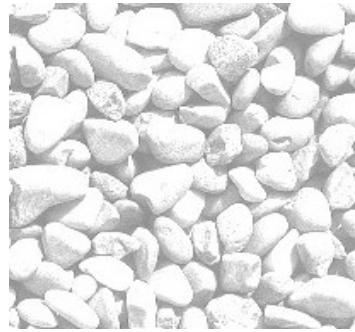
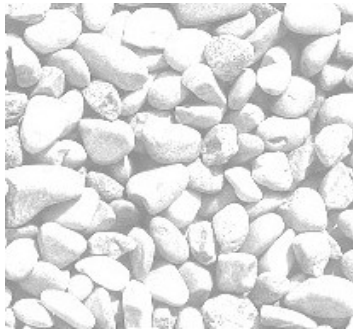




ISSN 2280-9120



Rivista di

Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria

SEMESTRALE DELLA FEDERAZIONE PSICOLOGI PER I POPOLI

Numero 20, 2019



Direttore responsabile
Giuseppe Maiolo

Direttore
Donatella Galliano

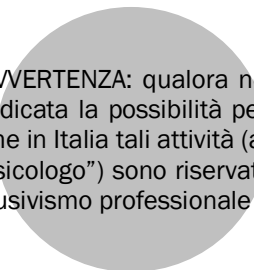
Vicedirettore
Luigi Ranzato

Direzione scientifica
Paolo Castelletti
Daniele Luzzo
Fabio Muscionico
Raffaela 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



AVVERTENZA: qualora nei testi e nelle bibliografie internazionali riportate dalla nostra rivista sia indicata la possibilità per “operatori non psicologi” di svolgere attività psicologiche, si rammenta che in Italia tali attività (art. 1 e 3 della legge 18.02.1989 n. 56, “Ordinamento della Professione di Psicologo”) sono riservate agli iscritti nell’Albo dell’Ordine degli Psicologi. Si ricorda altresì che l’abusivismo professionale nel nostro Paese è condannato ai sensi dell’art. 348 del Codice Penale.

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

Numero 120 2019

Indice

Luigi Ranzato

Introduzione

Introduction

p. 4

Carla Pontara e Catia Civettini

Lutto in famiglia con minori e lutto nelle scuole: modalità di intervento per psicologi dell'emergenza

Mourning in families with young people and mourning in schools: methods of intervention for emergency psychologists

P. 6

Barbara Lamedica

L'elaborazione del lutto nelle emergenze: l'intervento psicologico in Rwanda dopo il genocidio del 1995

The working through of mourning in emergencies: psychological intervention in Rwanda after the genocide of 1995

p. 24

Norme per gli autori

Instructions to authors

P. 46

In questo numero presentiamo due lavori sul lutto e sulla sua elaborazione in contesti di emergenza nazionale e di emergenza umanitaria internazionale.

Il lavoro curato da Carla Pontara e Catia Civettini, intitolato *Lutto in famiglia con minori e lutto nelle scuole: modalità di intervento per psicologi dell'emergenza*, rappresenta il prodotto puntualmente riordinato di una giornata di studio che le tre associazioni di Psicologi per i Popoli del Trentino, del Veneto e del Friuli Venezia Giulia hanno dedicato al tema. Gli psicologi dell'emergenza non raramente vengono a contatto con situazioni di morte improvvisa (non voluta o talvolta cercata) di genitori o figli. L'intervento è richiesto per supportare i familiari o per sostenere i minori e, in questo secondo caso, per collaborare con un appoggio alle istituzioni scolastiche e agli alunni che le frequentano. La richiesta agli psicologi proviene tramite il 118, le autorità di ordine pubblico, l'organizzazione della protezione civile, le autorità scolastiche. Soprattutto in caso di suicidi di minori, magari preceduti da scomparsa, l'intervento si fa particolarmente delicato. Agli psicologi dell'emergenza, viene richiesta non solo la conoscenza della psicologia del lutto e della sua elaborazione, ma anche la capacità di muoversi in una rete di persone colpite, di istituzioni chiamate in causa e di numerosi soccorritori. Il lavoro di Pontara e Civettini fornisce una lucida presentazione teorica del tema e alcuni spunti operativi per gli psicologi chiamati a intervenire sul campo.

L'articolo di Barbara Lamedica, sull'analogo tema del lutto e della sua elaborazione, si contestualizza nell'ambito dell'emergenza umanitaria in Rwanda. Ricorre proprio quest'anno il venticinquesimo anniversario dell'inizio del genocidio (6 aprile 1994) che in questo piccolo e bellissimo paese africano ha colpito da ottocento a un milione di abitanti di etnia tutsi, lasciando dovunque le tracce della morte, delle distruzioni e dei saccheggi e spingendo alla fuga, verso il Congo, la Tanzania e altri paesi africani, un milione e mezzo di abitanti di etnia hutu. Delle migliaia di bambini non accompagnati, scampati alla morte o separati dai genitori in fuga, un migliaio sono stati accolti e accuditi a Nyamata nel Bugesera, piccolo paese tristemente noto perché circondato da una decina di fosse comuni e perché nel suo territorio le chiese custodivano le vestigia insepolti delle persone trucidate. Questi minori non accompagnati sono stati affidati dall'Unicef per l'assistenza logistica, sanitaria e psicologica all'organizzazione non governativa Medici con l'Africa Cuamm di Padova. L'autrice dell'articolo, Barbara Lamedica, ha potuto intervistare lo psicologo che per 10 mesi nel 1995 ha gestito gli interventi psicologici per i bambini di Nyamata e ne ha tratto parte del materiale per una tesi finale nel Corso di Perfezionamento in "Psicologia dell'e-

mergenza in situazioni di calamità naturali e umane, in ambito nazionale e internazionale” diretto dal prof. Erminio Gius, docente ordinario di psicologia sociale, che si è svolto presso l’Università degli Studi di Padova nell’anno accademico 2002-2003.

L’occorrenza del venticinquesimo anniversario del genocidio rwandese e di uno dei primi interventi strutturati di uno psicologo italiano in una emergenza umanitaria in Africa ci ha convinto dell’opportunità di pubblicare, con il permesso dell’autrice, questo lavoro che affronta la tematica dell’elaborazione di un lutto attraverso strumenti relazionali, organizzativi e comunitari.

Luigi Ranzato

Carla Pontara e Catia Civettini

Lutto in famiglia con minori e lutto nelle scuole: modalità di intervento per psicologi dell'emergenza

Riassunto *A seguito di morti improvvise per malattie, incidenti o suicidi, gli psicologi dell'emergenza vengono spesso allertati dal 118 o dalle forze dell'ordine o dalla protezione civile territoriale o dai dirigenti scolastici per portare sostegno ai familiari, agli amici e ai compagni di scuola. Le associazioni di Psicologi per i Popoli del Trentino, del Veneto e del Friuli Venezia Giulia in una giornata di studio hanno assieme affrontato il tema del lutto in famiglia sia da un punto di vista teorico che metodologico. Questo lavoro, nelle due parti in cui si compone, ne riporta i risultati a cura delle autrici.*

Parole chiave: suicidio, sostegno psicologico, rapporti con la famiglia e la scuola.

Abstract *Following sudden deaths due to illness, accident or suicide, emergency psychologists are often alerted by the 118 or by the Police or by the territorial Civil Protection or by school managers to bring support to family members, friends and schoolmates. In a study day, the associations of Psicologi per i Popoli of Trentino, Veneto, and Friuli Venezia Giulia addressed together the issue of grief in the family from both a theoretical and methodological point of view. This work in two parts reports the results of that study day.*

Key words: suicide psychological support, relationships with the family and the school.

PARTE PRIMA. IL LUTTO IN FAMIGLIA E NELLA SCUOLA

Premessa

Descrivere il vissuto del lutto non è facile, perché si tratta di una reazione complessa, individuale e di gruppo, di fronte a una perdita percepita come non voluta, assurda eppure del tutto inevitabile.

Di lutto come processo parlano Lombardo et al. (2014, p. 107): "Il lutto è un evento in grado di determinare nella persona cambiamenti permanenti, che richiedono un processo di adattamento e di profonda ristrutturazione del mondo interno. Questo processo, definito *elaborazione del lutto*, culmina per lo più in una fase di riorganizzazione, ovvero di accettazione della nuova realtà e di collocazione affettiva della persona deceduta in un luogo interno, meno doloroso e più utile a una riapertura dei contatti con il mondo esterno".

I tre termini disponibili nella lingua inglese – *bereavement*, *grief* e *mourning* – riassumono le diverse componenti che entrano in gioco nell'esperienza del lutto: a) la presenza di un evento-perdita b) le risonanze soggettive legate all'e-

vento; c) le espressioni sociali in risposta alla perdita e al cordoglio, inclusi i rituali e i comportamenti che tutte le culture e le religioni esprimono.

Di fatto aiutare a elaborare la perdita significa prendere in carico gli aspetti affettivo-relazionali insieme a quelli simbolici, operando là dove le ritualità sociali non sono in grado di permettere la trasformazione del cordoglio in lutto, ovvero in perdita riconosciuta, linguisticamente simbolizzata e dunque rievocabile nel passato dotato di senso (Testoni, 2015).

Nel processo elaborativo del lutto sembra trovarsi una piena conferma della dimensione relazionale e intersoggettiva presente nella natura umana. Nel lutto, infatti, i legami davvero significativi e importanti della nostra vita possono solo trasformarsi, ma mai finire nel nulla, nemmeno con la morte.

L'esperienza del morire presenta l'ultimo compito evolutivo, difficile e inevitabile, di ricerca e verifica di sé e delle relazioni costruite: un nuovo lasciare, per ritrovarle dentro sé e negli altri.

Lutti reali e lutti simbolici

Già Mahler (1972) ci indicava il significato evolutivo del *lifelong mourning process*, pensando al dolore implicato nell'imparare a non avere più bisogno degli altri. Si abbandona l'originaria simbiosi con la figura d'attaccamento attraverso l'esercizio di morte che tutto il percorso esistenziale richiede; si diventa adulti imparando ad abbandonare l'ambivalenza impotenza/onnipotenza, quindi accettando la realtà del limite e della perdita. Da questo incessante lavoro psichico deriva la capacità di elaborare le perdite quotidiane, costruendo l'autonomia nella dialettica tra intimità e separazione e nella crescita relazionale.

Di qui l'importanza, per le società, di vitalizzare e rendere fruibili – anche dentro i mutamenti sociali e antropologici – i cosiddetti riti di passaggio, in cui viene simbolizzata la perdita e non soltanto celebrata la meta.

Il processo di lutto fisiologico

All'interno della teoria dell'attaccamento, Bowlby (1980) identifica quattro fasi essenziali in cui si compie il processo del lutto rispetto al legame: 1) stordimento e protesta, dissociazione e disorganizzazione; 2) intenso desiderio e ricerca della persona perduta, attivazione del sistema di attaccamento; 3) disperazione e irrequietezza; 4) risoluzione e riorganizzazione – sul piano cognitivo e affettivo – della relazione col defunto e ripresa di nuovi investimenti.

Kubler Ross (1976) descrive il percorso del lutto anche in riferimento all'elaborazione possibile dopo una prognosi infausta, distinguendo alcune condizioni emotivo-cognitive dominanti: shock-negazione, rabbia, disorganizzazione-negoziazione, disperazione-depressione e infine accettazione-riorganizzazione.

Strategie di adattamento nel lutto fisiologico

Dall'*attachment theory* prende forma il *task model* di Worden (1982-91) relativo all'elaborazione del lutto, in cui sono evidenziati essenzialmente quattro compiti: accettare la realtà della perdita, sostenere e attraversare il dolore del lutto, adattarsi a un ambiente (interno, mentale ed esterno) in cui manca il proprio caro e, infine, poter ricollocare emotivamente il defunto e andare avanti nella vita.

Seguendo un approccio cognitivista, Rando (1993) delinea invece sei passaggi necessari (denominati "le 6 R del lutto"), lungo i quali le persone dolenti possono però spostarsi avanti e indietro: riconoscere la perdita; reagire alla separazione accettando il dolore del cordoglio; richiamare alla mente e "rivivere" il defunto e la relazione; rinunciare ai vecchi attaccamenti con il defunto e al vecchio mondo di assunti legati alla sua presenza; riadattarsi a vivere nel nuovo mondo senza dimenticare il vecchio; reinvestire in se stessi e nelle relazioni.

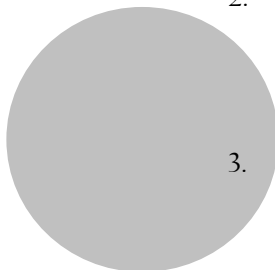
All'interno della *cognitive stress theory*, con Lazarus e Folkman (1984) il lutto viene inteso come *stressor*, evento esistenziale che richiede all'individuo energie talvolta superiori a quelle disponibili. Le strategie rilevanti per la risoluzione del lutto sono raggruppate in due categorie: strategie orientate al problema (adatte alle situazioni più facilmente modificabili) e strategie orientate alle emozioni, dove vengono modulate anche le dimensioni del confronto e dell'evitamento.

Più recentemente, il modello integrativo di coping *dual-process model* (Stroebe e Schut, 1999; 2001) integra in una nuova sintesi le varie categorizzazioni proposte: il cambiamento elaborativo avviene in un'oscillazione dinamica tra atteggiamenti di orientamento alla perdita e orientamento alla risoluzione, in un complesso processo di regolazione tra confronto con la perdita ed evitamento. Tale modello teorico, sviluppato per la comprensione delle strategie di coping adattive e non, segna un superamento di precedenti letture secondo fasi consecutive.

Fattori che possono influenzare il processo di elaborazione del lutto

Molti ricercatori di matrice clinica o sperimentale hanno contribuito a delineare le variabili che orientano l'elaborazione dell'evento di perdita, raggruppabili essenzialmente in tre categorie:

1. situazioni che hanno causato la perdita, come il tipo di morte;
2. tratti di personalità e aspetti psicologici (la specifica natura e il particolare significato della perdita subita o della relazione interrotta, il tipo di attaccamento, il ruolo del defunto nel sistema familiare, le precedenti esperienze di perdite e di lutto, l'età e le circostanze della morte);
3. fattori culturali e sociali, anche in relazione ai tipi di strutture so-



ciali che interpretano il lutto (tradizionali, moderne e post-moderne). La dimensione relazionale e comunicativa è in realtà l'autentico punto di forza sul quale fare leva per permettere a chi è in lutto di attraversarne il dolore, senza negare l'accaduto, ma imparando a mapparne i contorni.

Il lutto patologico

La maggior parte della gente riesce ad affrontare in modo adeguato la perdita di un proprio caro e a raggiungere un buon adattamento; tuttavia, una piccola ma significativa percentuale di persone in lutto va incontro a una sindrome caratterizzata da un prolungato distress psicologico correlato alla perdita, con una significativa e persistente compromissione del funzionamento lavorativo e un elevato rischio suicidario. Questa condizione, caratterizzata da disturbi psicologici e somatici, è stata definita "lutto complicato" o "disturbo da sofferenza prolungata" (Lombardo et al., 2014).

Già Parkes (1972) aveva individuato tre varianti patologiche del lutto normale: il lutto inibito, il lutto ritardato e il lutto cronico. Più recentemente Horowitz (1997) indica il disturbo da lutto complicato all'interno della teoria post-traumatica; in questa direzione, le ricerche della Prigerson e Jacobs (2001) definiscono meglio il disturbo da lutto traumatico.

Nel DSM-5 e nell'ICD-11 è stata riconosciuta la possibilità di diagnosticare il "disturbo da lutto persistente complicato" (PGD), quale nuova entità nosografica, che va distinto da altre reazioni psicopatologiche conseguenti a un importante evento di perdita, come la depressione e il PTSD. Vengono inseriti sintomi aggiuntivi, quali la sofferenza cronica reattiva alla morte, oltre al disordine sociale o dell'identità. Il particolare stress sintomatico deve persistere per almeno 6 mesi consecutivi, indipendentemente da quando si verificano in relazione alla perdita. La diagnosi di PGD non può quindi essere effettuata nei primi 6 mesi successivi alla perdita, finestra temporale necessaria per l'evoluzione naturale del lutto, periodo in cui peraltro la sintomatologia esperita può sovrapporsi al PGD, per intensità. Disporre oggi di criteri diagnostici di PDG significa dunque poter individuare soggetti a elevato rischio mediante procedure di assessment sempre più valide e attendibili e rendere fruibili servizi di supporto psicologico dedicato (Lombardo et al., 2014).

Il lutto in età evolutiva

La morte di un familiare, specialmente di un genitore, è considerata l'evento più traumatico che possa verificarsi nella vita di un bambino e di un adolescente, ma, così come accade per gli adulti, è possibile anche per loro elaborare questa dura prova in forma completa e sana.

L'elaborazione della perdita dipende solo in parte dalla comprensione della morte maturata dal bambino. La dimensione che assume più rilevanza è in realtà quella affettiva, in quanto essere privati della relazione intima – impostata su

scambi e aspettative attivi per lo più a livello inconscio – è ciò che determina per il bambino lo scompensamento più importante. Il lutto infantile si lega dunque alle modalità di relazione affettiva che organizzano i passaggi chiave dello sviluppo e modellano i processi di acquisizione del senso di sé. Perdere un genitore è perdere quindi una relazione particolare con funzione strutturante.

Il dolore psichico e il lutto dei bambini piccoli vanno inquadrati all'interno delle ansie prevalenti: l'ansia di separazione (6 mesi – 2 anni) e la paura di perdere l'amore e l'approvazione del genitore (“sono stato cattivo e papà se ne è andato”, “la mamma non mi amava”).

Il bambino allora avrà bisogno di imparare che: a) le cose brutte possono accadere anche quando ci comportiamo bene; b) le persone possono essere costrette a lasciarci anche quando ci amano.

La consapevolezza di quanto è successo può essere acquisita in modo equilibrato, solo se accanto al bambino c'è una persona capace di accompagnare con affetto l'esame di realtà.

Quali fattori influiscono in modo preminente sulle reazioni del bambino?

La gravità del turbamento per la perdita può essere rappresentata lungo una scala di intensità che dipende dall'interazione tra le circostanze della morte e la condizione del bambino o dell'adolescente. A un estremo, il trauma è minimo o contenuto: quando, per esempio, la morte è l'esito di una lunga malattia che ha permesso un'esperienza di lutto anticipatorio, di giungere cioè in modo graduale, seppure doloroso, alla necessità del distacco. All'estremo opposto, la morte inaspettata e con aspetti violenti può trasformarsi in un'esperienza molto impattante. È stato comunque rilevato che il lutto anticipatorio è particolarmente doloroso e faticoso in età evolutiva, e dal modo in cui viene gestito può derivare il successo o il fallimento del lutto stesso. Un supporto appropriato è sempre necessario, per permettere al bambino o all'adolescente di modulare gli esiti cognitivi e affettivi di maggiore portata. Minimizzare o non vedere il loro dolore può favorire l'emergere di strategie compensatorie disfunzionali: come idealizzare la persona defunta, alla quale vengono attribuiti poteri di onnipresenza e onnipotenza, o avere fantasie di riunificazione o sviluppare pensieri autocolpevolizzanti.

Un primo gruppo di fattori influenza dunque l'elaborazione del lutto in età evolutiva: le modalità del decesso, l'età, il tipo di perdita, la presenza di difficoltà psicologiche preesistenti.

Altre variabili interessano invece la dimensione relazionale: la capacità del genitore sopravvissuto di offrire supporto al figlio mettendo in atto un *parenting* positivo con una vicinanza intensa per calore e affettività; la qualità della vita familiare; la natura delle relazioni interne. Di certo la coesione familiare e la possibilità di riferirsi a esperienze condivise positive contribuiscono a rafforzare la resilienza di tutti i componenti del nucleo familiare.

La perdita in circostanze traumatiche comporta sempre effetti severi, evidenti, per esempio, nel gioco posttraumatico (drammatizzazione ludica dell'e-

vento tragico) e nei ricordi ricorrenti di quanto accaduto, con incubi, disturbi del sonno e episodi dissociativi, ai quali si correla il rischio del lutto complicato.

La morte di un fratello è forse meno drammatica, ma per il figlio superstite le difficoltà sono comunque enormi, perché a loro volta i genitori devono fronteggiare una delle perdite più difficili. Si tratta di una circostanza che mette a dura prova i legami familiari, esponendo il bambino e l'adolescente a una sofferenza estrema, perché coloro che dovrebbero aiutarlo sono colpiti duramente dalla stessa esperienza.

Sul vissuto del genitore nel lutto di un figlio incide certamente la prematurità della perdita, percepita come innaturale e incomprensibile. Con il vissuto di fallimento, imputato a mancanze o colpe assunte in prima persona, i genitori subiscono la crisi della natura protettiva della relazione con il figlio e quindi il venire meno del senso di competenza genitoriale, facendo ricadere involontariamente sul figlio superstite – proprio nel momento in cui ha più bisogno di supporto – i propri sentimenti di inadeguatezza e incertezza. Questo particolare dolore determina spesso una distorsione delle modalità relazionali con il figlio superstite, oscillante tra la trascuratezza e l'iperprotezione, con la svalutazione o la sopravvalutazione dei vissuti del figlio. Ma l'aspetto forse più pericoloso è l'eccesso o la riduzione delle aspettative nei suoi confronti, che derivano dal paragonare le sue doti e quelle del defunto.

Elaborazione del lutto infantile in famiglia

Quando in famiglia avviene qualcosa di così traumatico come una morte è impossibile nascondere la realtà o posticipare la sua comunicazione al bambino, che coglie subito che sta succedendo qualcosa di grave dall'espressione del volto dei genitori, dai cambiamenti nelle abitudini quotidiane della famiglia (dal parlare a bassa voce o interrompersi in sua presenza) e dall'emotività elevata che costantemente e inevitabilmente emerge.

Gli effetti più disturbanti in queste situazioni sono dati dalla sensazione di non capire e di essere escluso. Questo crea molta confusione e insicurezza nel bambino, che tenderà di gestire la situazione attraverso delle personali interpretazioni, ovviamente disfunzionali rispetto alla realtà.

La notizia della morte dovrebbe essere comunicata dai genitori o dal genitore sopravvissuto, il prima possibile. Nel comunicarla, è importante utilizzare un linguaggio semplice e comprensibile per il bambino ed essere disponibili anche a spiegare i fatti più volte; non è opportuno ricorrere a metafore o menzogne rispetto all'accaduto nel tentativo di rendere la comunicazione meno dolorosa, poiché questo alimenta solo confusione e sfiducia. Bisogna anche fare attenzione al linguaggio del corpo, che comunica molto di più delle parole stesse.

Il momento più delicato, che riguarda l'informazione relativa alla morte e alle sue modalità, richiede una comunicazione attenta e onesta, sempre calibrata rispetto alla causa del decesso e capace di salvaguardare la persona deceduta, specialmente quando si tratti di morte violenta. L'adulto deve quindi

comunicare al bambino che il genitore morto non starà mai più con lui e non tornerà; che però non aveva intenzione di lasciarlo solo. Inoltre dovrà rassicurare il bambino circa il fatto che quello che è accaduto non è colpa sua, e che non accadrà anche a lui o al genitore presente.

È necessario dunque superare il giusto timore di danneggiare nella comunicazione chi riceve la notizia e preparare la famiglia a una narrazione condivisa, per evitare confusioni o contraddizioni. La relazione dovrà poi svilupparsi con l'offerta di protezione e sicurezza, insieme alla normalizzazione della vita quotidiana.

Il potenziale di resilienza nel bambino può dunque essere attivato se viene offerto un adeguato sostegno individualizzato, grazie al quale il minore possa esprimere liberamente i propri vissuti. È importante la disponibilità di adulti competenti, che sappiano mobilitare risorse interiori attraverso un rapporto empatico, e che siano in grado di reggere al dolore e di garantire un supporto costante e modulato sui bisogni. Le domande più frequenti dei bambini riguardano il perché si muore, dove vanno le persone da morte, se torneranno, se loro possono andare a trovarle, se succederà anche a loro, perché è successo.

È importante essere sinceri col bambino dicendo, per esempio, che tutti si fanno questo tipo di domande, ma che non esiste una risposta, ci sono cose nella vita che non si possono controllare e la morte è una di queste. A seconda delle convinzioni religiose della famiglia, si può dire che loro trovano risposta in quello che indica il loro credo. Soprattutto è importante specificare al bambino che niente di quello che ha potuto fare o pensare ha avuto un ruolo nella morte, né avrebbe potuto evitarla.

Molti genitori si chiedono se sia giusto o meno far partecipare il bambino al funerale. Il funerale è un importante rituale per vivere la separazione, essendo un'occasione per dire addio alla persona e per ricevere un riconoscimento sociale in questo momento della vita familiare. Di certo il bambino va preparato a questo evento, spiegandogli dove si terrà, cosa accadrà, che ci saranno molte persone amiche e che piangeranno, e infine lasciare che sia lui a decidere se esserci o no, aiutandolo a capire il perché della sua decisione. Peraltro, mostrare ai bambini i sentimenti rispetto al lutto è importante, in quanto consente loro di imparare che questi hanno un inizio, una durata e una fine.

Per favorire la separazione psicologica è utile infine sostenere il ricordo di eventi positivi che hanno legato il bambino e la persona scomparsa. In tal modo il bambino può costruire un senso di continuità tra passato e presente.

I bambini e la morte

I bambini sperimentano abbastanza presto la paura di morire, ma non li si educa a considerare questi sentimenti come "normali" e inevitabili, imparando a gestirli e a superarli crescendo. In realtà, per loro è più facile capire cos'è la morte e padroneggiare i sentimenti che essa suscita man mano che alla loro mente si presentano le domande che l'esperienza della morte o della perdita pone loro. Attualmente, le informazioni che l'ambiente mette a disposizione non sono però predisposte a guidare il bambino in un percorso su ciò che è meglio sapere per vivere senza temerla.

Le rappresentazioni della morte in età evolutiva

La ricerca psicologica indica che le conoscenze relative a questo concetto evolvono in complessità durante l'intero periodo della crescita, fino ad arrivare a una definizione adulta nell'adolescenza, pur essendo già presenti fin dall'infanzia come intuizione di tipo sincretico. Da queste ricerche apprendiamo come dialogare con il bambino in modo consono al livello di sviluppo raggiunto.

Il concetto di morte viene acquisito durante il percorso evolutivo nelle sue componenti essenziali: irreversibilità, cessazione delle funzioni vitali, universalità, inevitabilità e causalità.

Fino a 3 anni la morte è un evento reversibile e non universale, di cui il bambino tende a non comprendere le cause; l'idea di morte si sviluppa attorno ai 3 anni, conclusa la fase della creazione del legame di attaccamento.

Da 3 a 5 anni la morte è rappresentata come una partenza temporanea, un vivere altrove, nell'attesa di un ritorno.

Tra i 4 e i 6 anni la morte è irreversibile e universale, ma la sua causa può essere anche non naturale o non biologica (per es., una magia).

Tra i 5 a 8 anni la morte è causata da aggressioni, a 8 anni da malattie.

A 7 anni si prepara la consapevolezza della propria morte, come evento da temere.

Tra 6 e 9 anni la morte è un fatto irreversibile, naturale (cioè biologico) e universale. Può essere personificata con figure orrende, esorcizzabili e vincibili. A 8 anni si comprende che la morte è un punto di non ritorno, una separazione irrimediabile.

Tra i 9 e 12 anni la morte diventa evento finale e universale.

Le rappresentazioni della morte e il tema del suicidio in adolescenza

Nell'adolescenza la rappresentazione della morte include tutte le componenti sopra menzionate, ma si aggiunge inoltre qualcosa di temibile: il considerarla desiderabile, in quanto liberatoria o risolutiva rispetto a una situazione di grave disagio. Alla percezione di sé incerta e ansiosa dell'adolescente si aggiungono importanti vissuti di perdita, non ancora ben integrati: è il periodo in cui possono apparire le prime ideazioni suicidarie. In contesti di fragilità, immaturità e paura si fa pervasivo un vissuto di impotenza, che può portare a vedere la morte come eccitante polo di attrazione, che mette alla prova onnipotenza e immortalità.

I sentimenti dei bambini e il supporto nei casi più impegnativi

Quando subiscono un lutto, i bambini provano sentimenti molto intensi e non progressivi; a differenza degli adulti, quindi, non seguono delle vere fasi. Questo in relazione al livello cognitivo e alla "finestra di tolleranza emotiva" più ridotta.

Gli adulti chiedono come affrontare i sentimenti del bambino nell'esperienza della morte di un caro. Devono sapere che è importante lasciar esprimere i sentimenti (come la rabbia verso il genitore morto) ma anche accoglierli e orientarli. Il bambino potrebbe sviluppare nuove paure ed è essenziale non sminuirle o ridicolizzarle.

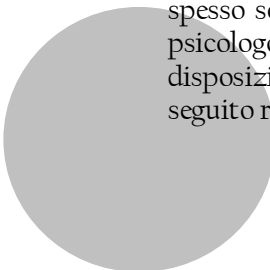
Più carico di dubbi è l'interrogativo su come informare i bambini quando la morte può implicare uno stigma sociale. È però importante dire loro la verità sulla morte, anche quando potrebbero vergognarsene, e al contempo rispettare il loro bisogno di essere protetti da informazioni troppo concrete e potenzialmente dannose. Anche con i bambini più piccoli è indispensabile essere onesti riguardo alle circostanze della morte, per evitare sia l'effetto traumatico della scoperta sia il rischio che si sentano traditi quando capiscono che non è stata detta loro la verità. Un tale equilibrio è da costruire nel tempo, sia comunicando una verità parziale che gradualmente diventa totale, sia tacendo al bambino la verità, in attesa che i suoi segnali di crescita e di cambiamento rendano possibile la comunicazione di quote di verità.

Nel caso del suicidio, che rappresenta un evento altamente destabilizzante per tutti i familiari, i bambini sono particolarmente colpiti dalla natura della perdita perché hanno difficoltà a comprendere il suo significato e il suo impatto devastante in famiglia: all'iniziale senso di shock, segue ben presto la paura dello stigma e il senso di vergogna, di rabbia e di colpa. È importante prestare attenzione ai bambini più grandi, che, per proteggere i loro genitori, tendono a reprimere le loro emozioni.

Con i bambini vittime del suicidio di un genitore, che percepiscono l'evento come un abbandono irrevocabile e si chiedono cosa abbiano fatto di male, nella comunicazione al bambino è necessaria una grande capacità di accoglienza, prima ancora di una duplice spiegazione, cioè che il genitore non era in grado di pensare e sentire in modo sano a causa di una malattia mentale e che ha commesso un errore per essersi danneggiato tanto da uccidersi.

Il lutto infantile e la scuola: come aiutare il bambino a scuola dopo la perdita di una persona cara

Quando muore un genitore o un familiare di un bambino della classe, tale evento può avere un forte impatto emotivo su tutto il gruppo scolastico. Gli insegnanti hanno in questi casi un duplice compito: preparare i compagni ad accogliere il ragazzo al suo rientro in classe e supportare in maniera adeguata la persona in lutto. Molti insegnanti possono essere preoccupati e sentirsi insicuri rispetto ai propri pensieri e alle iniziative da assumere e possono rivolgere allo psicologo scolastico una domanda di aiuto e orientamento, anche perché spesso sono anche loro colpiti profondamente dalla notizia della perdita. Lo psicologo esperto, oltre ad accogliere le reazioni degli insegnanti, metterà a disposizione alcuni elementi conoscitivi e proporrà indicazioni operative, di seguito riassunte:



1. Conoscere le reazioni dei bambini alla morte di una persona cara. I bambini soffrono un po' alla volta, possono provare diversi stati emotivi con particolare discontinuità, con notevoli differenze individuali, e sentirsi colpevoli. Il dolore viene spesso manifestato in forma di rabbia, diretta verso le persone più prossime a loro, e attraverso vari aspetti del comportamento.
2. Capire cosa fare con un bambino in lutto. Parlare con il bambino e con i familiari per condividere l'evento e pensare al suo rientro a scuola. Parlare poi con la classe di quanto è accaduto e incoraggiare gli alunni a parlare delle emozioni che provano e dei pensieri nella loro mente.
3. Se con la classe si prova a capire cosa sta accadendo al compagno in lutto, molti saranno in grado di supportare l'amico. Va quindi pensato con i ragazzi come essere d'aiuto al compagno al suo ritorno in classe, dopo la perdita.
4. In seguito è importante avere un atteggiamento flessibile, di supporto e di ascolto, come pure una sensibilità verso alcune ricorrenze, ma insieme è importante riprendere le vecchie routine e mantenere le regole quotidiane. Più i bambini possono prevedere cosa accadrà, anche con l'espressione dei sentimenti, più si sentiranno tranquilli e sicuri.
5. Non agire mai come se nulla fosse accaduto e non suggerire al bambino che "ha già sofferto abbastanza".

Quando un lutto arriva nella scuola, negli spazi di socializzazione secondaria, proprio in questi scenari sembra prevalere spesso l'imperativo del silenzio, e la normalità consiste nel fare come se niente fosse, di solito con la giustificazione di voler evitare che la persona sia risucchiata nella propria sofferenza. In realtà tale reazione è riconducibile alla diffusa carenza linguistica e comportamentale che attualmente caratterizza tutti gli aspetti che circondano il morire (Testoni, 2015).

Gli interventi in questi contesti non devono mai essere improvvisati, e prevedono azioni integrate di sistema per garantire un autentico supporto comunitario. Lo psicologo può quindi lavorare in primo luogo sugli aspetti emozionali e affettivi, percependoli in quanto risorsa e non come pericolo, e considerare l'intera rete relazionale del minore, integrando l'azione della famiglia, l'apporto della scuola e quello della comunità, stimolandola a valorizzare la significazione del limite e la solidarietà. Il lavoro di uno psicologo a supporto degli insegnanti in molti casi è decisivo e aiuta a mediare tra famiglia e scuola, ovvero tra mondi culturali a volte molto distanti.

Educare alla perdita e alla morte per insegnare a vivere

La scuola è ancora poco capace di considerare il bisogno di avvicinare questi temi a causa della quasi totale mancanza di spazi di riflessione sul senso della vita. Ciò inaridisce innanzitutto il rapporto con lo studio stesso e non

aiuta a pensare al valore del tempo presente rispetto al passato e al futuro. Il patrimonio esperienziale degli alunni, che potrebbe essere accolto per soffermarsi sulla significatività del dolore e sulla necessità di parlarne, viene sminuito, come se la scuola dovesse restare, per chi la frequenta, uno spazio di finzione, dove lo stare al mondo può essere solo rappresentato e mai realmente vissuto (Testoni, 2015).

Tuttavia, in alcune realtà educative centrate sulla persona e attente alla dimensione esistenziale degli alunni, trovano attualmente valorizzazione, anche in Italia, alcuni percorsi che aprono alla tematica della morte per dare senso alla vita e insegnano a riconoscere e gestire difficoltà emozionali relative alla perdita in genere (*death education/DeEd*). Si parla quindi di educazione alla morte come elaborazione positiva del pensiero della morte, nell'ambito del processo di maturazione cognitivo-emotiva. È naturalmente importante coinvolgere anche la famiglia: se i genitori sono abituati a collaborare con gli insegnanti, risulta più semplice la progettazione di percorsi di DeEd che poi possano essere dirottati sull'elaborazione del lutto, quando se ne presenti l'esigenza.

È possibile eliminare i sentimenti che accompagnano la morte "separando" la morte dalla vita (questa alternativa è quella preferita dalla nostra cultura) oppure si può tentare di accoglierli e educarli, farli crescere, in modo da rendere vivibile la vita nonostante la morte.

In base alla seconda scelta educativa, infatti:

- non si ha paura del fatto che i bambini pensino alla morte, perché la morte si può imparare a tenerla nella mente e le paure si possono gestire;
- si può cercare insieme ai bambini di pensare al "nulla" della morte, quando si perdono i propri cari, perché essa può trasformarsi in qualcosa di eterno e infinito e accrescere la dignità del vivere;
- si potranno aiutare i bambini ad apprezzare la vita anche quando essa è precaria o segnata dalla sofferenza, scoprendo insieme a loro il suo senso e quello della morte (Campione, 2012).

Rispetto alla prospettiva scienziata che vede la morte come annichilimento dell'umano, le tre religioni monoteistiche propongono un approccio alla morte e al lutto che si basa su una narrazione dell'eternità o dell'infinito. Ciò che rende l'uomo unico e irripetibile non è la sua biologia ma la sua storia e l'identità individuale: in questa prospettiva l'approccio educativo alla morte sarà di tipo narrativo, con attenzione alla componente soggettiva.

Un'ulteriore possibilità è la proposta di educare il bambino alla morte anche come mistero: a non rinunciare quindi a desiderare il bene della vita nonostante la necessità della morte.

L'adulto che traccia e accompagna questi percorsi educativi deve non solo saper sostare accanto al dolore del bambino e accogliere personalmente il suo trauma, ma deve poter vivere e trasmettere una fiducia nelle infinite possibilità della vita anche di fronte al peggior dramma umano, deve poter recuperare dentro di sé il desiderio del bene (Campione, 2012).

L'intervento di comunità e la resilienza

Il sostegno sociale in caso di lutto è uno dei fattori di protezione più importanti, come sottolineato da Walsh (2006) che evidenzia l'importanza della capacità di affrontare le perdite in modo resiliente, trasformando le esperienze più difficili in occasione di cambiamento positivo. Quando costruiscono resilienza relazionale, le famiglie rinsaldano i legami e acquisiscono competenze per affrontare le sfide future.

Il lutto integrato è esito di due forme coordinate di reazione: la prima è la reazione resiliente, con capacità di "assorbire il colpo", di ripristino degli equilibri; la seconda riguarda la capacità di recupero. Il lutto integrato induce trasformazioni rilevanti, soprattutto in presenza di prospettive esistenziali che permettono di rappresentare la morte come passaggio anziché come annientamento definitivo. Le indicazioni di Walsh si inseriscono nella corrente di studi da cui è derivato il campo di indagine della crescita post-traumatica. Alcune ricerche dimostrano che gli interventi volti a incrementare il sostegno sociale, la speranza, la spiritualità e la significazione dell'evento fino alla sua accettazione favoriscono tale processo di crescita. La capacità di gestire la comunicazione dei vissuti e delle esperienze, a partire dalla ricerca di senso di quanto accade, è tra i fattori di protezione più importanti. Di qui peraltro l'importanza delle reti di sostegno offerte dai gruppi di auto/mutuo aiuto, che arrivano là dove le relazioni familiari non sono di supporto e alimentano la cultura della resilienza e della solidarietà.

In conclusione va ricordato che l'idealizzazione di un tempo passato in cui a farsi carico del dolore della perdita era la comunità, le appartenenze "naturali" delle persone, può nascondere una difesa verso contenuti psichici insopportabili; in modo analogo, dietro la delega talvolta automatica ai professionisti, agli esperti mobilitati per i traumi e la morte, possono nascondersi altre difese, come il rifiuto, lo spostamento o la reazione maniacale.

Di certo le condizioni della contemporaneità rendono più arduo il sostegno sociale al lutto, ma il lavoro terapeutico e gli interventi psicosociali possono aiutare a restituire al lutto la sua necessaria relazionalità, a riconnettere, a favorire un dialogo vitale altrimenti evitato. "Vi è infatti una modalità non maniacale di andare incontro alle perdite, ed è quella di imparare e aiutare ad ascoltare quello che esse hanno da insegnarci" (Andolfi e D'Elia, 2007, p. 64). Questa è allora la sfida per i professionisti della salute psicologica: attrezzarsi non solo di strumenti, ma anche di sensibilità per esercitare non un potere ma un aiuto, per prendersi cura là dove la relazione, l'attenzione di cura possono essere decisive.

PARTE SECONDA. SUGGERIMENTI OPERATIVI DAI GRUPPI DI LAVORO

Gruppo di lavoro scuola

Analisi della domanda

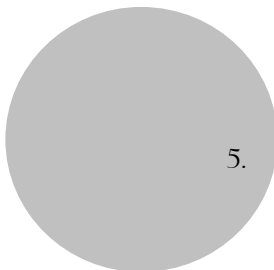
Con quale scuola stiamo interagendo? Primaria o secondaria? Dentro quali orizzonti culturali e sociali? Chi è scomparso/morto (genitore, bambino, adolescente, insegnante ecc.)? Di che tipo di morte dobbiamo occuparci? Quali sono le circostanze della morte? Quali sono gli scenari nelle relazioni familiari?

Sulla base di queste variabili va costruito un intervento con caratteristiche specifiche rivolto a interlocutori di volta in volta diversi. Nella considerazione dei diversi elementi e della loro interazione va pensato un intervento multifocale, rivolto sia alle persone che alle comunità.

Intervento di una squadra di psicologi dell'emergenza richiesto da dirigente scolastico di istituto superiore per presunto suicidio in caso di scomparsa di un alunno.

La risposta si è così orientata:

1. Incontro con il dirigente scolastico per definire il primo intervento: analisi domanda; breve panoramica dei progetti/servizi scolastici già esistenti, per lavorare in continuità con gli stessi; eventuale coinvolgimento degli operatori degli spazi d'ascolto-CIC (Centro Informazione e Consulenza dell'istituto), ove esistenti.
2. Costituzione di un comitato di crisi per condividere da più punti di vista l'intervento psicologico, composto da: dirigente scolastico, insegnante referente per il CIC psicologo dell'emergenza e operatore CIC, se disponibile.
3. Redazione dei comunicati: comunicato rivolto agli studenti, comunicato rivolto ai genitori della vittima e altri eventuali comunicati.
4. Incontro con gli insegnanti della classe dell'alunno scomparso/suicida (eventualmente anche con altri insegnanti che lo chiedessero): la partecipazione all'incontro è su base volontaria. L'incontro si svolgerà secondo il modello del debriefing psicologico semplificato, dando spazio ai fatti, ai pensieri e ai vissuti. Negli incontri effettuati con gli insegnanti, i temi più frequenti sono stati: non essersi accorti di quanto accadesse nella mente dello studente, non avere fatto abbastanza, sentirsi in colpa per l'accaduto, essere preoccupati per altri studenti a rischio. È importante aiutare gli insegnanti a riconoscere i segnali d'allarme (per es., un improvviso calo di rendita nello studio o nei compiti), a elaborare i vissuti personali e a gestire la classe in queste circostanze.
5. Incontro con i genitori effettuato su base volontaria. È preferibile



- la formula dei gruppi piccoli, per fare un debriefing psicologico anche al fine di normalizzazione le reazioni post-lutto, in particolare la rabbia.
6. Comunicazioni agli studenti, da parte del dirigente e/o insegnante. È preferibile che la comunicazione sia fatta da un insegnante che ha una relazione significativa con gli studenti, in modo da poter dare spazio a un momento di elaborazione.
 7. Incontro con i compagni di classe a scuola. L'opportunità di un incontro con la classe da parte dello psicologo dell'emergenza deve essere valutata attentamente. È preferibile che sia la classe stessa a richiederlo.
 8. Sportello di ascolto e contatto con i servizi pubblici. È consigliabile l'istituzione di uno sportello di ascolto, a meno che non ve ne sia uno già presente (per esempio il CIC). Valutare l'opportunità di coinvolgere/informare i servizi sanitari esterni.
 9. Rito funebre. La scuola non va chiusa il giorno del funerale, ma va lasciata libera la partecipazione da parte di studenti e insegnanti.
 10. Ritorno alla normalità. Il ripristino delle lezioni nella classe colpita è utile che avvenga in un tempo massimo di due tre giorni.
 11. Cose da evitare: glorificazioni, drammatizzazioni, altarini e monumenti. È meglio favorire piuttosto iniziative in ricordo del defunto che siano collegate con associazioni, fondazioni o servizi che si occupano di salute mentale in adolescenza.
 12. Restituzione finale al dirigente e con i coordinatori delle classi (e con il comitato di crisi, se nel frattempo è stato istituito), per lavorare sul monitoraggio.

Intervento presso la scuola primaria

L'intervento si rivolge principalmente agli insegnanti e ai genitori. L'obiettivo è aiutarli a parlare dell'accaduto con i bambini, utilizzando le parole giuste, senza negare o oscurare i fatti.

Gruppo di lavoro: comunicazione istituzionale e sociale

Comunicazione del decesso

1. Chi comunica: lo psicologo non comunica il decesso (funzionario pubblico-sanitario, rif. legge n. 150 07/06/2000). La comunicazione a un minore è preferibile sia fatta da un adulto con relazione significativa (per es., l'altro genitore, un fratello, un insegnante ecc.).
2. Presentare colui che comunica e, se richiesto, aiutarlo nella comunicazione: chi riceve la notizia deve anche solo abituarsi alla voce di chi darà la notizia. Perciò è necessario presentarsi, con nome e cognome e ruolo. Se richiesto, gli psicologi dell'emergenza possono

offrire un aiuto nella preparazione, suggerendo cosa dire e cosa non dire.

3. A chi si comunica: identificare i primi destinatari del nostro intervento di supporto, anche allontanando eventuali disturbatori (proteggere il nucleo ristretto).
4. Come e dove si comunica: di persona (non telefonicamente alla persone più direttamente colpite). Eventualmente identificare una figura effettivamente vicina che può fare da tramite. Il luogo deve essere riservato, con possibilità di sedersi attorno a un tavolo provvisto di bottiglie con acqua da bere e fazzoletti. In pronto soccorso e nella camera mortuaria, non fare arrivare i genitori e i figli insieme (i minori possono aggregarsi in un secondo tempo, dopo che gli psicologi avranno supportato i genitori nella comunicazione).
5. Informazioni sul decesso: è opportuno raccogliere informazioni sulla dinamica del fatto, sulle condizioni del corpo, su eventuali impedimenti (sequestro-indagine), sull'eventuale richiesta e sulla disponibilità alla donazione di organi. Attenersi ai fatti (essenziali a descrizione dell'evento) aiuta lo psicologo ad aver dati da riportare senza entrare nel merito di interpretazioni o di risposte che non si hanno.
6. Supporto ai familiari: lo psicologo non è tenuto a raccogliere informazioni dalla famiglia, né a essere coinvolto nell'indagine. In deroga a ciò, può farlo se e quando sia investito ufficialmente del ruolo di ausiliario delle forze dell'ordine (per raccolta SIT). Gli psicologi dell'emergenza possono relazionare sull'intervento impostato.
7. Indicazioni alla famiglia: contenere la lettura e la ricerca di informazioni in rete (non dare per scontato di essere inclusi nell'onda di parole e immagini).
8. Utilizzo delle parole adeguate, come "morte" e "decesso": vanno evitate espressioni come "andato via" e altre parafrasi o metafore. Utilizzare il silenzio di partecipazione.
9. Comunicazione con i mass media: si possono veicolare messaggi sulla funzione dello psicologo in emergenza anche per aprire uno spazio di riflessione sociale sul tema della morte, che può diventare uno strumento di buona informazione. Lo psicologo non dà informazioni che spettano alle autorità.
10. Indicazioni sulle caratteristiche della comunicazione per coloro a cui spetta darla, per esempio i dirigenti scolastici: lo psicologo collabora alla definizione dei contenuti e delle modalità da utilizzare.

Gruppo di lavoro famiglia – rete sociale in caso di suicidio

Analisi del contesto

1. Se si ha solo un'idea approssimativa della situazione, sarebbe il caso di intervenire in più psicologi, perché in queste situazioni sareb-

- be meglio non innescare meccanismi psichici latenti che potrebbero esplodere.
2. Bisogna sempre rispettare il punto di vista altrui, con un atteggiamento da pari a pari, non saccente.
 3. Quando l'adulto non parla, sappiamo che il bambino comunque si fa delle fantasie e si crea delle aspettative: il ruolo dello psicologo è quello di aiutare i genitori o collaborare, se richiesto, con loro nella comunicazione con il bambino.
 4. Per far emergere i vissuti dei figli al momento dell'intervento è necessario impostare un ascolto attivo ed empatico, senza forzature.
 5. Qualora i parenti rimasti chiedessero di prendersi carico dei minori, bisognerebbe farlo con tatto e senza forzature.

Contatto fisico con i familiari

Uno sfioramento con la mano potrebbe essere accettabile, essendo anche un modo per comunicare la propria presenza e assistenza, un contatto con la realtà. Molta attenzione va posta in contesti culturali ed etnici diversi. È necessario comprendere prima il proprio limite per poi accedere a quello dell'altro. Occorre rispettare gli spazi e le dinamiche familiari. Non è detto che tutte le persone reagiscano allo stesso modo e abbiano la stessa apertura/chiusura verso la presenza e la figura dello psicologo.

Partecipazione al funerale

La partecipazione al funerale è una scelta personale del momento. Chiaramente, se c'è una richiesta esplicita della famiglia si può partecipare. In occasione di un funerale pubblico, si va per dare il senso di comunità. Nel caso in cui la partecipazione funerale è un desiderio personale dello psicologo, tale desiderio va esplicitato, e occorre chiedere il permesso prima di assecondarlo.

Contatto con i servizi

È sempre opportuno lasciare indicazioni utili ai fini di un eventuale ricorso ai servizi psicologici del territorio in caso di necessità. A questo scopo è bene informare il servizio territoriale della possibilità di una richiesta di questo tipo. Imperativo è fare rete col territorio, sempre e comunque, dato che l'intervento degli psicologi dell'emergenza è a tempo determinato.

Suggerimenti allo psicologo dell'emergenza che interviene

1. Privilegiare l'ascolto.
2. Contenere e supportare, "fare nel non fare".
3. Saper cogliere la risorsa più utile in una data situazione; potrebbe trattarsi, per esempio, di un medico disposto a collaborare e a individuare le modalità di comunicazione più adeguate alla famiglia.
4. Chiedersi qual è il livello di emotività in gioco. Prepararsi a ricevere eventuali insulti, a svolgere una "funzione spugna", di contenimento.
5. Nell'intervento di emergenza lo psicologo può sentirsi trasformato: infatti, potrebbe attivare risorse che non immaginava di possedere e, in questo modo, scopre di avere potenzialità impensate.
6. Il tempo, nel momento dell'intervento, è molto relativo. È importante saper capire quando è giunto il momento di dire "adesso devo andare". Quando si va a fare un intervento è bene non aver fretta.
7. Inibire l'impulso urgente di "dover fare" e "dover dire".
8. Lo psicologo dell'emergenza non fa psicoterapia.
9. Ritagliare sempre per sé, durante un intervento, un "tempo di protezione".
10. È importante fare un debriefing/defusing con il gruppo di appartenenza così come una telefonata post-intervento ai propri referenti. Il silenzio può diventare nocivo.
11. Il rientro a casa propria deve essere "morbido".
12. Ricordare la forza del gruppo, dell'associazione e del supporto tra colleghi.
13. Ricordare l'importanza della formazione, delle esercitazioni e dei role playing.

Carla Pontara e Catia Civettini, psicologhe psicoterapeute, Associazione Psicologi per i Popoli – Trentino.

Bibliografia

- Andolfi M. e D'Elia A. (2007), *Le perdite e le risorse della famiglia*, Cortina Editore, Milano.
- Bowlby J. (1980), *Attachment and loss. III*, Hogarth, London. Trad. it. *Attaccamento e perdita. Vol. 3*, Boringhieri, Torino, 1983.
- Campione F. (2012), *La domanda che vola. Educare i bambini alla morte e al lutto*, Edizioni Dehoniane Bologna, Frascati.
- De Leo D., Cimitan A., Dyregren K., Grad O. e Andriessen A. (2011), *Lutto traumatico: l'aiuto ai sopravvissuti*, Alpes, Roma.
- Fava Vizziello G. (2014), *Famiglie in lutto*, Cleup, Padova.
- Horowitz M.J., Siegel B., Holen A., Bonanno G.A., Milbrath C. e Stinson C.H. (1997), *Diagnostic criteria for complicated grief disorder*, "American Journal of

- Psychiatry” 154, 7, 904-910.
- Kubler Ross E. (1976), *La morte e il morire*, Cittadella, Assisi.
- Lazarus R.S. e Folkman S. (1984), *Coping and adaptation*. In Gentry D.W. (Ed.), *The handbook of behavioral medicine*, Guilford, New York.
- Lieberman A.F., Compton N.C., Van Horn P. e Ippen C. (2007), *Il lutto infantile. La perdita di un genitore nei primi anni di vita*, Il Mulino, Bologna.
- Lombardo L., Lai C., Luciani M., Morelli E., Buttinelli E., Aceto P., Lai S., D’Onofrio M., Galli F., Bellizzi F. e Penco I. (2014), *Eventi di perdita e lutto complicato: verso una definizione di disturbo da sofferenza prolungata per il DSM 5*, “Rivista di Psichiatria”, 49, 3, 106-114.
- Mencacci E., Galiazzo A. e Lovaglio R. (2015), *Dalla malattia al lutto. Buone prassi per l’accompagnamento alla perdita*, Casa Ambrosiana, Milano.
- Parkes C.M. (1972), *Bereavement: studies of grief in adult life*, Penguins Book Ltd, Harmondsworth. Trad. it. *Il lutto. Studi sul cordoglio negli adulti*, Feltrinelli, Milano, 1980.
- Prigerson H.G. e Jacobs S. (2001), *Traumatic grief as a distinct disorder: A rationale, consensus criteria, and a preliminary empirical test*. In Stroebe M.S., Hansson R.O., Stroebe W. e Schut H. (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*, American Psychological Association, Washington DC, 613-647.
- Rando T.A. (1993), *Treatment of complicated mourning*, Research Press, Champaign, Illinois.
- Sgarro M. (a cura di) (2008), *Il lutto in psicologia clinica e psicoterapia*, Centro Scientifico Editore, Torino.
- Stroebe M. e Shut H. (1999), *The dual process model of coping with bereavement: rationale and description*, “Death Studies”, 23, 197-224.
- Stroebe M.S., Hansson R.O., Stroebe W. e Schut H. (2001), *Handbook of bereavement research: consequences, coping and care*, American Psychological Association, Washington DC.
- Testoni I. (2012), *Dopo la notizia peggiore. Elaborazione del morire nella relazione*, Piccin, Padova.
- Testoni I. (2015), *L’ultima nascita*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Walsh F. (2006), *Strengthening family resilience*, Guilford, New York. Trad. it., *La resilienza familiare*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2008.
- Worden J.W. e Silverman P.R. (1996), *Parental death the adjustment of school-age children*, “Omega Journal of Death and Dying”, 33, 91-102.

Barbara Lamedica

L'elaborazione del lutto nelle emergenze: l'intervento psicologico in Rwanda dopo il genocidio del 1995

Riassunto

In occasione del venticinquesimo anniversario del genocidio del Rwanda (6 aprile 1994), viene pubblicato, con il permesso dell'autrice, il lavoro che Barbara Lamedica ha presentato come tesi finale al Corso di Perfezionamento in "Psicologia dell'emergenza in situazioni di calamità naturali e umane, in ambito nazionale e internazionale", svoltosi presso l'Università degli Studi di Padova" (a.a. 2002-2003). L'autrice assume come cornice teorica di base la dimensione psicologica dell'elaborazione del lutto, descritta attraverso le sue fasi e prospettata anche nel segno della crisi che apre alle opportunità, nelle quali lo psicologo dell'emergenza può svolgere significative funzioni sui singoli ma anche sulla comunità. Nello specifico, viene analizzato e commentato il lavoro psicologico svolto nei confronti di 700 minori non accompagnati accolti in strutture del villaggio di Nyamata, epicentro di uno dei più efferati massacri.

Parole chiave: genocidio rwandese, lutto, funzione dello psicologo in emergenza.

Abstract

On the occasion of the 25th anniversary of the genocide of Rwanda (6 April 1994), the work that Barbara Lamedica presented as her final thesis at the Postgraduate Course in "Psychology of emergency in situations of natural and human disasters, at national and international level" held at the University of Padua (academic year 2002-2003) is published here with the author's permission. The theoretical framework chosen by the author is the psychological dimension of the elaboration of mourning, which is described through its phases. It is also proposed as a crisis that opens up new opportunities, in which the emergency psychologist can perform significant functions both with individuals and the community. Specifically, the psychological work carried out on the 700 unaccompanied minors who were received in facilities in the village of Nyamata, the epicentre of one of the most brutal massacres, is analysed and commented on.

Key words: Rwandan genocide, bereavement, function of the psychologist in emergency.

In questo lavoro viene analizzato il ruolo del costrutto teorico dell'elaborazione del lutto all'interno della psicologia dell'emergenza. Viene assunta come cornice teorica di base la dimensione psicologica dell'elaborazione del lutto (intendendo il lutto in senso generale come perdita) non soltanto perché essa rappresenta uno dei nuclei centrali a cui ci si rivolge compiendo interventi psicologici in situazioni d'emergenza, ma anche perché è insito nell'idea di elaborazione del lutto il fatto che la perdita possa divenire anche occasione di crescita e di cambiamento. Elaborare il lutto significa ricostruire una nuova identità (singola o collettiva) che tenga conto del "disastro" avvenuto e che,

anzi, parta proprio da questo dato per ritrovare nuove modalità di espressione. Questo è in linea con l'ottica evolutiva, in cui la crisi assume una connotazione positiva come momento di crescita (individuale e collettiva) e lo psicologo diviene colui che facilita il superamento della crisi utilizzando come strumento soprattutto quello relazionale (che passa, come si vedrà, anche attraverso azioni concrete).

Il primo paragrafo caratterizza la situazione di emergenza come una situazione in cui predomina la condizione di lutto. Nel secondo paragrafo viene descritto il punto di vista evolutivo in relazione alle situazioni di crisi; qui la crisi appartiene alla normalità dello sviluppo e rappresenta un'opportunità per ricercare nuovi equilibri. Nel terzo paragrafo viene descritto in che modo uno psicologo può intervenire in una situazione di emergenza per facilitare il processo di elaborazione del lutto: non si tratta di utilizzare in via primaria particolari tecniche, ma di adottare un atteggiamento e una modalità generali di gestione della relazione con le persone che vivono l'emergenza. Vengono inoltre descritti la reazione psicologica al lutto e il processo della sua elaborazione. Infine, nel quarto paragrafo, come esemplificazione di quanto affermato in precedenza, viene analizzato l'intervento psicologico compiuto in Rwanda nel 1995 dallo psicologo Luigi Ranzato nell'ambito del progetto Support and Management of unaccompanied children, affidato dall'UNICEF all'ONG Medici con l'Africa - Cuamm. Si tratta di un intervento che doveva facilitare l'elaborazione di un lutto comunitario il cui fulcro era rappresentato da settecento minori non accompagnati accolti nel villaggio di Nyamata, epicentro di uno dei più efferati massacri, nel cui territorio sono catalogate dodici fosse comuni e chiese che portano ancora i segni della carneficina. In particolare vengono analizzate tre modalità di intervento: interventi relazionali, interventi organizzativi e interventi comunitari.

Alcune considerazioni preliminari sulla specificità della psicologia negli interventi in situazioni d'emergenza possono servire da sfondo al discorso.

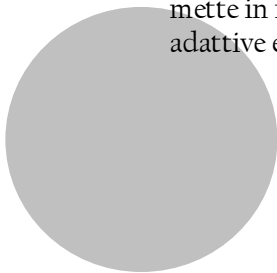
Nei disastri, sono tante le persone coinvolte nelle fasi di aiuto e soccorso, sono tante le organizzazioni che intervengono: lo psicologo ha una propria specificità professionale che gli permette di operare in modo autonomo differenziandosi da altri tipi di intervento. Questo diventa importante per arrivare a una definizione del ruolo dello psicologo all'interno delle emergenze, in modo da evitare risposte confuse o poco professionali. Lo psicologo che partecipa a un'emergenza può svolgere diversi compiti e avere diversi ruoli, a seconda della formazione professionale, delle capacità, del tipo di mandato, del tipo di emergenza in cui si trova, del tempo che ha a disposizione e di tante altre variabili.

La psicologia dell'emergenza può essere intesa come una "disciplina applicata", intendendo con questa espressione "un settore della psicologia che servendosi delle elaborazioni approntate a livello teorico dai vari orientamenti e dalle varie scuole psicologiche, nonché dei modelli di riferimento forniti da altre discipline, ricava tecniche e modalità operative per intervenire su problemi concreti, individuali o collettivi, che possono riguardare tutti gli aspetti del comportamento umano" (Galimberti, 1999). In quanto tale, dunque, la psicologia dell'emergenza recupera gli aspetti più basilari e peculiari della psicologia,

ponendosi al di sopra delle differenze degli approcci teorici. Le diverse branche della psicologia a cui la psicologia dell'emergenza fa riferimento sono la psicologia di comunità, la psicologia sociale, la psicologia dell'educazione, la psicologia clinica, la psicologia dell'organizzazione, la psicologia culturale. Già da questo breve elenco si può notare un aspetto: si tratta di ambiti che non fanno riferimento alla psicopatologia (eccetto la psicologia clinica). Questo indica una caratteristica fondamentale della psicologia dell'emergenza e cioè il suo legame con la psicologia più che con la psicopatologia. Questo perché la psicologia riguarda molti aspetti (e la psicopatologia è uno solo di questi) e il contesto dell'emergenza richiama tanti elementi.

Un disastro colpisce una comunità, ed è nella comunità che lo psicologo si troverà a operare: è fondamentale, per esempio, che egli sappia come funzionano i gruppi, quali fenomeni psicologici si verificano, come comunicare o facilitare la comunicazione, come organizzare un lavoro all'interno di un gruppo. Il disastro colpisce anche la persona singola, ed è essenziale che lo psicologo sappia, per esempio, quali sono i meccanismi psicologici che entrano in gioco dopo una perdita e quali le possibili reazioni, che sappia capire quali sono i bisogni psicologici implicati. Il disastro può essere avvenuto in una cultura diversa da quella dello psicologo ed è quindi fondamentale che lo psicologo sappia come leggere i fatti che avvengono in un'altra cultura, e che sappia rinunciare ai propri pregiudizi culturali. Operare in un'emergenza significa anche dover creare e mantenere i contatti con altre organizzazioni e istituzioni, e lo psicologo deve quindi essere capace di mediare, di facilitare le comunicazioni, di inserire il proprio intervento all'interno di una cornice di interventi già operanti e che spesso hanno più potere rispetto a quello dello psicologo. In un disastro sono coinvolte persone di tutte le età ed è quindi importante avere una conoscenza evolutiva dell'uomo per potersi rapportare a tutti. In un disastro non c'è una chiara definizione dei ruoli che competono né ci sono richieste precise: occorre sapere "inventare" il proprio lavoro adattandolo a contesti nuovi e spesso imprevedibili. Considerati tutti questi aspetti, si capisce come la psicopatologia rimanga in secondo piano: il trattamento del trauma diventa un ulteriore compito che può spettare allo psicologo, ma da attuarsi in un tempo successivo al disastro, e si tratta comunque di un compito rivolto solo a un numero limitato di persone.

L'intervento psicologico, dunque, si caratterizza come un intervento che attinge alle risorse del singolo e della comunità e su queste fa leva per arrivare al superamento della crisi. Il lavoro di ricostruzione psicologica implica di porre l'accento sulle risorse di una persona, su ciò che funziona, per recuperare ciò che sembrava perduto modificando e allargando la propria conoscenza di sé e del mondo. Questo non può avvenire annullando il dolore, ma solo accettandolo e riconoscendolo (Roccatò, 1995). La psicologia dell'emergenza quindi mette in risalto la necessità di utilizzare un modello centrato sulle potenzialità adattive ed evolutive di individui, gruppi e comunità.



Emergenza come lutto per le perdite subite

Le situazioni di emergenza possono essere assimilabili al lutto, intendendo quest'ultimo anche in senso generale, cioè come perdita. Il lutto sembra essere la condizione più frequente e, dal punto di vista emotivo, più coinvolgente in un'emergenza. Un disastro o un'emergenza, al di là delle differenze legate al tipo specifico di evento, sconvolge la vita delle persone coinvolte. Oltre alla distruzione materiale della casa e del paese e alle morti a cui le persone assistono, si verificano profondi cambiamenti e sconvolgimenti psicologici. In un disastro, naturalmente, le perdite sono tante e di diverso ordine (materiale e non). Come tutte le esperienze di perdita un disastro può riattivare esperienze simili del passato, riacutizzandole e rendendo più difficile la reazione a quelle attuali. L'esperienza di perdita può riguardare oggetti esterni – persone o cose amate, luoghi – o oggetti interni – aspetti della propria identità, capacità, condizioni o ruoli, qualità, convinzioni di base, valori in cui credere, prospettive (Galimberti, 1999). In un'emergenza tali perdite spesso sono tutte presenti in uno stesso momento e spesso avvengono all'improvviso, senza il tempo o la possibilità di prepararsi. Il carattere improvviso e imprevedibile dell'evento luttuoso rende più difficile la reazione (Smith, 1982). L'elaborazione del lutto avviene non solo a livello individuale, ma anche, specialmente in un'emergenza, a livello comunitario: quest'ultimo può sostenere quello individuale.

Le perdite procurate dalla situazione di emergenza mettono le persone coinvolte nella condizione di dover gestire la sofferenza e trovare le risorse per superare la crisi. La capacità di “elaborare il lutto” rappresenta una delle capacità basilari per la costruzione del proprio benessere psicologico. Elaborare il lutto fa parte della capacità più generale di “tollerare e gestire il dolore mentale” (Roccatò, 1995). Il normale corso della vita, anche senza pensare alla “grandi disgrazie” o a eventi eccezionali, comporta l'esperienza del dolore: basti pensare alla nascita e alla crescita (Roccatò, 1995). Non c'è crescita senza perdita e la perdita comporta quasi sempre sofferenza. La nascita impone l'esperienza della separazione e la necessità di sperimentare uno stato nuovo: la perdita, la separazione, il cambiamento appaiono quindi da subito elementi essenziali e fondamentali della vita. Anche il passaggio da una fase di sviluppo a un'altra comporta crisi, nel senso di rottura con un equilibrio precedente e bisogno di ricrearne uno nuovo, e la sofferenza spesso è una reazione necessaria affinché questo possa avvenire.

La capacità di tollerare la perdita si basa su due convinzioni generali: una è che il dolore e la sofferenza esistono e appartengono alla normalità, non rappresentano una deviazione dalla norma, un evento che “non deve esserci” o che è segno di qualche cosa che non sta funzionando. La seconda (strettamente consequenziale alla prima) è che se la sofferenza appartiene alla normalità allora non occorre “immediatamente” eliminarla. È dall'accettazione di questi due assunti di base che parte la possibilità di “elaborare il lutto” ovvero di raggiungere un benessere psicologico nonostante le perdite o le sofferenze.

Anche dal punto di vista evuzionistico e biologico si può constatare come gli esseri umani, così come anche i mammiferi, siano dotati di sistemi

istintivi che si innescano automaticamente per superare lo stato di vulnerabilità o di dolore: il sistema dell'attaccamento, per esempio, è uno di questi. Ciò che attiva questo sistema è una condizione di pericolo – reale o solo percepito – in cui il piccolo sperimenta un senso di vulnerabilità che lo spinge a ricercare la vicinanza della madre (Cassidy, 1999). Lo scopo di questo sistema motivazionale è ricercare la protezione della madre: questo naturalmente ha evidenti implicazioni evoluzionistiche, nel senso che in questo modo aumenta la probabilità di protezione e viene avvantaggiata la sopravvivenza. Ma al di là di tali implicazioni, è importante notare il fatto che siamo dotati già all'inizio della vita di un meccanismo riparatore rispetto ai pericoli o alla sofferenza intesa in senso generale: come dire che l'esperienza della vulnerabilità, della debolezza o in generale del bisogno fa talmente parte della vita che esiste in noi una modalità istintiva per superare questo problema.

All'interno della psicologia ci sono tanti termini che fanno riferimento a un unico concetto generale: crescere (e quindi vivere) significa superare ostacoli, modificare gli schemi preesistenti, abbandonare vecchie modalità e ricercarne di nuove. Si vedano per esempio i termini "adattamento", "omeostasi", "accomodamento" e "assimilazione", "autoregolazione", "coping", "meccanismi di difesa" eccetera.

Alla luce di queste considerazioni generali, la psicologia dell'emergenza appare dunque come l'applicazione a un campo nuovo di principi e teorie (e quindi anche tecniche) già noti: essa si occupa di eventi che sono eccezionali quanto a frequenza o intensità, ma che in sostanza rimandano a una "normale" dimensione psicologica dove operano meccanismi psicologici ben conosciuti. La dimensione psicologica in questione è proprio quella dell'esperienza della rottura e della perdita viste come elementi costitutivi essenziali per la propria crescita e per la costruzione del proprio benessere e non solo nella loro accezione negativa. In un disastro una persona fa i conti con questa condizione psicologica in modo improvviso, imprevedibile, massiccio, con forte intensità emotiva, ma gli elementi psicologici di base che fanno parte di quel tipo di sofferenza (e che possono quindi portare all'uscita dal disastro) sono gli stessi dell'elaborazione del lutto e gli stessi di quelli che si verificano nel corso delle varie fasi della vita. Si potrebbe dire che gli eventi inattesi, non prevedibili, gli esiti imprevedibili che caratterizzano le catastrofi o i disastri, più che essere eventi eccezionali (cioè fuori dalla norma), in realtà, mettono in luce in maniera concreta e altamente visibile una realtà che appartiene alla normalità.

Il lavoro di "ricostruzione" che occorre fare dopo un disastro non è solo materiale, ma è anche (o soprattutto) psicologico: si tratta di ricostruire la propria visione del mondo, la propria idea di sé, la propria capacità di accettare gli eventi. Così come nel processo di elaborazione del lutto occorre ridefinire il proprio mondo e la propria realtà senza più la presenza della persona cara, anche dopo un disastro occorre affrontare lo stesso tipo di ridefinizione psicologica anche se in misura più massiccia (la perdita può essere multipla e può riguardare non solo persone).

Come afferma Ranzato (Ranzato 2003) "la psicologia dei disastri è un esempio 'eccezionale' di molti dei principi generali del comportamento umano, per come siamo arrivati a conoscerlo in circostanze meno straordinarie".

Crisi come opportunità

Una possibile chiave di lettura psicologica applicabile alla psicologia dell'emergenza (tra le molte possibili) è quella evolutiva: secondo tale punto di vista, la situazione di emergenza può essere considerata un momento evolutivo che coinvolge un'intera comunità e che, come tale, è caratterizzato dal disordine e dal caos (Castelli e Sbattella, 2003). Disordine e caos che possono essere premesse per successivi equilibri e non solo quindi perdite di equilibri preesistenti o minacce di perdite. La situazione di emergenza, divenendo in questo modo occasione di apprendimento e cambiamento, definisce la funzione dello psicologo in quanto figura che può favorire e facilitare questo processo. Il punto di vista evolutivo attinge spunti dalla psicologia dello sviluppo non solo per poter realizzare interventi rivolti a bambini, tenendo quindi conto delle tappe evolutive che stanno attraversando, ma soprattutto applicando l'ottica dello sviluppo alla situazione di emergenza. Questo modo di considerare le cose porta a inquadrare diversamente anche l'intervento: la "crisi" diviene un'opportunità evolutiva e non solo un perturbamento di un ordine a cui occorre dare una risposta riparatrice, che va cioè nella direzione del recupero di un equilibrio precedente (quindi annullando ed eliminando il disordine). Questa seconda modalità può meglio rientrare in una visione medica, in cui la sofferenza va eliminata per poter riportare la persona a un livello precedente di funzionamento, mentre la prima si addice di più a una visione psicologica, in cui la sofferenza va utilizzata: essa diviene lo strumento per uscire dal problema e diventa un accadimento fondamentale della vita per poter compiere dei "salti" qualitativi nello sviluppo (dell'individuo e della comunità).

Applicando l'ottica evolutiva ai sistemi viventi si possono cogliere spunti teorici che aiutano a comprendere il ruolo della psicologia nel contesto dell'emergenza. Una situazione di emergenza, secondo Castelli e Sbattella (2003), è data dal cambiamento improvviso di un elemento che provoca a cascata una serie di effetti imprevedibili su tutto l'insieme degli elementi e delle relazioni del sistema (così come la morte di un familiare all'interno di una famiglia modifica l'intero sistema di relazioni). Nessun intervento quindi potrà mai ripristinare lo stato precedente (Castelli e Sbattella 2003). Questa considerazione psicologica mette in risalto un aspetto che ha a che fare con l'intervento in fase di emergenza: le operazioni di recupero non possono andare nella direzione di "ritornare" allo stato di prima, ma debbono fare i conti con i cambiamenti (anche psicologici) verificatisi. Ignorarli significa rischiare di fare fallire l'intervento stesso. Come fa notare Cancian (Cancian, 2003) a proposito del terremoto del Friuli, il lavoro di ricostruzione segue l'ottica del "tutto deve ritornare come prima", ma in realtà c'è un elemento che impedisce di raggiungere questo risultato: le persone sono cambiate. Ecco che allora si hanno quei paesi ricostruiti molto belli (più di prima) ma freddi, dove manca qualcosa che appare fondamentale: "l'anima del paese", si potrebbe dire, cioè quell'aggancio all'umanità, quel senso di comunità che dà calore e senso agli edifici di pietra.

Inquadrare la crisi come opportunità permette quindi allo psicologo di iniziare un lavoro di ripresa psicologica ponendo l'accento su ciò che è cambiato nelle persone a partire dall'evento disastroso. La costruzione di una nuova

identità (sia individuale che collettiva) diviene così uno degli obiettivi degli interventi in psicologia dell'emergenza: tale obiettivo rappresenta la finalità ultima dell'attività dello psicologo.

Funzioni dello psicologo nelle emergenze: favorire l'elaborazione del lutto

Se la situazione di emergenza viene inquadrata alla luce del costrutto teorico del lutto, allora uno dei compiti dello psicologo è quello di favorire la sua elaborazione. A questo scopo è necessario, innanzitutto, sapere in che modo si manifestano le reazioni al lutto e in che modo avviene l'elaborazione del lutto. Il processo di elaborazione del lutto comprende tutte le operazioni psicologiche che consentono di "uscire" dal lutto, cioè di ritrovare un proprio benessere psicologico nonostante la/le perdita/e subita/e.

Le normali reazioni alla perdita possono comprendere il rifiuto di accettare quanto successo, il disorientamento, la rabbia, la disperazione, il senso di colpa, il bisogno di isolamento. Spesso queste emozioni si susseguono e si trovano compresenti: si può passare dalla rabbia alla disperazione e nell'una esserci parte dell'altra. Secondo Freud, il processo psicologico di elaborazione psichica del lutto passa da uno stadio di diniego, in cui si rifiuta l'idea che sia verificata la perdita, a uno stadio di accettazione e a uno stadio finale di distacco dall'evento luttuoso. Questi tre momenti sono strettamente connessi tra loro e l'uno è funzionale all'altro: non può esserci distacco se prima non c'è stata accettazione, e il diniego permette di prendere le distanze da una realtà che, al momento, è troppo dolorosa, per poi riavvicinarsi in un secondo momento. È grazie alla fase di distacco che è possibile ritirare l'investimento libidico dall'oggetto perduto e reinvestire la libido su altri oggetti (Smith 1982; Galimberti, 1999).

I tre stadi descritti possono presentarsi con segni visibili (Crozzoli Aite, 2002). Nella prima fase possono esserci reazioni di shock, ritiro, apatia, incredulità, negazione. Tutto questo serve ad attutire le emozioni troppo forti dovute alla/e perdita/e e a tenere lontano da sé una realtà considerata insopportabile. La tensione e l'irrequietezza sono spesso dovute al bisogno di cercare l'oggetto perduto, e può esserci la tendenza a negare attraverso il comportamento ciò che può essere affermato a parole: anche se si sa bene che il proprio caro è morto, si possono mettere in atto comportamenti che sembrano negare questa consapevolezza. Questa contraddizione, in realtà, esprime soltanto lo stato di sofferenza estremo in cui ci si trova e il bisogno di recuperare l'oggetto perduto. In questa difficoltà ad accettare la perdita si evidenzia il bisogno di localizzare la persona scomparsa: il processo di elaborazione del lutto può avere inizio soltanto con una presa d'atto diretta dell'evento accaduto.

Nella seconda fase comincia a esserci un avvicinamento alla realtà; i tentativi di ricerca si interrompono e c'è una presa d'atto maggiore. Proprio per questo motivo ci sono struggimento, tristezza, disperazione, così come anche rabbia, rancore e sensi di colpa.

Nella terza e ultima fase prende forma il tentativo di mettere in atto dei meccanismi di riparazione, riscoprendo risorse interiori e arrivando a una ri-

strutturazione dei significati connessi all'accaduto. Si può passare da un primo momento in cui prevale un senso di disorganizzazione, e le attività abituali e i ruoli definiti in relazione alla persona scomparsa sembrano inutili e inappropriati, a un secondo momento in cui invece vengono sviluppate nuove modalità di interazione con gli altri, nuovi obiettivi che non dipendono più dall'esistenza della persona scomparsa. Si può quindi assistere a una ripresa dei contatti sociali, allo sviluppo di nuove relazioni, alla comparsa di nuovi obiettivi.

Al di là delle fasi, che possono variare molto, in linea generale le reazioni tipiche alla perdita di persone care possono comprendere disturbi organici, vissuti di preoccupazione accompagnati da pensieri e immagini della persona perduta, sensi di colpa, ostilità e irritabilità, irrequietezza, iperattività, incapacità di mettere in atto comportamenti organizzati che seguano dei piani (Smith, 1982). Il processo di presa di coscienza dell'accaduto va avanti in modo discontinuo e irregolare: la perdita viene compresa a un livello e contemporaneamente negata a un altro. Poi, a poco a poco, si inizia a strutturare una nuova identità che ha una sua esistenza anche in assenza della persona che è venuta a mancare.

Per ogni persona questo processo di elaborazione del lutto procede in modi e tempi diversi, a seconda del tipo di perdita subita, delle caratteristiche di personalità, delle circostanze in cui si vive, della presenza o meno di rapporti significativi intorno a sé e di altre variabili. L'uscita da tale processo, e quindi l'accettazione della perdita, si intravede quando una persona ricomincia a interessarsi a sé stessa, quando riprende in mano impegni e progetti.

La conoscenza di tutto questo può avere implicazioni importanti per la psicologia dell'emergenza. Lo psicologo che interviene in un'emergenza può trovarsi ad avere a che fare con persone che stanno attraversando queste fasi, e molto probabilmente sono ferme alla prima. È importante affrontare il rapporto con tali persone tenendo presente questa cornice generale, che permette di capire molti comportamenti che altrimenti resterebbero non chiari. Essa aiuta inoltre a programmare l'intervento tenendo conto delle esigenze delle persone. Per esempio, il bisogno di prendere atto direttamente della realtà della perdita ha implicazioni importanti per gli interventi d'emergenza nei casi di scomparsa di persone care: una scomparsa che può rivelarsi morte, ma che contiene in sé tutto quello stato di incertezza che impedisce di iniziare il processo di elaborazione del lutto. Oppure può essere importante favorire nelle persone colpite il perseguimento di obiettivi nuovi, come metodo per iniziare a ricostruire una nuova identità nonostante l'assenza dei cari perduti.

Spesso il processo di elaborazione del lutto non si compie completamente: si manifestano cioè quelle che vengono chiamate "reazioni atipiche" al lutto o "lutto patologico" (Smith, 1982; Parkes, 1980). Si tratta cioè di cronicizzazioni, ritardi, esagerazioni o distorsioni delle normali reazioni di dolore descritte prima. Questo avviene quando la persona che ha subito una perdita sente l'oggetto perduto come una parte di sé da cui non può separarsi (Galimberti, 1999). Ci sono condizioni che rendono più facile o più difficile l'elaborazione del lutto: su di esso, infatti, influiscono fattori circostanziali (tipo di perdita, modalità di morte, tempi di preparazione o meno), personali (età in cui avviene la perdita, caratteristiche di personalità dei superstiti, risorse) e socio-culturali

(supporto esterno, ritualità, concezioni diffuse sulla morte; Smith, 1982; Pangrazzi, 2002). Affinché il lutto possa essere elaborato c'è bisogno di tempi adeguati, rituali e manifestazioni esterne che possano favorire i processi psicologici messi in atto (Pangrazzi, 2002).

Se da un lato è necessario avere queste conoscenze teoriche sul lutto, dall'altro è difficile calarle su un piano più concreto e arrivare a comprendere in che modo lo psicologo possa facilitare tutto questo. Il contesto dell'emergenza richiede di ristrutturare il campo dell'intervento psicologico e la modalità in cui può operare lo psicologo. Il lavoro dello psicologo risente più di altri del ruolo del contesto culturale, che rischia di far fallire qualsiasi tipo di intervento se non viene preso in considerazione. Mentre, per esempio, un medico per curare un'infezione fa la stessa cosa in una situazione di emergenza o nel suo ambulatorio (pur con qualche difficoltà pratica in più nel primo caso), o nel proprio o in un altro Paese, lo psicologo non può fare la stessa cosa in queste diverse situazioni. Il suo lavoro non può quindi consistere nell'applicazione cieca di metodi psicologici a ogni una nuova situazione, ma deve divenire, in qualche misura, un lavoro nuovo. Quello che forse può esserci in comune con il lavoro dello psicologo al di fuori di un'emergenza è "l'agire in senso psicologico" (Ranzato 2001); l'essenza del lavoro dello psicologo nell'emergenza potrebbe essere questa.

L'espressione "agire in senso psicologico" può avere molti significati diversi, ma si riferisce in generale a un atteggiamento di fondo che guida diverse azioni le quali in apparenza potrebbero non avere niente a che fare con il lavoro di psicologo, ma in realtà appartengono a questo ambito per gli scopi che le sottendono. "Agire in senso psicologico" significa innanzitutto interrogarsi sul proprio ruolo, sui propri obiettivi e sui bisogni della gente a cui ci si rivolge: in una prima fase, la domanda da porsi per orientare l'agire concreto può essere "qual è il bisogno psicologico di queste persone, qual è il problema psicologico di fondo?". Questo permette non solo di evitare interventi che rispondano a esigenze diverse da quelle delle persone che vivono l'emergenza, ma anche di non agire in maniera neutra, impersonale e poco specifica: per esempio, se è vero che le persone, in una situazione di disastro, hanno bisogno di un posto dove mangiare, è anche vero che posti diversi danno sensazioni diverse, e che mangiare all'interno di una cantina in una giornata di sole è diverso da mangiare all'aperto (Venturella, 2003). Si tratta di una piccola differenza che però mette in evidenza il tipo di risposta che lo psicologo può dare: addolcire la rigidità di regolamenti che rispondono solo a esigenze di ordine pratico e prendere invece in considerazione bisogni che rimandano a una condizione emotiva che, specialmente in tali situazioni, diventa molto importante. Rispondere alla condizione emotiva delle persone significa tentare di aiutarle a superare i sentimenti di disperazione e di sfiducia che impediscono o rallentano il loro abituale funzionamento, ostacolando la collaborazione alla ripresa.

"Agire in senso psicologico", infatti, significa anche cercare di comprendere come mettere in moto un meccanismo di riattivazione basato sull'azione. Le persone coinvolte in un disastro hanno bisogno di ritrovare quella fiducia in se stesse che le riporterà a un nuovo funzionamento. Ecco che allora lo psicologo dà un senso psicologico ad azioni concrete di recupero: ciò che c'è di psicologi-

co è la finalità, l'obiettivo (per es., utilizzare le risorse dei singoli e della comunità, far riemergere la fiducia nelle proprie azioni ecc.), mentre gli strumenti o i mezzi utilizzati possono essere di altra natura. Uno degli scopi degli interventi in psicologia dell'emergenza è quello di riattivare e rimettere in moto ciò che prima dell'evento disastroso era funzionante. Lo stato di emergenza impedisce la ripresa della quotidianità che appare come ormai inutile, difficile e soprattutto "diversa". Resta il modello di riferimento del "prima" e la difficoltà di ritornare alla vita di sempre. Ovviamente non si ritorna alla vita di sempre, l'evento, qualunque esso sia, ha modificato il sistema in cui le persone vivevano. Il compito che si deve affrontare è quello di ritornare a impegnarsi nella quotidianità pur nella diversità rispetto al prima. A questo si aggiunge lo stato psicologico di confusione, di disorientamento, di disperazione che rende ancora più difficile affrontare la situazione. Parte integrante dell'intervento psicologico sono quindi l'identificazione e l'organizzazione delle azioni che possano dare risposta alla regressione conseguente a un trauma.

Dare a un gruppo completamente perso, disgregato o disperato un'organizzazione fisica, spaziale, oltre che di ruoli e competenze, oppure infondere una spinta motivazionale al lavoro comune di ricostruzione, o assegnare obiettivi (pratici), per esempio, sono tutte modalità concrete che rispondono a una finalità di tipo psicologico (Ranzato, 2001). In questo senso è come se lo psicologo desse un valore aggiunto alle azioni concrete di aiuto, un valore che va al di là della specificità pratica. Il senso ultimo di questo tipo di intervento è quello di riattivare la "voglia di fare" combattendo in questo modo quella condizione psicologica dello stare in attesa, dello stare in lutto, tipica dei primi momenti successivi a un disastro.

Infine, uno strumento essenziale dell'intervento psicologico è quello della relazione: una relazione che insegna, che diviene modello, una relazione che trasmette significati capaci di modificare lo stato d'animo delle persone coinvolte. Naturalmente in un contesto di emergenza tutto questo ha un senso diverso da quello che comunemente si può pensare quando si parla di relazione terapeutica, in cui esistono un setting e ruoli ben precisi. In un intervento in situazione d'emergenza, l'uso della relazione come strumento terapeutico deve avere necessariamente un diverso significato rispetto ad altri contesti. In un'emergenza è difficile pensare di fare dei colloqui (per il numero di possibili utenti, per la lingua, che spesso è diversa, per lo stato in cui si trovano le persone, per gli aspetti culturali coinvolti) ma non per questo occorre rinunciare al prezioso strumento della relazione. La capacità che lo psicologo ha di entrare in rapporto con le persone che soffrono, di comprendere la loro sofferenza, di saperla tollerare, di riconoscerla e di dare una qualche forma di risposta, deve trovare, in un'emergenza, una sua precisa modalità di espressione.

Agire in senso psicologico, utilizzare la relazione e possedere la conoscenza teorica di come avvengono i processi psicologici sono quindi modalità generali utili a rispondere al bisogno delle persone in lutto. Si tratta di contenitori che, di volta in volta, a seconda della situazione specifica e concreta, lo psicologo dovrà riempire e dotare di contenuto. Il paragrafo successivo ha proprio lo scopo di illustrare un modo di dare un contenuto a tali contenitori: l'esperienza compiuta in Rwanda pochi mesi dopo il genocidio viene infatti riporta-

ta a titolo di esempio per dare concretezza alle considerazioni fatte precedentemente.

Intervento psicologico in Rwanda dopo il genocidio. L'elaborazione di un lutto comunitario

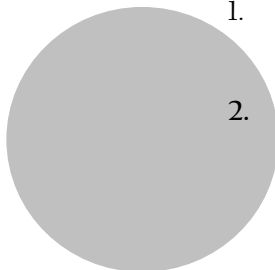
È possibile leggere l'intervento psicologico in Rwanda da molte chiavi di lettura differenti e ritrovare in esso diversi elementi importanti collegati alla psicologia dell'emergenza. Una di queste possibili chiavi di lettura è quella dell'analisi degli elementi che ricollegano questo tipo di intervento alle conoscenze psicologiche e antropologiche circa il lutto e la sua elaborazione, per capire in che modo sia stata affrontata questa tematica. Questo proprio perché, se da un lato poteva non essere chiaro il compito affidato allo psicologo (come spesso accade negli interventi nelle emergenze internazionali e non solo), dall'altro un dato a cui sicuramente non era possibile sottrarsi era il numero di morti: le stime ufficiali parlano di circa 800.000 decessi.

L'intervento psicologico si è dunque configurato come rivolto a un gruppo di 700 minori (comunità) che aveva subito delle perdite umane in numero così alto da poter parlare di "lutto comunitario". Nelle culture primitive e arcaiche la morte è un fatto sociale, nel senso che rappresenta un evento che determina una crisi nel gruppo familiare e in quello più ampio (Esposito, 1990). Il sofferente, il morente e il gruppo, in questo tipo di società, sono talmente uniti da poter parlare di "cosofferenze collettive", nel senso che il dolore e la perdita appartengono contemporaneamente a tutti (De Martino, 1975). Questo vale per la morte di un singolo. Quando la morte riguarda un numero così alto di persone appartenenti alla stessa comunità essa diviene ancora di più un "fatto sociale" e il superamento coinvolge necessariamente, e in misura massiccia, il gruppo e la sua cultura. Il genocidio ha dunque minato potentemente la struttura sociale e rappresenta una crisi e una rottura profonda. L'intervento psicologico, in questo caso in particolar modo, non poteva non tenere conto dell'aspetto culturale, proprio perché un lutto comunitario entra in una cultura ed è in essa che si risolve.

L'intervento psicologico in Rwanda rientra all'interno di un programma di emergenza che Medici con l'Africa - Cuamm ha portato avanti nel periodo compreso tra il giugno 1994 e il dicembre 1995 "per assistere i 'bambini non accompagnati', per riabilitare le strutture sanitarie e scolastiche e per collaborare a progetti sanitari specifici dopo gli eventi del 1994" (Ranzato, 1998, p. 115).

L'intervento in Rwanda si è sviluppato in tre fasi:

1. nella prima è prevalsa la necessità di garantire la sopravvivenza fisica dei bambini combattendo soprattutto la malnutrizione, principale causa di morte;
2. nella seconda si è cercato di garantire un'assistenza di base ai bambini, cercando quindi di organizzare le strutture di accoglienza modificandole (lavori di riabilitazione degli edifici) e di trovare



- personale per assistere i bambini (assistenti, cuochi, autisti, infermieri ecc.). In questa fase e nella successiva si è inserito l'intervento dello psicologo, con l'incarico ufficiale di "trattare il trauma". Per dare un'idea dell'entità del trauma, lo psicologo scrive: "il 75% dei bambini aveva assistito a una uccisione, il 55% all'uccisione di un familiare, il 78% era stato direttamente minacciato di morte, il 42% aveva cicatrici di arma da taglio, l'80% aveva udito grida di persone morenti, il 60% aveva visto pezzi di cadavere, il 3% era stato ingaggiato per commettere delle atrocità" (Ranzato, 1998, p. 116);
3. la terza fase del progetto prevedeva, oltre al mantenimento dei risultati precedentemente raggiunti, l'obiettivo, tra gli altri, di ricongiungere i bambini ai loro familiari sopravvissuti, di dare una qualche risposta, diversa da quella dell'orfanotrofio, ai bambini più piccoli che non erano stati in grado di fornire dati per rintracciare i familiari.

L'obiettivo dello psicologo e cioè quello del "trattamento del trauma" si è per prima cosa indirizzato alla verifica della sopravvivenza dei genitori e dei familiari e del possibile ricongiungimento con loro.

Intervento relazionale

I bambini del Centro per bambini non accompagnati di Nyamata (una delle zone del più colpite del Paese) non si potevano considerare tout court orfani ma bambini che durante i massacri o i tentativi di fuga avevano perso i loro genitori e familiari. La condizione di "non accompagnati" indica la loro particolare posizione: i genitori non erano presenti, forse non lo sarebbero stati mai, al momento attuale questo non lo si sapeva. Questo è un primo elemento: è ovvio che non si può pensare a bambini che devono "elaborare il lutto" in quanto per questo tipo di processo è necessario conoscere la realtà. Si trattava quindi di bambini che avevano subito una separazione dolorosa (in molti casi traumatica) e al momento attuale erano in una condizione di sospensione, di attesa di una realtà probabilmente dolorosa ma incerta. L'organizzazione del Centro per bambini non accompagnati, le modalità operative per la ricerca dei parenti, il viaggio di accompagnamento sono tutti elementi che rientrano in questo obiettivo: togliere il più possibile i bambini dallo stato di incertezza che impedisce l'elaborazione del lutto e quindi una ripresa psicologica.

In questa situazione la presenza dello psicologo può operare a diversi livelli; quello relazionale sembra essere il più importante. Il problema che si pone è trovare la modalità di stabilire una relazione, che può divenire anche terapeutica, tenendo conto del numero di persone così elevato, del turbamento emotivo così profondo e della non condivisione della lingua e della cultura.

Lo psicologo racconta che quando lui e gli altri operatori arrivavano al Centro sentiva sibilare il suo nome e i bambini lo "assalivano" per poterlo toccare. Il contatto corporeo non è solo un modo per rispondere al bisogno di affetto di bambini soli, ma può divenire esso stesso relazione. Si tratta di una

modalità primaria di rapporto con l'altro, soprattutto dove mancano una cultura e un linguaggio comuni che possano permettere di esplicitare certi bisogni e, soprattutto a un'età in cui questo non è evolutivamente possibile, il toccare diventa un mezzo privilegiato di comunicazione.

Una lettura in chiave di sistemi comportamentali permette di comprendere in che relazione si potevano trovare i bambini da un lato e gli operatori dall'altro. Una situazione di pericolo o di vulnerabilità attiva, nella persona in pericolo, il sistema dell'attaccamento, e questo a sua volta attiva, in chi si prende cura e offre aiuto, il sistema dell'accudimento: si tratta di due sistemi complementari che operano congiuntamente proprio al fine della sopravvivenza (Bowlby, 1989). La ricerca del contatto corporeo è uno dei mezzi utilizzati per la vicinanza e, d'altra parte, chi offre aiuto (cioè gli operatori) è mosso anche dal desiderio di accudimento. Quindi da un lato i bambini, trovandosi in una condizione di deprivazione affettiva, potevano ricercare la vicinanza di una figura adulta in maniera anche molto intensa e dall'altro gli operatori potevano, anche inconsapevolmente, accettare o facilitare questo, in quanto rappresentava per loro una forma di gratificazione. Questo attivarsi di sistemi complementari poteva, in questo caso, contenere un rischio, e cioè quello di portare i bambini a instaurare delle relazioni sostitutive di quelle che erano probabilmente oramai perdute. Andare in questa direzione avrebbe però significato esporre i bambini a una nuova separazione, che sarebbe avvenuta inevitabilmente con la partenza degli operatori. Uno dei segnali di tale possibilità era dato dal fatto che alcuni bambini più piccoli accoglievano l'arrivo di alcuni operatori dicendo "è arrivata la mamma".

La risposta al bisogno di questi bambini poteva avvenire invece andando in un'altra direzione, cioè quella di instaurare con loro una relazione tale che potesse aiutare l'elaborazione della perdita e della separazione: questo era possibile solo considerando la relazione come transitoria e funzionale a un passaggio ben preciso. Lo psicologo che ha portato avanti l'intervento paragona la funzione della relazione instaurata con questi bambini a quella dell'*oggetto transizionale*, il quale si colloca in un momento dello sviluppo, assolve la sua funzione e poi sparisce (Ranzato, 1995). L'oggetto transizionale si pone in un'area intermedia tra soggetto e oggetto, ha la funzione fondamentale di collegamento tra queste due parti, tra il Me e il non Me, e facilita il passaggio da una relazione di fusione materna a una vera relazione oggettuale in cui il bambino è capace di cogliere la realtà per quello che è (Bonino, 1994). Come l'oggetto transizionale funge da "cuscinetto" tra il bambino e la realtà esterna, rappresentando un sostituto provvisorio, illusorio e consolatorio della figura materna assente, così la relazione con lo psicologo può aver rappresentato la transizione tra uno stato di non consapevolezza della realtà (quasi di sospensione) e uno stato in cui la realtà è invece diventata chiara e, nella maggior parte dei casi, dolorosa.

Anche il momento in cui si è inserita la presenza dello psicologo può aver facilitato questa funzione: si trattava infatti di un momento in cui quei bambini stavano sperimentando uno stato di sofferenza psicologica, avendo subito una separazione così traumatica. Si sa che l'oggetto transizionale "può essere usato quando incombe una minaccia di privazione che può interrompere bru-

scamente la continuità e quindi il senso dell'esistenza" (Bonino, 1994 p. 485). Quei bambini si trovavano in una condizione di perdita non solo dei propri familiari, ma anche di ogni prevedibilità del proprio ambiente psicologico: questo ha influito sul tipo di rapporto che possono aver ricercato nella figura dello psicologo o di altri operatori. La difficoltà per lo psicologo poteva essere quella di accettare di entrare in una relazione sapendo che poi sarebbe dovuto uscirne e creando quindi le condizioni perché questo potesse avvenire in modo non traumatico. La stessa cosa che succede in psicoterapia: la fine è annunciata e lo psicoterapeuta sa che il coinvolgimento nella relazione psicoterapeutica ha uno scopo, un inizio e una fine. Questo rimanda al fatto che una capacità fondamentale per lo psicologo che lavora nelle emergenze è quella che si può chiamare "capacità clinica", che implica il saper gestire una relazione, saper andare al di là di ciò che si dice o si fa cogliendo invece il significato psicologico profondo che un gesto, una frase, un comportamento o un evento possono avere e situando tutto questo nel particolare momento evolutivo che la persona sta vivendo.

Lo psicologo e gli operatori si sono così inseriti in un percorso evolutivo di questi bambini, lasciando qualcosa nella loro memoria. È in questo "lasciare qualcosa" che c'è la specificità dell'intervento psicologico: la relazione appunto. La relazione instaurata con questi bambini può aver trasmesso almeno tre contenuti che commentiamo di seguito:

1. un riconoscimento di sé
2. un modello di relazione generalizzabile
3. un contenimento emotivo.

Riconoscimento di sé. Soprattutto quando manca il supporto verbale, come è accaduto in Rwanda (il kinyarwanda è una lingua che richiede molti anni per essere ben compresa e parlata), ci si trova di fronte all'obbligo di trovare un'altra forma di comunicazione. Questa forma può passare attraverso le azioni. Il fatto di riparare, sostituire o consegnare oggetti ha effetti a livello relazionale, comunica messaggi: attraverso questo tipo di azioni si dà un riconoscimento all'altro come individuo degno di attenzione; è come dirgli: "Tu esisti, tu sei importante". È questo tipo di riconoscimento che a poco a poco riattiva il senso di fiducia in sé e negli altri, il desiderio di ripresa. Si tratta dei cosiddetti "interventi relazionali", interventi concreti (a livello materiale, economico ecc.) fatti con la consapevolezza degli effetti che le azioni hanno sulle relazioni interpersonali (Castelli e Sbattella, 2003). Per esempio, una delle prime operazioni che lo psicologo ha effettuato è stata quella di catalogare i 700 bambini facendo a ciascuno di loro una fotografia e cercando di risalire al nome e alla provenienza, chiedendo a ognuno informazioni personali, chi fossero i fratelli, i parenti, che cosa ricordasse, in modo da iniziare le ricerche. Questa operazione, oltre ad avere un'utilità pratica, ha anche un forte significato psicologico per un bambino che abbia subito una perdita: dare un nome e ricostruire un minimo di storia personale significa dare un riconoscimento alla persona differenziandola dal gruppo indistinto e porre quindi le premesse per un processo psicologico più ampio. Significa iniziare a ricostruire un'identità dopo che

questa ha subito una rottura così profonda: è questo, d'altra parte, l'obiettivo dell'elaborazione del lutto. La solitudine di fronte alle perdite subite, la disperazione e il disorientamento possono trovare sollievo attraverso semplici gesti che divengono "azioni parlanti", nel senso dato a quest'espressione da Racamier.

In contesti in cui la parola non è condivisa, come nelle situazioni psicotiche, un modo per trasmettere significati sono le azioni. Il caso di V. (dodici anni) ne è un esempio: "V. era caduta in depressione quando il fratello più piccolo l'aveva lasciata all'orfanotrofio perché, nonostante le resistenze della sorella, aveva voluto andare a casa della zia materna. V. aveva incominciato a non mangiare, a non alzarsi più dal letto e quando qualcuno si avvicinava per scuoterla reagiva con modalità isteriformi ed epillettoformi" (Ranzato, 1995). Questi sintomi si sono rivelati poi connessi alla rievocazione della scena dell'uccisione della madre, del padre e del fratellino, stimolata dal ritorno a casa del fratello. L'intervento psicologico è consistito in una sorta di "maternage" che la pediatra presente ha effettuato nei confronti della ragazza: la ragazza la faceva visita ogni giorno e lei le offriva qualcosa (una banana, un gingillo, per esempio) finché, a poco a poco, è migliorata. Questo è il significato che una relazione può trasmettere. Nell'assenza di un codice linguistico comune, la comunicazione tra chi soffre e chi dà aiuto può avvenire comunque. Chi soffre esprime il disagio attraverso il canale somatico e chi dà aiuto offre risposte concrete, ritualizzate, che trasmettono il messaggio generale "tu esisti". Ed è su questo significato che può iniziare un ripresa psicologica: si gettano le basi di una differenziazione tra sé e quanto è successo. Arrivare alla consapevolezza che la perdita dei propri cari non significa la perdita di se stessi può essere il risultato finale del processo psicologico dell'elaborazione del lutto.

Modello di relazione generalizzabile. Una funzione della relazione che lo psicologo ha instaurato con le persone è stata quella di trasmettere anche un altro messaggio: "possono ancora esistere relazioni intense". Questa possibilità di generalizzare quanto sperimentato con lo psicologo diviene importante soprattutto per persone (in questo caso per lo più bambini o adolescenti) che stanno sperimentando lo sconforto della perdita. Questo può rispondere al senso di disperazione che si può provare in una condizione di lutto. Un modo per uscire dalla situazione di lutto è proprio quello di avere relazioni di supporto importanti in modo da non estendere l'esperienza di perdita arrivando a costruire significati generali sulle relazioni. Esempi di questo processo possono essere tutte le occasioni in cui lo psicologo, spesso durante i viaggi di accompagnamento o durante la cerimonia di anniversario del genocidio, si è trovato a condividere esperienze intense dal punto di vista emotivo che hanno fatto sì che qualcuno gli raccontasse la propria storia, i traumi subiti. Questi racconti nascevano spontaneamente proprio grazie al tipo di relazione stabilita con lo psicologo e non avrebbero potuto realizzarsi diversamente, anche perché sembra che gli africani non abbiano l'abitudine di parlare di sentimenti o di se stessi in certe circostanze (Sicurelli, 1986).

Contenimento emotivo. Lo psicologo offre contenimento ai sentimenti di perdita e di disperazione: egli non nega la realtà, non offre facili soluzioni, non offre sostituti destinati a scomparire nuovamente, ma consente di guardare

alla realtà della perdita con una “rete di protezione”. Un conto è compiere un salto acrobatico con una rete di protezione sotto, altro è farlo senza: la rete non impedisce di cadere ma sostiene nella caduta, e il solo fatto di sapere che c’è permette di “buttarsi”. La funzione dello psicologo, specialmente in queste situazioni, può essere simile: permettere a una persona di affrontare una realtà dolorosa sapendo che c’è qualcuno che aiuta a non crollare e che può consentire una ripresa.

Il viaggio di accompagnamento verso i propri familiari compiuto dagli operatori insieme ai bambini è particolarmente esemplificativo di questo. Questo viaggio condiviso può avere avuto una funzione psicologica importante: quella dell’essere compresenti, vigilare, controllare, osservare, sostenere l’esperienza del dolore psicologico. Scopo di questo viaggio era quello di arrivare a conoscere la verità e quindi accompagnare i bambini o verso i propri genitori o verso la conoscenza della loro morte. Anche in questo caso lo psicologo funge da mediatore nei confronti di una realtà difficile e dolorosa: la sua presenza può in qualche modo attenuare l’impatto offrendo al bambino un sostegno, una vicinanza. Non a caso le più importanti confidenze e i racconti più significativi relativi ai traumi subiti emergevano durante il viaggio.

Intervento organizzativo

Diversi elementi nell’intervento in Rwanda rientrano in quelle che si potrebbero chiamare “operazioni di organizzazione”: un’organizzazione fisica (degli spazi e dei ruoli) che diventa un modo per dare una diversa organizzazione psicologica agli eventi. Si può contrastare lo stato emotivo di sconforto e di disperazione, tipico del lutto, cercando di facilitare una ripresa delle attività quotidiane. Questo soprattutto quando manca una lingua in comune: non era solo il parlare di quello che era successo che poteva aiutare in quella situazione, ma l’essere aiutati ad agire, a fare. I bambini del Centro per bambini non accompagnati presentavano alcuni sintomi legati al trauma come “intrusione mentale con flashback sensoriali rispetto a immagini, rumori, odori, incubi notturni e disturbi dell’attenzione e dell’alimentazione, l’evitamento dei ricordi con amnesie, fobie, isolamento, arousal con irritabilità, disturbi del sonno, ansietà e iperattività motorie e sentimenti di vuoto interiore” (Ranzato 1998, p. 116).

Una di queste risposte concrete che ha potuto innescare reazioni psicologiche importanti è stata il tentativo di dare una strutturazione simile a quella di un “asilo nido” a uno spazio informe dove soggiornavano i bambini più piccoli, così come la creazione di scuole materne in cui i bambini potevano giocare o cantare. Lo psicologo racconta che si trattava di bambini molto piccoli, psicotizzati, depressi che erano stati separati dai propri genitori, che mostravano fenomeni simili a quelli descritti da Spitz nella “sindrome da ospitalismo”. Dopo aver organizzato uno spazio con dei giochi in cui i bambini potessero fare quelle piccole esperienze psicomotorie, “questi bambini hanno cominciato a mobilitarsi, alcuni hanno cominciato a camminare, a parlare” (Ranzato, 2001). Dopo essere stati inseriti in uno spazio organizzato se-

condo i loro bisogni evolutivi si è verificata un'accelerazione nello sviluppo psicomotorio, i bambini hanno cominciato a sorridere e a relazionarsi. Questo è un esempio di intervento in cui l'azione psicologica non sta nel mezzo o nello strumento utilizzato (né colloqui, né test) ma nell'obiettivo posto, e cioè organizzare uno spazio che rispetti le esigenze di sviluppo in modo da contrastare la regressione tipica di situazioni di separazione. Gli strumenti possono essere interdisciplinari, non specificamente psicologici, ma utilizzati con finalità di tipo psicologico (Ranzato, 2001). E in questo l'aspetto organizzativo è essenziale.

Lo stato d'animo prevalente associato alla perdita è quello dello sconforto che porta alla difficoltà a riorganizzare la propria vita in assenza di quanto si è perso. Un aiuto psicologico a superare tale sentimento è quello di facilitare la ripresa delle abitudini. Questa popolazione si trovava, per quello che aveva subito, in una "condizione mentale da profugo" (Ranzato, 1995) tale per cui diventa molto difficile "programmare la propria vita, il proprio lavoro e la propria abitazione, mentre diventa paradossalmente più facile la vita da accampati, soccorsi in tutto dalle agenzie internazionali" (*ibidem*, p. 47). Questo corrisponde proprio allo stare in lutto, cioè allo stare in attesa, creando anche una certa dipendenza verso chi aiuta dovuta alla difficoltà a ricominciare a contare su se stessi. Secondo Parkes (1980), i momenti di transizione psicosociale (e il lutto, specie se comunitario come in questo caso, fa parte di essi) sono momenti che noi "sperimentiamo come qualcosa che interferisce con noi" e che producono, come conseguenze, dei mutamenti fondamentali. Si tratta di momenti in cui si sperimenta il bisogno di protezione, di assicurazione, di tempo per recuperare, di aiuto per sviluppare piani per il futuro. Sempre secondo Parkes, chi offre aiuto in tali situazioni deve aspettarsi di trovare persone in una posizione di difesa, molto sensibili, vulnerabili e anche irragionevoli. A tutto questo occorre aggiungere il dato culturale: la differenza di cultura può rendere ancora più difficile fornire aiuto e comprendere le richieste. Probabilmente il fatto di rispondere alle richieste con risposte psicologiche, che colgano cioè il bisogno psicologico sottostante, permette anche di superare gli ostacoli culturali.

Interventi comunitari

Un'altra modalità utilizzata in Rwanda è stata quella di mettere in atto degli interventi comunitari diretti proprio al lutto e che potessero, in qualche modo, facilitare la sua elaborazione. In particolare sono stati messi in atto tre tipi di intervento di questo tipo.

Il primo è consistito nell'organizzare una volta al mese una cerimonia festosa con danze e poemi, in cui erano i bambini a invitare il villaggio intero: questo ha permesso di far sentire i bambini partecipi, responsabili e direttamente coinvolti in un'iniziativa che serviva a ristabilire il senso di comunità, contrastando quindi quella passività tipica della situazione di lutto. Per questa festa lo psicologo aveva scelto come collaboratrice una mediatrice culturale che costruiva poemi che ricalcavano vecchi ritmi e parole per narrare la loro

triste vicenda. Questi poemi avevano una struttura su due cori e venivano recitati dai bambini di fronte al pubblico. In questo modo esprimevano sentimenti e desideri connessi alla ricerca dei parenti e ringraziamenti per chi si occupava di loro. La popolazione partecipava con commozione a questa recita toccante.

Il secondo intervento comunitario è consistito nell'utilizzare una ex danzatrice di danza tradizionale anch'essa impegnata nel creare e gestire delle danze tradizionali in modo da rappresentare simbolicamente il dramma in questione e il suo superamento.

La terza modalità di intervento comunitario è consistita nell'utilizzare una recita drammatizzata con clamide e lancia in mano. Essa riprendeva e riproponeva il genere letterario apprezzato alle corti dei re, in cui un soldato, di ritorno dalla guerra, si gloriava di fronte al re delle conquiste a cui aveva contribuito. In questa drammatizzazione si poneva l'accento su quello che il bambino avrebbe fatto in futuro e su quello che aveva dovuto affrontare. Anche questo è stato un modo per rafforzare l'identità di persona forte e al tempo stesso di prefigurarne una, aiutando i bambini a proiettarsi nel futuro in modo da dare una risposta al senso di disperazione e di mancanza di fiducia tipico delle situazioni di lutto.

Al di là di questi tre tipi di intervento comunitario strutturati, c'erano anche momenti in cui i bambini partecipavano alle cerimonie del paese recitando il poema di fronte alla chiesa che conteneva i morti: in questo modo si piangevano le perdite subite e si valorizzava la ricerca dei familiari.

Un'altra modalità ancora era data dalla partecipazione dello psicologo alla cerimonia anniversario in cui si riproponeva la fuga nella palude e il ritorno: all'anniversario del genocidio tutti si ritrovavano nel luogo in cui si riparavano e si nascondevano durante le uccisioni. Anche nella modalità di compimento del genocidio c'era una sorta di ritualità, con orario di inizio e di fine: questa stessa ritualità è stata seguita nella cerimonia dell'anniversario, in cui tutti hanno indossato gli stessi vestiti di allora e imbracciato le stesse armi. La presenza dello psicologo in questa cerimonia è stata importante per più ragioni: da un lato gli ha permesso di calarsi sempre di più nella realtà di queste persone, e di essere sempre più accettato, e dall'altro ha fatto sì che si creassero le condizioni per una sorta di colloquio psicologico. Il fatto di condividere con loro questa intensa esperienza e di essere vicino a loro mentre rivedevano i luoghi del genocidio ha fatto sì che le persone che erano a fianco a lui durante il tragitto gli raccontassero tutto quello che era successo. Questo tipo di racconti sarebbe stato difficile riceverli in un'altra condizione, fuori dal quel contesto.

Promuovere la ripresa di feste, cerimonie, ritualità, canti e danze tipici della popolazione ha permesso di "ricominciare" a partire proprio da ciò che lega il gruppo in maniera più visibile: la ritualità e l'aspetto culturale. Infatti una delle modalità attraverso le quali le strutture sociali reagiscono alla morte è la ritualità. Il lamento funebre, così come le varie forme di rappresentazione rituale, offre la possibilità di risolvere, ritualmente (e quindi simbolicamente) i conflitti tra i sopravvissuti suscitati dal lutto (De Martino, 1975). La conoscenza delle tradizioni culturali tipiche e la partecipazione ad esse assume un'importanza centrale in questo intervento psicologico. In Africa il culto dei morti

(così come le cerimonie legate alla morte) è “esteriore e istituzionalizzato” (Thomas, 1975); in questo modo il dolore per la perdita è condiviso tra le persone e perciò reso meno acuto. L’aspetto rituale, correlato alla cultura in cui avviene la perdita, rende visibili e condivisibili quei passaggi psicologici interni così dolorosi. Il rito opera al livello dell’agire, ma è connesso al livello del pensiero: insegna ad agire in maniera ordinata per pensare in maniera ordinata (Terrin, 1999). Il rituale permette di contenere l’angoscia suscitata dai momenti di cambiamento, di trasformazione. I riti delle esequie, i necrologi, la vista del cadavere, le veglie funebri, la vicinanza di una comunità sono tutte forme rituali che agevolano il processo di elaborazione del lutto (Pangrazzi, 2002).

Si può quindi concludere che tutte le azioni che hanno facilitato la riattivazione del singolo e del gruppo (comprese in quelle che si possono chiamare operazioni di organizzazione) possono essere rappresentative di un intervento che aiuta ad affrontare e superare il lutto. Così come tutto ciò che ha dato risposta al senso di disperazione e di passività: per esempio il viaggio (fisico ma anche simbolico) compiuto con lo psicologo o gli interventi comunitari. L’uscita dal lutto, infatti, si ha quando una persona riprende a vivere, magari facendo “rivivere” in sé la persona defunta, “riprendono i vecchi contatti sociali, sviluppano delle nuove relazioni, e definiscono nuovi obiettivi come, per esempio, riprendere il lavoro o prendersi cura dei figli o cercarsi nuove attività o coltivare qualche interesse a cui si dedicava la persona scomparsa; così facendo iniziano a strutturare una nuova identità e a modificare i propri obiettivi” (Smith, 1982 p. 39).

Considerazioni antropologiche

Si può concludere con alcuni interrogativi che nascono da considerazioni di tipo antropologico, dato che l’intervento si è attuato in una cultura molto diversa da quella da cui provenivano gli operatori. Si tratta di interrogativi a cui è difficile dare risposta, ma che possono stimolare riflessioni. L’intervento psicologico in Rwanda rappresenta un modo di rispondere anche a tali domande.

Che effetto poteva avere il fatto che lo psicologo fosse un bianco, cioè un “diverso”? Poteva essere una garanzia, in quanto era “al di sopra delle parti”; oppure poteva essere considerato pericoloso, in quanto diverso e quindi non affidabile. Questo elemento, del resto inevitabile, probabilmente ha avuto delle ripercussioni, e proprio per questo è importante tenerne conto nel progettare un intervento: per esempio, da questo punto di vista, è stato particolarmente importante che lo psicologo e gli altri abbiano scelto di vivere all’interno della comunità, nel villaggio di Nyamata, e non “fuori” (altre organizzazioni facevano in modo di tornare a dormire in città). Lo stare “fuori” avrebbe da un lato facilitato le cose, in quanto avrebbe permesso di mantenere le proprie categorie spaziali e alcune delle proprie abitudini, nonché di ritornare in un ambiente più familiare. Ma quest’altro modo ha probabilmente permesso al “bianco”

di farsi accettare e riconoscere dalla comunità. Il rischio di questo è naturalmente quello di una maggiore esposizione e coinvolgimento, di una difficoltà nello “staccare” dalle situazioni stressanti, ma il guadagno è quello di poter conoscere da vicino la cultura nella quale ci si trova, di sentirla, di viverla, e quindi di poter operare meglio.

Quali competenze di psicopatologia transculturale hanno gli psicologi e gli operatori che intervengono in un'emergenza? È essenziale, per esempio, saper “leggere” i segni di psicopatologia che si mostrano in modo diverso in una cultura o in un'altra, come anche leggere tutti i segni che una persona invia e attribuirgli un senso. La depressione, come gli altri disturbi psicopatologici, non si manifesta nello stesso modo in tutte le culture; ogni cultura stabilisce che forma deve avere la pazzia, qual è la “maniera giusta di impazzire” (Sicurelli, 1986). Ed è per questo che ciò che è considerato patologico in una cultura non lo è in un'altra, e che la modalità di espressione di un disagio è diversa da una cultura all'altra. Per esempio, in Africa le turbe affettive vengono facilmente somatizzate, il corpo diviene il mediatore di comunicazione privilegiato, e la depressione si esprime attraverso il canale della paranoia più che attraverso quello dell'autoaccusa o della colpa (Sicurelli, 1986). Nel resoconto dello psicologo sull'esperienza in Rwanda, in effetti, si trovano spesso casi di somatizzazione, soprattutto in relazione a eventi traumatici. È necessario che anche i medici, quindi, abbiano una conoscenza di questo tipo.

L'esperienza della perdita suscita in ogni cultura le stesse reazioni? Se non si tiene in considerazione la possibilità che la cultura nella quale ci si trova a operare modelli le reazioni alla morte e alle perdite, si rischia di pianificare interventi non adatti al luogo e quindi destinati a fallire. Per esempio, le conoscenze antropologiche dimostrano che non in tutte le culture la morte è vissuta nello stesso modo e con la stessa angoscia. Le civiltà non occidentali, arcaiche, spesso definite (ovviamente a torto) “primitive”, non nutrono una forte paura della morte (come quelle occidentali) perché non attribuiscono un ruolo così marcato all'individualizzazione (Thomas, 1975). Hanno una “mentalità partecipativa” che ostacola la concezione della morte come “separazione e perdita”. Del resto in tali società la morte rappresenta una tappa obbligatoria di un percorso evolutivo che passa dalla condizione di adolescente, a quella di adulto, di anziano fino al gradino più alto che è quello di antenato. Inoltre in queste società la morte “non suscita il sentimento di assenza e soprattutto d'insostituibilità, dato che sono previsti meccanismi di sostituzione o di compensazione” (Thomas, 1975 p. 166) come per esempio il forte ruolo esercitato dalla famiglia, dal gruppo, le varie “soluzioni culturali” come il levirato o il sororato o le modalità per cui zii e zie diventano padri e madri. Tutto questo agevola il processo di elaborazione del lutto che diviene meno doloroso, meno solitario rispetto alla cultura occidentale dove prevale la famiglia nucleare, il principio di individuazione. Tutto questo porta anche a concepire diversamente le esperienze di perdita e di separazione dei bambini dai loro genitori. Nelle culture di tipo più tribale i bambini sono meno esposti al rischio della perdita e della separazione perché essi possono contare su una pluralità di adulti anziché solo sulla coppia genitoriale (Sicurelli, 1986). Per esempio, lo psicologo racconta che, quando riportava a casa i bambini, la festa veniva fatta

dagli altri bambini presenti più che dai genitori: come se i bambini ritornassero nel loro ambiente, e cioè quello dei bambini, più che quello della famiglia intesa in senso occidentale.

È possibile parlare di relazione terapeutica negli interventi di emergenza in altre culture? In parte la risposta a questa domanda è già stata data precedentemente parlando dell'intervento in Randa, ma qui, come conclusione si può ricordare quanto afferma Scacco: "la relazione terapeutica è sempre esistita come 'domanda' di cura che restituisca l'immagine di sé non alterata dalla malattia [...] essa permette il recupero e la riscoperta di quella immagine di sé non alterata dalla malattia" (Scacco et al., 1990, p. 522). Probabilmente tutto ciò che permette di fare riemergere tale immagine nelle persone colpite da calamità è "terapeutico", e l'abilità dello psicologo sta proprio nel tenere questo come obiettivo generale e nel trovare le modalità concrete adatte alla particolare situazione e cultura.

Barbara Lamedica, psicologa psicoterapeuta, APSS Trento.

Bibliografia

- Bartocci G. (1990), *Psicopatologia cultura e pensiero magico*, Liguori Editore, Napoli.
- Bonino S. (1994), *Dizionario di psicologia dello sviluppo*. Einaudi, Torino.
- Bowlby J. (1989), *Attaccamento e perdita*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Breckman C. (1994), *Rwanda, histoire d'un génocide*, Fayard, Paris.
- Cancian T. (2003), lezione presso il Corso di Perfezionamento post lauream "Psicologia dell'emergenza in situazioni di calamità naturali o umane, in ambito nazionale e internazionale" presso la Facoltà di Psicologia dell'Università di Padova.
- Cassidy J. (2002), *La natura dei legami del bambino*. In Cassidy J. e Shaker P.R. (2002), *Manuale dell'attaccamento*, Giovanni Fioriti Editore, Roma.
- Castelli C. e Sbattella F. (2003), *Psicologia dei disastri*, Carocci, Roma.
- Cavaliere R. (1997), *Balciani d'Africa*, Edizioni Gruppo Abele, Torino.
- Crozzoli Aite L. (2002), *Il travaglio del lutto*, alla pagina http://digilander.libero.it/mariabianchi/preparazione/morte_morire/travagliolutto.htm
- De Martino E. (1975), *Morte e pianto rituale*, Universale Scientifica Boringhieri, Torino.
- Erny P. (1994), *Rwanda 1994*, Editions L'Harmattan, Paris.
- Esposito T. (1990), *Il dolore, la sofferenza, la morte in una prospettiva transculturale. Note a margine di un caso di delirio ante-mortem*. In Bartocci G. (1990), *Psicopatologia cultura e pensiero magico*, Liguori Editore, Napoli.
- Galimberti U. (1999), *Dizionario di psicologia*, Garzanti, Torino.
- Pangrazzi A. (2002), *Aiutami a dire addio*, Erickson, Trento.
- Parkes C.M. (1980), *Il lutto*, Feltrinelli, Milano.

- Ranzato L. (1995), *Le tre sfide del Cuamm*, in "Salute e sviluppo", 10, 2, Cuamm, Padova.
- Ranzato L. (1995), *Rwanda addio*, "CUAMM Notizie".
- Ranzato L. (1998), *Il CUAMM in Rwanda*, "CUAMM Notizie".
- Ranzato L. (2001), intervista non pubblicata.
- Ranzato L. (2003), lezione presso il Corso di Perfezionamento post lauream "Psicologia dell'emergenza in situazioni di calamità naturali o umane, in ambito nazionale ed internazionale" presso l'Università di Psicologia di Padova.
- Roccatò P. (1995), *L'incapacità di elaborare il lutto come conseguenza di un inadeguato apprendimento della gestione delle emozioni*, alla pagina <http://www.sicap.it/merciai/ctp/paolo.htm>
- Scacco E. et al., (1990), *Magia o relazione terapeutica?* In Bartocci G., *Psicopatologia cultura e pensiero magico*, Liguori Editore, Napoli.
- Sibomana A. (1998), *J'accuse per il Rwanda*, Edizioni Gruppo Abele, Torino.
- Sicurelli R. (1986), *Il folle e l'altro*, Giuffrè Editore, Milano.
- Smith C.R. (1982), *Vicino alla morte*, Erickson, Trento.
- Terrin A.N. (1999), *Il rito*, Morcelliana, Brescia.
- Thomas L.V. (1975), *Antropologia della morte*, Garzanti, Milano.
- Venturella E. (2003), lezione del Corso di Perfezionamento post lauream "Psicologia dell'emergenza in situazioni di calamità naturali o umane, in ambito nazionale e internazionale" presso la Facoltà di Psicologia dell'Università di Padova.

**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.

