



REAZIONI EMOTIVE ALLE EMERGENZE NEGLI ADULTI E NEI BAMBINI

Di Chiara Cimbro

INTRODUZIONE

In diverse parti del mondo, ogni giorno, avvengono delle calamità naturali o dei disastri procurati dall'uomo, e ogni anno ne sono colpite milioni di persone.

Le forze, estreme e distruttive, che causano i disastri possono avere effetti profondi sulla stabilità delle persone, sulla comunità o sulla nazione stessa, dove il disastro è avvenuto.

Anche se tali eventi disastrosi possono avere una durata variabile, da pochi secondi sino ad alcuni giorni o mesi, gli effetti sugli individui e i gruppi sociali possono continuare per mesi o anche anni, durante quel lungo processo che porta al recupero, alla ricostruzione ed, infine, al ristabilimento delle condizioni precedenti al disastro.

Ma tale recupero a "lungo termine" ha una durata variabile, che cambia significativamente a seconda della complessa interazione tra più fattori coinvolti, quali: fattori psicologici, sociali, culturali, politici, economici, etc.

È ormai risaputo che gli eventi connessi a calamità naturali e a disastri tecnologici sono una potenziale fonte di stress traumatico, specie quando implicano una causa o un rischio di morte e/o di gravi ferite, oppure quando mettono a repentaglio la sicurezza fisica dell'individuo direttamente o delle persone care che gli stanno a fianco.

Per tale motivo, dunque, quando avviene un evento disastroso, il principale obiettivo degli interventi è quello di ristabilire, dapprima, l'incolumità fisica e psichica di coloro che sono stati coinvolti e, successivamente, di ricreare un equilibrio all'interno della comunità colpita.

I servizi di salute mentale mobilitati per operare nei contesti di emergenza, per esempio per le calamità naturali, mirano in particolare sia a ristabilire il funzionamento psicologico e sociale delle persone e delle comunità, che a contenere l'occorrenza e la gravità degli effetti negativi dei problemi di salute mentale correlati alla calamità stessa (per esempio, reazioni di stress post-traumatico, depressione, abuso di sostanze).

In psicologia dell'emergenza gli interventi sono rivolti prevalentemente a persone "normali", che reagiscono normalmente a una situazione che, invece, è da considerarsi anormale, e sono volti all'identificazione di coloro che rischiano di incorrere in menomazioni psicologiche o sociali gravi, a causa dello shock provocato dall'evento traumatico.

La maggior parte del lavoro, come pare ovvio in una situazione di emergenza, avviene in un contesto non clinico (per esempio, rifugi, centri di emergenza, scuole o centri di comunità) e assume la forma di un insegnamento della gestione dello stress post-traumatico e dell'uso del problem solving. Prevede, inoltre, la tutela e l'invio delle persone considerate a rischio o gravemente menomate, presso le sedi in cui possono aver luogo una valutazione diagnostica specifica e cure più intensive.

L'ambiente nel quale si lavora può essere caotico e mancare di privacy, tranquillità o comfort; nella maggior parte dei casi, inoltre, è possibile dedicare solo 10-30 minuti per ciascuna persona, la quale viene normalmente vista per una sola volta dallo stesso operatore.

Durante un intervento in psicologia dell'emergenza, lo psicologo non fa, subito dopo un disastro, psicoterapia, piuttosto affronta situazioni pratiche, utilizzando, semmai, tecniche psicoeducative per illustrare ai superstiti o alle vittime quali sono le reazioni più comuni di stress e i modi per imparare a gestirle.

L'attività dello psicologo in situazioni di emergenza comprende l'erogazione di servizi a persone che spesso non stanno cercando un aiuto psicologico, che possono essere ambivalenti in relazione all'accettazione di questo tipo di aiuto o che, in estremo, possono rifiutarlo apertamente.

La capacità di costruire un rapporto istantaneo, immediato, ma empatico e di fare un rapido assessment è, pertanto, necessaria, poiché è previsto che lo psicologo incontri molte persone, che vivono, nella stragrande maggioranza dei casi, una forte reazione di “stress normale” (che si manifesta per esempio sotto forma di sfinimento, irritabilità, avvilitamento).

1. QUANDO SI PARLA DI EMERGENZA?

1.1. PER UNA DEFINIZIONE DEI CONTESTI DI EMERGENZA

Risulta necessaria, in via preliminare, una definizione del concetto di contesto.

In una prima traduzione il termine può essere usato semplicemente come sinonimo di situazione; il termine “*contesto*” si riferisce, infatti, a tutti gli elementi che partecipano di una situazione interattiva e che devono essere presi in considerazione per dare senso e significato all’interazione stessa (Viaro, 1995).

Il contesto è concretamente riconoscibile come l’insieme delle condizioni spaziali e temporali all’interno delle quali si svolge un’interazione.

Vincoli, spazio e tempo non vanno tuttavia disgiunti dai ruoli e dagli obiettivi delle persone che partecipano alla situazione, né dalle risorse e procedure che la caratterizzano. Ad esempio, sulla scena di un incidente stradale con feriti, un contributo determinante a costruire il contesto d’emergenza ed ad attivare i comportamenti opportuni è la percezione di urgenza (dimensione temporale). Lo spazio aperto e non strutturato (la strada), le cui funzioni (viabilità) risultano trasformate e interrotte in modo eccezionale, obbligano i soggetti a comportamenti differenti dal solito. Giocano in questi passaggi anche le esperienze pregresse delle persone presenti, le aspettative, le competenze, le valutazioni sulla normalità o eccezionalità degli eventi, in una cornice socio-politica-culturale.

Il concetto di contesto, riferito in termini pragmatici, suggerisce anche l’idea che possano esistere specifiche competenze comunicative (e dunque interattive) tra gli individui, le quali possano far sentire più o meno competente un singolo soggetto in una determinata situazione.

In un contesto di emergenza ogni professionista e soccorritore è competente per ciascuna delle operazioni necessarie a risolvere l'emergenza stessa.

1.2. RISCHIO, PERICOLO, VULNERABILITA' ED EMERGENZA

Può risultare utile riconoscere come *emergenza* una circostanza in cui un evento devastante di origine naturale o provocato dall'uomo (disastro), in modo inaspettato ed improvviso crea un clima di attivazione, allerta, di urgente bisogno, accompagnato da tentativi immediati di soccorso.

Risulta chiaro che "*emergenza*" è un termine complessivo che indica un insieme di condizioni particolari che coinvolgono un clima emotivo, una risposta organizzativa e un insieme di condizioni ambientali.

In una differente definizione, l'emergenza è descritta come "un evento determinato da un agente fisico che produce un impatto distruttivo sul territorio in cui si manifesta, la cui entità dipende sia da caratteristiche fisiche e fenomenologiche dell'evento, sia dalla struttura socio-politica preesistente sul territorio di riferimento" (Disaster and Emergency Reference Center, 1998; United Nations, 1992).

Tale definizione appare eccessivamente restrittiva, poiché esclude la possibilità che l'emergenza sia attivata da eventi non fisici e perché riconduce il concetto ad un accadimento descrivibile, sottovalutando la dimensione psicologica e processuale dell'emergenza stessa.

In quanto condizione temporanea, l'emergenza è, infatti, più un processo che un evento e più una condizione psicologica condivisa che un insieme di distruzioni.

Un'adeguata descrizione delle emergenze deve includere sia la dimensione del danno, della trasformazione catastrofica e improvvisa dei sistemi coinvolti, sia l'entità della reazione e la modalità psicologica e sociale con cui si fronteggia la crisi.

È possibile individuare, a tal fine, alcune dimensioni rispetto alle quali misurare l'entità dell'emergenza ed anche apprestare delle misure di intervento adeguate.

Vi è, innanzitutto, la *dimensione spaziale e geofisica*: essa permette di circoscrivere l'area del problema.

In secondo luogo vi sono *l'ampiezza numerica* e la *tipologia del gruppo sociale* coinvolto.

Interrogarsi sulla dimensione sociale dell'emergenza significa comprendere se l'evento fisico ha colpito qualche decina o centinaio di persone, coinvolgendo anche fasce deboli come bambini e anziani.

Vi sono, inoltre, altre due dimensioni, più difficili da quantificare, ma ugualmente cruciali per determinare il contesto di emergenza. La prima è la *dimensione stressogena dell'evento* (quanto stress la situazione d'emergenza tende a produrre nella popolazione), in secondo luogo, va considerata la *dimensione di imprevedibilità* dell'evento. Tanto più, infatti, l'evento fisico appare imprevedibile, tanto meno è probabile che il sistema sociale disponga delle risorse adeguate per farvi fronte, non solo dal punto di vista tecnologico e organizzativo, ma anche da quello culturale ed emotivo.

Per rispondere adeguatamente ad un evento fisico devastante è necessario attivare schemi comportamentali idonei, sorretti da saperi e atteggiamenti congruenti; questi ultimi non possono essere evidentemente improvvisati, ma sono il frutto della capacità revisionale che ciascuna cultura ha sviluppato relativamente all'ambiente geofisico che occupa.

In questo ambito si inserisce il concetto di *vulnerabilità socio-sistemica* che si riferisce al "possibile danno (in termini di risorse umane, economiche ed ambientali), che un evento esterno, che si manifesta in un tempo ristretto, può provocare in un dato sistema sociale. Esso si riferisce anche alla predisposizione al danno che tale sistema presenta in termini di rischio o di scarsa capacità di risposta" (Allison, 1993).

Il "*danno*", a sua volta, è definibile come la conseguenza dell'interazione tra due sistemi di cui uno ha indotto una compromissione morfologica o funzionale sull'altro.

La relazione tra vulnerabilità e rischio è complessa, ma si può considerare che, la vulnerabilità della struttura fisica, sociale e istituzionale del territorio, determina il grado di rischio e non viceversa.

Il rischio esiste solo nella misura in cui esiste una vulnerabilità.

Possiamo, dunque, definire il *rischio* come la “probabilità che una situazione di pericolo produca una emergenza specifica” e il *pericolo* come una “situazione di minaccia che si propone come fonte di rischio” (Quarantelli, 1998).

Il “rischio” è dunque la condizione che si viene a realizzare quando un sistema vulnerabile si trova esposto a una situazione specificamene pericolosa.

Il “pericolo” è anche definibile come la caratteristica di un sistema o una situazione in grado di indurre un danno in altri sistemi.

A questo punto possiamo ridefinire l'emergenza come la manifestazione della vulnerabilità presente in un determinato territorio.

La vulnerabilità è data da tre sistemi che interagiscono tra loro: il sistema naturale, quello sociale e quello politico-economico (chiamato anche organizzativo). Ognuno di tali sistemi determina un aspetto della vulnerabilità: vulnerabilità geofisica ed ambientale, vulnerabilità sociale (quantità e tipologia di persone che vivono in un dato territorio), vulnerabilità gestionale ed economica, relativa a come è strutturato ed organizzato il gruppo sociale.

Il bilancio complessivo della vulnerabilità di ciascun territorio è in grado di descrivere la *fase latente* dell'emergenza. È in questa fase che si può intervenire preventivamente per attenuare il rischio, perché i sistemi potenzialmente pericolosi non hanno ancora sviluppato la propria azione distruttiva.

Si distingue dalla fase latente la *fase manifesta*, in cui l'emergenza è un evento concreto che richiede un'azione di risposta immediata, attraverso la mobilitazione di risorse e l'attivazione di capacità operative.

1.3. PREVISIONE, PREVENZIONE, ALLARME E SOCCORSO

Il concetto di *previsione* può essere definito come l'attività di stima dell'entità dei rischi che gravano su un determinato sistema. La legge 225/1992 (Istituzione del Servizio Nazionale della Protezione Civile) definisce la previsione come “l'insieme delle attività dirette alla individuazione

ed alla determinazione delle cause degli eventi calamitosi, alla identificazione dei rischi ed alla individuazione delle zone del territorio soggette ai rischi stessi”.

Con il termine di *prevenzione*, invece, ci si riferisce all’insieme delle attività di riduzione dell’entità del rischio. La legge 225/1992 definisce la prevenzione come l’insieme delle “attività volte ad evitare o ridurre al minimo la possibilità che si verifichino danni conseguenti agli eventi calamitosi e ciò anche sulla base delle conoscenze acquisite per effetto delle attività di previsione”.

Nel caso di possibili catastrofi tecnologiche, essa può operare mediante la riduzione della probabilità che si verifichi l’evento disastroso e mediante la riduzione della sua “magnitudo” (intesa come intensità). Nel caso di possibili calamità naturali essa opera, sostanzialmente, mediante la riduzione della vulnerabilità del sistema esposto.

Utilizzando una scala operativa diffusa nel settore delle emergenze e della Protezione Civile è possibile descrivere lo “*stato d’attenzione*” come la prima risposta programmata di un sistema sensibile ai rischi, davanti all’insorgenza di un evento inconsueto. Esso dovrebbe attivare e focalizzare alcune risorse in grado di monitorare il fenomeno e anche di compiere rapide valutazioni e previsioni.

Da tali operazioni potrebbe scaturire lo “*stato di pre-allarme*”, risposta programmata di un sistema all’insorgenza di un evento inconsueto di cui non sono valutabili le conseguenze.

Ad esso può seguire uno “*stato di allarme*”, una risposta programmata davanti allo stesso evento le cui conseguenze sono ormai valutate come potenzialmente dannose.

Infine, in questa scala operativa, lo “*stato d’emergenza*” altro non è che l’insieme delle iniziative programmate come risposta ad eventi inattesi ed improvvisi le cui conseguenze hanno già iniziato a produrre danni sensibili.

Il “*soccorso*” è un intervento attivo mediante il quale una persona viene tratta da una situazione di pericolo a cui non può sottrarsi da sola e che gli ha anche causato del danno. La legge 225/1992 definisce il concetto di soccorso in senso collettivo, stabilendo che consista nella “attuazione degli

interventi diretti ad assicurare ogni forma di prima assistenza alle popolazioni colpite da incidenti semplici, incidenti complessi, disastri”.

Esso si distingue dal “*salvataggio*”, definito come un intervento attivo mediante il quale una persona viene tratta fuori da una situazione di pericolo da cui non può sottrarsi da sola, ma che non gli ha ancora causato alcun danno.

Il “*recupero*” è definito, infine, come un intervento attivo mediante il quale una persona viene sottratta da una situazione non pericolosa e che non gli ha prodotto alcun danno, ma da cui non può sottrarsi da sola.

Un ulteriore caratteristica dell'emergenza consiste nel fatto di riferirsi ad una situazione improvvisa di pericolo o di danno alle persone o alle cose, così rapidamente evolutiva per cui solo l'intervento immediato può scongiurare un ulteriore aggravamento della situazione o l'insorgenza di conseguenze irreparabili.

L'obiettivo principale e più immediato da conseguirsi nelle situazioni di emergenza è, dunque, quello di stabilizzarle, riconducendole all'interno di condizioni controllate, tali da poter essere affrontate con semplice procedura di “*urgenza*”, dove queste ultime si differenziano dall'emergenza per la sussistenza di una condizione di danno o di pericolo alle persone o alle cose tanto minacciosa per cui è indispensabile intervenire al più presto, ma nella quale c'è ancora il tempo perché l'intervento venga eseguito da chi è competente ed attrezzato per farlo, secondo quella che è riconosciuta essere la procedura più corretta e rigorosa e rispettando tutte le operazioni e le misure di sicurezza.

2. REAZIONI PSICOLOGICHE NELLE SITUAZIONI DI CRISI

2.1. DI CHE COSA SI OCCUPA LA PSICOLOGIA DELLE EMERGENZE

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

Oggetto di studio e di interventi di questo settore della psicologia sono tanto il singolo individuo, di cui tende a ripristinare e a tutelare l'assetto cognitivo ed emozionale, per preservarlo dall'azione destabilizzante dell'angoscia traumatica, quanto la comunità nel suo complesso, per la prevenzione o il superamento di quei fenomeni psichici che si determinano nei grandi gruppi umani, come la sindrome da disastro, il panico collettivo, l'esodo di massima, etc.

La psicologia dell'emergenza si articola in due ambiti generali, quello dell'emergenze individuali e quello delle emergenze collettive o di massa. Particolare rilievo in psicologia delle emergenze ha anche lo studio e il trattamento del *trauma psichico*, inteso come stato conseguente ad uno o più eventi, interiori o esterni, che hanno colpito la persona. L'impatto con un "dopo evento" può essere diretto, se il soggetto sperimenta personalmente l'evento traumatico, o indiretto, se a vivere l'evento traumatico è una persona cara con cui il soggetto si identifica o di cui tema la perdita.

L'attenzione al trauma psichico trova la sua motivazione nel fatto che, a seguito di un evento traumatico, può comparire nella persona un quadro psicopatologico tale da danneggiare profondamente la qualità della vita del soggetto.

Una dimensione importante della psicologia dell'emergenza è quella relativa allo studio e al trattamento della vittima; si possono individuare alcune tipologie di vittime:

- *Vittime di primo livello*, rappresentate dalle persone che hanno subito direttamente l'evento critico;
- *Vittime di secondo livello*, rappresentate da parenti e amici delle vittime di primo livello;

- *Vittime di terzo livello*, rappresentate dai soccorritori, professionisti e volontari, chiamati ad intervenire sulla scena dell'evento traumatico, che a loro volta riportano danni psichici per la traumaticità delle situazioni a cui devono fare fronte;
- *Vittime di quarto livello*, sono i membri della comunità, al di fuori dell'area colpita, che in qualche modo si sono interessati o occupati dell'accaduto.

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

- *Prima* che si verifichino, l'intervento è volto a preparare le persone al rischio e a fronteggiare gli eventi che si prevede possano accadere;
- *Durante* il loro svolgimento, l'azione mira ad attuare interventi di pronto soccorso psichico volti al sostegno della persona coinvolta;
- *Dopo* che si sono verificate, l'attività è volta a ridurre o superare i danni psicologici riportati dalle vittime, attraverso interventi di riabilitazione del loro quadro psichico.

2.2. LE REAZIONI DI STRESS DEI SUPERSTITI

Le persone esposte direttamente ai pericoli e al rischio di morte sono quelle che probabilmente subiranno le conseguenze più gravi. A prescindere dal tipo di stressor, infatti, la "forza della stimolazione" è un forte predittore di chi ne risentirà maggiormente.

Quanto maggiori sono la minaccia di morte percepita e l'esposizione sensoriale (cioè quanto più si vedono immagini stressanti, si percepiscono odori fastidiosi, si odono suoni spiacevoli o si subiscono lesioni fisiche) tanto maggiore è la probabilità che si manifesti lo stress post-traumatico.

A causa di ciò, anche i soccorritori possono essere direttamente o indirettamente traumatizzati. Essi e i familiari delle vittime, a loro volta, possono rischiare di avere il cosiddetto *trauma vicario*; le relazioni con persone traumatizzate, infatti, possono essere una fonte di forte stress.

È fondamentale, nell'ambito della psicologia dell'emergenza, aiutare i superstiti a riconoscere la normalità della maggioranza delle reazioni di stress alla calamità, che stanno sperimentando.

Nella fase di emergenza e nella prima fase successiva all'impatto c'è un'alta frequenza di reazioni di stress di grado lieve e moderato, che, generalmente, non diventano problemi cronici.

La maggioranza delle persone, infatti, si riprende pienamente da una reazione di stress di intensità moderata in un arco di tempo compreso tra 6 e 16 mesi.

Le reazioni più comuni in seguito ad una condizione traumatica arrecano effetti di diversa natura: di tipo emozionale, cognitivo, fisico ed interpersonale.

Tra gli *effetti emozionali* i più comuni sono: shock, collera, disperazione, ottundimento emozionale, terrore, senso di colpa, irritabilità, senso di impotenza, riduzione del piacere derivante dallo svolgimento delle attività consuete, dissociazione.

Tra gli *effetti cognitivi*, invece, si riscontrano: deficit della concentrazione, della memoria e della capacità di prendere decisioni, incredulità, confusione, distorsioni, calo dell'autostima e dell'autoefficacia, pensieri e ricordi intrusivi, preoccupazioni.

Gli *effetti fisici* più frequentemente riscontrati sono: senso di affaticamento, insonnia, disturbi del sonno, iperattivazione, lamentele somatiche, deficit nella risposta immunitaria, cefalea, problemi gastrointestinali, calo dell'appetito e della libido.

Tra gli *effetti interpersonali*, infine, compaiono: alienazione, ritiro sociale, aumento dei conflitti nelle relazioni, menomazione professionale o scolastica.

2.3. POSSIBILI CONSEGUENZE TRAUMATICHE

Nella reazione all'evento traumatico può avere uno specifico rilievo anche la personalità di base del soggetto ossia la *personalità pre-traumatica*, con le sue eventuali vulnerabilità, che costituiscono un fattore predisponente. È anche vero, però, che più è intenso e grave il fattore scatenante, più la persona vive impotenza, terrore e angoscia ed è più probabile che si sviluppino stati psichici patologici.

Le conseguenze riportate da una persona al seguito di un evento traumatico, inoltre, sono destinate a peggiorare ulteriormente qual'ora sopraggiungano anche altre condizioni sfavorevoli.

Si possono individuare vari tipi di reazioni, differenti per intensità e tipo di manifestazioni.

La prima categoria di risposte ad eventi critici è quella delle *reazioni di tolleranza*, che riguardano il 10-20 % delle persone coinvolte e si caratterizzano per una buona conservazione dell'autocontrollo, della lucidità, dell'adeguatezza dei comportamenti e delle reazioni emotive. Bisogna, però, precisare che all'interno di questo gruppo è compreso anche un piccolo numero di persone che manifestano le così dette "*reazioni differite*", cioè reazioni inizialmente adeguate che evolvono, con il trascorrere del tempo, in senso patologico.

La seconda categoria di risposte ad eventi critici è quella delle "*reazioni iper-emotive brevi*" che riguardano il 75-80 % delle persone coinvolte e si caratterizzano per la massiccia presenza di manifestazioni psichiche e psicosomatiche quali: shock, ansia, depressione, smarrimento, stupore, incredulità tonica, comportamenti automatici, tremori, palpitazioni, nausea, etc. Queste reazioni insorgono immediatamente dopo l'evento e condizionano fortemente la persona nei giorni successivi, comportando il graduale dissolvimento della sintomatologia. Nei casi più gravi le reazioni iper-emotive possono evolvere dando origine a quadri psicopatologici post-traumatici caratterizzati da sindromi nevrotiche di vario tipo.

La terza categoria è quella delle *risposte gravemente inadeguate*, ossia delle risposte a carattere dissociativo, che riguardano il 10-15 % delle persone coinvolte e che sono caratterizzate da stato confusionale, momenti deliranti, comportamenti aggressivi e autolesivi, comportamenti irrazionali di esposizione al pericolo, fortissimi stati di inibizione e depressione; questo tipo di disturbi persiste generalmente per un tempo limitato e tende via via a recedere.

2.4. REAZIONI DIFENSIVE

Due sono le vie attraverso cui il nostro apparato psichico si difende dal dolore interiore, la prima rappresentata dai meccanismi di difesa spontanei, automatici e inconsapevoli, la seconda è costituita dalle iniziative di autotutela attivate dalla persona stessa.

Tra i *meccanismi di difesa inconsapevole* rientrano:

- l'elevazione progressiva della soglia di tolleranza nei confronti degli eventi che generano incertezza, insicurezze e senso di imprevedibilità;
- la reazione istintiva di attacco o fuga;
- l'attivazione della sindrome generale di adattamento, cioè una condizione di specifica resistenza psicofisica ai fattori stressogeni;
- l'avvio del processo di assimilazione, ossia di una successione di momenti attraverso cui la persona arriva pian piano a "farsi una ragione", o ad "accettare", o a saper "convivere" con ciò che è accaduto;
- la negazione, ossia la capacità di non prendere atto interiormente di un dato evento che viene recepito sul piano razionale, ma non "sentito" a livello psichico.

Una manovra utile per aiutare noi stessi nelle situazioni in cui eventi particolarmente critici ci investono è quella di prestare attenzione ai nostri livelli di tolleranza cioè, cercare di comprendere quali sono i livelli di esposizione agli stimoli critici che riusciamo a tollerare, senza che la nostra vulnerabilità e la nostra labilità vengano scatenate.

La prima azione compiuta dalle persone, in questi casi, è generalmente quella dell'evitamento di ciò che sta disturbando o contagiando, evitando, cioè, di ascoltare o leggere ciò che riguarda i problemi che stanno disturbando la persona stessa. È, invece, importante che il soggetto:

- ampli e consolidi la sua rete supportava e i rapporti umani gratificanti;
- si coinvolga il più possibile in una atmosfera solidaristica, caratterizzata da comprensione e condivisione;
- riduca l'insieme degli elementi e delle situazioni che gravano su di lui e a cui deve fare fronte.

Quando quello che l'individuo può fare per tutelare e recuperare il suo equilibrio in situazioni critiche non basta più, è l'ora di ricorrere all'aiuto dello specialista, che saprà indicare gli atteggiamenti più opportuni da assumere e gli eventuali interventi necessari per recuperare la condizione psichica originaria o comunque la migliore possibile.

3. VISSUTI EMOTIVI IN SITUAZIONI DI STRESS E TRAUMA

3.1. I VISSUTI EMOTIVI

Il tema delle emozioni appare decisamente cruciale in tutti i contesti d'emergenza.

Vi è emergenza, infatti, solo di fronte ad eventi impreveduti, sorprendenti e distruttivi, cioè riconoscibili come aggressivi e lesivi.

Il divario tra capacità di risposta e bisogni urgenti, evoca inevitabilmente la dimensione tragica, insita in ogni incidente, personale o collettivo.

Intervenire professionalmente sugli aspetti relazionali dei momenti di crisi significa saper gestire le emozioni, proprie e altrui, saper lavorare con le dimensioni che sostengono le azioni personali e collettive, che motivano e guidano i piani d'azione e le organizzazioni stesse. In qualche caso, sviluppare progetti di prevenzione significa prevenire il disastro emozionale individuale e collettivo, individuando rischi e pericoli, creando scenari e previsioni, predisponendo risorse in termini di resilienza. Nelle fasi di uscita dalla crisi può significare proporre ricostruzione e riparazione emotiva, o riattivazione delle emozioni esperite.

Le *emozioni* sono riconosciute come la “cerniera” tra la *dimensione organica*, la *realtà psichica* e le *dimensioni sociali* che caratterizzano gli individui.

Le emozioni, come processi psichici complessi, insorgono rapidamente, si sviluppano, decrescono e scompaiono, coinvolgendo nel loro dispiegarsi temporale molte differenti componenti.

La forza emotigena di un evento non sta, dunque, nell'avvenimento in sé, ma nell'intreccio di vari fattori; è un insieme di atti percettivi e cognitivi che definiscono la connotazione di un accadimento, ed anche la possibilità che l'evento stesso sia registrato dalla nostra mente.

Una componente fondamentale delle emozioni è, dunque, quella cognitiva. Si tratta di percepire l'evento, di valutarne la pertinenza rispetto ai propri scopi, la pericolosità o novità, la possibilità di farvi fronte con le risorse di cui si dispone.

Il sistema di valutazione si occupa anche di monitorare il contesto sociale, di valutare la possibilità di esprimere i propri stati interni, in relazione alle regole sociali di esibizione e in base all'opportunità di farlo o meno.

Emozione significa anche variazione fisiologica. Il sistema nervoso autonomo, il sistema endocrino ed immunitario sono pienamente coinvolti nelle manifestazioni di ogni emozione, con risultati a volte appariscenti (lacrimazione, caduta del tono muscolare, aumento della sudorazione), altre volte percepibili solo dal soggetto (alterazione della frequenza cardiaca e respiratoria).

Sono anche presenti modificazioni fisiologiche profonde, spesso fuori dall'area della visibilità esterna e della consapevolezza interna (modificazione della pressione sanguigna e della conduttività elettrica della pelle).

Completano il quadro delle componenti, la percezione interna e la risposta motoria. La prima si identifica con la consapevolezza che qualcosa attinente ad un processo emotivo è accaduto; essa si esprime, nei soggetti più consapevoli, nella descrizione e categorizzazione del moto emotivo di cui si è protagonisti. La seconda attiene ai tentativi di risposta visibile che il soggetto mette in atto sostanzialmente per allontanarsi e difendersi dall'evento emotigeno connotato negativamente o, all'opposto, per avvicinarsi all'evento emotigeno positivo.

Ogni processo emotivo comporta, quindi:

- un evento elicitante,
- un cambiamento fisiologico,
- una serie di operazioni di valutazione cognitiva,
- un comportamento manifesto.

Per *evento elicitante* si intende l'avvenimento che può essere riconosciuto come ciò che ha innescato l'emozione, intesa come processo; non sempre esso è evidente, né è lo stesso per tutti.

Tutto ciò che sollecita i sensi ha, in realtà, una potenza emotigena. Esistono anche stimoli sottili, non facilmente individuabili o riconoscibili a livello consapevole, in grado comunque di elicitare forti emozioni. Gli odori, ad esempio: molte vittime di incidenti, individuali o collettivi, ricordano

con dolore la componente olfattiva dell'esperienza di paura, al punto che, odori simili sono in grado di attivare immediatamente le stesse emozioni. L'odore dei disinfettanti, ad esempio, della terra bagnata, della carne bruciata; anche i profumi hanno forti capacità emotigena ed essendo legati a canali sensoriali arcaici fanno parte di quegli stimoli elicitanti di cui siamo meno consapevoli.

Il termine *arousal* (attivazione fisiologica diffusa, non specifica) sta ad indicare che ogni emozione coinvolge sempre il corpo, trasformandone in qualche modo i ritmi e i processi di attivazione.

Si può quindi dire che ogni emozione è in qualche modo sempre profondamente corporea, oltre che psichica, poiché il cambiamento del livello di attivazione non precede, ma costituisce una componente essenziale del processo emotivo stesso.

Dal punto di vista corporeo, sono molti i sistemi coinvolti, ma riveste particolare interesse il sistema ipotalamico-pituitario-adrenocorticale, che realizza cambiamenti sia a livello neurologico che ormonale. Tale sistema è costituito da un asse che permette di scambiare informazioni tra la parte più profonda del cervello (ipotalamo) e l'ipofisi, vera centrale di controllo del sistema ormonale.

È infatti l'ipofisi che manda informazioni per stimolare la corteccia del surrene in caso di necessità.

Questa, quando stimolata, è responsabile del rilascio di cortisolo (chiamato l'ormone del coping, perché facilita la capacità di far fronte agli eventi).

Per descrivere e comprendere le implicazioni corporee delle esperienze emotive è necessario anche considerare il ruolo giocato dal sistema nervoso autonomo. Esso è costituito da una serie di gangli che scorrono a fianco della colonna vertebrale, e in caso di attivazione interviene creando netti cambiamenti in tutti i distretti corporei. Aumento della sudorazione, accelerazione del battito cardiaco e della pressione sanguigna, accelerazione del ritmo respiratorio, sono solo alcuni esempi dell'intervento del sistema nervoso autonomo.

Evidentemente, questi cambiamenti fisiologici hanno la funzione di preparare il corpo a reagire alla situazione, ma costituiscono anche parte dell'esperienza vissuta dal soggetto, che può percepire, in parte consapevolmente, la presenza di uno stato di allarme anche in assenza di riconoscibili segni di pericolo o novità.

Tra gli interventi che mirano alle emozioni, passando per il corpo, si usano i farmaci, l'attività fisica e le tecniche di rilassamento corporeo.

Molti farmaci possono alzare o abbassare l'arousal, così come tutte le sostanze psicoattive, quali l'alcol e la caffeina; per questo il loro uso deve essere valutato molto attentamente nei contesti di emergenza.

L'arousal può essere modificato anche dall'attività fisica; un'intensa attivazione fisica modifica molti parametri fisiologici, aumentando la possibilità di intrecciare tali cambiamenti con quelli presenti in ogni processo emotivo.

Per diminuire i livelli di arousal, invece, occorre disporre di tecniche di rilassamento, e agire in particolar modo sui ritmi di respirazione e sul ritmo cardiaco. Anche una forte attenzione all'igiene del sonno permette di intervenire sulle dinamiche emotive attraverso l'abbassamento dei livelli di attivazione fisiologica.

Il contenimento degli eccessi di generosità e la prescrizione del rispetto dei turni di riposo rappresentano una strategia di contenimento emotivo lungimirante, che, se non compresa o condivisa da chi è immerso nelle situazioni critiche, deve tuttavia essere imposta da chi ha la responsabilità della salute mentale dell'insieme delle persone coinvolte nell'emergenza.

In generale, la privazione di sonno altera il rendimento nell'esecuzione di compiti semplici e noiosi e provoca il pericoloso rischio di addormentarsi all'improvviso (sonnolenza), mentre incide meno sull'esecuzione di compiti impegnativi.

Anche lo sconvolgimento dei ritmi sonno-veglia può influenzare profondamente lo stato di attivazione corporeo e di conseguenza incidere sull'intensità e la qualità dei processi di tipo emozionale. Il corpo, infatti, è in grado di adattarsi alle richieste di modificare l'abituale ritmo sonno-veglia, ma ha bisogno di tempo.

Cambiamenti continui o troppo frequenti incidono sull'orologio biologico interno, con conseguenze anche su tutte le funzioni fisiologiche. Per questo motivo, è indispensabile calcolare bene il

dispiegamento delle forze dei soccorritori e monitorare il numero e la durata dei turni d'azione che si alternano a quelli di riposo.

La terza componente del processo è quella relativa alla *valutazione* (appraisal).

Appena compare un evento, la mente umana avvia velocemente un processo di categorizzazione e valutazione dell'avvenimento; un evento può essere valutato diversamente secondo il soggetto che procede all'identificazione.

Le diverse soglie sensoriali, le abilità percettive, la disponibilità di un lessico adeguato e, quindi, di categorie per differenziare i fenomeni, possono generare esperienze emotive molto diverse.

Per questo motivo, una parte del lavoro preventivo per la gestione dell'emergenze può essere indirizzato alla discriminazione degli indicatori di pericolo. Disporre delle categorie opportune e degli indici essenziali per riconoscere e distinguere rapidamente le situazioni può diminuire l'ansia generalizzata e attivare più rapidamente reazioni adeguate al momento opportuno.

Una sorta di analizzatore interno procede velocemente a una serie di valutazioni relative al livello di novità dello stimolo, alla qualità edonica e alla possibilità di far fronte alla situazione (coping). Le analisi relative al livello di novità cercano di verificare se lo stimolo assomiglia a qualcosa di noto e per il quale si dispone di conoscenze e competenze; la qualità edonica è valutata in termini di positivo e negativo, piacevole o spiacevole. È una prima grossolana decisione, che porta da un alto ad innescare l'esperienza della collera, della paura e della tristezza, dall'altra alle varie sfumature della gioia.

Il modulo preposto alla comparazione stabilisce, successivamente, la rilevanza dell'evento rispetto agli interessi, agli scopi e alle aspettative del soggetto.

Il "diagnostico" interiore stabilisce, infine, se una reazione all'evento deve essere attivata con urgenza, quale deve essere l'intensità della risposta e dove si colloca rispetto al contesto generale.

Anche la valutazione del contesto è molto importante, se ciò che incute paura non sembra preoccupare le altre persone presenti, l'intensità dei processi emotivi sarà più contenuta; l'idea che

la cornice contestuale si vada disorganizzando ha notoriamente effetti di amplificazione sulle emozioni negative individuali.

La componente diagnostica del processo emotivo coinvolge anche il confronto con le norme di esibizione sociale e l'immagine di sé. Ciascuna cultura, infatti, dispone di proprie norme che permettono o meno l'espressione di alcune emozioni, prescrivono l'intensità e la durata delle emozioni che devono essere espresse, differenziano norme di esibizione in relazione al sesso, all'età, al ruolo che si ricopre. Si tratta di norme introiettate precocemente e con le quali è necessario fare i conti. Tale elemento permette di spiegare la presenza di reazioni estremamente diverse, ad esempio nello stesso gruppo, tra uomini e donne; suggerisce, inoltre, l'opportunità di una attenta documentazione da parte dei soccorritori che sono chiamati ad intervenire in contesti culturali diversi dai propri.

Altre due componenti importanti per descrivere la complessità di ogni processo emotivo sono: *l'autopercezione* (il vissuto, il sentimento della persona che coglie il suo stesso cambiamento emotivo) e il *comportamento manifesto*.

Senza autopercezione, l'emozione stessa non esiste per il soggetto né esiste la possibilità di attribuirle un nome e calibrarla. Attraverso opportuni training, o anche grazie a precise scelte educative, le abilità di autoascolto possono essere molto accresciute, al punto da permettere ai soggetti di cogliere, fin dai primi segni, l'emergere di processi emotivi complessi.

L'emozione è anche azione. I comportamenti di fuga, i vocalizzi, l'avvicinamento, il ridere e il piangere, sono un tutt'uno con l'emozione, non le seguono, anche se non le esauriscono.

Il processo emotivo ha la funzione essenziale di sostenere le risposte all'ambiente di tipo adattativo. Anche irrigidirsi, tacere, abbassare lo sguardo, rannicchiarsi sono azioni, per quanto a volte meno clamorose; in alcune situazioni, infatti, i comportamenti di inibizione possono risultare fortemente adattativi.

Complessivamente, dunque, il processo emotivo costituisce una vera e propria molla all'azione che ha bisogno di essere orientata da una componente cognitiva che funga da suggeritore delle azioni.

Davanti ad uno stimolo elicitante, infatti, è necessario stabilire rapidamente che fare, cercando all'interno del repertorio comportamentale di cui si dispone le azioni più idonee e realizzabili.

La complessità dei processi emotivi deve essere ben conosciuta per sviluppare interventi relazionali in contesti di emergenza. Le emozioni sono una realtà cruciale a diversi livelli: esse sono esperienze corporee, che incidono sia positivamente sia negativamente sulla salute.

Le emozioni sono anche una realtà cruciale dal punto di vista esistenziale: sono il punto di incontro tra mente e corpo, tra realtà e percezione del sé, tra socialità ed individualità.

Non va poi trascurato il fatto che le emozioni costituiscono forti *molle motivazionali*: sono dimensioni psichiche che spingono all'azione e possono quindi essere usate, in bene e in male, per suscitare comportamenti.

Le emozioni sono anche, in parte, dei processi cognitivi, sono fenomeni propri della mente, che sostengono le capacità adattive dell'uomo. La memoria è carica di emozioni e ciò permette, a volte, di sostenere il ricordo positivamente, in altri casi ostacola l'oblio desiderato.

Interventi tempestivi, a livello emotivo, possono dunque incidere sulle possibilità di cancellare le immagini più angoscianti delle situazioni traumatiche, così come rivalorizzare, nei ricordi, gli elementi positivi; le emozioni sono oggetto e soggetto dei processi di socializzazione e acculturazione; esse non sono solo un fatto privato, ma una realtà pregnante dal punto di vista sociale.

Un approfondimento particolare deve essere dedicato al mondo delle *emozioni infantili*, in parte diverso da quello adulto.

Il primo gruppo di differenze tra il mondo infantile e quello adulto è legato alle caratteristiche della percezione infantile. Tanto più il bambino è piccolo, tanto più è probabile che le modalità percettive prevalenti siano distanti da quelle dell'adulto. Il vero termometro delle emozioni infantili rimane l'adulto di riferimento, rispetto al quale il bambino manifesta comportamenti d'attaccamento e di sintonia emotiva.

La valutazione degli eventi percepiti è dunque appoggiata all'adulto di riferimento e alla sua capacità di offrire un'interpretazione complessiva della situazione.

Un operatore dell'emergenza dovrà, innanzitutto, prendere in considerazione la possibilità di parlare ai bambini tenendo conto del loro linguaggio, della loro capacità di comprensione e della loro necessità di mantenere riferimenti adulti certi.

È quindi necessario predisporre contesti e strumenti opportuni, affinché i bambini possano, con le capacità di cui dispongono, trasformare la realtà emotiva di cui sono stati partecipi; strumenti elettivi di questo lavoro possono essere il disegno, la drammatizzazione e la narrazione.

È dunque opportuno, appena possibile, creare contesti d'ascolto sicuri, in cui vi siano i materiali e i tempi necessari per giocare, narrare e disegnare.

3.2 SITUAZIONI DI STRESS E TRAUMA

In seguito ad un evento traumatico si assiste spesso alla paradossale *colpevolizzazione delle vittime*. Attribuire la causa della sofferenza post-traumatica al soggetto che la sperimenta ha molti vantaggi per il gruppo sociale. Innanzitutto risolve il difficile problema di identificare le fonti del male, in secondo luogo stigmatizza come "diverso" il soggetto che, entrando in crisi, manifesta spesso segni di sofferenza psichica, che risultano inquietanti, per gli altri osservatori.

Fino alla fine dell'Ottocento il termine "*trauma*" non compare in letteratura e le "insane passioni" sembrano essere confinate alle classi più povere.

Quando, tuttavia, persone delle classi più abbienti, in seguito a gravi incidenti (all'epoca, specie ferroviari) iniziano a sviluppare sintomi post-traumatici, si smise di pensare a questi sintomi come indice di amoralità; l'ipotesi sostenuta era quella di una sovreccitazione nervosa: si parlava di shock nervoso, dunque, e non ancora di un trauma psichico.

Il concetto di trauma psichico viene introdotto alla fine dell'Ottocento, dando finalmente spazio alla dimensioni mentale, oltre che fisica, di un evento traumatico.

Tuttavia la teoria maggiormente in voga era quella secondo la quale nel soggetto traumatizzato vi era una fissazione dell'idea patogena e che tale fissazione dipendesse da una predisposizione personale o da desideri morbosi non dichiarati, da una volontà debole o da una personalità psicopatica.

Lo studio delle risposte emotive alle catastrofi inizia dall'osservazione dei più grandi disastri non naturali: le guerre. Sintomi come debolezza diffusa, palpitazioni e dolore toracico, presentati dai veterani al termine delle guerre, sono stati i primi segnali ad essere presi seriamente in considerazione. Queste osservazioni permisero di avanzare le prime ipotesi, relative al fatto che i disturbi psicologici potessero essere generati da eventi stressanti.

Attualmente sappiamo come eventi traumatici e disastri possono gettare l'esistenza dell'individuo nel caos provocando un'intensa paura degli imprevisti, timore di morire, di subire perdite e danni fisici. Si definisce, dunque, traumatico ogni evento che minaccia la sopravvivenza o l'integrità del soggetto, così come notizie o eventi di cui si è spettatori, che coinvolgono persone care e che minacciano la loro sopravvivenza e integrità fisica. Si tratta anche di situazioni in cui la rete sociale, o le figure di attaccamento si trovano impossibilitate a offrire una sufficiente risposta ai bisogni di protezione, esponendo il soggetto alla terribile esperienza di una radicale impotenza.

I sintomi del *disturbo post-traumatico da stress* (PTSD) sono raggruppati in tre categorie principali e la diagnosi richiede che permangano per più di un mese.

Nel primo gruppo rientrano le esperienze in cui l'evento traumatico è rivissuto; si tratta, in particolare, di incubi notturni, di pensieri, sensazioni ed emozioni intrusive, che riemergono con forte nitidezza.

Nella seconda categoria rientrano sintomi di evitamento e di attenuazione della reattività generale; i luoghi e gli elementi che possono riattualizzare le emozioni vengono in questo caso allontanati, evitati. L'appiattimento della reattività generale si manifesta nel diminuito interesse per gli altri, in un senso di distacco e di estraneità e nell'incapacità di provare emozioni positive.

Nell'ultima categoria di sintomi rientrano tutti quelli relativi all'aumentata attivazione fisiologica; tra essi: difficoltà di addormentamento, difficoltà di concentrazione, ipervigilanza, esagerate risposte di allarme.

I *disturbi di adattamento* presentano sintomi simili, anche se connessi a situazioni meno improvvise e catastrofiche, sebbene estremamente drammatiche e con forti conseguenze a volte sulle possibilità di sopravvivenza del singolo. Tali situazioni possono far riferimento, per esempio, a: divorzio, trasloco, licenziamento.

Il *disturbo acuto da stress*, invece, si manifesta come una risposta provvisoria dell'individuo a situazioni gravi e catastrofiche e può presentare anche intensi livelli di sofferenza; la sua peculiarità consiste nel fatto che tale disturbo nasce e scompare nell'arco di quattro settimane dall'evento traumatico.

Il *disagio psicologico* rientra nei criteri del disturbo post-traumatico da stress se dura almeno un mese e ha almeno sei sintomi nelle tre aree criterio (rivivere l'esperienza, iperarousal, evitamento).

Si parla, infine, di *PTSD acuto*, se l'insorgenza dei sintomi è registrata in un arco di tempo inferiore ai tre mesi e se i sintomi permangono in modo cronico; si parla di *PTSD ritardato* se, al contrario, i sintomi compaiono dopo sei mesi dall'evento traumatico.

Gli effetti a lungo termine di queste condizioni possono tradursi in sintomi eclatanti (come somatizzazioni, comportamenti fobici, disfunzioni alimentari), ma anche nell'aumento di comportamenti a rischio in età adulta, quali l'abuso di tabacco, alcol e stupefacenti, fino ad un preoccupante aumento dei tassi di autolesionismo e suicidio.

3.3. TRAUMI E BAMBINI

Visti con gli occhi e la mente dei bambini gli eventi connessi alle emergenze possono apparire assai diversi da come appaiono agli adulti.

Un motivo assai rilevante che suggerisce la necessità di porre particolare attenzione ai bambini nei contesti di emergenza è la consapevolezza delle durature e nefaste conseguenze delle situazioni

traumatiche. L'intensità del dolore e il suo effetto paralizzante in età evolutiva, infatti, causano conseguenze a lungo termine che incidono sul funzionamento della personalità.

La perdita non è solo dolorosa da provare, ma lo è anche come esperienza cui assistere, per il profondo senso di impotenza che scatena.

A tal fine è significativo il ruolo delle *circostanze in cui avviene la perdita*: la natura dell'evento che la causa può trasformarsi in elemento facilitante o inibitore della risoluzione del lutto. Una morte improvvisa, ad esempio, generalmente è vissuta all'inizio come maggiormente traumatica.

Altre circostanze intervengono ad aumentare o diminuire le difficoltà d'approccio all'evento; per esempio la *modalità della morte*: un periodo prolungato di pesanti cure ha effetti diversi rispetto a un decesso improvviso in un incidente o in un disastro naturale.

È rilevante anche *come è comunicata l'informazione* della morte della persona cara: il soggetto può essere presente al momento del decesso, gli può venire riferita la notizia e non vederne il corpo, gli può essere addirittura tenuta nascosta.

Più la conoscenza è diretta, meno intensa è la tendenza a non credere che la morte sia davvero avvenuta; se la morte è tenuta segreta, come spesso accade con i bambini, la convinzione che la persona sia viva e che tornerà si fa sempre più forte.

Un altro elemento rilevante è *l'attribuzione di colpa e responsabilità*, reale o fantasmatica che sia; colpa che può ricadere su un agente esterno (una persona o un evento naturale) o sul defunto stesso (per sua imprudenza).

Anche il *ritrovamento del cadavere* e le condizioni in cui lo si trova hanno un ruolo considerevole, così come i rapporti che esistevano con la persona deceduta nei giorni immediatamente antecedenti alla morte.

Capita anche che una persona sia colpita da più perdite contemporanee di parenti stretti e amici, ad esempio per una catastrofe; in questo caso, come è ben immaginabile, il trauma della perdita si farà più intenso e paralizzante.

Pynoos (1990) ha categorizzato gli *eventi stressanti* che coinvolgono i bambini e che la letteratura ha dimostrato essere correlati a PTSD:

- rapimento e situazioni in cui il bambino è tenuto in ostaggio;
- esposizione alla violenza armata (atrocità di guerra, attacchi di cecchini, bande armate terroristiche);
- testimonianza di stupro, omicidio e comportamenti suicidari;
- violenza sessuale e maltrattamento fisico;
- ferite accidentali gravi (ustioni, incidenti) con omissione di soccorso;
- malattie mortali e procedure mediche rischiose ;
- incidenti con mezzi di trasporto (treno, aereo, nave, auto);
- disastri naturali.

Le variabili che incidono sulla probabilità che un evento negativo si traduca in evento traumatico sono l'intensità fisica, la repentinità e la generalizzazione ad altri ambiti dell'evento, nonché caratteristiche soggettive, quali la soglia percettiva agli stimoli, lo stato di vigilanza, la capacità di difesa e di adattamento. Per questo motivo tra i bambini, in funzione dell'età, si possono presentare reazioni differenti.

Anche il tipo di sintomi sviluppato nei periodi successivi dipende dalle competenze percettive e mnestiche maturate al momento del trauma.

Zeanah (1996) elenca diversi *sintomi riferiti alle reazioni immediate nei bambini molto piccoli*:

<u>età</u>	<u>sintomi</u>
0-6 mesi	ipervigilanza, reazione di sorpresa eccessiva, anomalie della regolazione, irritabilità, ritiro in se stesso generalizzato o in risposta a condizioni specifiche.
6-12 mesi	uno o più dei precedenti sintomi e/o marcato aumento dell'ansia in situazioni non ordinarie, reazioni di rabbia specifiche in particolari situazioni, tentativi

attivi di evitare specifiche situazioni, regressione di sviluppo, disturbi del sonno.

- 12-18 mesi uno o più dei precedenti sintomi e/o eccessiva vicinanza e dipendenza dalle figure di accudimento, evitamento di affetti particolari o di situazioni che potrebbero evocarli, sovra o sotto utilizzo di parole che potrebbero essere associate al trauma.
- 18-24 mesi uno o più dei precedenti sintomi e/o preoccupazione verso elementi che simbolizzano l'evento traumatico, incubi, preoccupazioni di vario tipo espresse verbalmente.
- 24-36 mesi uno o più dei precedenti sintomi e/o presenza di sintomi che si trovano anche in bambini più grandi.

Considerando l'andamento temporale della situazione traumatica, invece, Valent (2000) ha suddiviso in *cinque periodi* i processi che accompagnano i disastri, associando ad essi differenti tipi di reazioni. I periodi individuati sono: la fase di pre-impatto (precedente al disastro), l'impatto (momento in cui il disastro si realizza), la fase di contraccolpo (immediatamente dopo l'evento), il periodo post-impatto (alcuni giorni o settimane successive all'evento) e il tempo del recupero e ricostruzione (mesi e anni dopo il disastro).

Progressivamente, accanto alle reazioni psicologiche vi è una serie di sintomi fisici evidenziabili e collegati allo stress: aumento dei livelli di cortisolo e di adrenalina e diminuzione delle difese immunitarie.

Il quadro clinico, quindi, deve tener presente il contesto del trauma, le caratteristiche della personalità del bambino, la capacità del genitore di sostenerlo e aiutarlo e il modo in cui il bambino elabora l'esperienza.

Il sintomo più comune è la riesperienza dell'evento: l'evento traumatico riemerge secondo differenti modalità, incubi ripetuti, pensieri ricorrenti e intrusivi, stress e angoscia nel ricordare il trauma. Con

i bambini piccoli si può osservare una modalità particolare di gioco, che riproduce concretamente alcuni aspetti della situazione traumatica, disegni ed episodi dissociativi in cui il trauma viene riprodotto senza alcuna intenzionalità.

I sintomi di evitamento o intorpidimento consistono, invece, in un appiattimento della sensibilità del bambino; includono il ritiro sociale, la riduzione delle capacità di interazione ludica, una gamma limitata di affetti e la perdita temporanea di competenze già acquisite. I bambini, per esempio, possono riportare un diminuito interesse per le loro usuali attività (leggere, giocare...) e apparire distanti e distaccati dalla famiglia e dagli amici.

L'aumento dell'attivazione (iperarousal) si esprime attraverso i disturbi del sonno (terrori notturni con risvegli e pianto inconsolabile, difficoltà ad andare a letto e a mantenere il sonno), difficoltà dell'attenzione e della concentrazione, ipervigilanza e risposte d'allarme esagerate.

I bambini e gli adolescenti traumatizzati spesso manifestano altre reazioni post-disastro, come i disturbi depressivi e l'ansia.

I bambini più piccoli, in particolare, possono manifestare preoccupazioni e timori esplicitando la paura di separarsi dai genitori o dalle persone care.

L'aumento della paura è direttamente correlata al tipo di trauma vissuto: per esempio, la paura dell'acqua, dei tuoni e dei temporali in seguito ad un uragano; preoccupazioni sull'incolumità e risposte d'allarme esagerate a rumori forti sono evidenti dopo una sparatoria, un attentato, una bomba.

Gli eventi traumatici possono, dunque, essere considerati come un potenziale percorso allo sviluppo di fobie e altri disordini su base ansiogena nei bambini.

Molta attenzione è stata rivolta alla comprensione dell'impatto del disastro sull'andamento scolastico dei bambini. Considerando che un disastro distrugge in modo significativo la routine di tutti i giorni e crea disturbi del sonno e della concentrazione, la compromissione delle abilità scolastiche non è certo una sorpresa. L'impressione generale è che gli eventi traumatici possano incidere negativamente sul rendimento, aumentare gli abbandoni scolastici, concorrere alla perdita

di opportunità sociali, alla maggiore vulnerabilità data da eventi stressanti della vita come malattie, divorzi, violenza familiare e abuso di sostanze.

Osservando, inoltre, i traumi in età evolutiva con un'ottica ecologica, non può non essere rilevato come il sistema di accadimento e le persone di riferimento siano spesso lesionati contemporaneamente ai bambini, dagli stessi eventi drammatici. Ciò comporta un forte rischio di sviluppo di vissuti negativi e di reali condizioni di trascuratezza, che aumentano, a loro volta, il disagio.

Molti aspetti legati al tipo di esposizione traumatica si sono dimostrati determinanti nell'emergere delle reazioni patologiche nei bambini. In modo particolare, un aspetto è stato valutato come cruciale: la presenza, reale o percepita, di una minaccia per la propria vita. La maggior parte dei bambini che percepiscono la loro vita o quella dei loro cari in pericolo, infatti, riporta alti livelli di sofferenza più alti. Questo risultato aiuta a comprendere perché molti sintomi si manifestano anche quando non ci sono stati danni o ferite per il bambino. Di converso, il non percepirsi a rischio fornisce una spiegazione del perché alcuni bambini non sviluppino nessun sintomo, pur essendo stati esposti a situazioni di crisi.

Le reazioni di stress, quindi, sorgono a partire dalla percezione del pericolo, ma sono accompagnate spesso da sentimenti di dolore e collera che interagiscono tra loro e possono acutizzare l'insorgere di tali reazioni. Per esempio, bambini che hanno perso un genitore in un attacco terroristico non solo devono affrontare il difficile compito della perdita, ma devono risolvere anche complessi sensi di colpa sul fatto che loro sono vivi e papà o mamma no.

Un'altra variabile importante è la perdita di beni materiali e la distruzione della vita di ogni giorno, incluso l'allontanamento dall'abitazione, dalla scuola e dalla comunità; questo aspetto è maggiormente evidente nelle catastrofi naturali. Per esempio, in seguito ad un terremoto i bambini subiscono l'effetto di una serie di stressor a cascata, come la perdita delle case e di tutti i beni, il cambiamento della scuola, difficoltà finanziarie e di occupazione dei genitori, allontanamento dagli amici. Questo insieme di stressor può continuare ad agire per settimane, mesi o addirittura anni,

mettendo fortemente alla prova le risorse e le capacità di adattamento dei bambini e delle loro famiglie.

Altri aspetti che fanno riferimento all'esposizione traumatica e che si sono dimostrati importanti nello sviluppo delle reazioni di stress sono la prossimità dell'evento e la durata e intensità della situazione minacciosa; pertanto, quanto più il bambino è fisicamente vicino al disastro, tanto più intense e pervasive saranno le sue reazioni; la natura prolungata di certi disastri, come per esempio le catastrofi naturali (alluvioni, terremoti, frane), dove i soccorsi non sono immediati, conduce a più alti livelli di stress.

Considerando, invece, la fase successiva al disastro, la variabile che maggiormente influenza le reazioni infantili è la capacità potenziale dell'ambiente di ridurre o accentuare lo stress.

A ciò si aggiunge che la presenza di un disturbo psicopatologico nel genitore o la concomitanza dell'evento con fasi particolarmente critiche del corso della vita (per esempio, la pubertà) rendono la situazione ancora più problematica da gestire.

Il supporto sociale è stato concettualizzato e misurato in diversi modi, ma il più comune riportato dai bambini è quello proveniente da persone significative per le loro relazioni: i genitori, gli amici, gli insegnanti; il supporto sociale che i bambini percepiscono provenire da figure significative va a mitigare l'impatto del disastro.

Tuttavia, i genitori con difficoltà di adattamento si dimostrano meno abili a provvedere al supporto e al conforto necessario ai loro figli dopo il disastro, perché troppo ripiegati sui loro problemi e ciò colpisce le capacità di adattamento degli stessi bambini. Al contrario, se i bambini sentono che gli adulti hanno un certo controllo, ciò può prevenire l'attivazione di un ciclo di reciproca amplificazione delle sofferenze.

Tra le risorse psicologiche del bambino le più significative risultano essere: una buona abilità di comunicazione, forti credenze di autoefficacia, locus of control interno e un adeguato coping (inteso come la capacità di far fronte alle situazioni problematiche).

Nell'utilizzo delle informazioni di pericolo e di protezione, inoltre, entrano in gioco anche le differenze individuali, in relazione a tre fattori: la probabilità di elicitare pericoli, la tipologia delle situazioni sperimentate come minacciose e le personali strategie di adattamento.

Gli individui sicuri, infatti, generalmente esibiscono meno frequentemente comportamenti di minaccia, mentre quelli più fragili si espongono più frequentemente alle conseguenze post-traumatiche.

L'esperienza personale può differenziare la tipologia degli eventi percepiti come minacciosi.

Infine, i diversi soggetti possono differire, anche, nell'uso delle strategie di adattamento per far fronte al pericolo e alla situazione di crisi.

Gli *individui con pattern di attaccamento sicuro* reagiranno molto probabilmente con comportamenti flessibili, sollecitando gli altri a impegnarsi reciprocamente nell'aiuto. Gli *individui evitanti* tenderanno, invece, ad allontanarsi dalle persone che hanno bisogno di risposte affettive. Infine i *soggetti ambivalenti*, che normalmente utilizzano gli affetti per elicitare protezione ed attenzione, potranno diventare inaspettatamente coraggiosi e buttarsi persino in imprese a volte rischiose.

L'interazione con gli altri è un ulteriore elemento cruciale nello sviluppo delle abilità di coping dei bambini, che si trovano ad imparare come capire, interpretare e reagire di fronte a un fattore di stress, che si colloca al di là della loro sfera di controllo.

I bambini vittime di un disastro hanno spesso necessità di parlare della loro esperienza e contemporaneamente di avere accesso ad adulti che li supportino, sia a livello emotivo, sia a livello comportamentale.

Anche per i bambini, come per gli adulti, le posizioni di chi si trova coinvolto in un disastro o in una situazione traumatica possono essere di quattro tipi: vittima, spettatore, persecutore e soccorritore.

Il bambino è *vittima* nella misura in cui perde qualcosa di proprio nella catastrofe ed è colpito in qualcosa che sentiva appartenergli. Può perdere parte del corpo o delle sue abilità fisiche, può

vedersi sottratti gli oggetti, gli spazi, le relazioni significative, ma anche le speranze, i progetti, la fiducia in se stesso.

La posizione di *spettatore* è altrettanto traumatica; assistere impotenti alla violenza agita contro i propri cari è una delle peggiori esperienze umane. In questa situazione il soggetto non è colpito apparentemente in modo diretto, mentre è distrutta la sua fiducia nel poter far qualcosa per difendere sé e i propri cari. Nella passività o nell'immobilità imposta dal ruolo di spettatore viene provocata e resa impotente la competenza pro-sociale, che, generalmente, spinge l'individuo ad intervenire.

Non va sottovalutato che anche i bambini, all'interno dei contesti di emergenza, possono essere soggetti attivi in termini di *soccorso*; si tratta di una funzione e di un ruolo che sono, spesso, misconosciuti. Gli stereotipi della "adulità" sembrano attribuire ai genitori, agli educatori e agli adulti in generale sia il compito sia le competenze necessarie per soccorrere; in realtà le esperienze operative e le osservazioni sul campo mostrano come i bambini cerchino, e a volte riescano attivamente, a svolgere un ruolo di soccorso sia per i coetanei e che addirittura per gli adulti in difficoltà.

Come accade per gli adulti, anche per i bambini farsi soccorritore può trasformarsi in un'esperienza traumatica: un'esperienza di impotenza, innanzitutto, ma anche un'esperienza di fatica, vissuta molto intensamente specialmente sul piano emotivo.

L'ultima possibilità, per un bambino come per un adulto, di essere coinvolto in una situazione traumatica è, infine, come *persecutore*.

L'esperienza dei bambini soldato è, in questo senso, paradigmatica.

Essi sono certamente vittime di un clima e di una logica di violenza, ma la molteplicità di traumi cui sono esposti contribuisce a forgiarli come persecutori, in grado di moltiplicare e acuire i loro stessi traumi.

In situazioni drammatiche, la percezione di essere "causa di male" per altri può intrecciarsi con quella di subire gli eventi in molti modi: alcuni sopravvissuti ricordano, infatti, di essere riusciti a

fuggire solo a costo della soppressione di altri compagni di fuga, o attraverso atti egoistici che sono costati la vita ad altri.

Tale posizione, unitamente all'esperienza emotiva associata non è meno traumatica di quella in cui la vittima è passiva.