infatti il significato dei bisogni primari in emergenza? Oltre al nutrimento ristoratore, è necessario disporre di servizi igienici adeguati e puliti, così come di luoghi di idoneo riposo. Turni di permanenza eccessivi o reiterati con troppa frequenza non sono benefici né per la popolazione assistita né per le istituzioni o associazioni coinvolte. Superata la primissima fase dell'emergenza è indispensabile provvedere a soluzioni abitative anche per i soccorritori, perché possano operare al loro meglio.

Tra i meccanismi di difesa che si attivano in situazioni fortemente impattanti, ricordiamo la negazione del malessere, riconducibile qualche volta ad appartenenze culturali (adesione a stereotipi culturali di genere; Fenoglio, 2010), soprattutto in alcune generazioni e culture, come per esempio quella alpina. Ci vuole molto coraggio per accettare di essere fallibili e permeabili alla fragilità umana, soprattutto per chi è da sempre stato abituato e educato a mostrare grande coraggio, forza e tempra indistruttibile. La rimozione del malessere aleggia nell'area del trauma, e gli eventi ad alto potenziale traumatico corrodono di per sé relazioni e armonie.

Pur consapevoli dei limiti di tecniche quali *defusing* e *debriefing* (Yule, 2000), i momenti strutturati di "contenimento delle emozioni" scaturite durante i soccorsi sono indispensabili per rielaborare, raccontare, condividere e significare l'esperienza, sia sul campo che al momento del rientro. Questo dovrebbe essere proponibile, come spesso già avviene, tra i colleghi psicologi in adeguate situazioni spazio-temporali, ma dovrebbe probabilmente essere esteso (non imposto) a tutti gli operatori che a diverso titolo sono intervenuti in situazioni di grave disagio, a stretto contatto con sofferenza e dolore.

La conoscenza delle proprie motivazioni nel lavoro dell'emergenza e delle proprie caratteristiche personali è altresì fondamentale per accogliere segnali e significati del proprio e dell'altrui sentire e agire: sono richieste alte capacità relazionali e di empatia; un'alta tolleranza alle frustrazioni; la capacità di reggere il conflitto escogitando possibili soluzioni creative; la capacità di confrontarsi in equipe articolate e multiprofessionali, senza irrigidirsi in ruoli e *setting* definiti e prestabiliti, danzando in armonia rispetto a contesti di fatto gerarchizzati.

Una formazione specifica resta indispensabile per operare in contesti di catastrofe e di emergenza, perché venga affinata la consapevolezza dei rischi e uno sguardo costante, non autoreferenziale, ai propri vissuti interiori (un costante lavoro su di sé assieme alla possibilità di convivere con il dubbio e con la capacità di risoluzione creativa di problemi e conflitti sono ingredienti essenziali per chi lavora nelle professioni di aiuto in genere, e a maggior ragione nell'area dell'emergenza). La tecnica contribuisce di sicuro a proteggersi dai possibili vissuti di ansia e angoscia, dove rischia di imporsi l'agire frenetico, assieme alla difficoltà a fermarsi, a "so-stare". Infine, l'appartenenza a contesti strutturati (come gruppi e associazioni) costituisce

un fattore di protezione, così come il lavoro attraverso formazioni continue, incontri individuali e di gruppo, supervisioni.

Una formazione specifica tutela infatti parzialmente gli psicologi preparati a intervenire nell'emergenza; oltre alla formazione permanente, supervisioni personali e di gruppo, partecipazione ai *debriefing*, anche altre attività promosse dalla Protezione Civile e dall'Associazione sono volte a rinsaldare lo spirito di gruppo e di appartenenza, quali momenti assembleari, formativi e informativi.

Vi sono scenari di per sé inimmaginabili e irrappresentabili, proprio in quanto sede del trauma (Mucci, 2014; Williams, 2009). Nei percorsi di formazione, attraverso il racconto delle esperienze e dei vissuti di chi è intervenuto in situazioni complesse e/o traumatiche si possono rappresentare in minima parte i possibili scenari che operatori e soccorritori si troveranno a dover affrontare e gestire. Avvicinare all'esperienza, sollecitando risposte concrete a eventi possibili, può aiutare a consolidare un sapere attraverso la condivisione (Ripley, 2009). Inoltre, questo tipo di condivisione può facilitare l'acquisizione di un "saper fare" che tutela solo in parte, vista la diversità e peculiarità di ogni intervento, da sentimenti di inadeguatezza, lamentati da persone chiamate agli interventi nelle emergenze in situazioni non ancora sperimentate. Infine, la rappresentazione degli scenari possibili può aiutare gli operatori di formazione preminentemente tecnica a prefigurarsi alcune situazioni, aprendo per esempio alla possibilità di incontri con l'*Altro* contraddistinti da ascolto ed empatia, anche laddove l'altro sia diverso per cultura e appartenenze etniche (Modenesi, 2008).

Il dopo

Il momento della chiusura della struttura campale di accoglienza e dell'esperienza è un aspetto molto critico per le persone che sono state supportate dai soccorritori e per gli stessi soccorritori (Banti et al., 2010). Normalmente i soccorritori svolgono anche la funzione di tramite tra le persone soccorse e le strutture presenti sul territorio o nei territori limitrofi. Nel caso di Amatrice, più che in altre situazioni, la domanda di chi se ne andava era: "Cosa verrà dopo?". Il dopo... quando cala il sipario mediatico. Resta l'importanza di rinsaldare la rete di solidarietà, mantenendo una presenza nella distanza: molto apprezzabili sono stati l'iniziativa della Protezione Civile di Trento rivolta alla scuola di Amatrice, e, a distanza di alcuni mesi, il saluto rivolto a tutti i volontari trentini da parte della dirigente della scuola di Amatrice, nel momento di condivisione e riconoscimento delle forze messe in campo (Lavis, 2016).

Sarebbe opportuno, nella fase di rientro, offrire ai soccorritori che ne sentano il bisogno degli incontri articolati in momenti di *debriefing*, di lavoro individuale o in gruppo, così da agevolare un recupero sereno delle normali occupazioni. Non solo quindi momenti indispensabili di riconoscimento e gratificazione, ma anche di raccolta dei vissuti sperimentati, delle emozioni provate e decantate a distanza di tempo. Si potrebbero ipotizzare, soprattutto nei mesi

successivi, dei progetti di gruppi di ascolto, ossia momenti di ritrovo dove sia data la possibilità di confronto e condivisione di gruppo dell'esperienza vissuta. Attraverso una raccolta di interviste e di racconti orali arricchiti da ricordi sedimentati nel tempo si contribuirebbe a dar vita a un archivio storico a e "fare memoria" in una società sempre meno dedita al raccontare e al conservare meditato.

In sintesi alcune proposte operative

In conclusione diviene quindi essenziale concentrarsi sulle seguenti proposte.

Modello operativo

Prevedere la presenza di persone formate ad affrontare gli aspetti psicologici fin dalle prime fasi della gestione delle emergenze (IACS, 2007), per predisporre in seguito i necessari interventi di tipo psicoeducativo e psicosociale, e infine di tipo clinico, rifuggendo da un'ottica puramente focalizzata sul trauma e sulla pronta risoluzione dello stesso (TGIP, 2008).

Attivare un nuovo modello operativo che preveda l'affiancamento dello psicologo anche per i gruppi e le associazioni di volontariato e le squadre tecniche che intervengono in fase di emergenza.

Formazione

Organizzare una formazione specifica nella fase pre-emergenza, che predisponga a riflessioni sul significato di un intervento in emergenza in tutte le sue componenti, soprattutto relazionali, emotive e motivazionali. Progettare momenti di formazione in fase di pre-emergenza per operatori e tecnici, che contribuiscano a creare linguaggi, conoscenza e sentire condiviso.

Multidisciplinarietà

Prevedere l'esistenza di gruppi multidisciplinari a ogni *step* dell'emergenza, volti a un lavoro di equipe di confronto e negoziazione nella gestione dei conflitti, nel rispetto dei ruoli, delle competenze e della necessaria organizzazione gerarchica della Protezione Civile.

Contenimento ed elaborazione: ascoltare, narrare e fare memoria

Offrire, nella fase del rientro, dei momenti di condivisione (*debriefing*, lavoro individuale o di gruppo, supervisione) a tutte le persone attivate durante

l'emergenza, per portare in un "acquario" adeguato dei vissuti altrimenti dirompenti.

Programmare momenti collettivi di gratificazione e riconoscimento del lavoro svolto dai soccorritori, che siano formativi/informativi e ludico-ricreativi.

Pensare a momenti di condivisione e racconto dell'esperienza: riflessioni e autoriflessioni, anche come strategia difensiva a tutela della resilienza durante l'evento; raccolta di racconti, scrittura di esperienze vissute e interviste in momenti successivi al rientro dopo l'attivazione, eventualmente anche a distanza di qualche mese dall'evento stesso.

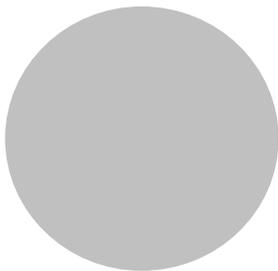
Benedetta Giacomozzi, Marzia Marsili, Ingrid Tere Powell, Gina Riccio, Ilaria Vasselli, Psicologi per i Popoli – Trentino.

Bibliografia

- Axia V. (2006), *Emergenza e psicologia. Mente umana, pericolo e sopravvivenza*, Il Mulino, Bologna.
- Banti F., Giornetti A. e Sancassiani F. (a cura di) (2010), *Onna: le voci della sua gente*, Editori Riuniti, Roma.
- Barbato R., Puliati M. e Micucci M. (2006), *Psicologia dell'emergenza. Manuale di intervento sulle crisi da eventi catastrofici*, Edup, Roma.
- Bruschetta S., Barone R. e Frasca A. (2014), *La ricerca sui gruppi comunitari in salute mentale*, Franco Angeli, Milano.
- Cafiso R. et Al. (2000), *Burn-out del soccorritore nell'intervento quotidiano*, relazione presentata al congresso di psicologia dell'emergenza "Stress, trauma e psicoterapia dell'emergenza quotidiana" organizzato dall'Associazione Phantasia (Firenze, 5-6 aprile 2000).
- Castelletti P. (2006), *La psicologia dell'assistenza umanitaria*, "Rivista di Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria", 0, pp.24-37, p.43-44.
- Castelletti P. (2013), *Analisi e valutazione dell'intervento delle associazioni di Psicologi per i Popoli nel teatro del terremoto in Abruzzo alla luce della coerenza con le linee guida IASC*, "Rivista di Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria", 10.
- Cocco G. e Tiberio A. (2005), *Lo sviluppo delle competenze relazionali in ambito socio-sanitario. Comunicazione, lavoro di gruppo e team building*, Franco Angeli, Milano.
- Davies C.A. (1999), *Reflexive ethnography: a guide to researching selves and others*, Routledge, London.
- Fenoglio M.T. (2010), *Le emozioni dei soccorritori*, "Rivista di Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria", 4, pp.46-80.
- Fenoglio M.T. (2008), *Psicologi di frontiera: la storia e le storie della psicologia dell'emergenza in Italia*, Psicologi per i Popoli, Trento.

- Friedman M.J., Ford J.D., Gusman F.D., Ruzek J.I. e Young B.H., (2002), *L'assistenza psicologica nelle emergenze. Manuale per operatori e organizzazioni nei disastri e nelle calamità*, Erickson, Trento.
- Garland C. (2001), *Comprendere il trauma. Un approccio psicoanalitico*, Tavistock Studi Clinici, Bruno Mondadori, Milano.
- Hammersley, M. e Atkinson P. (2007), *Ethnography. Principles in Practice*. Routledge, London.
- Herman J.L. (2005), *Guarire dal trauma. Affrontare le conseguenze della violenza, dall'abuso domestico al terrorismo*, Magi, Roma.
- Hillman J. (1995), *Il potere: come usarlo con intelligenza*, BUR Rizzoli, Milano.
- Hillman J. (1983), *Le storie che curano*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2007), *Guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings*, IASC, Geneva.
- Lynn MR e Kelley B. (1997), *Effects of case management on the nursing context- perceived quality of care, work satisfaction, and control over practice*, "Journal of Nursing Scholarship", 29:237-41.
- Marsili M. (2015), *Il terremoto come catastrofe naturale: trauma e conseguenze psichiche*, "Rivista di Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria", 15, pp.14-50.
- Modenesi L. (2008), *L'approccio comunitario negli interventi post-emergenza in Sri Lanka*, "Rivista di Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria", 2, pp.52-66.
- Molteni M. (2011), *Implicazioni psicosociali di un disastro naturale*, "Rivista di Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria", 5, pp.51-75.
- Pietrantonio L. e Prati G., (2009), *Psicologia dell'emergenza*, Il Mulino, Bologna.
- Pietrantonio L. e Ranzato L., (2016), *Area di pratica professionale Psicologia dell'emergenza. Lo Psicologo dell'emergenza*, Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi.
- Potter P. e Barr N. (2003), *Identifying nurse staffing and patient outcome relationships: a guide for change in care delivery*, Nursing Economics, 21, 158-66.
- Ranzato L. (2010), *Il volontariato degli psicologi della Protezione Civile*, "Rivista di Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria", 4, pp.5-15.
- Rehberg K. (2014), *Una rivisitazione del governo terapeutico. La politica dei programmi di salute mentale e psicosociali nei contesti umanitari*, "Rivista di Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria", 13, pp.8-50.
- Ripley A. (2009), *Vivi per miracolo*, Sperling & Kupfer, Milano.
- Rotta M. (2011), *Equipe multidisciplinare e qualità dell'assistenza in ospedale*, Comunicazione e Relazionalità in medicina: nuove prospettive per l'agire medico, Associazione Medicina Dialogo Comunione.
- Sbattella F. (2009), *Manuale di psicologia dell'emergenza*, Franco Angeli, Milano.
- Sbattella F. e Tettamanzi M., (2013), *Fondamenti di psicologia dell'emergenza*, Franco Angeli, Milano.
- Sphere Project (2011), *The sphere project: humanitarian charter and minimum standard in humanitarian response*, Belmont Press Ltd, Northampton.

- TGIP (2008), *Manual for implementing the Cologne Risk Index-Disaster in the context of major loss situations*, http://eutopa-info.eu/fileadmin/products/eng/TGIP_EUTOPA_I_web_en.pdf
- Williams R. (2009), *Trauma e relazioni. Le prospettive scientifiche e cliniche contemporanee*, Raffaele Cortina Editore, Milano.
- Yule W. (2000), *Disturbo post-traumatico da stress. Aspetti clinici e terapia*, McGraw-Hill Libri Italia, Milano.
- Zuliani A. (2006), *Manuale di psicologia dell'emergenza*, Maggioli Editore, Dogana.



**Norme per gli autori della rivista
“Psicologia dell’Emergenza e dell’Assistenza Umanitaria”**

1. La rivista “Psicologia dell’Emergenza e dell’Assistenza Umanitaria” è semestrale e prevede due uscite annue.
2. Vengono considerati pubblicabili gli articoli che trattano temi connessi agli aspetti psicologici, sociali, antropologici, comunicativi, storici, organizzativi e legali di situazioni emergenziali. Situazioni quali: incidenti quotidiani disastri, catastrofi, conflitti armati; immigrazione, migrazione forzata e problematiche interculturali; lutto traumatico, resilienza, trauma. Sono anche pubblicabili articoli che esplorano gli stessi aspetti legati a fenomeni e processi quali: interventi di protezione civile, soccorso sanitario; cooperazione internazionale e difesa dei diritti umani; ricerca dispersi e scomparsi; prevenzione e cura della salute mentale in contesti emergenziali.
3. rientrano tra le tipologie di articoli pubblicabili: a) ricerche; b) review; c) case history; d) documentazione di esperienze sul campo e best practice; e) contributi teorici; f) riflessioni e rielaborazioni metodologiche; g) recensioni.
4. Gli articoli proposti per la pubblicazione dovranno pervenire in formato word o rtf agli indirizzi a) psicologixpopoli@alice.it e b) gabrieleloiacono@psicologia-editoria.eu.
5. Gli autori avranno cura di fornire un indirizzo di posta elettronica e un recapito telefonico per le successive comunicazioni.
6. Il percorso di valutazione per la pubblicazione prevede quattro passaggi: a) autovalutazione degli autori rispetto ai criteri di qualità forniti dal comitato scientifico (che devono essere utilizzati prima di proporre l’articolo alla rivista); b) prima valutazione: ogni proposta presentata per la pubblicazione è esaminata dalla direzione, per una revisione iniziale. Se l’articolo concorda con le politiche editoriali e con il livello minimo di qualità richiesto, è inviato a due revisori anonimi per la valutazione. Questa prima revisione interna con conseguente rifiuto o assegnazione della valutazione dei revisori; c) revisione: la rivista si avvale, per ogni proposta, di due revisori anonimi, sia italiani sia stranieri. Il processo di revisione intende fornire agli autori un parere competente sul loro articolo. La revisione dovrebbe offrire suggerimenti agli autori, se necessari, su come migliorare i loro contributi. A questa valutazione segue una comunicazione all’autore. Nel caso la proposta di pubblicazione sia accettata solo a condizioni di correzioni, modifiche o integrazioni, l’autore potrà ripresentare il lavoro, adeguatamente corretto; d) Ultima decisione editoriale: spetta alla direzione della rivista ed è comunicata dopo la ricezione delle modifiche.
7. Gli autori verranno informati dell’esito di ogni passaggio, potendo ottenere, su richiesta e in relazione alla fase di lavorazione, attestazione di articolo “submitted”, “accepted” o “in press”.

Preparazione del manoscritto

1. Riportare in prima pagina: autore, ente di appartenenza e titolo dell'articolo.
2. Nella prima riga, a sinistra, si dovrà indicare il nome e il cognome dell'autore per esteso in corsivo, seguiti da una virgola, l'ente di appartenenza e un a capo.
3. Il titolo dell'articolo dovrà essere scritto in grassetto.
4. L'articolo deve essere preceduto da un riassunto in italiano e in inglese di circa 200 parole e 5 parole chiave (in italiano e in inglese).
5. La lunghezza massima di ciascun articolo deve essere compresa tra le 15 e le 20 cartelle (circa 8.000/12.000 parole).
6. Usare carattere Times New Romans, corpo 12, interlinea singola, allineamento giustificato.
7. Usare il tasto Enter (a capo) soltanto per cambiare paragrafo.
8. Non usare comandi di sillabazione o comandi macro.
9. Non usare doppi spazi per allineare o fare rientrare il testo.
10. Usare i seguenti stili:
 - titolo delle sezioni (paragrafi) principali: **neretto**
 - titolo sottosezioni (sottoparagrafi): *corsivo*
 - titolo sezioni di ordine inferiore: tondo
11. Non sottolineare mai; per evidenziare parti di testo, utilizzare eventualmente il corsivo, non il neretto.
12. Non numerare le sezioni.
13. Negli elenchi, usare la seguente gerarchia:
numeri seguiti da un punto: 1.; lettere con la parentesi chiusa: a); linee e medie: –
11. Dopo i segni di punteggiatura, lasciare sempre uno spazio; non si devono invece mettere spazi prima dei segni di interpunzione (punti, virgole, due punti, punti esclamativi e di domanda), dopo la parentesi aperta e prima della parentesi chiusa.
12. Nel citare i passi direttamente da un altro autore porre all'inizio e alla fine della citazione le virgolette aperte e chiuse “...” e, nel caso di omissioni all'interno di un brano, indicarle con [...].
13. Nelle citazioni di autori nel corpo del testo:
 - se si cita un autore: subito dopo, tra parentesi, inserire l'anno, una virgola e l'eventuale indicazione della pagina;
 - se si cita una teoria o una metodologia: subito dopo in parentesi inserire l'autore seguito da una virgola con l'indicazione dell'anno e, dopo una seconda virgola, eventualmente le pagine o l'indicazione del capitolo;
 - se si citano più autori: in parentesi, dopo l'indicazione del cognome del primo autore mettere una virgola e i cognomi degli altri autori; prima dell'ultimo, usare la congiunzione “e” senza farla precedere dalla virgola; dopo il cognome dell'ultimo autore, inse-

rire una virgola seguita dall'indicazione dell'anno e dopo un'altra virgola indicare la/e pagina/e preceduta da p. o pp.

17. Per i riferimenti bibliografici interni al corpo del testo e la bibliografia finale, se gli autori citati sono più di tre, è preferibile indicare solo il cognome del primo e farlo seguire da et al.
18. È preferibile usare “si veda” o “vedi” piuttosto che “cfr.” o “vd.”.
19. Nel corpo del testo è da evitare l'uso indiscriminato o enfatico del maiuscolo e delle virgolette; eventualmente utilizzare il corsivo. È da evitare in ogni caso l'uso del sottolineato e del neretto.
20. Inviare le figure in un file a parte e indicare nel testo dove inserirle.
21. La bibliografia finale va riportata in ordine alfabetico e secondo quanto indicato nei seguenti esempi:

Articolo su rivista:

Castelletti P. (2006), *La metafora della resilienza: dalla psicologia clinica alla psicologia dell'assistenza umanitaria e della cooperazione*, “Nuove tendenze della psicologia”, 4(2), pp. 211-233.

Libro:

Sbattella F. (2009), *Manuale di psicologia dell'emergenza*, Franco Angeli, Milano.

Capitolo all'interno di un libro:

Grotberg, E.H. (2001), *The international resilience research project*. In A.L. Communian e U. Gielen (a cura di), *International perspectives on human development*, Pabst Science Publishers, Miami, pp. 379-399.

22. Le opere citate nel testo devono essere inserite nella bibliografia finale e la bibliografia finale dovrebbe contenere solo opere citate nel testo.

Strategie di coping e sindrome da burnout nei Vigili del Fuoco

Riassunto

Negli ultimi decenni si è assistito a un rapido sviluppo della cultura della prevenzione, della sicurezza e della cura delle persone coinvolte in eventi drammatici. Queste calamità, di origine naturale o causate dall'uomo, possono avere effetti profondi sulla stabilità dell'individuo e della comunità, e possono ripercuotersi sulle persone per giorni, mesi o anni durante il processo di recupero, ricostruzione e ristabilimento di una condizione di normalità. Ogni evento scaturito da queste circostanze costituisce un'emergenza, che può essere considerata sia dal punto di vista pratico e tecnico, sia dal punto di vista umano per le sue caratteristiche di drammaticità e di pericolosità per la persona che la vive, costretta a dover combattere per la propria sopravvivenza fisica ed emotiva. Durante un'emergenza è necessario aiutare le persone a riconoscere la normalità delle proprie reazioni, essendo esse una conseguenza ad una situazione che esula dalla quotidianità. Maggiore attenzione viene così rivolta alla componente emotiva e cognitiva del soggetto coinvolto, la quale risulta fondamentale per una buona gestione della situazione, riconoscendone l'importanza nelle fasi di prevenzione e di preparazione dei singoli individui, ma anche come elemento in grado di mitigare gli effetti di un determinato evento. Nell'ambito dell'emergenza è sempre più nota la necessità di interventi realizzati da psicologi preparati ad affrontare i diversi contesti (calamità naturali, incidenti, ecc.) con la capacità di lavorare in equipe con altri professionisti e l'obiettivo di incrementare nei soggetti colpiti, siano essi nel ruolo di vittime, familiari, soccorritori, le potenzialità per far fronte alla situazione, da applicare sia nel breve che nel lungo termine.

Parole chiave: emergenza, trauma, strategie di coping, sindrome da burnout, resilienza.

Abstract

In the last decades, we have seen a rapid growth in the culture of prevention, safety and care for people involved in dramatic events. These calamities, both natural and human made, can have a profound effect on the mental stability of individuals and communities. These effects can have consequences on people, which may go on for days, months and even years during the recovery, rebuilding and re-establishment of an ordinary situation. Each event due to these circumstances is an emergency from a technical-practical and also human point of view. And that is because people are forced to fight in order to survive physically and emotionally in a state of dangerousness and dramatic force. During an emergency it is necessary to help people recognize normality in their own reactions, which are consequences of a situation out of ordinary. A greater focus on the emotional and cognitive component of the person involved is needed. Actually, this component proves to be very important both for the successful management of the situation - being involved in the prevention and preparation phases - and for its contribution to a mitigation of the effects of a specific event. It is widely known that during an emergency, interventions by psychologists trained to face various contexts (e.g., incidents, natural disasters and so on) and able to cooperate with other professionals are needed. The aim is to promote in the people involved, both rescuers and victims, the capacity to cope with the situation, in the short term and in the long term.

Key words: emergency, trauma, coping strategies, burnout syndrome, resilience.

Introduzione

In questo articolo ho scelto di focalizzare l'attenzione su quelle situazioni che richiedono l'intervento del corpo dei Vigili del Fuoco, e di provare a spiegare come il mondo delle emergenze possa interfacciarsi e integrarsi vicendevolmente con quello della psicologia. A tale proposito può essere utile riportare sinteticamente le diverse accezioni del concetto di emergenza. A livello legislativo, la Legge 225 del 24.02.1992, definisce emergenza "ogni situazione in cui è necessario attivare interventi di soccorso fuori dall'ordinario" (Pietrantonio, Prati e Palestini, 2008). In base a questa definizione si opera una distinzione tra:

- incidenti semplici: eventi che possono essere trattati mediante interventi ordinari messi in atto da singoli enti competenti;
- incidenti complessi: situazioni critiche che coinvolgono un gran numero di persone e che possono essere fronteggiate mediante l'intervento di più enti competenti in via ordinaria;
- catastrofe o disastro: eventi nei quali sono coinvolte le strutture cardine del sistema sociale, determinando l'intervento di poteri o mezzi straordinari.

Considerando però più specificatamente il punto di vista dal quale vorrei esaminare l'argomento, risulta utile definire l'emergenza in senso psicologico. In questa prospettiva, essa è una *situazione in cui è presente un pericolo, inteso come un evento non controllabile percepito come una minaccia imminente, seguita dalla richiesta di una rapida attivazione, e soprattutto caratterizzata da un importante divario tra il bisogno e la possibilità di una risposta attivabile immediatamente*. In sintesi, un'emergenza è un contesto nel quale l'individuo si trova a fronteggiare un evento inaspettato e imprevedibile. Elementi che contribuiscono a specificare ulteriormente la condizione di emergenza sono la *dimensione temporale* – in quanto, in una situazione del genere, la sensazione è perlopiù quella di un'alterazione della continuità del tempo, di una costante concitazione – e la *collaborazione professionale* di più persone, ognuna con il proprio ruolo, ma anche con il proprio bagaglio di emozioni e percezioni. Ognuna di esse collabora con le altre al raggiungimento di un unico obiettivo. Le persone chiamate ad agire in queste situazioni sono soggetti competenti e ben formati, in grado di capire tutti i segnali che contribuiscono alla creazione di un contesto emergenziale (ritmo e altezza della voce di chi comunica un evento, presenza di sangue, sirene ecc.), che si trovano molto spesso a intervenire in un ambiente non definibile a priori e a gestire situazioni difficili. Sono professionisti in grado di orientare il comportamento di chi è coinvolto per gestire nel migliore dei modi oltre che le reazioni e i processi psicologici propri anche quelli delle altre persone presenti – capacità, queste, fondamentali per affrontare l'emergenza. *In un'ottica così particolare, l'intervento psicologico assume una grande importanza, dato che in queste situazioni è preponderante il fattore umano: vittime, testimoni del dramma e soccorritori*. Mantenendo l'attenzione focalizzata sul ruolo di questi ultimi

protagonisti, e in particolare dei Vigili del Fuoco, è possibile fornire una prima descrizione schematica delle numerose e differenti risposte che questi operatori possono esperire.

Gli aspetti psicologici del soccorritore

Come per altre figure professionali, anche e soprattutto per quanto riguarda l'operatore del soccorso ci si può chiedere quali siano i motivi che lo spingono a svolgere una professione così impegnativa dal punto di vista fisico e psicologico. Vengono riportate diverse motivazioni, dalle più materiali – come una più alta retribuzione economica – alle più nobili – come un'innata passione per il soccorso di chi si trova in situazioni altamente critiche o per il confronto con eventi sempre nuovi e imprevedibili. Partendo da qui, proviamo a capire quanto le motivazioni che spingono un individuo a dirigersi verso il settore dell'emergenza possano essere incrinata dalle situazioni lavorative quotidiane che egli si trova a gestire. È evidente che, anche nei migliori sistemi d'emergenza, spesso i soccorritori non riescono a raggiungere il loro obiettivo, e questa consapevolezza potrebbe causare una serie di difficoltà di ordine psicologico. Per riuscire a far fronte a questi eventi a forte impatto psicologico il soccorritore dovrebbe possedere quattro importanti caratteristiche:

- *preparazione specifica*: da conseguire con specifici corsi di formazione sulle tecniche operative di intervento, includendo quelli relativi allo sviluppo della capacità di gestione dell'emotività e delle relazioni d'aiuto in condizioni critiche;
- *esperienza*: con l'acquisizione diretta di nozioni che permettano una veloce valutazione dello stato di gravità della situazione;
- *professionalità*: intesa come una caratteristica che nasce e cresce con il professionista, di pari passo con la consapevolezza l'adesione a valori e principi che rendono la professione così importante nella società;
- *elasticità mentale*: capacità di adattarsi alla situazione che si prospetta.

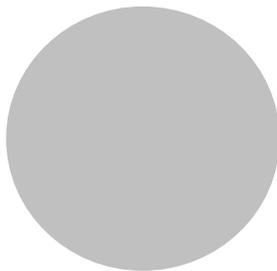
Proprio per le condizioni in cui lavora, l'operatore dell'emergenza e soprattutto il vigile del fuoco, è riconosciuto, nell'idea collettiva, come una sorta di supereroe. Questo modello potrebbe diventare pericoloso se l'operatore si rispecchiasse completamente in essa, sovrastimando così le proprie abilità e competenze, rischiando sempre qualcosa in più. Vi è poi un secondo aspetto molto rilevante rispetto in quest'idea: la delusione che inevitabilmente arriva in seguito a un errore, o a un evento che non si è riusciti a metabolizzare in fretta come ci si aspettava. L'operatore potrebbe trovarsi in una situazione di disagio psicologico, con un senso pressante di inadeguatezza, costantemente in ansia per un eventuale caso futuro simile, convinto di non essere nuovamente in grado di affrontarlo adeguatamente. Questa situazione è altamente rischiosa per il suo equilibrio psicologico e allo stesso modo per l'utente, che viene esposto a un alto rischio d'errore. Oggi si

accetta e riconosce anche la vulnerabilità dell'operatore. Per capire da quali stimoli sia bombardato chi opera in prima linea, basta concentrarsi sulla scena dell'evento. Il vigile del fuoco, oltre a lavorare con estrema celerità e protocolli rigidi, deve anche confrontarsi con scene spesso dolorose e impressionanti, in una lotta continua contro il proprio disagio. La necessità di prendere decisioni importanti nel minor tempo possibile, le situazioni ambientali spesso poco confortevoli, l'essere magari esposti alle ansie e paure dei familiari sono fattori che possono metterlo seriamente in crisi. Ne consegue la necessità di un addestramento e un supporto specifici utili ad affrontare numerose occasioni di forte impatto psicologico ed emotivo, in modo da unire alla competenza professionale anche quella relazionale e emozionale – per esempio, l'autocontrollo. L'attenzione, quindi, deve essere rivolta non solo al ruolo del soccorritore nell'emergenza, ma anche alle possibili e differenti reazioni esperite in un intervento del genere, che in generale possono essere suddivise in normali o patologiche (Giannantonio e Cusano, 2003).

1. *Reazioni normali*: nell'intervento possono essere distinte quattro fasi. A ognuna si associano specifiche reazioni del soccorritore, talvolta anche molto marcate, che vanno comunque considerate “reazioni normali a situazioni anormali”. Nel dettaglio:
 - a. fase dell'*allarme*, comincia quando arriva la comunicazione di un intervento da effettuare in una situazione di emergenza. Può essere intesa come la fase dell'impatto, ed è caratterizzata da confusione iniziale, ansia, irritabilità e irrequietezza. In alcuni soccorritori c'è una risposta più o meno grave di tipo inibitorio. Gli operatori, in questa fase di impatto, possono avere vari tipi di reazioni:
 - fisiche (per es., accelerazione del battito cardiaco);
 - cognitive (per es., difficoltà a comprendere le informazioni ricevute e la gravità dell'evento);
 - emozionali (per es., ansia, paura per ciò che si troverà sulla scena dell'evento);
 - comportamentali (per es., calo dell'efficienza, aumento del livello di attivazione);
 - b. fase della *mobilitazione*, che entra nel pieno man mano che, superato l'impatto iniziale, ci si prepara all'azione. L'agire aiuta a dissolvere la tensione e lo stato di allarme, e l'interazione con i colleghi – necessaria per predisporre, coordinare e avviare i piani di intervento – favorisce il recupero dell'autocontrollo emozionale. Concorre al recupero dell'autocontrollo anche il trascorrere del tempo, che comporta una naturale attenuazione dell'impatto emotivo. In questa fase sono quindi presenti in tono

minore la maggior parte dei vissuti e delle reazioni della fase precedente;

- c. fase dell'*azione*, in cui avviene il passaggio alla piena operatività. Questa fase assume forme molto differenti anche in base alla durata, potendo variare da alcune ore ad alcuni giorni, e determinando differenti tipi di sintomi psichici e fisici legati all'esposizione allo stress traumatico. Le reazioni che più spesso si manifestano in questa fase possono essere classificate nelle seguenti categorie:
- fisiche (per es., aumento del battito cardiaco, della frequenza respiratoria);
 - cognitive (per es., disorientamento, confusione, perdita di obiettività);
 - emozionali (per es., euforia, ansia, rabbia, assenza di sentimenti);
 - comportamentali (per es., iperattività, aumento dell'uso di tabacco, alcol, farmaci);
- d. fase della *smobilitazione*, in cui avviene il graduale ritorno alla normale routine lavorativa e sociale. Questa fase è costituita dall'insieme dei vissuti che il soccorritore sperimenta nel periodo compreso tra la fine delle operazioni di soccorso e il ritorno alla normale routine lavorativa e sociale. Due diversi tipi di contenuti emozionali caratterizzano questa fase. Il primo è costituito dal carico emotivo che durante la fase dell'azione è stato represso, inibito e negato, per dare spazio all'attività di soccorso, ed è caratterizzato prevalentemente da ansia, possibile delusione e rabbia. Il secondo consiste, invece, in un complesso di vissuti indotti dalla separazione dagli altri soccorritori, e dalle attese positive o negative rispetto al ritorno alla quotidianità. Tra i contenuti psichici negativi inibiti durante la fase di azione, che trovano poi la forza di riemergere e manifestarsi, sono particolarmente comuni la difficoltà a rilassarsi e addormentarsi, la tristezza, la tensione, il riaffiorare di episodi e vissuti particolarmente forti sul piano emotivo, la rabbia. Tra le reazioni legate alle attese positive o negative verso il ritorno alla quotidianità lavorativa e socioaffettiva, possiamo ricordare il desiderio continuo di tornare a casa, il timore della conflittualità con i familiari e i colleghi critici verso la scelta di prendere parte ai soccorsi, il disagio per il lavoro arretrato, i sensi di colpa verso il partner e i figli ecc.



2. *Reazioni patologiche*: possono essere conseguenti all'esperienza di particolari situazioni di rischio nelle quali il soccorritore può trovarsi coinvolto e che presentano le seguenti caratteristiche:
- a. fattori di rischio *oggettivi*:
 - eventi che comportano gravi danni per neonati e bambini;
 - eventi che coinvolgono molte persone (dall'incidente stradale al terremoto);
 - eventi che causano lesioni gravi, mutilazioni e deformazioni nel corpo delle vittime;
 - eventi che causano la morte di colleghi;
 - il fallimento di una missione di soccorso, con la conseguente morte di una o più persone;
 - la necessità di compiere scelte difficili e/o inadeguate al proprio ruolo operativo;
 - la necessità di prendere decisioni importanti in tempi rapidissimi;
 - b. fattori di rischio *soggettivi*:
 - tendenza eccessiva del soccorritore a identificarsi con la vittima;
 - presenza di problematiche psicologiche significative nel soccorritore e/o presenza di traumi pregressi non elaborati;
 - mancanza di idonee strategie per fronteggiare lo stress e/o di adeguate capacità di valutare la propria tolleranza dello stress;
 - scarsa conoscenza della normale risposta fisiologica e psicologica delle persone di fronte allo stress;
 - c. fattori di rischio *legati all'organizzazione*:
 - ritmi di lavoro eccessivi;
 - inadeguatezze logistiche negli ambienti destinati ai soccorritori;
 - carenze nei processi di comunicazione;
 - conflitti interni all'organizzazione e tra soccorritori;
 - mancanza di programmi di supporto psicologico dei soccorritori.

I rischi per l'operatore dell'emergenza

Il lavoro nelle situazioni di calamità è una combinazione di esperienze positive e negative. Tra gli aspetti positivi possiamo annoverare la

soddisfazione di aiutare gli altri, l'esperienza di condivisione di scopi e obiettivi con altre persone, la possibilità di compiere un gesto che rinnovi le convinzioni professionali e personali. A questi aspetti positivi, tuttavia, si contrappongono rischi professionali e personali, che possono accompagnarsi all'esperienza positiva tramutandola in esperienza negativa, con possibili gravi ripercussioni per l'operatore stesso. Gli stressor che concorrono a questo rischio possono essere:

a. professionali:

- connessi direttamente con specifiche situazioni drammatiche che il vigile del fuoco incontrerà, come la sofferenza delle persone, la morte più o meno violenta, la percezione negativa delle cause del disastro;
- connessi con il lavoro stesso e tutte le difficoltà cui si può andare incontro, come l'urgenza, la disorganizzazione, la fatica, l'inefficacia o la carenza di mezzi e risorse, la paura di non fare un buon lavoro, la percezione di fallimento nonostante gli sforzi;

b. personali:

- rischi fisici (ferite, danni o morte) per se stesso o per i compagni;
- rischi psicologici, come l'esposizione a uno stress persistente, forti reazioni di stress dei compagni, scarse aspettative per sé stesso o per il sostegno sociale.

Tutti i fattori nominati, se non vengono presi in considerazione adeguatamente, possono condurre a reazioni di stress più o meno gravi, che in condizioni di emergenza possono essere definite normali, ma vanno comunque tenute sotto controllo. Queste reazioni possono essere sia immediate che protrarsi a lungo nel tempo:

- le reazioni a *breve termine* possono consistere in una riduzione della reattività psichica e a menomazioni transitorie della memoria, delle capacità di problem-solving e della comunicazione;
- le reazioni a *lungo termine* possono configurare quadri clinici ben più gravi, come depressione, ansia cronica e disturbo post-traumatico da stress.

Proprio alla luce di questa consapevolezza, negli ultimi decenni si è lavorato per approfondire le conoscenze relative alla *psicologia dell'emergenza*, definita come quella branca della psicologia che studia le dinamiche evolutive dei contesti emergenziali, con particolare attenzione ai comportamenti, alle comunicazioni e ai processi psichici che si intrecciano, nel definire, gestire e superare tali situazioni.



In sintesi, la psicologia dell'emergenza si occupa delle reazioni delle persone e delle comunità coinvolte negli eventi, per promuovere la salute mentale e rafforzare o ripristinare le competenze psicosociali alterate (Sbattella, 2009). Per questo, l'intervento psicologico è rivolto: ai soggetti coinvolti in prima persona dall'evento critico (vittime primarie); a chi è coinvolto in maniera indiretta, come familiari, amici e testimoni diretti dell'evento (vittime secondarie); ai soccorritori intervenuti sulla scena, spesso esposti a situazioni drammatiche e complesse (vittime terziarie). Per comprendere meglio ciò che sta alla base dei metodi di lavoro propri della psicologia dell'emergenza, bisogna tener conto di tre concetti:

- *significazione*: corrisponde all'attività di attribuzione di significato ai dati e alle informazioni provenienti dall'ambiente, evidenziando la necessità dell'uomo di dare un senso alla realtà che lo circonda, per poter valutare ciò che sta accadendo e decidere quale comportamento possa risultare più adeguato. Il sostegno psicologico aiuta a ricostruire in maniera funzionale i significati da attribuire alle situazioni, onde orientare i comportamenti del soggetto e le sue modalità di reazione;
- *stress*: è presente in tutte le situazioni che comportano emozioni intense e improvvise e che richiedono una rapida attivazione. Un tale momento di crisi può, da una parte, promuovere una crescita personale in termini di conoscenze ed esperienza ma, dall'altra, anche determinare una maggiore vulnerabilità, stato che può essere risanato con un sostegno psicologico costante mirato alla ricostruzione di una condizione di sicurezza e nuova stabilità;
- *trauma*: può essere una conseguenza di uno o più eventi critici, ossia di eventi che vanno oltre la propria capacità di fronteggiamento, andando al di là delle esperienze normalmente prevedibili e gestibili. Il mancato riconoscimento di tale condizione rende difficoltoso il lavoro di elaborazione dell'esperienza, creando la base per la possibile insorgenza di disagi psicologici di varia natura.

Alla luce di quanto considerato, la figura dello *psicologo* in contesti di emergenza acquista una fondamentale importanza, avendo come obiettivo quello di salvaguardare e, in alcuni casi, ripristinare l'equilibrio psichico delle vittime e dei soccorritori che abbiano vissuto eventi traumatici, di riorganizzare il tessuto sociale e facilitare il recupero della sicurezza collettiva (Ranzato, 2010). In particolare, gli operatori possono essere aiutati a gestire la propria emotività e lo stress che situazioni del genere inevitabilmente comportano, così come quelle situazioni in cui è difficile gestire il carico emotivo di altre persone non avendo a volte la formazione adeguata per farvi fronte. Il perseguimento di tali scopi avviene attraverso lo studio, la prevenzione e il trattamento dei fenomeni psichici e sociali determinati da un evento traumatico nei singoli o nella comunità.

Le fasi dell'intervento psicologico durante l'emergenza si dividono in:

- *accoglienza*: creazione di un contesto idoneo a facilitare la relazione d'aiuto e ridurre l'esposizione dei soggetti agli eventi traumatici e alle loro conseguenze;
- *informazione*: fornire informazioni semplici, accurate e attendibili relative alla situazione e gestire l'impatto emotivo delle notizie relative alle cause e alle conseguenze dell'evento critico;
- *colloqui*: fornire un contesto dove la persona abbia la possibilità di verbalizzare le emozioni e condividere l'esperienza di eventi critici; valutare la presenza di reazioni emotive disfunzionali e gestirne il contenimento favorendone la comprensione.

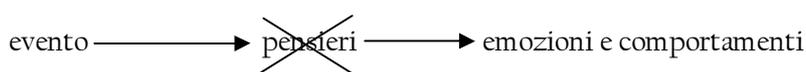
Riassumendo, lo psicologo opera:

- *prima dell'emergenza*, nella gestione e nello sviluppo della formazione del personale di soccorso;
- *durante l'emergenza*, nel supporto alle vittime;
- *dopo l'emergenza*, nel supporto psicologico alle vittime e ai soccorritori.

Un evento tragico, vissuto nei panni della vittima o in quelli del soccorritore, può provocare quello che potrebbe essere definito uno shock emotivo. Le *emozioni*, il saperle riconoscere e la loro gestione sono tutti elementi che dovrebbero essere maggiormente considerati nell'ambito lavorativo e formativo degli operatori dell'emergenza. Come già accennato, il soccorritore, nel momento dell'attivazione e dell'arrivo sul luogo dell'evento, è soggetto a diversi tipi di reazioni e può provare emozioni differenti e a volte anche contrastanti, le quali, se vengono sottovalutate o gestite in maniera non adeguata, possono portarlo a non essere più in grado di operare efficacemente. Le emozioni, fondamentalmente, aiutano a capire l'ambiente circostante e come adattarsi. Sono delle reazioni vissute in modo del tutto personale e possono manifestarsi in diversi modi. Nascono in maniera del tutto spontanea e involontaria, e derivano da un processo di valutazione e di attribuzione di significati. Per lo più, il soccorritore è in bilico tra forti sensazioni/emozioni e tentativi di distacco, adattamento, razionalità, operatività. Un corretto equilibrio emotivo facilita l'adattamento sociale e favorisce il superamento delle difficoltà; per questo imparare a gestire le proprie emozioni e autoregolare il proprio comportamento risulta di fondamentale importanza. Chi si trova in una tale situazione di incertezza mette in atto un'operazione complessa che prevede la creazione di un pensiero riguardo alla situazione che sta vivendo, all'interno del quale verrà fatta filtrare l'emozione, prima che questa si possa tradurre in una reazione non controllata. Tale processo può essere rappresentato nel modo seguente:

evento → pensieri → emozioni e comportamenti

Quando il soccorritore non è sufficientemente supportato o preparato, quando tutto l'ambiente circostante è costretto in una condizione di stress estremo, quando le emozioni sono troppo forti, questo processo potrebbe non essere attivato, determinando una situazione nella quale dalle emozioni si passa direttamente all'azione escludendo il pensiero. Questo stato può essere rappresentato così:



La conoscenza delle emozioni favorisce la mentalizzazione degli eventi e previene gli agiti. Si parte dalla consapevolezza che ogni soccorritore proverà certe emozioni, che si attivano in generale in una persona coinvolta in un'attività di soccorso; ci sono poi emozioni individuali, vissute diversamente a seconda del bagaglio culturale ed esperienziale o, più direttamente, della fase di vita che si sta attraversando. Il soccorritore, per proteggere se stesso e il proprio operato, dovrebbe conoscere le une e le altre. Questo per evitare che, nonostante la volontà di collaborazione ai soccorsi, metta in atto particolari *difese psicologiche*. Con questo termine si intendono i meccanismi della mente, di tipo inconsapevole, attraverso i quali si cerca di eludere la consapevolezza delle emozioni suscitate dalla situazione in cui si è coinvolti. Alcune di queste difese sono funzionali al mantenimento della lucidità necessaria; altre volte, invece, i meccanismi di difesa, impoverendo il senso di realtà, possono rendere inefficace l'esito di un soccorso. I meccanismi difensivi operano a livello automatico e inconscio; raramente svolgono la loro azione separatamente, presentandosi solitamente in maniera combinata, al fine di escludere dalla consapevolezza ciò che risulta inaccettabile, angosciante, traumatico. Diventano patologici solo quando acquistano un carattere estremamente rigido e inefficace, compromettendo la flessibilità e l'adattamento alle richieste ambientali. Nonostante queste caratteristiche, i meccanismi di difesa sono necessari a una corretta strutturazione della personalità e risultano necessari per uno sano sviluppo. Tra i meccanismi di difesa maggiormente utilizzati si evidenziano:

- la *rimozione*, che comporta l'esclusione dalla mente di fatti e circostanze che rimandano a un'emozione insostenibile. È considerata uno dei meccanismi più arcaici e universali e si attiva quando il soggetto vive un'esperienza angosciante o traumatica. Una situazione viene in seguito definita come traumatica quando ha le seguenti caratteristiche:
 - accade improvvisamente
 - il soggetto la percepisce come qualcosa di incontrollabile, fuori dalle sue capacità di sopportazione
- la *negazione* è invece il rifiuto inconscio di prendere atto di un dato di realtà, per esempio il fatto di aver fallito una missione o le conseguenze di un comportamento errato. La negazione induce anche a sottovalutare

- i pericoli connessi con il soccorso, o a prestare meno attenzione ai rischi. È un meccanismo di difesa che allontana dalla coscienza desideri, pensieri o situazioni traumatizzanti o dolorose;
- la *razionalizzazione* è forse il più diffuso tra i meccanismi di difesa, e consiste nel dare spiegazioni razionali a eventi forieri di angoscia. Nell'ambito delle organizzazioni di soccorso, l'assunzione di alcune regole rigide può avere proprio questo significato. Può comportare una distorsione delle idee o delle motivazioni al fine di creare una giustificazione di fronte a se stessi o ad altri;
 - l'*inibizione*, cioè l'impedimento a svolgere azioni un tempo usuali in quanto collegate a una esperienza traumatica;
 - la *fissazione*, che comporta il rimanere ancorati a una fase di sviluppo, perché la fase successiva potrebbe apportare un carico eccessivo di angoscia. Rappresenta quindi una sorta di arresto dello sviluppo emotivo, un fermarsi a una fase evolutiva precedente per una necessità inconscia di difendere il proprio equilibrio psicologico;
 - la *regressione* interviene invece quando si fa ricorso difensivamente a comportamenti infantili, come può per esempio capitare all'adulto che adotta comportamenti come il rifugio nel cibo o il ricorso all'alcool. La regressione è quindi un meccanismo finalizzato al recupero dell'equilibrio psichico;
 - la *proiezione*, per la quale i pensieri inaccettabili sono attribuiti ad altri;
 - lo *spostamento*, invece, avviene quando l'angoscia suscitata da una certa situazione viene spostata su una situazione diversa, che funge da schermo; come, per esempio, nel caso di un soccorritore che sposti l'angoscia di aver lasciato un proprio collega in balia delle fiamme sul timore di lasciare parcheggiata l'auto incustodita;
 - la *formazione reattiva*, in cui le emozioni che creano angoscia vengono mascherate con altre di segno opposto;
 - l'*isolamento affettivo*, che si ha quando un evento o un'idea vengono riconosciuti dalla coscienza, ma slegati dalle emozioni corrispondenti. Tra i soccorritori, un singolo episodio traumatico o l'accumulo di gravi stress possono portare a una sorta di desensibilizzazione o riduzione progressiva del coinvolgimento emotivo con gli altri. Un ricordo traumatico può essere facilmente richiamato alla mente, ma senza i sentimenti concomitanti, che sono eccessivamente intensi. L'isolamento priva il pensiero della sua forza motivazionale e quindi dello scopo: le idee sembrano estranee, l'azione si oppone e il senso di colpa può essere tenuto a bada. La rappresentazione rimane cosciente pur essendo disturbante, poiché è priva di ogni associazione carica di emotività.

La natura dei meccanismi di difesa, in un certo senso, impone che i soccorritori ne siano consapevoli. A tale proposito, risulta importante un'adeguata formazione psicologica, e forme di sostegno specialistico da attivare in seguito a esperienze particolarmente stressanti al fine di rendere

presenti alla coscienza la natura dell'impatto con l'emergenza e le possibili reazioni disfunzionali.

Considerata la varietà degli interventi a cui sono chiamati a far fronte i vigili del fuoco, e tenendo conto delle peculiari caratteristiche di una situazione emergenziale, un concetto cardine è quello di *stress*. Da un punto di vista scientifico, lo stress è la risposta aspecifica di un organismo a ogni richiesta che proviene dall'ambiente esterno o interno dell'individuo e ne richiede un adattamento. In altre parole, quando l'ambiente esterno fa richieste fuori dall'ordinario, l'essere umano concentra le sue energie, raggiungendo uno stato di tensione finalizzata a una risposta e una risoluzione. Seyle, nel 1956, è stato il primo a introdurre il concetto di stress nell'ambito dello studio delle emozioni, proponendo anche un modello di tipo fisiologico, indicando con il termine *stressor* gli elementi che costituiscono la minaccia, e con quello di *stress* la risposta fisiologica dell'organismo. Il modello proposto si basa sulla divisione del processo di risposta alle minacce in tre fasi, che costituiscono la Sindrome Generale di Adattamento (GAS). Queste fasi sono:

- *la fase di allarme*: l'organismo si attiva a livello fisiologico per prepararsi a reazioni semplici, per esempio quella di attacco o fuga. Se questa reazione non è sufficiente, l'organismo continua nella sua attivazione, dando inizio alla seconda fase;
- *la fase di resistenza*: l'organismo, per continuare a mantenere questa forte attivazione, sottrae al normale funzionamento corporeo alcune risorse. Si potrebbe pensare che in questo modo operi in modo più efficace; ma così non è, in quanto a lungo andare questa alterazione nel funzionamento delle altre risorse può creare dei danni;
- *la fase di esaurimento*: quando l'organismo non riesce più a rispondere ad alcuna richiesta, reagisce smettendo di funzionare.

Può accadere però che senza stress, in numerosi casi, molti problemi non troverebbero una risposta e il nostro adattamento ambientale sarebbe minore. È per questo che si parla di *eustress*, o stress positivo, per indicare un certo tipo di tensione che sostiene nel perseguimento della meta e determina una condizione in cui si ha la sensazione di avere tutto sotto controllo. Viene poi descritto anche un altro tipo di stress, definito *distress*, per indicare la condizione contraria, caratterizzata da ansia e insicurezza e dalla sensazione di non essere in grado di gestire la situazione. Nel caso di un soccorritore, lo stress può essere positivo, quando tutti i nervi sono tesi a far fronte a una emergenza nella maniera più efficiente, oppure negativo, quando, per esempio, si vive l'esperienza frustrante di lavorare senza i mezzi e l'organizzazione adeguati al compito o, più in generale, quando il compito è superiore alle proprie energie (Sbattella, 2009). Esso inoltre può essere *acuto*, un tipo di stress al quale facciamo fronte con una breve fase di resistenza per poi riuscire a tornare nel più breve tempo possibile alla normalità (omeostasi), o diventare *cronico*, quando la fase di resistenza dura da qualche ora a molti anni. Nella

percezione dello stress intervengono e si intrecciano sia le caratteristiche dell'evento esterno sia le caratteristiche individuali di ognuno e le modalità applicate per farvi fronte.

Alla luce di questa consapevolezza, Lazarus e Folkman, con il loro *modello transazionale*, definiscono lo stress come *la condizione derivante dall'interazione di variabili ambientali e individuali, che vengono mediate da variabili di tipo cognitivo*. Quindi l'elemento fondamentale che determina l'entità della reazione fisiologica ed emozionale è la valutazione cognitiva dell'evento stressante: uno stimolo produrrà una reazione più o meno stressante a seconda di come sarà percepito. Tuttavia lo stress non è un'esperienza solo soggettiva, ma la sua entità è definita anche dalle caratteristiche oggettive dello stimolo. Perciò, un evento viene definito più o meno stressante anche in base alla sua qualità – per esempio, l'impatto emotivo che ha nel soggetto – ed entità, intesa come durata. Questi aspetti costituiscono quella che viene definita *valutazione primaria*. Inoltre, la portata stressogena di un evento è definita anche dalla cosiddetta *valutazione secondaria*, ossia dalla valutazione che un individuo compie delle proprie risorse e capacità di far fronte allo stimolo stressante (strategie di coping). Ad essa segue la *valutazione terziaria* dell'efficacia delle azioni messe in pratica; quindi un evento sarà tanto più stressante quanto più l'individuo si percepirà inadeguato e incapace di fronteggiarlo.

Riuscire a limitare l'impatto dello stress ha una fondamentale importanza. Per quanto riguarda le vittime può trattarsi, per esempio, di proteggerle inizialmente da ulteriori stimoli cruenti, dalla curiosità, dalle intemperie ecc. supportandole con la creazione di un clima di maggiore stabilità nel quale possano mantenere un controllo sugli aspetti della propria vita, evitando la sensazione di perdita di controllo e disorientamento. Nel caso dei soccorritori in genere, e in particolare dei vigili del fuoco, la capacità di gestione dello stress è fondamentale per comprendere e descrivere alcuni comportamenti, essendo essi costantemente esposti a condizioni critiche. Chi fa questo tipo di lavoro o di attività descrive come stressante la forte pressione temporale, il grande impegno fisico e mentale, la responsabilità, il fatto di operare in ambienti disagiati e l'esposizione diretta a situazioni pericolose e immagini emotivamente molto forti – tutti fattori che potrebbero portare all'insorgenza di particolari disagi. Alla luce di quanto detto, il compito del soccorritore richiede lo sviluppo di una serie di competenze legate proprio alla gestione dello stress, per esempio:

- tolleranza dell'incertezza e dell'errore;
- capacità creative (arrangiarsi con le risorse disponibili);
- capacità di lavorare in squadra;
- stabilità emotiva;
- capacità di cogliere le caratteristiche del contesto sociale e umano (comprese le differenze culturali) e di adattarsi.

È molto utile quindi studiare le strategie adoperate dagli operatori per far fronte a questi eventi stressanti, ossia le *strategie di coping*, le modalità che

definiscono il processo di adattamento a una situazione. L'attivazione delle strategie di coping, come già accennato, è secondaria a una prima valutazione dello stressor; in questa fase, il soggetto decide se la fonte di stress è irrilevante, positiva o dannosa e, secondariamente, valuta le proprie abilità e risorse e mette in atto dei tentativi per farvi fronte. Nelle situazioni di stress vengono messe in atto generalmente due modalità di coping. La prima, di tipo più razionale, centrata sul problema e indicata per modificare le condizioni oggettive del proprio ambiente onde tornare a stare bene, comprende le seguenti fasi:

- a. analizzo il problema;
- b. elaboro un piano di azione;
- c. mi impegno molto per raggiungere l'obiettivo;
- d. chiedo sostegno e aiuto per risolvere il problema;
- e. cerco di non agire d'impulso.

La seconda, centrata sulle emozioni, è una strategia che mira a modificare la propria percezione soggettiva, in origine spiacevole, e le emozioni negative ad essa connesse. Può essere scomposta nelle seguenti operazioni:

- a. tento di vedere il lato positivo;
- b. cerco di non pensare alla situazione;
- c. cerco la comprensione nell'altro;
- d. adotto il distacco mentale;
- e. adotto strategie di evitamento.

Il concetto di coping, quindi, *entra in gioco quando una situazione viene percepita come stressante, allo scopo di attivare la persona a cercare di fare qualcosa per dominare l'evento e controllare le proprie emozioni* (Sbattella e Pini, 2004). I vigili del fuoco esperti sono il più delle volte passati spontaneamente attraverso le diverse fasi e modalità della gestione dello stress. In seguito a queste considerazioni, il coping può essere definito come un processo che coinvolge più livelli: emotivo, comportamentale, valutativo e sociale. Poiché è importante saper individuare, regolare e utilizzare i segnali offerti dallo stress elaborando strategie personali per farvi fronte, è utile avere consapevolezza di questi processi. È stato dimostrato che quando queste strategie non vengono attivate dal soccorritore, la fatica aumenta, quasi fosse alimentata dalle emozioni scaturite dalla profonda identificazione con le persone coinvolte e dalle proprie. Se da un lato è importante sapersi identificare con chi soffre a livello empatico, è anche vero che è necessario avere la capacità di distanziarsi per evitare di reagire in maniera difensiva onde non essere sopraffatti dal dolore dell'altro. Considerando le cinque strategie di coping indicate dal Coping Orientations to Problem Experienced-NVI (Sica et al., 2008), quella maggiormente utilizzata dai vigili del fuoco durante i loro interventi risulta essere *l'orientamento al problema*, seguita dall'*attitudine positiva*. Le altre strategie utilizzate sono, nell'ordine, il *sostegno sociale* – data la grande importanza per

ogni vigile del fuoco di coordinarsi con gli altri membri della propria squadra e ed essere supportato da loro –, l'*orientamento trascendente* e le *strategie di evitamento* – dimensione apparentemente meno funzionale per tutti, in quanto assolutamente non risolutiva di fronte a una situazione di emergenza. Questo risultato è indicativo del fatto che il vigile impegnato in un soccorso pianifica le proprie azioni e gestisce la situazione sia attraverso l'attivazione dei protocolli standardizzati, sia attraverso decisioni rapide e precise rivolte alla soluzione. Tende ad affrontare l'evento con un atteggiamento di accettazione, ma soprattutto reinterpreta positivamente, in quanto un'emergenza può essere considerata anche come una pura fonte di esperienza, qualcosa che modifica l'equilibrio delle persone, ne aumenta le conoscenze, promuovendo così la nascita di nuovi assetti organizzativi. La capacità di gestione dello stress sembra quindi legata, oltre che alle caratteristiche di personalità individuali, alla preparazione specifica di ognuno e alle caratteristiche della struttura organizzativa all'interno della quale si lavora.

A quest'ultimo aspetto è legato il concetto di *burnout*, con il quale Christina Maslach indica lo stato di esaurimento emotivo al quale possono arrivare alcuni operatori che lavorano nell'ambito delle emergenze (Maslach, 1997). In tale prospettiva, il burnout costituisce un aspetto distintivo dello stress e, in particolare, uno schema di risposte emotive e comportamentali allo stress lavoro correlato. Nel suo contesto lavorativo, il vigile del fuoco è costantemente sottoposto a sollecitazioni di forte impatto emotivo, che talvolta determina l'insorgere di stati che possono causare una diminuzione o una perdita dell'equilibrio interiore, indispensabile per lo svolgimento della propria attività. Il soccorritore, inconsapevolmente e a scopo difensivo, tende a staccarsi dai propri vissuti e dalle proprie emozioni, senza però rendersi conto che queste vanno comunque a intrecciarsi con le emozioni delle persone soccorse. Queste implicazioni emotive possono compromettere l'equilibrio psichico dell'operatore, generando una sintomatologia psicosomatica con disturbi come depressione, stanchezza, irritabilità, ansia e isolamento (Cherniss, 1983), che a lungo andare possono sfociare in un vero e proprio stato di malattia.

In particolare, quello dell'emergenza è un contesto ad alto rischio di burnout, dato che molto spesso l'intervento al quale sono chiamati i soccorritori è caratterizzato da una grande imprevedibilità, da un forte carico di responsabilità con decisioni e valutazioni immediate.

Se si confronta il concetto di stress con quello di burnout, si può osservare che quest'ultimo costituisce una sorta di secondo stadio, anticipato dallo stress. Il primo stadio, quello dello stress, implica uno squilibrio tra risorse disponibili e richiesta. Il secondo stadio, invece, è caratterizzato dalle sensazioni di ansietà, tensione e fatica, e da risposte che deviano dalle modalità equilibrate di affrontare le situazioni. In una terza fase, la persona colpita da burnout erige una sorta di muro tra sé e le persone di cui si occupa, in modo da difendersi da stimoli ormai insopportabili. L'operatore, a questo punto, si disimpegna dal lavoro, fa molte assenze e può sviluppare un certo cinismo e rigidità. Questi sentimenti negativi verso gli altri possono inasprirsi

fino a includere la negatività anche verso se stessi. Gli operatori provano sentimenti di colpa o tormento per il modo in cui trattano gli utenti e percepiscono il proprio cambiamento in negativo, e questo dà luogo a quella che viene chiamata ridotta realizzazione personale.

L'esposizione al burnout è largamente determinata anche da fattori organizzativi, in quanto una particolare importanza riveste il ruolo del soccorritore nella propria organizzazione. Il burnout può essere dovuto a un sovraccarico di ruolo o a un conflitto – per esempio, nel caso di una avvertita incompatibilità tra sé e il ruolo rivestito – oppure all'ambiguità – cioè la mancanza di chiarezza su quale sia il proprio ruolo e il susseguirsi di successivi cambiamenti – o, infine, a una scarsa o eccessiva autonomia. La prima può far sentire sottovalutati; la seconda può produrre un senso di grave insicurezza. Può anche avvenire che le richieste esterne siano incompatibili con le capacità o le mete dell'operatore, con i suoi valori e le sue convinzioni, tutte cause di elevati gradi di stress. Alcuni rischi professionali riguardano:

- l'esposizione a pericoli fisici imprevedibili
- l'incontro con la morte violenta
- l'incontro con la sofferenza di altre persone
- i turni lunghi, il lavoro disorganizzato e la fatica estrema
- l'incontro con la morte di bambini
- il senso di fallimento della missione.

Fra le situazioni e gli stressor personali figurano:

- le lesioni personali
- i decessi o le ferite subite dalle persone amate, dagli amici e dai colleghi
- lo stress preesistente
- uno scarso livello di preparazione personale o professionale
- le aspettative su di sé
- uno scarso livello di sostegno sociale.

Dal punto di vista del processo, il burnout si manifesta con una sequenza specifica di passaggi, che portano a percepire dapprima uno stato di esaurimento emotivo, poi un senso di depersonalizzazione e, infine, la diminuzione dell'autoefficacia (Maslach e Jackson, 1993). Carichi di lavoro costantemente eccessivi nell'arco di un lungo periodo di tempo mettono a dura prova le risorse emotive del soggetto, che reagisce maturando uno stato di esaurimento emotivo.

Il burnout può essere quindi definito come una *sindrome di esaurimento emozionale, di depersonalizzazione e di riduzione delle capacità personali che può presentarsi in soggetti che per professione si occupano della gente. Si tratta di una reazione alla tendenza emozionale cronica creata dal contatto continuo con altri esseri umani, in particolare quando si hanno problemi o motivi di sofferenza.*

Gli aspetti del burnout sono nel dettaglio:

Quadro iniziale - sintomi premonitori:

- accresciuto impegno verso gli obiettivi: iperattività, sensazione di essere indispensabili e di non aver mai tempo, rimozione degli insuccessi e negazione dei propri bisogni;
- esaurimento: stanchezza cronica, mancanza di energie, sonno disturbato.

Riduzione dell'impegno:

- verso le persone a cui è diretto l'intervento: rifiuto del contatto diretto, disturbi dell'attenzione nei momenti di interazione, colpevolizzazione del soggetto;
- verso gli altri in genere: perdita dell'empatia, difficoltà d'ascolto, cinismo;
- verso il lavoro: disillusione, riluttanza ad andare ogni giorno al lavoro, aumento delle pause di lavoro, guardare continuamente l'orologio;
- aumento delle rivendicazioni: perdita degli ideali, sensazione di scarsi riconoscimenti, concentrazione sulle proprie pretese.

Reazioni emotive e colpevolizzazioni:

- depressione: autostima ridotta, senso di inadeguatezza, brusche oscillazioni dell'umore;
- aggressione: colpevolizzazione degli altri e del sistema, irritabilità, atteggiamenti difensivi o paranoici.

Declino:

- dell'efficienza cognitiva: difficoltà di concentrazione e memoria, incapacità decisionale, disorganizzazione;
- della motivazione: ridotta flessibilità, senso di iniziativa e di produttività;
- della creatività: ridotta fantasia.

Appiattimento:

- della vita emotiva: scarse reazioni emotive e indifferenza;
- della vita sociale: minore partecipazione personale nei confronti degli altri o eccessivo legame a singole persone, chiusura in se stessi, isolamento;
- della vita psichica: disinteresse, abbandono di attività prima piacevoli.



Reazioni psicosomatiche:

- incapacità di rilassarsi nel tempo, indebolimento della funzionalità del sistema immunitario, tachicardie, senso di oppressione, disturbi del sonno, maggior consumo di alcool, caffè, tabacco e psicofarmaci.

Disperazione:

- atteggiamento negativo verso la vita, perdita di senso verso la speranza.

Dal punto di vista del processo, il fenomeno burnout si manifesta, come già accennato, con una sequenza specifica di passaggi:

- *esaurimento emotivo*, che corrisponde alla sensazione di essere in continua tensione, emotivamente inariditi dal rapporto con gli altri. Esso si caratterizza per la mancanza dell'energia necessaria per affrontare la realtà quotidiana e per la prevalenza di sentimenti di apatia e distacco emotivo nei confronti del lavoro. Le conseguenze dell'esaurimento emotivo possono essere sia *fisiche* (insonnia o disturbi nel sonno, emicrania, problemi gastrointestinali) che *interpersonali* (stanchezza, affaticamento, sensazione di fallimento, ansia, depressione, rabbia, tendenza all'isolamento);
- *depersonalizzazione*, ossia la risposta negativa nei confronti delle persone che ricevono la prestazione professionale. Consiste in un atteggiamento caratterizzato da distacco e ostilità che coinvolge primariamente la relazione professionale, vissuta con fastidio, freddezza e cinismo. La persona tenta di sottrarsi al coinvolgimento, limitando la quantità e la qualità dei propri interventi professionali. Le conseguenze della depersonalizzazione possono essere *lavorative* (bassa produttività lavorativa con sensazione di mancata realizzazione dei propri obiettivi, assenteismo, rigidità e resistenza al cambiamento, ripetitività passiva e acritica del proprio lavoro) e *interpersonali* (cinismo, aggressività, sospettosità, incapacità d'ascolto e relazione d'aiuto);
- *ridotta realizzazione personale*, che coincide con la sensazione che, nel lavoro a contatto con gli altri, la propria competenza e il proprio desiderio di successo stiano venendo meno. Il soggetto si sente perennemente fallito da un punto di vista professionale e inadeguato per il tipo di lavoro svolto. Tale stato è inoltre aggravato dalla consapevolezza del disinteresse e dell'intolleranza verso gli altri. Mentre in passato l'operatore trovava nel lavoro stimoli e caratteristiche che, se pur in vario modo, rispondevano alle attese personali e alle motivazioni di scelta del lavoro, successivamente prevale la routine, la monotonia e tutto diventa più pesante e gravoso. Le conseguenze della

ridotta realizzazione professionale intaccano il complesso di sensazioni relative alla propria competenza e abilità professionale.

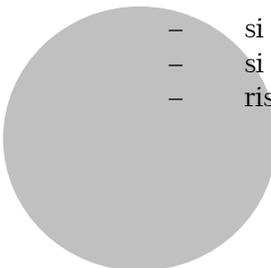
Così il burnout diventa un processo transazionale nel quale, in risposta allo stress e alla tensione sul lavoro, un professionista precedentemente impegnato si disimpegna dal proprio lavoro. Il processo, in questo senso, inizia quando l'operatore prova uno stress (considerato come quelle caratteristiche dell'ambiente di lavoro che costituiscono una minaccia per l'individuo) e un esaurimento (ogni deviazione dalla normale risposta dell'individuo) che non possono essere alleviati con una gestione attiva del problema. Il cambiamento di atteggiamento va a procurare una fuga psicologica e la rassicurazione che non si aggiungerà ulteriore stress alla tensione nervosa che è già stata provata. Quando l'operatore sperimenta un forte stress lavorativo, questi meccanismi di difesa potrebbero essere usati deliberatamente, dato che ormai la relazione d'aiuto tende a creare un coinvolgimento psicologicamente intollerabile.

L'operatore esaurito ha una predisposizione a problemi di salute frequenti, disturbi psicologici, perdita dell'autostima, crescente insoddisfazione del lavoro. I segni della sindrome da burnout sono:

- alta resistenza a recarsi al lavoro ogni giorno
- sensazione di fallimento
- rabbia e risentimento
- senso di colpa
- scoraggiamento e indifferenza
- negativismo
- isolamento e ritiro (disinvestimento)
- senso di stanchezza ed esaurimento tutto il giorno
- perdita di sentimenti positivi verso gli utenti
- rimandare il più possibile i contatti con gli utenti
- avere un modello stereotipato degli utenti
- incapacità di concentrarsi o ascoltare ciò che l'utente sta dicendo
- seguire in modo crescente procedure rigidamente standardizzate
- problemi d'insonnia
- rigidità di pensiero e resistenza al cambiamento
- sospetto e paranoia
- eccessivo uso di farmaci
- conflitti coniugali e familiari
- alto assenteismo.

L'operatore continuerà a svolgere la propria attività ma:

- si sentirà stanco, spossato, esaurito;
- si sentirà frustrato, incapace, inadatto;
- risponderà con reazioni aggressive, apatia, ostilità, distacco ecc.



L'esaurimento emozionale e il cinismo, frutto del burnout, sono spesso associati al deterioramento delle relazioni con le altre persone, sul lavoro e fuori. L'esaurimento emozionale spesso viene a prendere la forma di una stanchezza cronica, che porta a un circolo vizioso passivo che spesso sfocia nella risoluzione attraverso farmaci o assunzione di alcool per alleviare la tensione divenuta ormai costante e incontrollabile. La salute psicologica percorre, con la caduta dell'autostima e una sempre più ridotta realizzazione personale, una discesa verso il basso, e la persona ha solo sentimenti negativi verso quello che egli è, e verso il tipo di lavoro che sta svolgendo. Può danneggiare anche gli utenti, che ricevono risposte prive di contenuto umano e un servizio deficitario.

La persona in burnout dà il minimo indispensabile, affronta la professione d'aiuto come se fosse un lavoro meccanico, togliendo tutto il senso alla relazione. L'operatore emotivamente esausto arriva a casa teso, sconvolto, stanco fisicamente. Quando il lavoro prosciuga tutte le energie emozionali, l'operatore diventa sempre meno capace e disposto a dare agli altri; può essere quindi danneggiata anche la situazione familiare, che subisce un'impennata di tensioni e conflitti, avendo i propri componenti spesso separati da un profondo abisso emozionale. In altri termini psicologici individuali e interpersonali, nella sindrome del burnout si instaura una situazione conflittuale tra il modello ideale che ciascuno ha del suo lavoro (come è stato desiderato e quindi scelto), tra il ruolo lavorativo così come appare e quello effettivamente svolto e il ruolo burocratico (così com'è imposto dall'istituzione). La conseguenza è che si spersonalizza il rapporto con l'utente e si riduce la motivazione a intraprendere azioni finalizzate alla soluzione di problemi, impedendo l'elaborazione di azioni creative e originali. Ciò implica dei rischi per la salute mentale dell'individuo, che vive il rapporto con l'istituzione con emozioni di rabbia, senso di impotenza, depressione, ansia.

In conclusione

L'attività del vigile del fuoco, nella quale è necessario coniugare all'estrema competenza professionale anche una buona competenza relazionale ed emozionale, potrebbe risultare molto stressante a causa delle numerose e imprevedibili situazioni di forte impatto psicologico ed emotivo cui il vigile è sottoposto. Nonostante tale premessa, però, questi professionisti hanno sempre dimostrato nelle più diverse occasioni di essere in grado di applicare strategie di coping fondamentali per la buona riuscita del lavoro e per la salvaguardia del proprio benessere fisico e psicologico. Utilizzano efficaci modalità di comunicazione con l'utente, sia in riferimento all'andamento dell'intervento, sia in termini di vicinanza umana. In seguito a interventi particolari, che comportano un maggiore coinvolgimento, frequenti sono gli scambi di opinioni e di idee tra colleghi sulle modalità di intervento applicate, ma non sempre in questi momenti di confronto vengono affrontati e condivisi i propri stati emotivi. In conclusione, uno spunto di riflessione: la

professione di vigile del fuoco e quella di psicologo, seppur così diverse, potrebbero essere una fonte di conoscenza ed esperienza reciproca .

Alessandra Curtacci, Psicologi per i Popoli – Abruzzo.

Bibliografia

- Cantelli G. (1997), *Lo stress dell'operatore dell'emergenza*, "Emergency oggi", 6, 9-10.
- Cherniss C. (1983), *La sindrome del burnout*, Centro scientifico torinese, Torino.
- Cuzzolaro G. e Frighi L. (1998), *Reazioni umane alle catastrofi*, Gangemi, Roma.
- Giannantonio M. e Cusano M. (2003), *Lo stress post-traumatico nel personale di soccorso*, IV° Forum Internazionale sull'EBN (Evidence Based Nursing).
- Gobba F. e Sali D. (1995), *Rischi professionali in ambito professionale*, Ed. McGraw Hill, Milano.
- Lazarus RS. (1991), *Emotion and adaption*, Oxford University Press, New York.
- Maslach C. e Jackson S. (1993), *MBI. Maslach burnout inventory*, Organizzazioni Speciali, Firenze.
- Maslach C. (1997), *La sindrome del burnout*, Cittadella, Assisi.
- Meyer V. e Santinello M. (1987), *La misurazione del burnout. L'operatore cortocircuitato*, CLUP, Milano.
- Pietrantoni L., Prati G. e Palestini L. (2008), *Il primo soccorso psicologico nelle maxiemergenze e nei disastri*, Clueb, Bologna.
- Ranzato L. (2010), *Il volontariato degli psicologi della Protezione Civile*, "Rivista di Psicologia dell'emergenza e di assistenza umanitaria", 4.
- Sbattella F. e Pini E. (2004), *Strategie di coping ed emozioni dei soccorritori*, "Nuove tendenze della psicologia", 1.
- Sbattella F. (2009), *Manuale di psicologia dell'emergenza*, Franco Angeli, Milano.
- Sica C et al. (2008), *Coping Orientation to Problems Experienced-Nuova Versione Italiana (COPE-NVI): uno strumento per la misura degli stili di coping*, Dipartimento di Psicologia - Università degli Studi di Firenze; Dipartimento di Psicologia Generale - Università degli Studi di Padova.

