



Rivista di

Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria

SEMESTRALE DELLA FEDERAZIONE PSICOLOGI PER I POPOLI

Numero 5, 2011



Direttore responsabile
Giuseppe Maiolo

Direttore
Luigi Ranzato

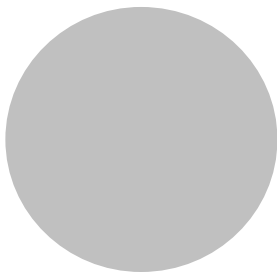
Viceirettore
Marilena Tettamanzi

Direzione scientifica
Paolo Castelletti
Mariateresa Fenoglio
Alfredo Mela

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

Redazione, grafica e impaginazione
Gabriele Lo Iacono
E-mail: gabrieleloiacono@psicologia-editoria.eu

Psicologia dell'emergenza e dell'assistenza umanitaria
è edita da Psicologi per i Popoli – Federazione
via dei Monti 36
38079 Tione di Trento (TN)
E-mail: psicologixpopoli@alice.it



**Psicologia dell’Emergenza e
dell’Assistenza Umanitaria**

Numero 5, 2011

Indice

Marilena Tettamanzi <i>Introduzione</i>	P. 4
Wanda Ielasi <i>Creatività e fatiche nelle pratiche transculturali</i>	P. 6
Marilena Tettamanzi e Fabio Sbattella <i>La tutela della salute dei minori in situazioni critiche</i>	P. 18
Fabio Sbattella <i>Persone disperse: aspetti psicologici della ricerca</i>	P. 29
Valentina Teristi <i>Analisi della dimensione emozionale negli interventi in emergenza. Uno studio esplorativo sul comando provinciale dei vigili del fuoco di Pisa</i>	P. 40
Marzia Molteni <i>Implicazioni psicosociali di un disastro naturale: uno studio sul terremoto dell’Abruzzo</i>	P. 51

Quando si parla di psicologia dell'emergenza e di assistenza umanitaria il pensiero va comunemente agli interventi realizzati a seguito di grandi catastrofi, siano esse naturali o connesse alla crudeltà e all'avidità dell'uomo. Il contesto prototipico di tale ambito applicativo della psicologia è rappresentato, appunto, dagli eventi materiali, sociali, emotivi, relazionali e psicologici conseguenti a eventi imprevisi, inattesi e in grado di destabilizzare l'equilibrio del sistema sociale in cui intervengono.

Chi si occupa con professionalità di tale branca della psicologia sa, tuttavia, che essa richiede competenze molteplici e grande flessibilità. È infatti indispensabile la capacità di intervenire in ambiti estremamente diversificati, benché accomunati dalla loro estrema complessità e dall'intensità dei vissuti emotivi emergenti, conseguenti a eventi scatenanti, comunemente definiti "traumatici".

Chi si occupa di psicologia dell'emergenza e di assistenza umanitaria sa che non ha un'unica tipologia di soggetti a cui rivolgersi, poiché potrebbe essere chiamato a lavorare con bambini, adolescenti, adulti o/e anziani; ancora, potrebbe essere richiesto l'intervento con le vittime che contemporaneamente sono soggetti della cura di altri operatori, oppure con familiari, con testimoni o ancora con gli operatori stessi. Non è possibile, inoltre, delineare in modo univoco l'oggetto di lavoro, poiché è indispensabile sapersi muovere alternando l'attenzione al singolo, al gruppo familiare, al sistema sociale più ampio o alla relazione tra popolazione colpita e sistema degli aiuti. Neppure gli strumenti a disposizione del professionista psicologo possono essere codificati e generalizzati una volta per tutte, poiché sappiamo che è possibile intervenire con differenti strategie, quali il colloquio, i gruppi di auto-aiuto, il gioco, la mediazione, strumenti terapeutici specifici e così via. Come anticipato, inoltre, lo stesso contesto è estremamente variabile: l'intervento può essere richiesto a seguito di terremoti, tsunami, alluvioni, crolli accidentali o colposi, incidenti, ma anche a seguito di eventi non facilmente standardizzabili ma che, comunque, innescano vissuti emotivi intensi, legati alla percezione di una rottura di equilibrio.

Sulla base di quanto esposto potremmo sostenere che lo psicologo che si occupa di emergenza e di assistenza umanitaria deve saper operare nelle zone di confine, con capacità di integrazione, con rispetto, tessendo legami e creando senso. Per utilizzare la terminologia di Kauffman, potremmo dire che tale psicologo deve saper operare ai margini del caos, dove è possibile innescare processi creativi, inserendosi nel punto di potenziale rottura per interagire costruttivamente con il sistema in crisi. Si tratta, dunque, di operare con soggetti differenti, in contesti diversificati e con strumenti molteplici, innescando processi creativi, contrastando la degenerazione e curando la sofferenza.

Il lavoro richiesto implica, quindi, la capacità di inserirsi e lavorare "tra": *tra culture* (siano esse culture religiose, etniche, politiche o legate allo specifico punto di osservazione che per esempio separa la cultura del sistema degli aiuti dalla cultura di chi riceve l'aiuto), *tra mente e corpo* (poiché

strettamente interconnessi in un processo di co-evoluzione: l'equilibrio e il benessere così come la sofferenza e i traumi li chiamano in campo entrambi), *tra le tragedie avvenute e quelle temute* (sia quando c'è una perdita certa ma anche quando la perdita è anticipata o temuta).

Il presente numero rappresenta la complessità della disciplina in oggetto e fornisce importanti spunti teorici e operativi.

Fondamentale è la riflessione sulla dimensione culturale proposta da Wanda Ielasi. Il rispetto e la consapevolezza culturale sono indispensabili che si operi in Italia o all'estero e richiedono un'attenta riflessione dell'operatore primariamente su di sé e poi sull'incontro con l'altro.

Altra terra di confine propria della psicologia dell'emergenza riguarda le strette relazioni tra mente e corpo; ad esse è indispensabile porre attenzione quando si lavora con i bambini, come esposto da Tettamanzi e Sbattella.

Interessante ed estremamente attuale l'articolo di Sbattella sulla psicologia del disperso. Tali riflessioni sono di estrema importanza sia nella gestione di eventi di cronaca nazionale sia anche di fronte al dramma di chi, a seguito di tragedie di massa, si trova a piangere un caro senza avere la prova tangibile della sua morte.

Il numero si completa con due importanti lavori di ricerca sugli effetti emotivi, psicologici e razionali delle emergenze. Ricco e ben documentato l'articolo di Molteni, sul dopo-terremoto in Abruzzo, che ci porta a riflettere sugli effetti a lungo termine di chi vive simili tragedie. L'articolo di Teristi, infine, ci ricorda l'importanza di lavorare anche con gli operatori dell'emergenza, con coloro che vivono emergenze ordinarie o straordinarie, accumulando nel tempo intesi vissuti emotivi che ne influenzano il modo di sentire.

Marilena Tettamanzi

Creatività e fatiche delle pratiche transculturali

Riassunto

Attraversare sguardi di senso inediti suscita un fisiologico spaesamento e rende opportuno, probabilmente necessario, uno sforzo creativo di adattamento stra-ordinario per costruire possibili alleanze terapeutiche e strategie di lavoro inedite. Ovviamente, specularre alla fatica degli operatori si erge, ben più pervasiva, quella sperimentata dalle persone migranti alle prese con i processi di integrazione, interazione e convivenza sociale e di ridefinizione delle proprie identità.

Ogni gesto umano, personale o professionale si sostanzia e rende trasparente il bagaglio valoriale maturato, attraverso le esperienze nei diversi contesti di vita, dagli attori in gioco. Tale bagaglio di natura culturale e sociale spesso resta implicito nella nostra pratica clinica abituale e può costituire, nelle realtà transculturali, un grave ostacolo alla comunicazione ma anche una significativa opportunità di crescita e arricchimento reciproci.

L'etnopsicologia clinica, grazie all'incontro fecondo con le discipline antropologiche e sociali, offre strumenti pratici e di pensiero utili per orientarsi in nuovi contesti comunicativi e per sviluppare una maggiore consapevolezza rispetto alla natura necessariamente localizzata e alle ricadute sociali, politiche e, in ultima analisi, etiche delle nostre pratiche di cura.

Parole chiave: psicologia transculturale, etnopsicologia, psicologia delle migrazioni, pratiche etiche, convivenze sociali.

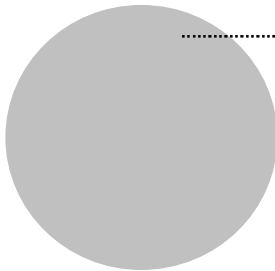
Abstract

Going through uncommon meaningful sights produces a physiological sense of displacement and requires necessarily an extra-ordinary creative effort to build up new therapeutical partnerships and new work strategies. Obviously, migrant people's fatigue mirrors health operators' one: they have to face social integration/interaction/coexistence and the consequent identity reformulation.

Through every human practice, be it personal or professional, values come out, built up through life experiences by playing actors. These cultural and social values often remain unspoken in our everyday clinical practice: they may become an important communicative obstacle in transcultural settings but also a great opportunity of growth and reciprocal enrichment.

Clinical ethnopsychology, through the enriching engagement with anthropological and social sciences, puts forth practical and theoretical tools to familiarize in new communicative contexts and to develop a wider consciousness about the necessarily localized nature of our healing practices, and of their social, political and in last analysis ethical consequences.

Key words: transcultural psychology, ethnopsychology, psychology of migrations, ethical practices, social coexistences.



La nostra esperienza di *psicologi per i popoli nel mondo* impegnati nell'ambito della transculturalità nasce dalla necessità di reinventare il mestiere psicologico per renderlo più adatto e più efficace con persone, popolazioni e comunità straniere. Abbiamo sperimentato come l'interdisciplinarietà sia necessaria per operare in modo efficace e abbiamo quindi ricercato il confronto e la collaborazione con altre professionalità.

Le riflessioni che seguono nascono da una pratica psicologica, e successivamente anche antropologica, ma le reputiamo comunque valide per tutti coloro che sono impegnati in attività di cura rivolte alle persone. Esse si annodano a un precedente contributo (Ielasi, 2007) che introduceva ai temi, alle problematiche e ai riferimenti teorici per noi fondamentali per affrontare la sfida dell'impegno transculturale.

Attraverso le pratiche di vita, i valori

Riteniamo dunque necessaria la contaminazione tra discipline della cura e antropologia. Borges (1960), con la fantasiosa classificazione degli animali dell'emporio celeste, propone una bizzarra quanto geniale provocazione: da che mondo è mondo le persone hanno bisogno di orientarsi nel proprio ambiente di vita, che è anche ambiente sociale, e per far ciò hanno sviluppato una serie di classificazioni, di categorizzazioni, che sono tutte - anche le più fondate dal punto di vista scientifico secondo i nostri paradigmi occidentali - comunque frutto di una volontà arbitraria, di una scelta umana. Quindi, quando lavoriamo con le persone, e soprattutto quando esse sono particolarmente *altre*, siamo chiamati a riconoscere l'arbitrarietà dei nostri parametri, che non sono solo simbolici o cognitivi ma soprattutto valoriali. In particolare, diventa centrale parlare di *pratiche* perché proprio attraverso le nostre pratiche di cura, qualsiasi esse siano, veicoliamo i nostri valori di base, le nostre gerarchie valoriali. Le classificazioni sono necessarie all'umanità perché facilitano l'orientamento nel mondo, ma nell'utilizzarle corriamo il rischio di applicare le nostre *griglie percettivo-valutative* (Sclavi, 2003) a realtà che non le hanno prodotte, attuando una sorta di *urgenza classificatoria*: ho bisogno di fare e quindi agisco applicando quelli che sono i miei parametri abituali. Sperimentare degli esercizi percettivi consente di entrare in contatto con delle emozioni che si rivelano fondamentali nella relazione con l'altro.

Il nostro sguardo, anche quando semplicemente percepiamo, è sempre comunque guidato dall'esperienza precedente. E come ci ricorda Marianella Sclavi (2003), cui io sono debitrice, ogni volta che noi percepiamo e valutiamo, procediamo appunto secondo delle matrici che sono percettivo-valutative. Tutto questo è appunto cultura: e l'antropologia ci insegna come non possiamo conoscere e lavorare con altri se non consideriamo anche le variabili culturali. La cultura determina le sensazioni, le emozioni, le percezioni, anche quelle che intuitivamente daremmo più scontatamente per universali. Attraverso l'esperienza impariamo a dare significato alle emozioni e ai cambiamenti fisiologici che sperimentiamo e apprendiamo quali schemi comportamentali

siano adatti per rispondere o reagire alle stimolazioni che riceviamo. Con queste parole ci riferiamo all'*involucro culturale*: non è dato infatti psichismo umano se non all'interno di un involucro culturale. Conosciamo per esempio le vicende di vita dei cosiddetti bambini-lupo, che sono sì sopravvissuti al di fuori di un contesto umano ma senza avere sviluppato delle competenze propriamente umane, potendo le competenze divenire umane, paradossalmente, solo se iscritte in una specifica cornice umana: le culture, quale dato universale dell'umanità, sono il frutto di specificità locali. Esse non sono statiche, date una volta per tutte. Quando nasce, alla fine dell'Ottocento, l'antropologia ha l'ingenuo intento enciclopedico di mappare in un atlante esaustivo tutte le popolazioni umane terrestri, descrivendo una volta per tutte la variabilità umana presente sul globo terrestre. Noi oggi sappiamo che questo compito è impossibile, proprio perché la cultura è un processo in continua costruzione, trasformazione, ridefinizione. Non solo ogni essere umano comincia ad essere improntato quando nasce, probabilmente fin dal concepimento, dai dati culturali del gruppo umano di appartenenza, ma, inserendosi in essa quale nuovo membro, la trasforma. Gli antropologi al riguardo sostengono che ciascuno di noi è portatore di una propria *endocultura*, unica e irripetibile espressione soggettiva della cultura di appartenenza.

L'aspetto che interessa maggiormente noi operatori della cura è che ogni cultura ha anche una funzione *patoplastica*, ovvero contribuisce a dare forma e nome alla sofferenza, che è una realtà panumana, universale. Per esempio, esistono in alcune regioni del mondo delle sindromi ordinate dalla cultura che altrove non si manifestano. Allo stesso modo, ciascun gruppo umano ricerca la causa delle patologie che individua; costruisce quindi delle eziologie tradizionali e dei dispositivi terapeutici utili a curarle. Ne consegue che i miei dispositivi terapeutici da psicoterapeuta occidentale non collimano con i dispositivi terapeutici propri di altre culture. La cultura è inoltre in sé uno strumento di cura: noi che lavoriamo nell'ambito della clinica delle migrazioni sappiamo quanto sia fondamentale aiutare le persone che ci interpellano a ricucire i fili della propria trama esistenziale, che è profondamente culturale. Ciascuno di noi è portatore di una pluralità di identità e appartenenze identitarie (Maalouf, 2007, p. 31) e migrando si provoca una rottura di questo equilibrio identitario; si parla infatti a questo proposito di *trauma migratorio* (Mazzetti, 2008). Esso non ha la stessa pregnanza per tutte le persone migranti: dipende sia dalla qualità esistenziale della persona che migra sia dalle caratteristiche del contesto che accoglie – vedi, per esempio, le politiche migratorie. Chi manifesta una sofferenza ha bisogno di recuperare una sorta di filo rosso che lo riconnetta alle appartenenze culturali premigratorie; questa è la funzione terapeutica della cultura: far sì che permanga una continuità di senso esistenziale. In clinica transculturale si parla di *bagaglio invisibile*: quando accogliamo delle persone, nel nostro studio non sono presenti solo loro, ma accanto a loro, come accanto a noi, c'è questo bagaglio invisibile, costituito da tutte le acquisizioni esperienziali e culturali realizzate fino a quel momento. La sfida dal punto di vista clinico è che quel bagaglio invisibile diventi parzialmente visibile e condivisibile tra utente e operatore della cura.

Come pesci nell'acqua: il paradigma dell'incorporazione culturale

L'opera *Das goldene Fisch* di Klee (1879-1940) evoca la definizione di cultura espressa dall'antropologo Ralph Linton nel 1937 (Coppo, 2003), secondo cui le acquisizioni culturali sono implicite, inconsapevoli: noi le agiamo senza renderci conto di farlo. La cultura è come l'acqua in cui pesce è immerso: esso vi nuota senza percepirla in quanto tale. In modo analogo, le nostre acquisizioni culturali rimangono inconsapevoli in genere fino a che interagiamo con pesci che più o meno condividono la nostra stessa acqua. Quando ci scontriamo con diversità particolarmente significative, l'acqua improvvisamente si colora. L'antropologia medica contemporanea affermerebbe che non solo la cultura è l'acqua in cui il pesce nuota ma costituisce anche il corpo delle persone: ciascuno di noi cresce, si sviluppa facendo propri i dati culturali attraverso i processi di *incorporazione* (Scheper-Hughes, 2000; Csordas, 2003). Ogni società in qualche modo disciplina i corpi, decide quali modalità siano opportune per vestirsi, acconciarsi, gesticolare, guardare, toccare gli altri. Questo è determinante anche nel contesto clinico in cui i pazienti arrivano e comunicano in quanto corpi e noi con loro.

Siamo d'accordo con Sayad (2002) quando afferma che l'immigrato è uno straordinario dispositivo che fa venire allo scoperto l'inconscio delle nostre società, l'inconscio collettivo e culturale. Come una sorta di cartina di tornasole, quando arrivano gli immigrati questa nostra acqua si colora e si colora spesso con tinte che ci risultano spesso difficili da gestire.

La parola giapponese *kiki* e quella cinese *weiji* significano "crisi". In entrambe le lingue la parola è formata da due ideogrammi: il primo rimanda al significato di "rischio, pericolo", il secondo a quello di "opportunità". Come ogni altra crisi, l'impatto con l'alterità richiede fatica ma anche la necessaria trasformazione identitaria che ciascuno di noi subisce e che si traduce anche in arricchimento per il sé. La trasformazione non è propria solo dei nostri utenti migranti ma anche nostra: anche noi, in qualità di operatori, esploriamo nuovi territori per tornare alle nostre pratiche abituali necessariamente trasformati. Nella relazione con lo straniero, abbiamo l'opportunità di guardare alle problematiche ma anche alle potenzialità dello scambio umano attraverso una lente di ingrandimento che le amplifica. Quando torniamo poi a lavorare con quelli che definiamo utenti *isoculturali*, ovvero che condividono grosso modo il nostro stesso bagaglio culturale, il nostro retroterra esistenziale e culturale, possiamo beneficiare di quelle trasformazioni operative e strumentali che abbiamo maturato grazie all'impatto con la diversità.

Concretamente il primo passo per poter lavorare in modo efficace e poter contribuire ad alleanze di lavoro che funzionino consiste nel riconoscere che ciascuno di noi, universalmente, è abitato da un *pregiudizio etnocentrico*. Spontaneamente ciascuno di noi guarda la realtà e gli altri attraverso le lenti che ha potuto costruire nella propria vita. Anche lo sguardo professionale è sempre localizzato, storico: appartiene a noi e non ad altri.

In genere quando affrontiamo le situazioni problematiche di tutti i giorni siamo piuttosto conservatori: siamo abituati a utilizzare quelle strategie che

funzionano e che sono abitualmente efficaci e ci dimentichiamo di quelle alternative che sono più rare e ci richiedono uno sforzo, la competenza di decentrarci. Attraversare la sensazione di spaesamento che accompagna lo sforzo di decentramento è funzionale alla possibilità di accostarci a modalità di vivere e di soffrire per noi inedite. In qualità di operatori della salute capiamo la persona che abbiamo di fronte, che cosa ci dice, di che cosa ha bisogno, solo a patto di decentrarci. Parallelamente, lo straniero che arriva da noi e deve in qualche modo farcela in un ambiente non necessariamente ostile ma comunque diverso a livello fisico e sociale e culturale può sperimentare, con le parole di Beneduce (2004, p. 38), uno stato di “*coscienza smisurato, feroce [...] dell'essere in un dato luogo e in un dato tempo*”. Se accettiamo di vivere l'incertezza legata a questo spaesamento possiamo capirci meglio. Diviene quindi necessario uscire fuori dagli schemi, agire quello che in clinica transculturale chiamiamo *decentramento culturale*. Sperimentiamo in alcuni contesti problematici tanto la necessità quanto la fatica di operare un movimento di decentramento quando affrontiamo il gioco dei nove punti proposto da Paul Watzlawick (1974). La matrice percettivo-valutativa (“è un quadrato”) che aiuta a risolvere il primo problema (disegnare in modo corretto, equidistante, i nove punti) diviene una gabbia operativa nel momento in cui devo risolvere un secondo problema (collegare i nove punti con quattro linee consecutive).

Nella nostra pratica clinica abbiamo sperimentato l'apporto del decentramento culturale: io non capisco cosa mi stia dicendo quella persona, di che cosa abbia bisogno, come potrei esserle d'aiuto, ma do per assodato che il suo comportamento ha una propria logica che non conosco ma che posso farmi raccontare e spiegare. Sappiamo che in Italia ci sono persone con più di 180 diverse provenienze geografiche; ovviamente, non possiamo pensare di essere competenti rispetto a tanta ricchezza e varietà umana. Però possiamo porci a un livello *metaculturale*, come suggerisce Devereux (1977): so che il discorso dell'altro ha una sua logica e faccio sì che possa spiegarmelo. In questo viaggio le *emozioni* sono quel patrimonio indispensabile per orientarci. Noi psicologi lo sappiamo, lavoriamo con le emozioni, sappiamo che accettando di vivere le emozioni, soprattutto quelle più fastidiose - rabbia, frustrazione, impotenza, disgusto - riusciamo a proiettare un fascio di luce su quegli angoli bui e oscuri che non conosciamo. Poniamo attenzione al negativo, come dice Mazzetti (2003). L'esempio è lavorare con coppie che hanno ruoli maschili e femminili tradizionalmente molto specifici: il marito deputato alle relazioni con l'esterno, il mondo del lavoro, della scuola, e la moglie referente per la gestione interna alla famiglia. Dobbiamo fare un'anamnesi e rivoliamo alcune domande alla moglie, che ci risponde con un discorso lungo e articolato nella sua lingua; il marito lo traduce in poche parole. Rimaniamo spiazzati: “Tutto qui?!”; ci chiediamo. Se riusciamo a trattenerci dal controreagire a queste sfide relazionali, possiamo usare queste emozioni negative che ci abitano per andare vicino all'altro.

È necessario quindi, dal punto di vista percettivo, un diverso posizionamento dello sguardo: come nelle immagini ambigue della psicologia gestaltica (Sclavi, 2003, p. 65), percepiamo un'immagine (per esempio il palcoscenico)

da una prospettiva di sguardo (di fronte) e ne percepiamo un'altra (la piramide tronca) cambiando prospettiva (dall'alto). Non riusciamo a percepire simultaneamente le due immagini, ma compiamo una sorta di movimento interno percettivo per oscillare tra le due percezioni. In modo analogo comprendiamo il *metodo complemetarista* proposto da George Devereux: in un setting clinico transculturale dobbiamo allenarci a compiere una simile oscillazione di sguardo; da quello clinico a quello antropologico e viceversa, in modo costante. Tutti noi professionisti della cura abbiamo bisogno di beneficiare nella nostra pratica clinica anche di uno sguardo culturale ma non tutti possiamo essere antropologi o professionisti di seconda generazione, come accade al contrario in Francia, dove medici e psicologi di origine, per esempio, magrebina esercitano la loro professione muovendosi in un'oscillazione virtuosa tra i due sguardi culturali, di origine e locale, che non possono essere mai abitati nel medesimo istante. Tobie Nathan (1948) stesso, psicologo egiziano formatosi a Parigi, ha affinato un dispositivo tecnico specifico per agire psicoterapeuticamente con la popolazione migrante magrebina. Se ci sono le risorse, possiamo avvalerci però del prezioso contributo dei mediatori linguistico-culturali o degli antropologi o di altri esperti che possano aiutarci a penetrare gli aspetti socioculturali.

Spesso sperimentiamo la sensazione di fatica che si genera inseguendo le emozioni centrali nella relazione di aiuto transculturale: quelle emozioni dissonanti, fastidiose e marginali che vorremmo in qualche modo accantonare e invece dobbiamo mettere al centro della nostra attenzione clinica per riuscire a capire la portata culturale della persona con cui stiamo lavorando.

Verso un'etnopsicologia critica: oltre la dimensione culturale, la comunità

Noi parliamo di etnopsicologia innanzitutto perché da psicologi ci siamo interessati ad altre psicologie, ovvero ad altri modi di intendere la salute mentale. Ma anche per un altro motivo: perché attraverso questa esplorazione siamo tornati alla nostra psicologia capendo che anch'essa è comunque *etnica*, in quanto prodotto di un determinato contesto di scienza occidentale. Questo è proprio il contributo dell'antropologia e in particolar modo dell'antropologia medica critica contemporanea. Rispetto al riconosciuto modello medico biopsicosociale della salute che evoca un armonioso equilibrio tra aspetti biologici, psichici e sociali, l'antropologia contemporanea invita ad aggiungere un'ulteriore dimensione, quella *culturale*, di cui abbiamo trattato fino ad ora. Rispetto ad essa, il dibattito contemporaneo in ambito etnopsichiatrico tra antropologi e clinici è animato da una polemica che iscrive in una cornice critica la valenza culturale dell'esistenza umana. Gli antropologi mettono di fronte al rischio di attribuire eccessiva importanza alla cultura. Fino ad ora abbiamo detto quanto sia utile se non necessario, per lavorare in ambito transculturale, sapere riconoscere l'apporto culturale; il gradino successivo è quello di riconoscere che non esiste solo la dimensione culturale. Se diamo spazio solo alla cultura, rischiamo di occultare altri significati, altre determinanti della

salute per le persone che incontriamo. Per i migranti, come peraltro per ognuno di noi, le determinanti sono anche sociali, economiche e quindi politiche ed etiche. Quindi, se la persona che accogliamo sta male, sicuramente si potrà rintracciare un significato psicologico in senso stretto se si rivolge a me, però dovrò sempre come operatrice della salute sbilanciarmi, ampliare il mio campo almeno di analisi e cercare di capire quali sono quelle determinanti sociali, economiche, comunitarie che delineano, che mettono dei vincoli, dei limiti ben precisi, alle mie pratiche di cura, a quello che io posso fare, e che determinano anche il livello di benessere/malessere dei cittadini in generale e dei cittadini stranieri in particolare. L'antropologia medica contemporanea ci invita a porre attenzione particolare a quella che definiamo *dimensione comunitaria*.

Etnocentrismo critico e relativismo impegnato: costruire insieme coesistenza possibili

Come operatori della salute siamo chiamati a operare secondo le nostre procedure abituali, con i "ferri del mestiere" soliti, come Salvo Inglese (2008) invita a fare: prima di tutto applichiamo i nostri strumenti soliti, poi, se vediamo che non funzionano, che non capiamo la realtà clinica, che c'è qualcosa che non va, allora dobbiamo decentrarci in modo più radicale per acquisire o costruire strumenti nuovi. Tra queste altre competenze c'è anche quella di cercare una terza via tra quello che viene definito (Todorov, 1991) *universalismo evolucionistico* e il *relativismo difensivo*. Secondo l'universalismo evolucionistico, "la specie umana è una sola e si dispiega su di un'unica linea evolutiva su cui si collocano tutte le popolazioni umane e al cui apice ci sono in senso più o meno esplicito le persone appartenenti alle culture occidentali e poi via via si pongono gli altri". Applicare questa lente di lettura implica, se va bene, indurre le minoranze a un adattamento assimilativo e, se va male, l'esclusione sociale. Significa giustificare la diversità del comportamento dell'altro con una carenza di civiltà rispetto ai canoni normativi della civiltà a cui appartengo; in quest'ottica, devo fornire all'altro i miei strumenti perché possa raggiungere il mio stesso livello. È implicita una gerarchizzazione valoriale dei diversi gruppi umani che può diventare molto pericolosa. Al polo opposto c'è il relativismo difensivo, che spesso viene criticato anche a livello di dibattito pubblico: "Bene, se tutte le culture hanno pari legittimità e pari dignità, allora cosa possiamo fare? Nulla, abbiamo le mani legate, l'unica cosa è che ciascuno rimanga al proprio posto". Allora nei casi migliori abbiamo le città multiculturali in cui c'è una coesistenza con un limitato scambio interattivo oppure, di nuovo, l'esclusione sociale. Quale potrebbe essere allora la terza via? È nostro compito individuarla. Dovremmo passare da una posizione di etnocentrismo spontaneo, di pregiudizio etnocentrico, a quello che Ernesto De Martino (2002), etnologo di casa nostra, amava definire *etnocentrismo critico*, ovvero il fatto di riconoscere che ciascuno di noi abita un punto di vista localizzato e storico che è valido, certo non dobbiamo abbandonarlo, ma sono altrettanto validi anche altri punti di vista. Dobbiamo allora cercare di costruire dei ponti comu-

nicativi, modificando anche quelle che sono le nostre pratiche abituali. Ci sono a livello di psicologia transculturale dei modelli per descrivere cosa accade all'interno della persona - ma anche potremmo dire a livello sociale - durante il processo che descrive il passaggio da una posizione etnocentrica - che abbiamo visto essere spontanea e non quindi una malattia o qualcosa di necessariamente sbagliato - a un'attitudine *etnorelativa*. Tutti noi per vivere in modo efficace abbiamo bisogno di credere che i valori che sostengono il nostro modo di vivere siano quelli giusti, quello che vanno bene. E vanno effettivamente bene per noi ma non è detto che vadano bene per gli altri. Possiamo quindi sviluppare un'attitudine che Milton Bennett (2002) definisce di *integrazione* (oggi si preferisce parlare di *interazione* sociale o di *convivenza* per sottolineare la compartecipazione di tutti gli attori in gioco), passando, attraverso una serie di stadi: prima una posizione di negazione - l'universalismo di prima, secondo cui le differenze culturali non esistono; poi una seconda posizione in cui riconosco le differenze ma difensivamente me ne tengo alla larga arroccandomi nelle mie identità culturali; quindi una terza fase in cui dico, minimizzando: "Si esistono ma non sono importanti" - una nuova faccia del noto universalismo "siamo più uguali che diversi"; quindi un quarto atteggiamento in cui si raggiunge una capacità di accettazione più realistica delle diversità umane, fino a che possono coesistere dentro di sé le diverse identità, lasciandole interloquire. E questo come è possibile? Riconoscendo che anche noi stessi siamo portatori di identità plurime: "*l'identità è fatta di molteplici appartenenze [...] è un disegno su una pelle tesa; basta che una sola appartenenza venga toccata ed è tutta la persona a vibrare*" (Maalouf, 2007, p. 31). Se noi ora dovessimo decidere quali sono le dieci caratteristiche imprescindibili del popolo italiano, dell'italianità, ci porremmo in un compito impossibile. Ciascuno di noi è portatore di tante identità e, a seconda delle situazioni, prevale l'una o l'altra. Un altro modello è quello di Perry (1970; citato in Castiglioni, 2006), che descrive l'evoluzione da una posizione etnocentrica a quello che definisce *relativismo impegnato*, che differisce dal relativismo difensivo perché, assumendolo, riconosco sì la pari dignità delle diversità culturali umane, di tutti i valori umani, ma, nonostante questo, sono in grado, proprio partendo da questo riconoscimento, di determinare qual è per me l'opzione che più mi corrisponde in un dato momento storico in una data situazione. Ciò comporta che non esiste una ricetta transculturale privilegiata per approcciarsi all'utenza straniera ma è possibile sviluppare soltanto una consapevolezza delle proprie matrici identitarie, dei propri strumenti professionali, per poi scegliere o costruire dei percorsi clinici inediti e adatti alle diverse persone con cui lavoriamo. Questo è quel che viene definito relativismo impegnato. Si tratta di un'acquisizione mai raggiunta o costruita una volta per tutte. In questo senso si parla di "fatica e creatività dell'agire transculturale"; è una fatica quotidiana, che corrisponde alla possibilità di collocarci, da un punto di vista di spazio simbolico, nei luoghi della *marginalità*. Se noi lavoriamo in questo ambito, è perché abbiamo un'attenzione per chi è marginale, le persone straniere ma anche italiane che sono in difficoltà e sentono di vivere in una condizione di esclusione sociale; ed è proprio andando noi ad abitare dei luoghi di marginalità rispetto all'uso degli strumenti profes-

sionali abituali che possiamo trovare delle chiavi nuove per costruire alleanze terapeutiche, accettando anche noi di vivere in una situazione di particolare incertezza, ai bordi dell'arena clinica in cui ci troviamo.

Domande aperte per professionisti impegnati

Ciascuno di noi in ambito clinico è certamente impegnato e lavora perseguendo i valori in cui crede. L'impressione è che in ambito transculturale la fatica sia maggiore, anche se poi viene ripagata. Quali sono gli interrogativi che rimangono particolarmente aperti, da affrontare per migliorare le nostre pratiche di cura?

Dobbiamo divenire più consapevoli che il principale ostacolo nella comprensione dell'altro è proprio "l'impressione che si comprenda" (Nathan, 2003), che ci porta a non mettere in discussione le lenti di lettura che applichiamo *tout court* a persone appartenenti ad altri orizzonti geoculturali. Così agendo, rischiamo di fare gravi danni. De Martino sessanta anni fa affermava che prima di tutto, per poter penetrare la realtà dell'altro, dobbiamo tematizzare la nostra, guardando attraverso una critica costruttiva chi siamo noi sia a livello professionale che personale. Dobbiamo riconoscere che tutti noi esseri umani siamo fondamentalmente *attaccati* (Nathan, 2003): ciascuno di noi è portatore di un bagaglio invisibile e il rischio è quello di utilizzarlo in modo inconsapevole. Dall'altra parte, la sfida consiste nel far sì che possa esistere, divenire visibile, il bagaglio di chi si rivolge a noi. I pazienti sono i primi esperti, secondo l'approccio democratico di Tobie Nathan: dobbiamo prima di tutto mettere al centro le persone con cui lavoriamo e far sì che siano loro a informarci di quali siano gli aspetti centrali per loro. Nella pratica clinica ciò significa dare spazio all'altro, ciò che è avvenuto, per esempio, con un paziente pakistano che presumibilmente soffriva di una sindrome ordinata dalla cultura, denominata *Dhat*: non capivamo come poterlo aiutare per il grave stato di apatia e depressione in cui si trovava. Utilizzammo quindi delle semplici domande, come "Se fosse a casa, a chi si rivolgerebbe? Cosa direbbe? Quale origine ravviserebbe? Cosa farebbe?". Alla fine il paziente decise di interpellare la famiglia di origine per commissionarle uno specifico rituale di riparazione presso il guaritore locale. Il paziente stette meglio ed è difficile a posteriori individuare con chiarezza quali fattori terapeutici agirono. Ciò che è certo è che abbiamo cercato di convivere, in qualità di clinici, in una situazione di *politeismo terapeutico* (Nathan, 2003), accettando di operare in alleanze terapeutiche inedite, con colleghi con cui non siamo abituati a collaborare.

Un altro esempio riguarda i pazienti che non vogliono seguire un regime di terapia farmacologica per non trasgredire il digiuno rituale del mese di *Ramadan*; in questi casi, l'alleanza con l'imam di riferimento consente di costruire una cornice terapeutica più autorevole.

La clinica transculturale restituisce spessore all'apporto del *sacro* nell'esistenza umana. Noi in genere, sempre in veste di clinici *occidentali*, dichiariamo di operare in contesti clinici piuttosto asettici da un punto di vista re-

ligioso, a meno che non siano contesti apertamente confessionali. Lavorando con la salute degli altri ci si impatta con *eziologie tradizionali*, secondo le quali la salute dipende da un armonioso equilibrio tra un mondo visibile, umano, e un mondo invisibile dove antenati, tabù infranti, spiriti, malocchio e via elencando possono avere effettivamente una valenza patologica ma anche risolutiva del malessere. Non ci viene richiesto di sposare i credo altrui ma di riconoscerne la legittimità: è una possibilità, e noi la contempliamo tra le strade percorribili per concorrere a ricostruire uno stato di benessere. Ci sono etnopsichiatri come il già citato Nathan che, abitando più orizzonti culturali, sono in grado di agire pratiche proprie di altre discipline di cura, interventi che spesso non rientrano nelle nostre opportunità terapeutiche abituali.

Dobbiamo poi interrogarci sul ruolo del *corpo* nelle nostre consultazioni, restituirgli visibilità. Noi psicologi a volte siamo disabituati ad avere a che fare col corpo. Può essere però presente sulla scena terapeutica in modo prepotente, non solo perché i nostri pazienti non parlano bene l'italiano e noi altre lingue, ma anche perché i migranti sono considerati spesso solo come corpi-lavoro, come se non fossero portatori di tutta una serie di bisogni e di stratificazioni esistenziali. Allora il corpo diventa un'arena di critica incarnata (Scheper-Hughes, 2000): la mia malattia esiste per esprimere un disagio che è comunitario, collegato alle mie condizioni di vita e alla convivenza in senso più ampio. Di nuovo vediamo come noi psicologi abbiamo bisogno di interrogarci sulle chiavi di lettura di cui disponiamo ed eventualmente cercarne delle altre, in questo caso antropologiche, quando le nostre si rivelano insufficienti.

Un altro grande quesito riguarda l'opportunità o meno di servizi per utenza stranieri dedicati: li ghettizziamo così facendo oppure no? La nostra esperienza, come associazione, è di non avvertire incompatibilità tra diverse vie. Vanno quindi benissimo attività di formazione o sensibilizzazione trasversale alle diverse professionalità e ai diversi servizi così come è bene che esistano dei servizi dedicati, perché ci sono degli strumenti particolari, delle competenze da acquisire che è bene siano a disposizione.

Un altro tasto dolentissimo riguarda la modalità con cui conciliare i *diritti umani* con i diritti delle minoranze culturali (Moller Okin, 2007). Le cronache ci parlano di eventi molto tragici e, al di là di questi, ci sono tante donne che vivono in posizione subalterna all'uomo, discriminate. Come dobbiamo porci? Noi come clinici dobbiamo lavorare e abbiamo visto come ogni pratica traduca i valori che ci animano.

Concordiamo con le riflessioni di Tamir (2007), secondo cui è vero che esistono tutti questi nodi problematici che, se visti in un'ottica atemporale e con l'urgenza di risolverli tutti qui e ora, ci sembrano assolutamente inaffrontabili; ma è anche vero che gli esseri umani sono gli animali che meglio si adattano, e bisogna avere fiducia nella nostra possibilità di attivare dei cambiamenti personali che siano di apertura verso l'alterità ma senza che le persone debbano rinunciare ai loro nuclei identitari più profondi. Questo implica evidentemente non solo sostenere, a livello psicologico e sociale, le persone straniere che vengono da noi, ma anche tollerare o meglio auspicare anche in noi stessi un analogo cambiamento - che richiede tempo. Ci sono dei principi e

dei valori che per noi sono irrinunciabili e degli altri che percepiamo come secondari, ed è solo attraverso processi creativi di negoziazione che possiamo aprire nuove vie di convivenza.

Bibliografia

- Beneduce R. (2004), *Frontiere dell'identità e della memoria. Etnopsichiatria e migrazioni in un mondo creolo*, Franco Angeli, Milano.
- Bennett M.J. (a cura di) (2002), *Principi di comunicazione Interculturale*, Franco Angeli, Milano.
- Castiglioni I. (2006), *La comunicazione interculturale: competenze e pratiche*, Carocci, Roma.
- Coppo P. (2003), *Tra psiche e culture. Elementi di etnopsichiatria*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Csordas T.J. (2003), *Incorporazione e fenomenologia culturale*, "Annuario di Antropologia", 3, 3.
- De Martino E. (2002), *La fine del mondo. Contributo all'analisi delle apocalissi culturali*, Einaudi, Torino.
- Ielasi W. (2007), *Come pesci nell'acqua. Elementi di etnopsicologia clinica*, "Rivista di psicologia dell'emergenza e dell'assistenza umanitaria", 1, 1, pp. 4-19.
- Inglese S. (2008), comunicazione orale al seminario di ricerca e formazione Etnopsichiatria e servizi di salute mentale: un incontro possibile, cooperativa Terrenuove, Milano.
- Maalouf A. (2007), *L'identità*, Bompiani, Milano.
- Mantovani G. (2005), *L'elefante invisibile*, Giunti, Firenze.
- Mazzetti M. (2003), *Il dialogo transculturale. Manuale per operatori sanitari e altre professioni di aiuto*, Carocci Faber, Roma.
- Mazzetti M. (2008), *Trauma e migrazione. Un approccio AT a rifugiati e vittime di tortura*, in *Rispondere al trauma*, "Quaderni di psicologia, analisi transazionale e scienze umane", n.49.
- Moller Okin S. (2007), *Diritti delle donne e multiculturalismo*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Nathan T. (2003), *Non siamo soli al mondo*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Perry W.G. (1970), *Forms of intellectual and ethical development in the college years*, Holt, Rinehart and Winston, New York.
- Quaranta I. (a cura di) (2006), *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Sayad A. (2002), *La doppia assenza. Delle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'emigrato*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Scheper-Hughes N. (2000), *Il sapere incorporato: pensare con il corpo attraverso un'antropologia medica critica*. in Borofsky R. (a cura di), *L'antropologia culturale oggi*, Meltemi, Roma.
- Sclavi M. (2000), *Arte di ascoltare e mondi possibili*, Bruno Mondadori, Milano.

- Tamir Y. (2007), *Schierarsi con gli oppressi*. In Moller Okin S., *Diritti delle donne e multiculturalismo*, Raffaello Cortina Editore, Milano, pp. 49-55.
- Todorov T. (1991), *Noi e gli altri. La riflessione francese sulla diversità umana*, Einaudi Paperbacks Scienze Sociali, Torino.
- Todorov T. (1997), *L'uomo spaesato. I percorsi dell'appartenenza*, Donzelli editore, Roma.
- Watzlawick P., Weakland J.H. e Fisch R. (1974), *Change. Sulla formazione e la soluzione dei problemi*, Astrolabio, Roma.

Wanda Ielasi è socia di Psicologi per i popoli nel mondo.

La tutela della salute dei minori in situazioni critiche

Riassunto

L'articolo affronta il tema della tutela dei diritti dei minori in materia di salute. Vengono esplorati i fattori che nei contesti di emergenza possono rappresentare delle minacce per la salute dei bambini e gli interventi messi in atto per tutelarla. Oltre a evidenziare i complessi bisogni che caratterizzano queste situazioni, presenteremo alcune strategie utili a promuovere la salute e il benessere psicologico dei bambini e delle loro famiglie. In particolare, discuteremo l'ipotesi che tutelare la salute dei minori, nelle situazioni critiche che seguono eventi disastrosi di origine antropica o naturale, significhi superare la dicotomia tra salute fisica e mentale, per giungere al più ampio concetto di benessere fisico-mentale.

Parole chiave: minori, salute, emergenza, benessere, tutela.

Abstract

The present article discusses the issue of children health rights defence. Threats to children health and strategies to protect them in emergency contexts are explored. In addition to highlighting the complex needs which characterize these situation, we expose some useful strategies to promote psychological and physical well-being in children and their families. Specifically, we discuss the hypothesis that protecting children health after natural or man-made disasters means overcoming the dichotomy between physical and mental well-being, getting to a more complex concept of physical-mental well-being.

Key words: children, health, emergency, well-being, guardianship.

Tutela della salute: diritto di ogni bambino

Secondo la *Convenzione internazionale sui diritti dell'infanzia* (1989) ogni bambino ha diritto di vivere in salute e deve poter accedere alle cure sanitarie in caso di necessità. L'articolo 4 di tale convenzione attribuisce quindi agli Stati firmatari il compito di garantire assistenza medica ai minori, di combattere le malattie e la malnutrizione, di incoraggiare l'allattamento al seno, di fornire informazioni igienico-sanitarie e di aiutare i genitori a prevenire le malattie.

Benché il diritto alla salute dei minori sia universalmente riconosciuto, milioni di bambini in tutto il mondo continuano a morire, spesso a causa di malattie prevedibili e curabili. L'Unicef riporta, infatti, che 7 decessi infantili su 10 sono dovuti a 5 cause: *polmonite, diarrea, morbillo, malaria, malnutrizione* (UNICEF et al., 2002; UNICEF, 2008).

Le minacce alla salute dei minori si aggravano quando essi si trovano a vivere in contesti di emergenza. La convenzione sui diritti dell'infanzia non comprende al suo interno articoli specificatamente volti alla tutela dei bambini coinvolti in catastrofi naturali. Essa, tuttavia, sottolinea che "se il bambino è

vittima della guerra, di torture o di sfruttamento deve essere aiutato a recuperare la salute” (articolo 39).

L'Unicef sottolinea, inoltre, che in situazioni di emergenza i bambini sono molto vulnerabili alle malattie e ai traumi e necessitano di cure particolari. Viene, nello specifico, indicata come buona prassi per la tutela della salute dei minori in emergenza (UNICEF et al., 2002) quella di fornire assistenza sanitaria di base attraverso massicce campagne di vaccinazione anti-morbillo e attraverso la distribuzione di micro-nutrienti. Si sottolinea, inoltre, l'importanza di incoraggiare l'allattamento al seno (UNICEF, 2005a) e l'assunzione di un ruolo attivo e diretto dei genitori nella cura dei propri figli. In seguito a eventi disastrosi, infatti, i bambini sono spaventati e perdono i propri riferimenti spaziali e affettivi; il fatto di ricevere le cure di base dai propri genitori rassicura i bambini, confermando la possibilità di guardare con fiducia ai propri adulti di riferimento.

Emergenza e salute

La salute di adulti e minori è spesso messa a rischio dal verificarsi di situazioni di emergenza conseguenti a catastrofi di origine naturale (terremoti, alluvioni, tsunami, uragani, eruzioni vulcaniche) o a disastri provocati dall'uomo, come le guerre e gli incidenti industriali.

Simili eventi disastrosi sono causa diretta di morte, separazioni e distruzioni; essi, inoltre, contribuiscono alla creazione di situazioni di emergenza prolungate caratterizzate dalle condizioni estremamente precarie che seguono l'evento stesso. Tali condizioni sono spesso caratterizzate da soluzioni abitative inadeguate e precarie, all'interno delle quali le strutture sociali sono messe a dura prova. Accampamenti, tendopoli e centri di accoglienza temporanea sono luoghi in cui famiglie e comunità intere si trovano a vivere per lunghi periodi, in condizioni di precarietà, indigenza e incertezza. Questo tempo post-disastro è per definizione emergenza ed è in questo tempo che i bambini, oltre e più degli adulti, vanno tutelati da un punto di vista della salute e del benessere psicologico.

Quando la catastrofe è passata lasciando dietro di sé morte e desolazione, nuove sfide e nuovi rischi da un punto di vista sanitario si aprono per i sopravvissuti.

L'aggregazione di ampi gruppi in condizioni abitative precarie facilita in primo luogo la diffusione del *morbillo* e delle *infezioni dell'apparato respiratorio*. Le *scarse scorte idriche* e l'*inadeguatezza dei servizi igienico-sanitari*, condizioni tipiche dei campi profughi allestiti in seguito a catastrofi, facilitano la diffusione del *colera*, della *dissenteria* e di altre *malattie diarroiche*. L'*acqua stagnante*, in particolare nei paesi del sud del mondo, diventa terreno di coltura per malattie trasmissibili come *malaria* e *dengue* (UNICEF, 2005b).

L'Organizzazione mondiale della sanità (2005) evidenzia, inoltre, che in caso di inondazioni vi è un significativo aumento del rischio di trasmissione di *febbre tifoide* ed *epatite*.

A tutto ciò, inoltre, si aggiungono le minacce alla salute che derivano dalle infezioni conseguenti al contatto con le salme, il cui spostamento, in simili contesti, richiede tempi lunghi in assenza di adeguate risorse. Contrariamente a quanto ritiene il senso comune, tuttavia, il rischio di contagio a partire dai corpi delle vittime decedute non riguarda la popolazione in generale, ma piuttosto gli operatori che si occupano dello spostamento delle *salme*. Questi ultimi sono, infatti, esposti a rischio di contrarre *tubercolosi, epatite B/C, HIV, infezioni gastrointestinali* (WHO, 2005; 2009). Anche in questo caso, tuttavia, va sottolineato che in seguito a catastrofi, gli operatori addetti a tale compito, così come ad altri, sono spesso le stesse vittime sopravvissute al disastro, che per prime intervengono a supporto di ciò che rimane della propria comunità.

Dal 50% al 90% dei decessi durante le emergenze sono causati da malattie diarroiche, infezioni respiratorie acute, morbillo e malaria (UNICEF, 2005b). Come si può vedere, si tratta delle stesse malattie, trasmissibili e aggravate dalla malnutrizione, citate dall'Unicef come principali problemi della salute e causa di morte dei bambini in tutto il mondo.

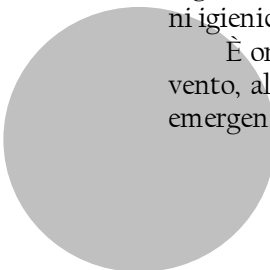
Se quanto indicato rappresenta un pericolo per tutta la collettività coinvolta, costituisce ancor più una grave e costante minaccia soprattutto per i bambini. Gli eventi critici, infatti, rendono i minori estremamente vulnerabili sia psicologicamente che fisicamente, esponendoli a elevati rischi di contrarre malattie (UNICEF et al., 2002; UNICEF, 2008).

Tutela della salute in emergenza

Quando si verifica un'emergenza, l'Organizzazione mondiale della sanità si concentra sui servizi e sui sistemi di sorveglianza centrale degli ospedali e dei laboratori, mentre l'Unicef si occupa delle esigenze delle strutture ambulatoriali e di assistenza sanitaria primaria, fornendo medicinali essenziali (kit sanitario di emergenza), vaccini (per es., contro il morbillo), attrezzature, quali, per esempio, zanzariere trattate con insetticida o ancora equipaggiamenti per il mantenimento della catena del freddo, essenziale per la conservazione e il trasporto di medicinali e vaccini. L'Unicef si occupa, inoltre, della formazione degli operatori sanitari locali (UNICEF, 2005b).

Come abbiamo visto, tuttavia, gli interventi volti a tutelare la salute non possono focalizzarsi unicamente su strategie strettamente medico-sanitarie. In emergenza, e non solo, il concetto di salute è strettamente connesso con quelli di nutrizione e di accesso all'acqua potabile. La malnutrizione, infatti, indebolisce il corpo, aumenta il rischio di contrarre le malattie e riduce la capacità di guarigione; a sua volta l'acqua è terreno di coltura di molti agenti patogeni e ne facilita la diffusione. La sua mancanza aggrava, inoltre, le condizioni igieniche e, quindi, la precarietà sanitaria.

È ormai riconosciuta la stretta connessione tra questi tre ambiti di intervento, al fine di tutelare la salute di bambini e adulti coinvolti in contesti di emergenza.



Gli interventi alimentari in emergenza da parte delle Nazioni Unite sono centrati su minori e donne in gravidanza e nel periodo di allattamento. Nello specifico, il Programma alimentare mondiale si occupa della distribuzione globale di alimenti; vengono, inoltre, forniti aiuti e integratori alimentari a donne in gravidanza o in periodo di allattamento e ai bambini sotto i cinque anni. L'Unicef si occupa invece, nello specifico, dell'alimentazione terapeutica di bambini in grave stato di deperimento, distribuendo dosi adeguate di vitamina A e sali minerali per la reidratazione e realizzando campagne e azioni specifiche volte a promuovere l'allattamento al seno (UNICEF, 2005b).

Azioni specifiche volte a garantire il soddisfacimento del fabbisogno d'acqua delle popolazioni colpite da disastri e a migliorarne le condizioni igienico-sanitarie sono realizzate dai governi locali, in collaborazione con le organizzazioni internazionali e non governative. Unicef, in particolare, provvede al trasporto di acqua attraverso autocisterne, alla potabilizzazione della stessa e alla riabilitazione dei pozzi, alla costruzione di servizi igienici e di bagni nonché alla fornitura di articoli per l'igiene (kit dell'acqua per le famiglie) e alla divulgazione di informazioni igienico-sanitarie, operando un costante monitoraggio su quanto realizzato (UNICEF, 2005b).

Un esempio concreto: Haiti e l'emergenza terremoto

Fin qui abbiamo parlato a livello generale delle minacce per la salute dei bambini in contesti di emergenza e delle buone prassi di intervento volte a ridurre il rischio di nuove infezioni e decessi. Ma cosa accade in concreto quando si verifica un'emergenza?

In questo lavoro ci siamo concentrati su una specifica emergenza, ossia su quella originatasi dallo spaventoso terremoto che il 12 gennaio 2010 ha colpito il territorio di Haiti. Esso ha avuto una enorme risonanza mediatica, per le proporzioni apocalittiche dell'evento che ha causato in una area geografica estremamente ristretta (la capitale haitiana e i territori circostanti) tante vittime quante quelle causate dallo tsunami che nel 2004 ha colpito sette Paesi del Sud-est asiatico.

Il terremoto ha, infatti, colpito oltre tre milioni di persone, per la metà bambini. Si contano oltre 220.000 morti e 300.000 feriti, 1.300.000 sfollati nell'area di Port-au-Prince e oltre 600.000 sfollati nelle aree rurali. Di questi sfollati, circa 300.000 sono minori (UNICEF, 2010).

Benché l'attenzione pubblica su questo Paese sia andata scemando con il trascorrere del tempo, l'emergenza che la popolazione colpita si è trovata ad affrontare è continuata a lungo e persiste tuttora.

Accanto ai morti e ai dispersi causati dalle onde, infatti, le collettività colpite si sono trovate a fare fronte a nuovi rischi conseguenti alla distruzione stessa. Le minacce alla salute precedentemente menzionate erano qui aggravate dall'annientamento del sistema sanitario preesistente, divenuto, quindi, incapace di fare fronte ai crescenti e sproporzionati bisogni della popolazione.

Si stima che il disastro abbia provocato un danno pari a 7,86 miliardi di dollari. Sono andate distrutte 4.300 strutture scolastiche, e 50 centri sanitari e

ospedali sono stati resi inagibili (UNICEF, 2010). Il rapporto redatto da Medici senza frontiere (2010) stima che il terremoto ha distrutto il 60% delle strutture mediche preesistenti e che il 10% del personale medico è deceduto o ha lasciato il Paese, rendendo ancora più precario un sistema sanitario che risultava già fragile prima del terremoto.

Cosa fare di fronte a un evento di tali dimensioni? Come favorire la ripresa di Paesi così duramente colpiti e come tutelare la popolazione e soprattutto garantire ai bambini il loro diritto alla salute?

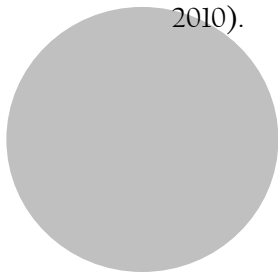
Come tutti sappiamo, fin dalle prime ore successive al disastro si è attivato un massiccio sforzo di cooperazione internazionale volto ad aiutare la popolazione colpita.

All'Unicef è stato attribuito il ruolo di responsabile per la risposta internazionale in tre settori: acqua e servizi igienico-sanitari, tutela dell'infanzia e istruzione. Essa ha svolto, inoltre, funzione di "vice" nei settori della salute e della nutrizione, operando attraverso interventi coordinati con i governi locali, le organizzazioni internazionali e le ONG.

Gli interventi, realizzati secondo le linee guida sopra presentate, hanno previsto azioni mirate e puntuali volte a ridurre i rischi di contagio e a favorire il mantenimento di buone condizioni di salute fisica. Secondo il rapporto dell'Unicef (2010), nonostante il collasso dei servizi di base, le azioni realizzate hanno evitato il diffondersi di focolai di malattie e l'aumento del tasso di malnutrizione. Si stima, infatti, che oltre un milione di persone colpite dal terremoto abbia ricevuto regolarmente acqua potabile, oltre 200.000 donne e bambini abbiano potuto beneficiare di programmi mirati di sostegno alimentare, più di 100.000 bambini siano stati raggiunti da campagne di vaccinazione di massa; sono stati, inoltre, portati aiuti alimentari e medici a istituti per l'infanzia che ospitano più di 25.000 bambini; grazie alla distribuzione di migliaia di tende e kit didattici, le attività scolastiche sono attualmente riprese in sistemazioni temporanee.

Oltre all'Unicef, centinaia sono state le associazioni e le ONG che hanno realizzato interventi sanitari attraverso un coordinamento in cluster e seguendo le linee guida internazionali. Tra quelle italiane ricordiamo, per esempio, la Marina militare (che ha portato una nave con camera operatoria), la Fondazione Rava, AVSI, AGIRE e le molte congregazioni religiose. Tra le altre organizzazioni presenti, Medici senza frontiere ha realizzato un intervento volto a sostenere il sistema sanitario locale e a promuovere la tutela della salute.

Medici senza frontiere nei primi cinque mesi dopo il disastro ha realizzato oltre 11 mila interventi chirurgici e ha prestato assistenza sanitaria a più di 173.000 pazienti; sono state inoltre distribuite 27.000 tende e 35.000 kit per l'emergenza. Attualmente Medici senza frontiere gestisce 19 strutture sanitarie e ha messo a disposizione più di 1.000 posti letto (Medici senza frontiere, 2010).



Non solo salute fisica

Abbiamo qui riportato dati e cifre che evidenziano l'impatto potenziale sulla salute dei minori delle condizioni che seguono gli eventi catastrofici, così come abbiamo messo in evidenza le buone pratiche indicate a livello internazionale per la prevenzione di epidemie e malnutrizione.

Gli interventi presentati, di grande valore ed efficacia, si concentrano tuttavia su aspetti prettamente sanitari e sembrano partire dal presupposto che la salute fisica, strettamente connessa alle condizioni alimentari e a fattori igienici, sia un aspetto in parte indipendente dai comportamenti, dalle condizioni mentali e dalle risorse relazionali di bambini e adulti. Le esperienze sul campo mostrano invece come le condizioni emergenziali siano in grado di amplificare il ruolo che sempre hanno le dimensioni psicologiche e sociali nei processi di cura. La motivazione alla cura, la disponibilità a porsi nella posizione di paziente, la perseveranza nei comportamenti opportuni a tutelare la salute propria e altrui sono fortemente correlati alla percezione di sé e del mondo che le persone hanno. Nei casi in cui il mondo appaia senza speranza e senza aiuto (*hopelessness-helplessness*), possono venire a mancare la volontà e la fiducia nelle procedure di tutela della salute.

Unicef sottolinea, per esempio, quanto sia importante mantenere attivi i genitori nella presa in carico della cura dei propri figli, al fine di garantirne una più facile ripresa. Questa raccomandazione appare opportuna perché gli adulti anch'essi gravemente colpiti dalla tragedia, per mantenere un positivo ruolo genitoriale, devono poter credere nuovamente nelle proprie potenzialità. Vincere il senso di nichilismo conseguente al disastro e il senso di dipendenza (in parte rinforzato dal sistema di aiuti che giunge dall'esterno) è il primo passo per mantenere gli adulti attenti ai bisogni dei più piccoli, compresi i vitali bisogni di cure sanitarie e igieniche.

Quando le agenzie governative e non governative che si occupano di interventi in contesti di emergenza elencano i progetti finanziati e realizzati, sembra profilarsi una netta distinzione tra le azioni volte a ripristinare le condizioni di vita e il sistema sanitario e gli interventi psicosociali, i quali, in genere, assumono un ruolo preminente laddove il soddisfacimento dei bisogni basilari (acqua, cibo e farmaci) appare meno compromesso e l'intervento a tutela della salute fisica appare meno urgente. Questa distinzione è, in parte, conseguenza del fatto che gli interventi di tipo psicosociale sono tendenzialmente volti al raggiungimento di due specifici obiettivi, apparentemente lontani dal concetto di salute, ossia il ripristino del sistema scolastico e la tutela dei minori da eventuali abusi e maltrattamenti, favorendone il ricongiungimento familiare o, se soli, garantendone la tutela.

La posizione che intendiamo sostenere è che gli interventi psicosociali possono svolgere un ruolo cruciale nella tutela della salute dei minori poiché la dimensione fisica, quella mentale e quella relazionale sono strettamente connesse tra loro e con continue influenze reciproche concorrono insieme a costruire la salute (figura 1).

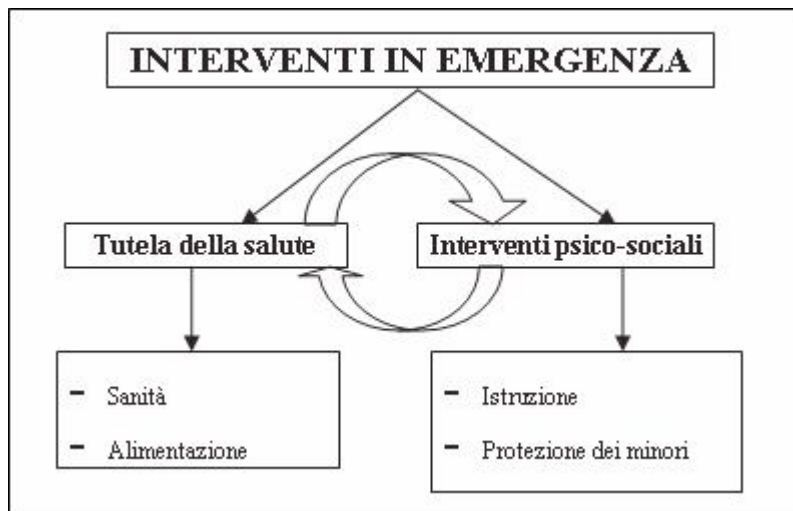
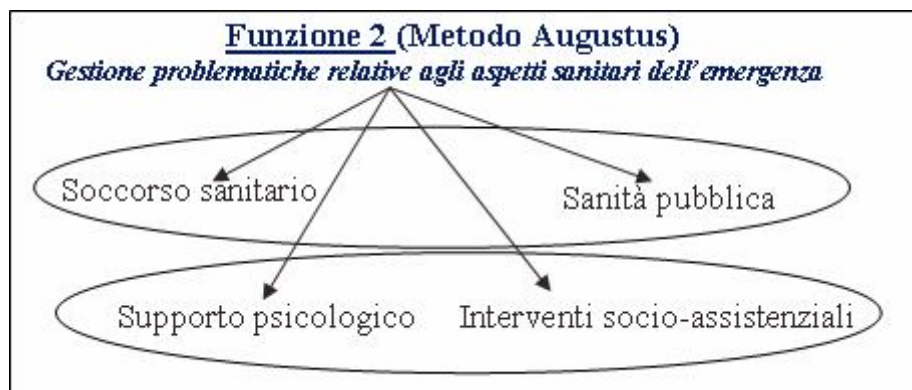


Figura 1. Interventi in emergenza.

La stretta relazione esistente tra gli interventi prettamente sanitari e i progetti psicosociali è del resto confermata da diversi documenti ufficiali, come per esempio la Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 13 giugno 2006, volta a indicare i criteri di massima per gli interventi psicosociali da attuare in caso di catastrofe in Italia. Tale direttiva, infatti, in linea con quanto già presupposto dal metodo Augustus utilizzato dalla Protezione Civile Italiana, include il supporto psicologico e gli interventi socioassistenziali entro la Funzione 2, pertinente alla gestione delle problematiche relative agli aspetti sanitari dell'emergenza, insieme al soccorso sanitario e alla sanità pubblica (figura 2).

Come si può evincere dalla figura 2, tuttavia, benché gli interventi sanitari e psicosociali vengano riconosciuti come facenti capo alla medesima funzione, essi sono comunque concepiti come distinti, poiché si ipotizza siano volti al raggiungimento di obiettivi e target differenti con problematiche distinte.

Figura 2. Funzione 2 — metodo Augustus.



A conferma dell'importanza di un sostegno psicologico integrato nel sistema dei soccorsi attivi in caso di emergenza, il Consiglio dell'Unione Europea ha adottato il 3 giugno 2010 le *Conclusioni sul sostegno psicosociale in caso di emergenze e catastrofi*.

Che la tutela della salute possa passare anche attraverso azioni mirate a promuovere il benessere mentale può essere sostenuto anche ripensando alle strette connessioni esistenti tra sistema immunitario ed esperienze traumatiche. Oltre agli approcci psicosociali, che riflettono sulle relazioni tra tutela della salute e comportamenti collettivi, le recenti ricerche di psicologia dell'emergenza hanno esplorato i territori della psicotraumatologia, evidenziando nuove profonde connessioni tra mente e corpo. L'unitarietà tra mente e corpo è del resto oggi ampiamente riconosciuta, così come sono documentate le reciproche influenze tra salute/malessere fisico e salute/malessere mentale, superando antiche dicotomie (Van der Kolk et al., 2004).

Numerosi autori (Van der Kolk et al., 2004; Giannantonio, 2003; Giannantonio e Lenzi, 2009) hanno, per esempio, messo in evidenza che il vivere esperienze traumatiche da un punto di vista psicologico comporta importanti conseguenze anche dal punto di vista della salute fisica. Gli effetti del trauma sulla salute possono, in particolare, essere distinti in effetti diretti e indiretti. Tra gli effetti diretti possiamo fare rientrare, per esempio, le modificazioni psicofisiologiche (risposte estreme del sistema nervoso autonomo a stimoli collegati al trauma, così come in seguito a stimoli intensi ma neutrali), neuroormonali (variazioni nei livelli di noradrenalina e in altre catecolammine), riduzione dei livelli di serotonina, ossitocina e oppiacei endogeni, parallelo a un aumento dell'acetilcolina (Sunderland, 2005), nonché effetti neuroanatomici (per es., diminuzione del volume dell'ippocampo - Bremner, Narayan, 1998 -, attivazione dell'amigdala e delle strutture connesse durante i flashback, e marcata lateralizzazione dell'emisfero sinistro) e, infine, una riduzione della risposta immunitaria (Van der Kolk et al., 2004).

Non vanno inoltre trascurati altri importanti effetti dell'esperienza traumatica sulla salute, che noi qui abbiamo indicato come effetti indiretti, essendo conseguenze di comportamenti anomali che espongono a rischi di infezione. Le persone traumatizzate o che soffrono da un punto di vista psicologico cercano in tutti i modi di riprendere il controllo sulla propria vita e tentano di mettere a tacere il proprio dolore. Una possibile strategia per cercare di vincere la sofferenza emotiva è il ricorso più o meno conscio a pratiche autodistruttive o autolesive, pericolose poiché espongono a nuovi rischi per la salute. Tra le strategie di controllo emotivo rientrano sovente anche le pratiche sessuali insolite, con conseguente rischio di contagio, nonché l'abuso di alcool e stupefacenti, i cui effetti sulla salute sono ben noti. La sofferenza psicologica, inoltre, porta spesso con sé abulia, depressione e trascuratezza nei confronti di sé e dei propri cari - minori compresi - aumentando la probabilità di comportamenti rischiosi per la salute (Castelli e Sbattella, 2003; Sbattella, 2009; Pietrantonio e Prati, 2009). Questi esempi mettono chiaramente in evidenza che interventi puntuali di prevenzione sono di estrema importanza ma rischiano di fallire se nel contempo non si cerca di eliminare la sofferenza che sta all'origine di comportamenti nocivi alla salute propria e altrui.

Sembra dunque sensato oggi parlare di interventi possibili per la tutela della *salute fisico-mentale in condizioni di emergenza*. A partire da un concetto così ampio, e sulla base dei dati empirici fin qui riportati, risulta evidente la necessità di considerare in modo nuovo la relazione tra interventi sanitari e psicosociali in contesti di emergenza.

Supporto e prevenzione psicosociale attraverso “azioni terapeutiche di base”

Partendo dal presupposto che per superare un momento di grave emergenza è fondamentale aiutare la collettività a recuperare uno stato di benessere psicofisico, attraverso una positiva elaborazione dei vissuti emotivi e la creazione di reti sociali in cui riconoscersi e sentirsi attivi, il nostro gruppo di lavoro ha elaborato una metodologia di intervento a favore dei minori coinvolti in eventi catastrofici. Tale metodologia è stata elaborata e sperimentata inizialmente durante l'intervento realizzato a favore dei minori della costa est dello Sri Lanka, duramente colpiti dallo tsunami del 2004. Essa è stata, quindi perfezionata in seguito, approfondita da un punto di vista teorico e sperimentata in altri contesti emergenziali, fino a giungere alla messa a punto di una strategia di intervento flessibile, applicabile e adattabile a molteplici contesti e realtà che si trovano ad affrontare situazioni di emergenza. Rimandiamo ad altra sede la presentazione in dettaglio del lavoro svolto (Sbattella, Tettamanzi e Iacchetti, 2005) e dei risultati ottenuti (Sbattella, Tettamanzi e Iacchetti, 2006).

L'aspetto che ci interessa qui sottolineare è l'importanza di prestare attenzione in modo continuativo ai bisogni della collettività, adattando il proprio intervento alla trasformazione delle condizioni di vita, attribuendo ai destinatari dell'intervento un ruolo attivo, aiutandoli a ritrovare fiducia nelle risorse proprie e della propria realtà, per tornare nuovamente a progettare un futuro.

La strategia di lavoro prevede il coinvolgimento di un numero limitato di operatori specializzati espatriati che affiancano sul luogo del disastro in modo continuativo la popolazione locale, svolgendo il ruolo di formatori e supervisori. L'intervento prevede, inoltre, il coinvolgimento di 10 operatori locali ogni 200 minori, ai quali spettava il compito di interfacciarsi direttamente con i bambini (in un rapporto di uno a venti secondo un criterio di lavoro modulare) e con le rispettive famiglie residenti nei campi profughi destinatari, diventando loro fondamentali punti di riferimento.

L'intervento è inoltre guidato dal concetto di resilienza (Cyrulnik e Malaguti, 2005; Goldstein e Brooks, 2005; Vanistendael, 1996; Grotberg, 1996), il quale si concretizza nella costante valorizzazione delle risorse locali presenti eppure spesso invisibili agli occhi di queste collettività così gravemente ferite e nella focalizzazione sul benessere piuttosto che sulla patologizzazione delle reazioni alla crisi.

L'espressione “azioni terapeutiche di base” rimanda ad alcune caratteristiche proprie del modello di intervento, che si realizza attraverso la promo-

zione di attività collettive, fortemente ritualizzate e routinarie, in grado di consentire un'elaborazione positiva delle emozioni connesse alla tragedia e alle sue conseguenze. La forte valorizzazione delle risorse locali, in un'ottica di empowerment, consente di fare emergere dalla base della comunità sia i bisogni di riorganizzazione emotiva e sociale delle esperienze, sia le potenzialità presenti all'interno delle tradizioni locali. Le attività proposte presentano una stretta connessione con gli eventi vissuti dai singoli e dalla comunità, e introducono degli elementi simbolici consentendo la rievocazione del passato e l'apertura verso una speranza condivisa di un futuro realizzabile.

La metodologia di lavoro pone inoltre costantemente attenzione alla dimensione relazionale, principio cardine per il benessere di adulti e bambini e per la ripresa di una collettività che cerca di ritrovare una propria identità tra continuità e cambiamento. Benché le attività promosse siano dirette esplicitamente e primariamente ai bambini, esse sono strutturate in modo da agire in senso sistemico sulla collettività, attraverso un coinvolgimento degli adulti di riferimento.

Rimandando ad altra sede la discussione dell'efficacia dell'intervento (Sbattella, Tettamazi e Iacchetti 2006), possiamo qui sottolineare come le attività svolte e la presenza costante degli operatori consentano la creazione di reti di riferimento attraverso le quali diventa più facile, per adulti e bambini, esprimere richieste di aiuto sensate e coerenti, così come individuare i riferimenti corretti in base alle esigenze del momento.

Sulla base di quanto esposto, riteniamo che *il modello delle azioni terapeutiche di base sia una buona prassi di intervento psicosociale precoce, continuativo e strutturato in grado di promuovere il benessere fisico-mentale in situazioni di emergenza.*

Riteniamo inoltre che l'aiuto internazionale alle popolazioni in contesti di emergenza richieda l'azione integrata di progetti volti a tutelare la salute, partendo da differenti prospettive (ripristino delle condizioni igienico-sanitarie, interventi medico-sanitari, programmi alimentari, interventi psicosociali), tutte ugualmente importanti per garantire la ripresa della collettività.

Bibliografia

- Bremner J.D. e Narayan M. (1998), *The effect of stress on memory and the hippocampus throughout the life cycle: implications for childhood development and aging*, "Development and psychopathology", vol. 10, pp. 871-885.
- Castelli C. e Sbattella F. (2003), *Psicologia dei disastri*, Carocci, Roma.
- Cyrulnik B. e Malaguti E. (a cura di) (2005), *Costruire resilienza. La riorganizzazione positiva della vita e la creazione di legami significativi*, Erickson, Trento.
- Dipartimento della Protezione Civile (2006), *Relazione sullo stato di attuazione del Programma generale degli interventi*, Struttura temporanea di missione in Sri Lanka, Funzione monitoraggio, 28 Febbraio, www.protezionecivile.it.
- Giannantonio M. (a cura di) (2003), *Psicotraumatologia e psicologia dell'emergenza*, Ecomind, Salerno.

- Giannantonio M. e Lenzi S. (2009), *Il disturbo di panico. Psicoterapia cognitiva, ipnosi e EMDR*, Cortina, Milano.
- Goldstein S. e Brooks R.B. (2005), *Handbook of resilience in children*, Springer science-business media, New York.
- Grotberg E.H. (1996), *The International resilience Project: Findings from the Research and the Effectiveness of Interventions*, "Psychology and education in the 21st century: proceedings of the 54th annual convention of the International council of psychology", ICPress, Edmonton.
- Medici Senza Frontiere (2010), *Haiti sei mesi dopo. La risposta di MSF all'emergenza: scelte, ostacoli, attività e finanziamenti*, www.medicisenzafrontiere.it.
- Pennebaker J.W., Kielcolt-Glaser J. e Glaser R. (1988), *Disclosure of traumas and immune function: Health implications for psychotherapy*, "Journal of consulting and clinical psychology", 56, pp. 239-245.
- Pietrantonio L. e Prati G. (2009), *Psicologia dell'emergenza*, Il Mulino, Bologna.
- Sbattella F. (2009), *Manuale di psicologia dell'emergenza*, Franco Angeli, Milano.
- Sbattella F., Tettamanzi M. e Iacchetti F. (2005), *Basic therapeutic actions: un modello di intervento psico-sociale per le vittime dello tsunami*, "Nuove tendenze della psicologia", Vol. 3, n° 3, pp. 399-429.
- Sbattella F., Tettamanzi M. e Iacchetti F. (2006), *Tsunami and Basic Therapeutic Actions: wick effects on Sri Lankan children?*, conferenza internazionale "Reviewing the past for reshaping the future", Eastern University, Sri Lanka.
- Sunderland M. (2005), *Aiutare i bambini...a superare lutti e perdite*, Erickson, Trento.
- UNICEF (2005a), *L'alimentazione dei neonati e dei bambini*, Unicef.
- UNICEF (2005b), *Terremoto e tsunami: la risposta dell'UNICEF nei primi 90 giorni*, www.unicef.it.
- UNICEF (2008), *La condizione dell'infanzia nel mondo 2009. Salute materna e neonatale*, Unicef.
- UNICEF (2010), *I bambini di Haiti: tre mesi dopo il terremoto*, www.unicef.it.
- UNICEF et al. (2002), *La salute è vita*, Unicef.
- Van der Kolk B., McFarlane A. C. e Weisaeth L. (2004), *Stress traumatico. Gli effetti sulla mente, sul corpo e sulla società delle esperienze intollerabili*, Edizioni Scientifiche Ma.Gi., Roma.
- Vanistendael S. (1996), *La Résilience ou le réalisme de l'espérance. Blessé mais pas vaincu*, Bureau International Catholique de l'Enfance, Ginevra.
- WHO (2005), *Flooding and communicable diseases fact sheet*, www.who.int/hac/techguidance/ems/flood_cds/en/
- WHO (2009), *Global Health Cluster. Framework 2009-2011*, IASC.

Marilena Tettamanzi e Fabio Sbattella, Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano.

Fabio Sbattella

Persone disperse: aspetti psicologici della ricerca

Il presente lavoro intende offrire alcuni strumenti per comprendere i comportamenti e le dinamiche emotive che caratterizzano i familiari delle persone disperse durante la fase di soccorso e ricerca. Vengono anche offerte alcune indicazioni operative utili ai team professionali per sviluppare delle azioni di sostegno psicologico specialistico e ai soccorritori per fornire supporto umanitario. Viene presentata, innanzitutto, la comprensione empatica dei vissuti legati all'assenza incerta, discutendo l'importanza, per la stabilità mentale, degli altri significativi. I comportamenti contraddittori sono descritti alla luce delle conoscenze sulle esperienze di lutto improvviso. Viene infine esaminato il ruolo della rete sociale, dei mass media e delle forze di soccorso.

Riassunto

Parole chiave: supporto psicologico, ricerca dispersi, emozioni, lutto, incertezza.

The paper aims at offering a range of tools to better understand the behavioural and emotional dynamics typically affecting missing people's relatives during the first phases of search and rescue. A few operational guidelines are further offered in order to develop targeted psychological support by teams of professionals and a supportive humanitarian approach by rescue teams. Initially the paper briefly analyses the importance of significant others for mental stability, highlighting the importance of empathic understanding of personal experiences in those instances where uncertainty with regards to the possible death of relatives or acquaintances is involved. Behaviours which appear to be inconsistent with the context of reference are then described in light of the academic knowledge developed in the field of sudden bereavement experiences. The paper is concluded by an analysis of the role of social networks, mass media and rescue teams.

Abstract

Key words: psychological support, search for missing people, emotions, bereavement, uncertainty.

Obiettivo di questo contributo è facilitare la comprensione dei vissuti che accompagnano e sorreggono le azioni dei familiari e dei soccorritori durante le operazioni di ricerca di persone disperse. Intendiamo anche offrire indicazioni utili a regolare le relazioni tra soccorritori e familiari, da un lato facilitando l'intervento psicologico specialistico ad opera di professionisti psicologi e dall'altro sviluppando nelle squadre di ricerca le competenze e le sensibilità necessarie per realizzare un rispettoso supporto umanitario alle persone coinvolte.

L'assenza incerta de "l'altro significativo"

Cosa accade dal punto di vista emotivo e cognitivo a chi fa l'esperienza di perdere e cercare una persona cara? Possiamo definire l'insieme dei vissuti che invadono le reti familiari come un'esperienza devastante di assenza incerta di un "altro significativo" (Sbattella, 2010).

Non è facile comprendere a fondo i vissuti di coloro che si trovano in questa condizione se non si riflette sull'importanza che ha, nella vita umana, la presenza (e dunque l'improvvisa assenza) degli altri e soprattutto di quelle persone che possiamo considerare "altri significativi".

La psicologia scientifica ha in molti modi dimostrato che l'esperienza esistenziale di ciascuno si fonda sulla presenza di altri significativi. G. Mead (2010), per esempio, parlava de "l'altro generalizzato" come di un elemento chiave per la costruzione del Sé.

La presenza di altri significativi costituisce un vincolo strutturale della vita psichica: è indispensabile alla mente umana. Senza il contatto fisico della madre alcuni neonati non sopravvivono; senza interlocutori anche gli adulti finiscono per parlare da soli; senza adeguate figure di accudimento i bambini vacillano emotivamente, mancando di una "base sicura" (Bowlby, 2000).

Nell'esperienza di ciascun essere umano, gli altri significativi sono sempre importantissimi. Per certi aspetti essi fungono da specchio (nel senso che attraverso sguardi e feedback aiutano la conoscenza e la consapevolezza di Sé). Per altri aspetti sono invece "riceventi", destinatari cioè delle azioni soggettive, degli investimenti affettivi ed emozionali, delle aspettative e dei desideri. A volte, nelle relazioni più strutturate, l'altro è un interlocutore così necessario da poter essere considerato una "spalla", un agente complementare, senza il quale il singolo non riesce a realizzare alcune azioni, perfino neppure a sviluppare alcuni ragionamenti.

Quanto la presenza fisica e attiva dell'altro significativo compenetri l'equilibrio psicologico e le capacità di adattamento di ogni singolo soggetto lo si può capire chiaramente nei casi in cui l'altro, improvvisamente e radicalmente cessa di essere accessibile. È nell'assenza che si evidenzia quanto il contatto con l'altro sia di vitale importanza. Il venir meno di un "altro significativo" provoca un terremoto emotivo, compromettendo spesso, nel breve o nel lungo periodo, anche le capacità di agire, pensare, ricordare. L'assenza improvvisa e incerta di una persona, dunque, deve essere innanzitutto riconosciuta come la frattura di una o più relazioni significative. Davanti a un ritorno mancato, allo smarrimento di una persona significativa attesa, la prima realtà ad essere interrogata e provocata è dunque l'insieme di relazioni, che legano il disperso a coloro che lo ritengono significativo per sé.

Una delle prime domande che emerge nella rete relazionale della persona dispersa è relativa all'intenzionalità del venir meno. L'altro è assente per sua scelta o perché è momentaneamente limitato nelle sue possibilità d'azione (ferito, prigioniero, incosciente)? In alcuni casi, le persone si allontanano volontariamente da casa o dai propri cari, nel tentativo di fuggire da una rete di relazioni in cui qualche "altro significativo" è vissuto come uno sguardo opprimente. Si tratta in questi casi di una comunicazione criptica: una fuga, un mes-

saggio di protesta, una richiesta di separazione o di aiuto. In questi casi, "l'altro significativo", dal punto di vista di chi si è sottratto alla relazione, è soprattutto uno "sguardo giudicante", presenza incombente che viene percepita come carica di aspettative critiche. È a questo sguardo che a volte, intenzionalmente, alcune persone desiderano sottrarsi, cercando di scomparire.

Nella dinamica della vergogna, per esempio, ben descritta da Anolli (2010), la persona in difficoltà teme per la propria immagine pubblica, paventando che il disvelamento di alcuni fallimenti e debolezze possa essere così inaccettabile nella relazione interpersonale da essere distruttivo. Il sottrarsi agli altri, in questi casi, è immaginato come un modo per sfuggire alla crisi insostenibile.

L'assenza dell'altro significativo, comunque, di per sé può destabilizzare la mente di chi attende, metterla in movimento, spingerla a cercare nuovi equilibri. Ciò può essere anche positivo ma più facilmente l'assenza improvvisa e incerta, lede e ferisce.

È il venire meno improvviso della presenza altrui che rappresenta una frattura. La dimensione repentina della separazione impedisce lo svolgersi di quel delicato processo che gli psicologi chiamano distacco e, come la prima parte del lutto (Sgarro, 2008), si gioca attraverso il recupero degli investimenti affettivi ed emotivi fatti sull'altro. Se una dipartita lenta è dolorosa (per esempio, a causa di una malattia grave, di una detenzione lunga e definitiva), una scomparsa improvvisa è descritta spesso come lacerante.

L'assenza che sperimentano familiari e soccorritori, all'interno di uno scenario di ricerca di una persona dispersa, è improvvisa, ma è caratterizzata anche da un ulteriore elemento: l'incertezza. L'assenza incerta ("Per quanto durerà? Da cosa è causata?") corrode (De Soir e Vermeiren, 2002).

Alla mancata presenza, si aggiunge la precarietà dell'ipotesi di un ricongiungimento. Tornerà l'altro significativo a farsi ancora "presenza"? Ogni processo psichico tende, in questi casi, a sospendersi e a oscillare. Lo scenario (ipotetico) di un ritorno induce gioia, ma anche rabbia e desiderio di scaricare sull'altro le colpe e le emozioni negative, sperimentate nell'assenza. Nella mente e nelle parole di chi vive un'assenza incerta tale scenario si alterna a quello pessimistico, di una separazione definitiva. Ad esso si associano (frequentemente ma non sempre) emozioni di tristezza e smarrimento, complicate dal senso di colpa legato alle emozioni negative sperimentate spesso solo cinque minuti prima. Anche i soccorritori, spesso inizialmente estranei alla rete di relazioni più intime, possono essere coinvolti in queste dinamiche emotive, condividendo ansia e tristezza, aggressività e sensi di colpa.

Silenzio e proiezione

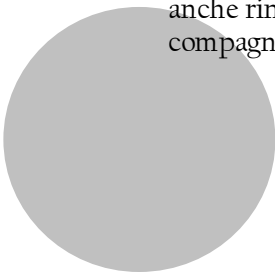
Uno dei problemi più difficili da affrontare, nel caso di assenza improvvisa e incerta, è la rottura della reciprocità comunicativa. L'assente è, ovviamente, un grande e misterioso silenzio. Come interpretare il silenzio? Che tipo di messaggio porta con sé? Basterebbe una lettera, un biglietto, un sms, una mail per rompere il silenzio e creare una presenza almeno virtuale. Il silenzio dell'

assente (improvviso e imprevisto) diviene così uno spazio proiettivo, uno schermo bianco sul quale vengono scaricate tutte le immagini che percuotono la mente di chi interroga il silenzio. Cosa sarà successo? Perché l'altro significativo tace? Forse è arrabbiato? Forse vuole lanciare un messaggio, provocare o accusare qualcuno? Forse è stato bloccato da uno dei molti orchi che i mass media propongono ogni sera nei notiziari? Le ipotesi si accavallano e ogni persona inizia a confrontarsi con ciò che la sua mente riesce a immaginare, sostanzialmente con ciò che teme (profondamente e radicalmente) di più.

I meccanismi proiettivi sono dunque, in questi casi, nello stesso tempo inevitabili, utili e potenzialmente distruttivi. Sono inevitabili perché, in assenza di segnali altrui, ogni dialogo si fa monologo e tocca ai singoli porsi domande e risposte, cercando di dare senso e di ragionare sui modi, i motivi e le direzioni che hanno disperso l'altro significativo. L'immaginario colma l'assenza silente e incerta utilizzando contenuti diversi. In parte è utilizzata l'esperienza pregressa. Facendo appello al passato, alle letture, alle narrazioni, molti ipotizzano: "Sarà accaduto come nel caso di Tizio, o in quello di Caio"; "Sarà accaduto ciò che spesso accade a quelli della sua età, della sua corporatura, della sua inesperienza...". In parte, l'immaginario si nutre dei timori e delle paure ancestrali, condensati in alcune figure paradigmatiche. Il fulmine, l'infarto, l'orco, la belva, il pirata della strada, lo straniero, l'alieno, il folle, il nemico, l'altro legame affettivo... Molti scenari si affacciano alla mente, pronti a riempire il vuoto del silenzio altrui.

L'immaginazione, peraltro, funge da anticipazione percettiva per guidare il ritrovamento delle persone disperse. Ha raccontato un soccorritore: "Battevo il bosco guardando non solo a terra. Guardavo anche tra i rami, sicuro di scorgere, prima o poi, un paio di scarpe, penzolanti a mezz'altezza. Temevo davvero che avesse deciso di togliersi la vita e in un bosco mi sembrava che appendersi a un ramo fosse l'unico modo plausibile". Nelle ricerche, le ipotesi si fanno a volte, negativamente, fantasmi, ombre concrete di paure profonde. Non rari sono i fenomeni allucinatori e gli abbagli, spiegabili, almeno in parte, come frutto delle risorse immaginative schierate nell'azione di ricerca.

Non va trascurato il fatto che, in assenza di parole, informazioni o dati inequivocabili, il vortice immaginativo può tradursi in ruminazione. È questo un fenomeno delicato e potenzialmente patogeno, che si manifesta attraverso l'inarrestabile riesame interno delle molte possibilità ed ipotesi. Nella ruminazione il soggetto spesso si perde, ripetendo senza sosta spezzoni di ragionamenti, domande insolubili, e riproponendo dubbi improduttivi. Si tratta spesso di strategie di pensiero già presenti in chi fa esperienza di un'assenza improvvisa e incerta, ma che possono anche essere sollecitati dalle condizioni di particolare vulnerabilità e confusione che si possono creare in contesti emergenziali. Lo stile di vicinanza e le modalità di dialogo dei soccorritori possono anche rinforzare o indurre questi fenomeni, soprattutto se la ricerca non è accompagnata dalla consulenza di professionisti psicologi.



La perdita del mondo certo

Esperire l'assenza improvvisa e incerta non comporta solo un'esperienza di frattura comunicativa e di immaginazione proiettiva. La scomparsa imprevista porta con sé due nuove intuizioni potenzialmente destabilizzanti. Innanzitutto, l'altro significativo si rivela come soggetto che non era completamente prevedibile (“Sebbene tornasse da anni sempre alla stessa ora per la stessa strada, stavolta l'abbiamo perduto...”) né controllabile (“Nonostante il telefonino, nonostante io l'abbia educato ad avvisare, a non dare confidenza a nessuno...”). In alcuni casi, l'altro significativo si scopre come in parte non conosciuto. La semplice assenza imprevista dell'altro è sufficiente a dichiarare l'impossibilità di prevedere, controllare, conoscere il comportamento altrui. Le domande poste dai soccorritori, poi, spesso evidenziano questi aspetti. “Come è possibile che lei non conosca il cognome dei compagni di suo figlio? Cosa faceva con loro? Cosa pensava di loro? Cosa desiderava intimamente?”. Si tratta di domande legittime e utili per orientare l'azione delle squadre di ricerca e soccorso. Sono anche domande che a volte lasciano le persone sgomento, confuse, consapevoli della superficialità delle abitudini e consce del mare di aspetti impliciti che spesso le legano e le separano dalle persone più significative. Alcune domande possono poi risuonare per anni, anche a ricerca conclusa, poiché indirettamente insinuano dubbi, sospetti e dilemmi irrisolvibili.

L'assenza improvvisa e incerta può anche essere occasione di altre scoperte sconcertanti. Il mondo, il proprio quartiere, la propria comunità, si rivelano come non prevedibili fino in fondo, non controllabili, in parte non conosciuti. “Non sapevo che i ragazzi si trovassero in quel vicolo, non sapevo neppure che esistesse, pur abitando qui da molti anni”. “Non credevo ci fossero così tante persone disposte ad aiutarci nelle ricerche”. “Credevo che certe cose accadessero solo in televisione all'estero, comunque non in casa mia...”.

Insieme alla rappresentazione dell'altro significativo e del mondo rischia poi di vacillare anche la rappresentazione di sé. Emergono dubbi sulla propria capacità di valutare i rischi, di controllare, di educare, di persuadere, di proteggere, di valutare, di capire. Può di conseguenza vacillare il sistema cognitivo, con ripercussioni lievi o gravi sulla capacità di recuperare ricordi, portare a termine ragionamenti, calcolare tempi e distanze, orientarsi nel tempo e nello spazio. Può anche vacillare la rappresentazione sociale di sé (con l'emergere di emozioni sociali quali senso di colpa e vergogna) e il sistema dei valori personali. I dubbi dunque si estendono, fino a porre in crisi la visione del mondo, la fiducia di base negli altri, in se stessi, nella propria efficacia personale e perfino nella capacità di percepire la realtà.

In sintesi, dunque, il manifestarsi di un'assenza improvvisa e incerta può aprire spazi di forte difficoltà psicologica, tanto più dolorosi quanto più è intrecciata alla necessità di rimanere lucidi, attivi, informativi e coscienti, per reggere il tempo dell'attesa e facilitare le ricerche.

L'assenza si riempie di altre presenze (parenti, soccorritori, spettatori...)

Un aspetto peculiare degli scenari di ricerca e soccorso dei dispersi è l'irrompere sulla scena, spesso inevitabile, di gruppi di persone folti e diversificati. Arrivano in gruppo i soccorritori, le unità tecniche di soccorso, i vigili del fuoco o i sommozzatori, i sanitari e i conduttori di cani da ricerca. Arrivano le forze dell'ordine e le autorità. Arrivano anche amici e parenti, vicini e lontani, veri e falsi, graditi e non graditi. Arrivano anche i curiosi, i nullafacenti affetti da voyeurismo, gli sciacalli. Arrivano anche i mass media, con le loro risorse utili alla ricerca, ma anche con la loro intrusività e il loro strutturale bisogno di spettacolarizzare il dolore.

Oltre alla complessità organizzativa e comunicativa che queste presenze comportano, ci preme qui sottolineare come ciascuna di esse porti con sé le sue proiezioni immaginarie, i suoi fantasmi, le sue esperienze e i suoi timori.

L'irrompere sulla scena di un pubblico sempre più vasto opera gradualmente una trasformazione delle dinamiche emotive e relazionali. Ciò che abbiamo descritto come uno spazio proiettivo nelle righe precedenti assume le forme di un'indagine collettiva, dove molte menti, in modo intrecciato, formulano congetture, operano proiezioni, rincorrono fantasmi e si confrontano con le proprie emozioni. Lo scenario assume così i contorni di un dramma collettivo con una dinamica propria, rispetto alla quale la cerchia più ristretta dei familiari rischia a volte di essere travolta e marginalizzata.

Le tracce e gli indizi, che dovrebbero essere utili per comprendere l'assenza e prefigurare un percorso di ritrovamento, si gonfiano e confondono, fino ad assumere la forma di pettegolezzi mostruosi. Il rischio forte è che partano anche voci incontrollate, interpretazioni deliranti, letture fondate puramente su pregiudizi e distorsioni dei dati. Fantasmi e allucinazioni possono così dilagare fino a sfiorare il delirio collettivo. Una dinamica sociale a cui abbiamo assistito molte volte in Italia e che è stata ben descritta nella ricostruzione puntuale della scomparsa e del ritrovamento del piccolo Alfredo Rampi, a Vermicino (Gamba, 2007).

Un altro fenomeno particolarmente importante, nei contesti di ricerca delle persone disperse, è quello della deformazione temporale. Il tempo rappresenta una variabile chiave per le operazioni di ricerca. Molte azioni di recupero e salvataggio possono risultare efficaci se l'assente è ferito o bloccato in ambienti ostili ed è ritrovato entro un arco limitato di ore. Anche nell'ipotesi di allontanamento intenzionale e di rapimento, con il trascorrere del tempo aumenta lo spazio che può essere percorso per fuggire lontano. Dal punto di vista dei familiari, il tempo scorre con modalità spesso diverse rispetto ai soccorritori (Boscolo e Bertrando, 1993). Per questi ultimi, valgono i ritmi dei tempi di lavoro, dei protocolli di attivazione e dell'esperienza di soccorso.

Per i familiari, l'assenza incerta porta con sé la nascita dell'attesa senza confini. Il tempo si fa sospeso e indistinto, con uno smarrimento graduale della percezione dello scorrere delle ore, uno sconvolgimento dei ritmi veglia e sonno, un disorientamento riguardo ai giorni della settimana. Il tempo psicologico tende a farsi sospeso, perché le attività quotidiane, i ritmi, gli impegni, i progetti, sono tutti sospesi davanti alla priorità del ritorno dell'assente. Il presen-

te si fa dunque eterno, il futuro viene rinviato all'orizzonte del ritrovamento. Anche il passato si fa più pregnante. L'interrogazione sulla sequenza degli eventi che hanno preceduto la scomparsa focalizza buona parte delle energie sul passato recente e lontano. Vengono così progressivamente esplorati i ricordi delle ore, dei giorni, delle settimane che hanno preceduto la scomparsa, a volte scoprendo vuoti di memoria e altre volte fissando particolari dolorosi.

Come ultimo aspetto utile alla comprensione dei vissuti emotivi dei familiari, vogliamo portare l'attenzione sulla complessità dell'impatto che un'assenza incerta può avere sulla rete relazionale. Ogni sistema familiare, infatti, è costituito da alcune persone e dall'insieme delle relazioni che le tengono unite. L'assenza di un membro della famiglia crea uno squarcio nella rete relazionale, che si evidenzia a molti livelli. Innanzitutto, molte sono le persone che soffrono per la frattura relazionale. In secondo luogo, le relazioni tra i familiari rimasti devono ridefinirsi, per supplire ai ruoli che erano svolti da chi è assente. Ciò significa che le ripercussioni di un'improvvisa assenza sono molte e si riverberano su più livelli. Tutti i membri di un sistema familiare, anche quelli più in ombra o apparentemente meno sofferenti nell'immediato, dovranno fare i conti con i cambiamenti negli equilibri familiari che un'improvvisa assenza incerta comporta.

La ricerca finita

Uno dei momenti più delicati delle operazioni di ricerca delle persone disperse è la conclusione delle attività. Ciò può accadere per tre motivi, che brevemente discuteremo: il ritrovamento della persona, il ritrovamento della salma, la dichiarazione di scomparsa. Nel primo caso l'assente passa da disperso a ritrovato, nel secondo da disperso a perduto per sempre, nel terzo da disperso a scomparso.

La prima situazione rappresenta l'esito positivo della vicenda. Il disperso ritorna, ferito o liberato, soccorso o persuaso a farsi vivo. Per i soccorritori e per il pubblico questo è per molti aspetti l'atto finale della vicenda. Non così è per la mente di chi è stato emotivamente coinvolto dagli eventi. Per loro, è necessario ancora chiarire e condividere i motivi della scomparsa, sia essa dovuta a cause intenzionali o accidentali. Ci sono da valutare gli errori e i ragionamenti fatti, nonché condividere le esperienze e le emozioni vissute separatamente. La rilettura approfondita degli eventi può portare utili apprendimenti e cambiamenti relazionali, ma richiede spesso coraggio e lucidità. Per alcuni aspetti, dunque, questo può essere anche un momento di miglioramento delle relazioni familiari, se ben facilitato. Se non seguito adeguatamente, può invece trasformarsi in un momento di riemersione delle angosce irrisolte, sollevate dalla fase di ricerca. Informazioni scoperte, valutazioni erranee, nuove consapevolezza possano aumentare la conflittualità interna, l'attribuzione di colpe, l'ansia.

Diverso è il caso della chiusura delle ricerche a causa del ritrovamento della salma della persona perduta. L'assente diventa così perduto per sempre. È la conferma dei peggiori fantasmi di morte. Si apre un tempo di dolore intenso, complicato dai particolari della vicenda, spesso sottolineati da rilevazioni

d'interesse medico-legale. Si tratta però anche di un'occasione per cessare il tempo sospeso, l'angoscia dell'incertezza. Può avere inizio il difficile e doloroso percorso del lutto. Si tratterà, in questa fase, di porre le basi per il complesso processo di riequilibrio personale e familiare che dovrà includere l'esperienza dell'assenza come esperienza irreversibile del nucleo familiare.

La vicenda più complessa psicologicamente è invece quella rappresentata dalla terza situazione: quella della conclusione delle ricerche senza alcun ritrovamento. In questa condizione, l'assente passa dalla condizione di disperso a scomparso. È il termine della possibilità di scrivere un finale alla vicenda aperta, il termine della possibilità di dare risposte, almeno parziali, ai molti dubbi e alle immaginazioni sviluppate nella fase di ricerca. La rinuncia alla ricerca porta con sé il congelamento del tempo e delle posizioni. Quando possibile, i familiari tendono ad accettare in tempi differenziati il termine della ricerca. Concretamente, spesso e a lungo rimangono attivi e propositivi, cercando di rilanciare gli sforzi. Soprattutto rimangono vigili mentalmente, mantenendo aperto il campo cognitivo che richiede un finale sensato agli eventi. Si apre così un tempo potenzialmente senza fine, all'interno del quale può registrarsi una continua alternanza tra speranza e angoscia, fenomeni allucinatori e profondi scoramenti. Emerge, tipicamente, anche il bisogno radicale di un corpo tangibile, di una traccia definitiva, che possa rappresentare il segno di una perdita definitiva (Pezzullo, 2009).

Il ruolo dei soccorritori e degli specialisti in psicologia

Quale ruolo possono avere, in questo contesto, i soccorritori attivati per le ricerche? In buona parte a loro è chiesto di fare bene soprattutto ciò che sono preparati a fare: investire energie organizzative, tecniche, motorie e mentali per seguire le tracce dei dispersi ed esplorare i luoghi in cui potrebbe trovarsi l'assente. Già la presenza fisica di persone disposte a rendersi utili costituisce un importante sostegno per i familiari delle persone disperse. La presenza attiva costituisce una testimonianza di solidarietà che concretizza la speranza che esista ancora un mondo attivo e generoso, nonostante la sofferenza critica. Mettersi al servizio della macchina dei soccorsi significa dunque, primariamente, rispondere alle richieste dei familiari, senza pretendere che siano loro a rispondere alle logiche e alle necessità delle organizzazioni accorse in aiuto.

In secondo luogo, a tutto il sistema di soccorso è chiesto di mantenere alta la propria sensibilità umana, cercando di comprendere e rispettare la complessità delle dinamiche emotive sopra descritte. Utilizzando tutta l'intelligenza emotiva di cui si dispone, è necessario chiedersi continuamente: come sta l'altro, cosa pensa, capisce, desidera?

Contraddizioni comportamentali, eccessi emotivi, pudori e incertezze fanno tutti parte della tempesta emotiva che si abbatte sui nuclei familiari delle persone disperse.

Non tocca ai soccorritori giudicare, in quei frangenti, l'adeguatezza o l'efficacia del comportamento altrui. E tanto meno discutere i variegati modi con cui le persone interpretano nella vita il loro ruolo di genitore, figlio, coniuge,

cittadino di un mondo pieno di rischi. Una buona preparazione alla tolleranza, accompagnata da discrezione, tatto, buona educazione e sensibilità empatica possono aiutare a evitare comportamenti inopportuni che solleverebbero solo irritazione e ulteriore e inutile dolore nei familiari.

Supporto umanitario significa dunque innanzitutto rispetto della dignità e delle peculiarità dell'altro. Significa anche rinuncia all'intrusività curiosa, al pettegolezzo postumo, alla narrazione di ciò che si è appreso entrando nella privacy altrui.

Per evitare il sovraccarico emotivo e ulteriori stress, limitato deve essere anche il numero delle persone che interagiscono direttamente con i familiari: la presenza di un responsabile delle operazioni di soccorso che garantisca continuità di rapporti può essere sufficiente per raccogliere le informazioni necessarie alla ricerca. Egli dovrà limitarsi alle domande veramente utili alle ricerche, motivandole e spiegando le ipotesi che le giustificano. Come abbiamo visto, ogni domanda può aprire, in persone emotivamente provate, dei campi cognitivi complessi, che rilanciano associazioni mentali ampie e imprevedibili. Un tempo adeguato per meditare sulle risposte e recuperare le informazioni è sempre preferibile a una raffica di domande che si accavallano.

Rimanendo vicino ai familiari potrà essere utile anche contribuire all'orientamento delle persone all'interno delle operazioni di soccorso, illustrando le procedure e i tempi che le organizzazioni di soccorso sono abituate a realizzare in modo semiautomatico. L'accesso a informazioni certe (quando ci sono realmente) e la chiarezza su ciò che non si conosce costituiscono un elemento chiave per mantenere in funzione le capacità di analisi del reale nelle persone sotto stress. Ovviamente, il silenzio andrà sempre preferito alla narrazione non richiesta delle proprie precedenti esperienze di ricerca.

Altamente consigliabile è poi, in ogni contesto di ricerca di persone disperse, l'attivazione di team di psicologi specializzati. Una presenza specialistica è indispensabile ovunque siano presenti persone strutturalmente vulnerabili, quali bambini e adolescenti, ma deve essere considerata una risorsa essenziale in ogni caso. Le dinamiche emotive, cognitive e relazionali che si accavallano nei tempi convulsi della ricerca sono sempre estremamente impegnative, anche se non necessariamente traumatiche. La presenza di specialisti in psicologia potrà accompagnare e sostenere i processi di elaborazione degli eventi, facilitando sia le operazioni di soccorso che la ricomposizione degli equilibri personali e relazionali una volta superati i momenti più critici.

Al team di psicologi specializzati sono riservati alcuni compiti tecnici: proteggere i familiari dalla disorganizzazione emotiva e dalla dissonanza cognitiva; moderare il contagio emotivo comunitario; filtrare le domande di innescio; scandire il tempo; supplire eventualmente l'assente se aveva ruoli di tutela verso i minori; sostenere le transizioni.

Il rischio di disorganizzazione emotiva, in contesti di emergenza, è ben conosciuto (Sbattella, 2009). Lo stress elevato e prolungato e i fantasmi angoscianti sollevati dall'assenza mettono a dura prova le difese psichiche degli individui. Una presenza professionale attenta può avvertire i segni di un cedimento o salto di livello delle difese psichiche. Può graduare l'afflusso di ele-

menti stressanti e normalizzare i comportamenti di dolore, connotandoli come reazioni prevedibili in condizioni critiche.

Fenomeni legati a esperienze di dissonanza cognitiva (Festinger, 2001) sono spesso presenti in questi contesti. Le indagini sollevano dubbi e portano informazioni inattese, obbligando i soggetti esposti a confrontarsi profondamente con i propri assetti cognitivi e le proprie assunzioni di base. Anche per quest'aspetto può essere utile l'esperienza di chi conosce le sequenze classiche dell'evolversi della dissonanza.

Sui rischi di contagio emotivo comunitario qualcosa si è detto nelle righe precedenti: gli aggregati di persone che vanno via via riunendosi attorno alla sfida posta dalla ricerca devono essere gestiti ponendo attenzione per lo meno alle dinamiche emotive che percorrono i gruppi. Momenti di entusiasmo e scoramento si alternano velocemente e possono anche rapidamente virare verso dinamiche aggressive. Può dunque essere utile anche realizzare momenti di confronto con i soccorritori al termine delle operazioni, o veri e propri debriefing (qualora sia stato possibile partecipare anche ai momenti di briefing) (De Soir, 2002).

Rispetto all'azione di filtro sulle domande di innesco, è necessario che gli specialisti abbiano avuto modo di sviluppare preventivamente un buon affiatamento con le forze dell'ordine preposte alle indagini e/o con i coordinatori delle ricerche a cui viene affidato il compito di raccogliere informazioni utili. Le domande finalizzate a rendere efficace l'azione di soccorso, come abbiamo visto, possono innescare involontariamente sequenze emotive significative. Affinché le domande siano utili, evitando di indurre nei soggetti sotto stress confusione cognitiva e reazioni emotive che poi ostacolano le operazioni, è necessario conoscere bene le esigenze e le ipotesi degli specialisti della ricerca. È necessario anche allo stesso tempo aver compreso, almeno per sommi capi, il funzionamento adattativo del nucleo familiare. In questo senso, lo psicologo può offrire un contributo di mediazione, facilitando la comunicazione tra esigenze proprie della macchina dei soccorsi e funzionamento mentale dei soggetti coinvolti.

Infine, il ruolo degli specialisti può essere significativo nei vari momenti di svolta: quello della comunicazione di *bad news* (Tettamanzi e Sbattella, 2007), quello della ricalibratura del sistema delle relazioni nella fase di elaborazione del lutto o anche quello di rielaborazione del periodo di assenza. Si tratta in tutti i casi di delicati momenti di passaggio, all'interno dei quali le informazioni e le esperienze condivise e non condivise devono essere rielaborate. Non tutto il lavoro di assorbimento delle nuove informazioni e di rilettura degli eventi può avvenire nel contesto concitato dell'emergenza in atto o appena conclusa. Il tempo del lutto o della sedimentazione delle esperienze è sempre lungo e diverso da soggetto a soggetto e non ha senso forzare i tempi. Una presenza professionale nei momenti critici, tuttavia, rende credibile la possibilità di portare a parola le emozioni, la necessità di ripensare le azioni, l'opportunità di lasciarsi aiutare con calma, anche in un secondo tempo.

In sintesi, garantire attenzione psicologica professionale alle persone turbate da eventi drammatici (come l'assenza incerta di un altro significativo) serve a ricordare a tutti che la mente umana può e deve essere sempre protetta

e arricchita. Essa costituisce infatti una risorsa cruciale, sia per affrontare le crisi che per realizzare un benessere condiviso.

Bibliografia

- Anolli L. (2010), *La vergogna*, Il Mulino, Bologna.
- Boscolo L. e Bertrando P. (1993), *I tempi del tempo*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Bowlby J. (2000), *Attaccamento e perdita*, Bollati Boringhieri, Torino.
- De Soir E. e Vermeiren E. (Eds.) (2002), *Les debriefings psychologiques en question*, Garant, Apeldorn.
- Festinger L. (2001), *Teoria della dissonanza cognitiva*, Franco Angeli, Milano.
- Gamba M. (2007), *Vermicino. L'Italia nel pozzo*, Sperling & Kupfer, Milano.
- Mead G.H. (2010), *Mente, sé e società*, Giunti, Firenze
- Pezzullo L. (2009), *Il ruolo della psicologia in relazione al tema delle "persone scomparse"*, relazione al convegno "La città scomparsa", Belluno, 10 ottobre 2009.
- Sbattella F. (2009), *Manuale di psicologia dell'emergenza*, Franco Angeli, Milano.
- Sbattella F. (2010), *Il sostegno psicologico ai familiari delle persone disperse*, relazione al convegno di Protezione Civile, Busto Arsizio, 6 novembre 2010.
- Sgarro M. (2008), *Il lutto in psicologia clinica e psicoterapia*, Centro Scientifico Editore, Torino.
- Tettamanzi M. e Sbattella F. (2007), *La gestione della morte improvvisa e del lutto: comunicazione e supporto*. In Trabucco e Buonocore (a cura di), *Pronto soccorso triage. Accoglienza, assicurazione, cura, aspettative, vissuti psicologici, bisogni*, Edizioni Libreria Cortina, Verona.

Fabio Sbattella, Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano.

Valentina Teristi

Analisi della dimensione emozionale negli interventi in emergenza. Uno studio esplorativo sul comando provinciale dei vigili del fuoco di Pisa

Riassunto

Le emozioni costituiscono una dimensione importante nelle professioni d'aiuto ma molto spesso rimangono in secondo piano per lasciare spazio all'aspetto tecnico del mestiere. Questo lavoro deriva da una raccolta di testimonianze dei vigili del fuoco impegnati in varie situazioni e vuole fare scaturire una riflessione su quanto l'aspetto emozionale possa mutare soprattutto in base all'età, all'esperienza lavorativa e al fatto che si affronti un evento ordinario oppure straordinario. I più giovani e i più inesperti sono quelli che lasciano trapelare più intensamente gli aspetti emotivi, mentre i più anziani e veterani possiedono strumenti più efficaci per distaccarsi dall'impatto delle emozioni. Comunque si ritiene che gli eventi più ricchi emotivamente siano le maxiemergenze, che sono eventi straordinari, mentre la ricerca mette in luce altro. Gli elementi che colpiscono maggiormente sono legati a scenari inconsueti, che sono caratteristici sia di eventi ordinari che di eventi straordinari; così, anche un evento ordinario può diventare straordinario. Un elemento degno di attenzione è la vulnerabilità nei confronti dei bambini, che emerge in maniera trasversale rispetto all'età. Inoltre, la figura dello psicologo sembra importante in emergenza e viene messa in risalto da alcuni vigili del fuoco che si sono trovati ad affrontare momenti difficili.

Parole chiave: emergenza, professioni d'aiuto, vigili del fuoco, emozioni, coping.

Abstract

Emotions are a key dimension in helping professions, but they often appear less important than the technical aspects. This work begins with a collection of declarations from firefighters working in various situations and aims to stimulate reflection about how the change of emotional aspects depends mainly on age, job experience and the ordinary or extraordinary nature of the context. Inexpert and younger firefighters express emotions with more intensity whereas the expert ones have more effective tools to keep emotional impact at distance. We often think that maxi-emergencies, that are extraordinary events, are richer in emotions than the other events, but the research gives different results about this. The most striking elements are those linked to unusual scenarios, that are typical of extraordinary events as well as of ordinary ones: so, even an ordinary event may become an extraordinary event. A noteworthy fact emerging from this work is the vulnerability to children, which is present at every age. Moreover, there is a remark on the importance of psychologists in emergency areas, and some firefighters who had to cope with very difficult situations emphasize their role.

Key words: emergency, helping professions, fire-fighters, emotions, coping.

Le emozioni appartengono a una dimensione soggettiva. Ognuno di noi le esperisce in una maniera che è diversa da quella di chiunque altro, anche se la base fisiologica di attivazione del sistema emotivo rimane comune a tutti gli esseri umani. Quando ci troviamo in situazioni di emergenza proviamo delle emozioni solitamente di ansia, paura, nervosismo e quant'altro, e tali emozioni vengono immagazzinate nelle strutture cerebrali della memoria. Il nostro cervello attiva due distinti sistemi di memoria relativa alle emozioni: quello dell'amigdala e quello dell'ippocampo e del lobo temporale (Axia, 2006). Il primo è reattivo e mette in atto comportamenti difensivi programmati come l'immobilità dell'organismo, la lotta e la fuga; produce i cosiddetti ricordi caldi, accompagnati da attivazione fisiologica. Il secondo attiva il pensiero e quindi le azioni pianificate, per questo è il magazzino dei ricordi freddi, evocati senza alcun tipo di coinvolgimento fisiologico.

Il mondo delle emozioni è molto complesso: alcuni studi riferiscono che le reazioni emotive e cognitive degli operatori del soccorso risultano dinamiche anziché statiche in base allo sviluppo dell'intervento (Pietrantonio e Prati, 2009) e, ancora, numerose ricerche hanno dimostrato come il mondo emotivo e i sistemi deputati alla razionalità si compenetrino fortemente a vicenda (Sbattella, 2009).

Data l'importanza che acquisisce la gestione delle emozioni, e soprattutto la gestione dello stress, negli ambienti del soccorso, la caserma dei Vigili del Fuoco di Pisa è diventata partner di un progetto insieme al Gruppo di chirurgia d'urgenza di Pisa, il Pisa Advanced Response Team in Emergency/PISARTE. Il Gruppo di chirurgia d'urgenza per interventi di protezione civile è un'associazione di volontariato sorta nel 1985, i cui soci sono medici, infermieri, tecnici e amministrativi dell'azienda ospedaliero-universitaria pisana. L'associazione lavora in sinergia con le istituzioni preposte all'organizzazione dei soccorsi. Nell'ambito della richiesta da parte del Consiglio Europeo nel dicembre 2007 (Decisione 2008/73/EC) alla protezione civile europea di coordinarsi con gli altri moduli di protezione civile, il progetto PISARTE si pone l'obiettivo di testare la capacità di risposta rapida di due moduli: il modulo posto medico avanzato con sala operatoria (AMP-S) e il modulo di ricerca e salvataggio urbano (USAR). Il PISARTE si occupa anche di formazione su aspetti psicologici, soprattutto sullo *stress management*, e sembra sia in corso, con modalità ancora da definire e con la speranza di un successo, un processo di inserimento di figure specialistiche, quali lo psicologo, nella caserma dei vigili del fuoco di Pisa, essendo questa tra i beneficiari del progetto. La figura dello psicologo diventa significativa se inserita all'interno dell'ambiente dei soccorsi, perché viene messa nella condizione ideale per conoscere il cuore dell'organizzazione, il modus operandi dei soccorritori e ogni sorta di difficoltà che può nascere sul lavoro; ciò diventa indispensabile per poter intervenire con i soccorritori, qualora fosse opportuno, in maniera competente ed empatica. L'idea della presente indagine nasce durante il tirocinio del Master in psicologia dell'emergenza, svoltosi presso la caserma dei VVFF di Pisa, dalla volontà di approfondire la conoscenza dello spettro emotivo con il quale i pompieri affrontano il loro lavoro.

Metodologia

Il Comando Provinciale dei Vigili del Fuoco di Pisa è costituito dalla sede centrale di Pisa, da quattro distaccamenti permanenti (Pisa Aeroporto, Saline di Volterra, Cascina e Castelfranco di Sotto), da due distaccamenti stagionali (Base Nautica-Marina di Pisa e S. Piero a Grado) e da cinque distaccamenti volontari (Lari, Ponsacco, Vecchiano, Pontedera, Larderello). I setting utilizzati per la raccolta delle testimonianze sono state le varie sedi e i partecipanti hanno collaborato durante i turni di servizio; questo ha comportato che si sviluppasse il lavoro in un ambiente non sereno dal punto di vista della concentrazione necessaria per descrivere le esperienze, dal momento che gli operatori risultavano distratti da diversi elementi (per es., lo squillo del telefono). Fortunatamente, però, per tutte le squadre coinvolte nella ricerca non ci sono state partenze durante l'esecuzione del compito. Per la raccolta dati sono stati impiegati circa due mesi, agosto e settembre 2009.

Il campione è composto da 42 vigili, 41 maschi e 1 femmina, di età compresa tra i 22 e i 54 anni; relativamente allo stato civile dei soggetti, 30 sono coniugati, 3 convivono, 1 è fidanzato, 2 sono divorziati, 1 è divorziato e ha iniziato una nuova convivenza, 2 dichiarano di essere liberi; 6 di loro non hanno figli, 16 ne hanno uno, 17 ne hanno due, 1 ne ha tre; 19 hanno frequentato la scuola fino alle medie inferiori, 18 fino alle medie superiori, 1 è laureato; gli anni di servizio vanno da un minimo di 12 a un massimo di 37 (questi dati si riferiscono ai 40 vigili in servizio permanente, gli unici 2 volontari che hanno partecipato all'indagine hanno al loro attivo rispettivamente 3 e 7 anni di servizio). È stata somministrata un'intervista semistrutturata in cui si chiedeva ai partecipanti di descrivere le emozioni provate alla partenza e al rientro da un intervento, una maxiemergenza; infine è stato loro richiesto di raccontare un'esperienza che li aveva colpiti emotivamente. I partecipanti potevano scegliere di rispondere alle domande, di raccontare un'esperienza o di fare entrambe le cose. Nel racconto libero sono state rievocate emozioni relative a eventi come il terremoto a L'Aquila del 6 aprile 2009, il disastro ferroviario di Viareggio del 29 giugno 2009 dove i pompieri pisani sono stati coinvolti appena qualche minuto dopo il fatto per portare aiuto ai colleghi di Viareggio, l'incendio sulla Moby Prince del 10 aprile 1991, il terremoto in Umbria e nelle Marche del 26 settembre 1997, un caso di omicidio e poi suicidio dell'omicida, una frana, crolli di palazzine, inondazioni varie. È stato comunicato che la partecipazione era facoltativa, per evitare che i partecipanti si sentissero sotto scrutinio o rispondessero in maniera obbligata.

Si tratta quindi di uno studio qualitativo. L'analisi dei testi è stata condotta attraverso il programma per l'elaborazione qualitativa dei dati Atlas.ti. Tale elaborazione ha le sue basi nella *grounded theory* (Glaser e Strauss, 1967), metodologia che nasce nell'ambito della ricerca sociologica allo scopo di interpretare i processi sottesi a un determinato fenomeno; fa parte delle tecniche di ricerca qualitativa e i suoi assunti si basano sugli studi sociologici e sull'interazionismo simbolico. L'osservazione e l'elaborazione procedono di pari passo in un'interazione continua, dove il ricercatore scopre la teoria nel corso della ricerca e preferibilmente dovrebbe ignorare la letteratura sociologica sull'argomento per non esserne condizionato.

Risultati e discussione

L'uso dei codici

Seguendo il programma Atlas.ti, sulla base dei termini utilizzati nelle testimonianze vengono formulati i codici che rappresentano i concetti espressi dai partecipanti. Un codice è una piccola parte di testo (possono essere uno o più termini) che rimanda a un'altra breve parte di testo che esprime un determinato concetto. Lo stesso codice verrà usato per indicare tutte quelle parti di testo che esprimeranno il medesimo contenuto semantico. Dopo avere identificato i codici, questi vengono messi in collegamento tra loro, facendo emergere così alcune relazioni tra le emozioni. Il legame che viene individuato tra due codici viene definito dal ricercatore. Nei testi sono stati identificati 41 codici e sono emersi 4 tipi di relazioni:

1. reciprocità (associazioni o correlazioni)
2. causa-effetto
3. appartenenza
4. contraddizione.

Nel primo tipo di relazione, due codici sono spesso presenti contemporaneamente: quando è presente uno si associa generalmente anche l'altro; nel secondo tipo, la presenza di un codice è la causa del verificarsi di un altro codice; nel terzo tipo, un codice può appartenere a un altro codice; nel quarto, due codici possono essere presenti in uno stesso concetto ma contraddirsi. Sono emersi codici che riguardano le emozioni relative a interventi ordinari, alle maxiemergenze e agli interventi che hanno colpito di più, ma riguardano anche la preparazione professionale e il rapporto tra i colleghi.

Eventi ordinari ed eventi straordinari

Un evento ordinario è un evento che riguarda uno schema ben definito nella mente, un qualcosa che ci si aspetta di trovare, che fa parte della routine, per esempio un incidente stradale o l'incendio di una casa. Un evento straordinario si caratterizza per lo scenario inusuale dove si è chiamati a operare, magari allontanandosi da casa per giorni, con orari di lavoro intensi e continuativi (maxiemergenza in Abruzzo), oppure si caratterizza per un alto rischio per la vita (come per l'esplosione a Viareggio), oppure può essere carico emotivamente poiché si soccorrono persone care o amiche in un frequente incidente di auto e l'operatore può essere coinvolto personalmente; quindi l'evento straordinario non riguarda solo le maxiemergenze. Nelle interviste, un elemento interessante è stato il racconto libero, dove i pompieri hanno parlato dell'evento che li aveva maggiormente colpiti durante la carriera ed è risultato che l'impatto emotivo poteva verificarsi tanto in uno scenario

ordinario quanto in uno straordinario come le maxiemergenze. L'impatto emotivo è causato da una serie di elementi inaspettati, non considerati in partenza; e questo può verificarsi sia su uno scenario sismico di grande portata che su un incidente stradale, più frequente di un sisma. Dai risultati ottenuti, quindi, si potrebbero suddividere anche le emozioni in *ordinarie* e *straordinarie*, che non corrispondono rispettivamente ad eventi ordinari e straordinari. Può capitare che i pompieri si ritrovino su un *semplice* scenario ordinario ma a vivere un'esperienza emotivamente straordinaria (per es., su un incidente stradale all'uscita di una discoteca, evento comune, riconoscere il proprio figlio tra le lamiere, evento inaspettato); oppure può succedere che si ritrovino a operare su un evento straordinario e a non sperimentare un carico emotivo negativo. Comunque dalle interviste emerge una differenza di base tra le emozioni vissute in un intervento ordinario e quelle vissute in maxiemergenza.

Negli interventi ordinari

Un elemento rilevante identificato è la serenità, soprattutto sull'intervento ordinario. "Serenità" si riferisce alla tranquillità con cui ci si avvicina al lavoro; allo stato mentale conseguente a un giudizio positivo dell'operatore su quello che fa, a una condizione di calma. La serenità d'animo deriva da una buona preparazione tecnica alle spalle. Nei momenti critici, avere una buona padronanza degli strumenti di lavoro e una completa conoscenza dei protocolli da usare diventa fondamentale per operare con sicurezza e disinvoltura. La paura si oppone alla concentrazione. Può capitare che inizialmente le informazioni sull'evento portino a giudicare l'evento come *di ordinaria amministrazione* e quindi ad affrontarlo con una certa serenità, ma durante il tragitto quando le informazioni si dipanano dall'incertezza iniziale e si delinea una situazione più rischiosa di ciò che si era pensato, il morale cambia: subentrano paura, tensione, attivazione; per non cedere alla paura l'operatore si appella alla concentrazione e, di conseguenza, si distacca emotivamente. Alla partenza dalla sede un evento viene classificato in base alle informazioni iniziali provenienti dalla sala operativa ma poi, all'arrivo della squadra sul posto, l'evento può risultare diverso dall'idea che la squadra si era fatta in principio; per questo, lo stato d'animo varia dal momento della partenza al momento dell'arrivo, quando viene appurata la gravità dell'evento. In genere, quando l'intervento viene prima classificato e poi confermato come ordinario, prevale uno stato di serenità, sia alla partenza che al rientro.

Negli interventi straordinari di maxiemergenza

Diverse le reazioni emotive quando ci troviamo nelle maxiemergenze (L'Aquila 2009) poichè alla partenza si presentano attivazione fisiologica, preoccupazione, concentrazione, curiosità ma anche serenità e voglia di impegnarsi a portare soccorsi alla popolazione; al rientro si presentano

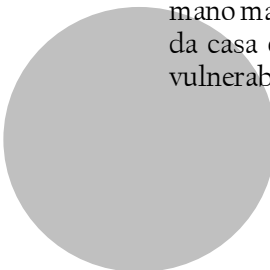
reazioni di stress e stanchezza fisica ma anche esperienze di accrescimento professionale e coinvolgimento emotivo. Si sviluppano sentimenti di impotenza, dolore profondo, tristezza, rabbia, paura, sensibilità verso bambini e ragazzi e un attaccamento profondo per i familiari o le persone care dalle quali i pompieri rimangono lontani per molto tempo. Inoltre, c'è il ricorso a strategie di coping centrate sulla persona e sul supporto sociale, inteso come supporto dei colleghi e dei familiari (coniuge, figli, genitori), sull'umorismo e sul distacco emotivo. Gli stati d'animo sereni sono a volte concomitanti con una certa preoccupazione: questo si verifica maggiormente quando ci si deve allontanare per diversi giorni poichè la partenza, se non sono i primi giorni di emergenza, viene affrontata con calma e tranquillità ma il pensiero va alla famiglia privata del proprio sostegno materiale e morale. Nei momenti difficili e lontani da casa, i pensieri si dirigono verso il coniuge o compagno/a e la fine delle missioni è caratterizzata precipuamente dalla gioia di abbracciare di nuovo i propri cari. Soprattutto i figli sono oggetto di preoccupazione. Il supporto dei colleghi scaturisce da un rapporto di fiducia con loro e dalla consapevolezza di essere ben integrati in un gruppo con il quale è possibile condividere emozioni e pensieri relativi a un intervento difficile. La ricerca del supporto è favorita dalla gravità dell'evento affrontato e dal coinvolgimento emotivo che questo ha suscitato: in Abruzzo (terremoto del 2009), dopo l'estrazione di una ragazza morta sotto le macerie e dopo il taglio di una ciocca di capelli richiesto dalla madre, la squadra si è riunita sfogandosi in un pianto.

Negli altri interventi straordinari

L'incertezza di ciò che si potrà incontrare sul luogo dell'evento e, successivamente, la consapevolezza di rischiare la vita generano paura, che deve essere contenuta richiamando il pensiero al proprio dovere che genererà pertanto concentrazione. Dal racconto dell'autista che si stava dirigendo a Viareggio nella notte del 29 giugno 2009: "Durante il tragitto, ascoltando le comunicazioni via radio, ho percepito una scossa di paura, quando sono riuscito a capire quanto era accaduto (solo vedendo la palla di fuoco in località Torre del Lago) per un attimo ho sollevato il piede dall'acceleratore della botte". Un evento pensato come ordinario in partenza (un incendio alla stazione di Viareggio) suscita emozioni *straordinarie* al rientro (un treno incendiato, in parte esploso, carico di gpl che avrebbe potuto continuare a esplodere e mettere in pericolo anche la propria vita). L'emozione della paura, in questi casi, affiora anche nei veterani del mestiere. Generata prima dal *non sapere esattamente cosa si troverà sulla scena* e poi dalla consapevolezza del rischio, essa si è nascosta dietro alla concentrazione sulle operazioni di spegnimento e salvataggio; se i vigili avessero pensato di operare su una mina che avrebbe potuto esplodere da un momento all'altro, avrebbero lasciato un pericoloso campo d'azione alla loro parte emozionale, con conseguenze disastrose per l'esito dell'intervento e per loro stessi. La paura è collegata a uno stato di tensione e di attivazione fisiologica; si associa ad altre emozioni negative come

la rabbia, l'impotenza, la tristezza. Concentrarsi in certi frangenti diventa dispendioso, i vigili del fuoco riferiscono di non essere consapevoli sul momento della propria parte emotiva perchè bombardati da una ricca serie di elementi e stimoli esterni. Quando è richiesta un'alta concentrazione, il flusso delle emozioni deve essere necessariamente bloccato; questa importante strategia di coping, il distacco emotivo, consente di attivarsi costruttivamente e di impegnarsi a dare il meglio di sè. Sostanzialmente, da quando suona la campanella per la partenza, la mente si concentra per applicare il protocollo con disinvoltura; se l'evento riguarda l'apertura della serratura di una porta, ci si può permettere una battuta e la creazione di un clima sereno. Più l'evento assume caratteristiche critiche, più l'emozione viene tenuta a bada. Il fenomeno viene riportato come ovvio dai vigili, perchè altrimenti sarebbe un grosso impedimento per il lavoro; essi affermano che *non possono permettersi* di fare diversamente e per questo si crea uno scudo protettivo che li accompagna nel tempo e li aiuta ad affrontare situazioni rischiose o dolorose, come leggiamo nella seguente testimonianza: "Ho avuto un colpo secco allo stomaco ma ho dovuto continuare ad avere la mia scorza dura per dare forza alla ragazza e alla madre...". L'esperienza del dolore viene condivisa con la squadra, sul posto o al rientro. Il dolore amplifica il senso di appartenenza: gli operatori, sfogandosi l'uno con l'altro, rafforzano la coesione all'interno della squadra; condividono un momento intenso che li unirà più solidamente l'uno all'altro. L'esperienza di Viareggio (2009) ha fatto emergere anche polemiche relative alla percezione dello stipendio: per alcuni è troppo basso, considerata l'esposizione di un vigile del fuoco al rischio per la vita, a volte anche molto alto, durante la carriera.

Tra gli eventi raccontati liberamente, sono frequenti quelli che vedono coinvolti minori. L'aiuto offerto a bambini e ragazzi, tra i più indifesi, e identificati con i propri figli, porta a percepirsi migliori e a sentirsi molto utili. La sensibilità verso i minori è molto spiccata e contribuisce ad avere una buona considerazione di sè; nella descrizione del soccorso a bambini compaiono espressioni e termini relativi a un evidente stato di felicità, quando l'intervento ha avuto successo, e a un abbattimento profondo in caso contrario. L'identificazione frequente delle vittime minorenni con i propri figli sviluppa una forte sensibilità verso di loro: come possiamo vedere dai dati, 34 partecipanti dichiarano di avere almeno un figlio. In una testimonianza viene sottolineata a penna l'età di una bambina deceduta in uno sterminio di famiglia (il padre ha ucciso la moglie e la figlia e poi si è suicidato), avente all'epoca dei fatti l'età della figlia del pompiere coinvolto. Inoltre, anche le coincidenze su un intervento rinforzano l'identificazione e fissano nella memoria scene d'impatto, come nella seguente testimonianza che racconta di una famiglia ritrovata sotto il fango di un'alluvione: "I bambini stringevano in mano matite e macchinine. Ne sono rimasto molto scioccato perchè ero partito da casa che i miei bambini stavano giocando con matite e macchinine". Tale vulnerabilità è una delle cause di alta attivazione fisiologica.



La percezione di se stessi e il rapporto tra colleghi

I pompieri dimostrano una buona autostima e soddisfazione di sé e per il lavoro, e ciò è indice di un buon operato di squadra e di una completa formazione professionale; affrontano il lavoro con serenità e poiché i turni vengono effettuati sempre con i soliti colleghi in squadra, la fiducia e la confidenza si rinforzano nel tempo. Ogni turno ha le sue caratteristiche che si sviluppano in base alla personalità dei singoli membri, per cui c'è il gruppo più scherzoso, il gruppo più serio e riservato, il gruppo più tranquillo. Sono emerse difficoltà di espressione di emozioni da parte di alcuni partecipanti ovvero non sono state trascritte emozioni nonostante la richiesta della consegna; alcuni hanno parlato della necessità di un sostegno psicologico in caserma da parte di specialisti e, in pochi casi, sono stati riferiti sentimenti di angoscia e di insoddisfazione di sé.

Il codice *immagine positiva di sé* racchiude i concetti di gratificazione, soddisfazione di sé come persona, soddisfazione lavorativa, consapevolezza di aver dato il meglio di se stessi e di aver lavorato bene. *Senso di appartenenza* si riferisce all'appartenenza alla propria squadra che è sempre la stessa negli anni, essendo i turni di lavoro organizzati secondo una modalità condivisa a livello nazionale (turni A, B, C e D). Per questo si crea affiatamento, fiducia e rispetto tra colleghi. Ci si sente come in una famiglia e vengono condivisi sia i momenti di scherzo che i momenti di dolore. La fiducia verso i colleghi permette di riferire al gruppo le emozioni forti vissute in un intervento; importante anche il confronto, che favorisce l'aumento del bagaglio professionale, così come la riflessione sulle proprie abilità, relativamente a un successo o a un fallimento dell'intervento. Il supporto dei colleghi diventa un'importante e diffusa strategia di coping, così come anche l'umorismo.

L'umorismo è fondamentale in caserma e ha due funzioni: serve a sdrammatizzare gli eventi crudi e tiene compagnia durante le ore di attesa in sede, in condizioni di serenità d'animo. Quando dilaga, l'umorismo scioglie la tensione e la concentrazione, sempre che compaia all'interno di un rapporto di fiducia e coesione con i colleghi. Anche la battuta di umorismo nero viene fatta quando si ha la sicurezza di essere nel momento giusto, nel posto giusto, con le persone giuste ovvero con i colleghi che l'accettano.

Essendo parte di una famiglia che lavora bene, gli operatori si sentono orgogliosi e sicuri di se stessi. Sentirsi parte di un gruppo crea un'identità che favorisce un'immagine positiva di sé. L'orgoglio nasce dal fatto che le persone vedono nel pompiere *colui che può salvarle* e questo sentimento può associarsi a un'attivazione fisiologica; i pompieri possono provare orgoglio di sé quando sono risolutivi in situazioni drammatiche o quando hanno compiuto il loro dovere: ciò innalza l'autostima. Codici relativi al morale basso, alla percezione di problemi fisici, all'esito negativo dell'intervento e alla percezione di uno stipendio basso contrastano con *immagine positiva di sé*, ma gli operatori dimostrano di sapere valorizzare le proprie qualità anche nei momenti di difficoltà fisica e psicologica.

Conclusioni

Come è stato espresso dai partecipanti, ogni esperienza è unica: non è mai uguale alle altre e ognuno la vive attraverso i propri sensi e con la propria storia. Possiamo definire "straordinario" un evento se questo è caratterizzato da un elevato rischio per la vita, da elementi nuovi o inaspettati oppure richiede un cambiamento delle proprie abitudini di vita per un certo periodo di tempo; una situazione che esula dallo schema classico atteso quotidianamente durante i turni di servizio. Se la situazione è ben definita dall'inizio e si sviluppa fino al rientro come una situazione di ordinaria amministrazione, lo stato d'animo è sereno, sicuro, preparato, concentrato, dedito alla discussione per migliorare professionalmente; l'aspetto emozionale è tenuto a bada dall'esperienza e dalla routine. Se la situazione non è subito chiara, si presentano tensione e attivazione; presa visione dello scenario, se l'intervento risulta ordinario, allora non prevalgono emozioni intense ma se invece siamo di fronte a un evento straordinario, le emozioni emergono o vengono nascoste con professionalità: la preparazione tecnica e gli strumenti da usare permettono di prendere distanza dall'evento.

Uno studio di Carol S. North e collaboratori (2002) sul disastro a Oklahoma City, condotto sul personale dei vigili del fuoco, ha evidenziato come siano frequenti le emozioni di rabbia per quanto accaduto, soprattutto se riguarda i bambini. Anche Sbattella, nel lavoro con i soccorritori sanitari (Sbattella e Pini, 2004), sottolinea l'intenso coinvolgimento con i bambini, soprattutto se feriti gravemente. In un articolo per il National center for PTSD, Bruce H. Young e collaboratori mettono in chiara evidenza quali siano i più frequenti rischi a livello emozionale per i soccorritori, citando il disastro al World trade center: sentimenti transitori di shock, paura, afflizione, rabbia, risentimento, colpa, vergogna, impotenza, perdita di speranza, ottundimento emozionale. La buona immagine di sé emersa tra i pompieri deriva anche dalla conoscenza e dalla sperimentazione di tecniche per fronteggiare le emozioni negative. L'umorismo, come già esposto, può essere considerato una tecnica di fronteggiamento di situazioni critiche. Moran (1990) osserva che l'umorismo serve a quell'operatore che maschera preoccupazione o paura perché appartenente a una cultura che dissuade dall'espressione delle emozioni. Il distanziamento emotivo si verifica in condizioni particolarmente emotigene e di forte impatto. I pompieri hanno riferito di attuare strategie centrate su di sé e sull'ambiente (supporto dei colleghi e dei familiari). Prati, Palestini e Pietrantonì (2009) in uno studio con 118 e vigili del fuoco hanno trovato che le strategie maggiormente utilizzate sono quelle centrate sul problema. Secondo uno studio di De Filippo (2005), tra le più frequenti strategie di fronteggiamento dello stress psicolavorativo c'è il ricorso al sostegno fra pari. Ad alcune tradizionali strategie di coping ritualizzate nel gruppo se ne stanno aggiungendo altre in cui è riconosciuta la propria vulnerabilità psicologica con conseguente richiesta di un aiuto psicologico a un professionista (Pietrantonì et al., 2008) e l'importanza della psicologia in caserma è stata riconosciuta anche da alcuni pompieri di Pisa. Alcune delle emozioni provate in interventi straordinari sono simili a quelle riscontrate da De Soir (1998) dopo un evento

traumatizzante: sensazione di impotenza, dolore, rabbia. Le reazioni emotive e cognitive degli operatori dell'emergenza non sono statiche ma dinamiche, sulla base dell'evoluzione dell'intervento (Pietrantonio e Prati, 2009); nello studio su Pisa abbiamo visto come gli stati d'animo mutino se consideriamo una partenza piuttosto che un rientro, o se si interviene su uno scenario ordinario piuttosto che su uno straordinario o se alla partenza si ha l'idea di trovare una situazione che sul posto poi si rivela molto più critica di quanto si era ipotizzato (esplosione a Viareggio). Alcune delle situazioni emotive descritte nelle testimonianze potrebbero provocare lo sviluppo di traumi. Dobbiamo necessariamente considerare, però, il processo di estinzione della risposta emotiva (Axia, 2006), l'azione delle strategie di coping associate da anni e i fattori individuali di personalità come predittori di reazioni traumatiche (Regehr et al., 2000). Secondo questo ultimo studio, le persone più insicure, con mancanza di controllo e con atteggiamenti di alienazione dagli altri sarebbero più a rischio di sviluppare sintomi depressivi e da stress post-traumatico in seguito a un evento critico. Inoltre, una ricerca di Bonanno (2004) ha rivelato che le persone dotate di buone strategie di coping per affrontare eventi stressanti e intensi vengono definite fredde e insensibili, piuttosto che enormemente resilienti. Anche se resilienti, in momenti critici persino gli operatori esperti non si desensibilizzano mai tanto da rimanere indifferenti di fronte a morti violente di massa o a bambini in pericolo (Bruce H. Young, 2004). Regehr et al. (2003) hanno messo a confronto nuove reclute di pompieri con pompieri veterani: i veterani erano più predisposti a mostrare segnali di stress traumatico e depressione, basso livello di supporto sociale e di autoefficacia.

Limiti, vantaggi e prospettive per la ricerca futura

I limiti della ricerca riguardano l'incapacità di andare oltre il livello descrittivo ed esplorare i dati in maniera ottimale. I vantaggi riguardano la capacità di adattamento a diverse posizioni epistemologiche e il fatto che una ricerca di questo tipo sia utile per scoprire aspetti significativi della teoria che restano inaccessibili. Una delle prospettive per la ricerca futura potrebbe essere l'esplorazione dell'impatto sui vissuti e sul benessere emotivo dei VVFF che potrebbe derivare dall'utilizzo di differenti strategie di coping.

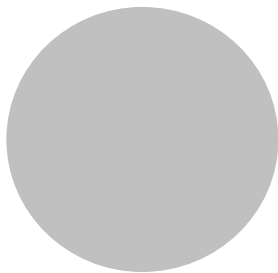
Bibliografia

- Axia V. (2006), *Emergenza e psicologia*, Il Mulino, Bologna.
- Bonanno G.A. (2004), *Loss, Trauma, and Human Resilience. Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?*, "American Psychologist", 59, 1, pp. 20–28.
- De Filippo R. (2005), *Burnout e stress professionale nei vigili del fuoco*, "PdE. Rivista di psicologia applicata all'emergenza, alla sicurezza e all'ambiente", 1, 2,

pp. 6–8.

- De Soir E. (1998), *Manuel pour le travail traumatique apres incidents critiques*, Maklu – Uitgevers. Trad. it. *Pisarte project. Stress management*.
- Glaser B. e Strauss A. (1967), *The discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research*, Aldine Publishing Company, Chicago.
- Moran C. e Massam M. (1997), *An evaluation of humor in emergency work*, in "Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies", 3.
- Muhr T. e Friese S. (2004), *User's manual for Atlas.ti 5.0 2nd edition*, Scientific Software Development, Berlino.
- North C.S., Tivis L, McMillen J.C., Pfefferbaum B., Cox J., Spitznagel E.L., Bunch K., Schorr J. e Smith E.M. (2002), *Coping, functioning, and adjustment of rescue workers after the Oklahoma City bombing*, "Journal of traumatic stress", 15, 3, pp. 171–175.
- Pietrantonio L., Palestini L., Prati G. e Cicognani E. (2008), *Il disastro di Crevalcore*, "Psicologia Contemporanea", 206, pp. 32–40.
- Pietrantonio L. e Prati G. (2009), *Psicologia dell'emergenza*, Il Mulino, Bologna.
- Prati G., Palestini L. e Pietrantonio L. (2009), *Coping strategies and professional quality of life among emergency workers*, "Australasian journal of disaster and trauma studies", 1.
- Regehr C., Hill J. e Glancy G. (2000), *Individual predictors of traumatic reactions in firefighters*, "Journal of nervous and mental disease", 188(6), pp. 333–339.
- Regehr C., Hill J., Knott T. e Sault B. (2003), *Social support, self-efficacy and trauma in new recruits and experienced firefighters*, "Stress and Health", 19, pp. 189–193.
- Sbattella F. e Pini E. (2004), *Strategie di coping ed emozioni nei soccorritori*, "Nuove Tendenze della Psicologia", 2, 1, pp. 67–95.
- Sbattella F. (2009), *Manuale di Psicologia dell'emergenza*, FrancoAngeli, Milano.
- Young B.H., Ford, J.D. e Watson, P.J. (2005), *Disaster rescue and response workers providers and researchers*, http://www.ncptsd.va.gov/facts/disasters/fs_rescue_workers.html.
- Young B.H., Ford J.D., Rusek J.I., Friedman M.J., Gusman F. (2002), *L'assistenza psicologica nelle emergenze*, Erickson, Trento.

Valentina Teristi, *Psicologi per i Popoli* – Pisa.



Marzia Molteni

Implicazioni psicosociali di un disastro naturale: uno studio sul terremoto dell'Abruzzo

Il presente articolo descrive uno studio, facente parte di un progetto di ricerca più ampio, condotto dall'Unità di Psicologia dell'Emergenza dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano su un campione di 42 famiglie vittime del terremoto che ha colpito L'Aquila il 6 aprile 2009. A distanza di 14-18 mesi lo studio si propone di indagare l'incidenza degli indicatori di stress post-traumatico (evitamento, intrusione e iperattivazione) nel campione di vittime analizzando anche la relazione tra strategia di coping prevalente (coping proattivo e coping humor) e livelli di stress. I risultati indicano la presenza di variabili predisponenti e protettive rispetto alla sintomatologia dello stress post-traumatico. Tra le strategie di coping, lo humor sembra ridurre l'impatto dell'evento potenzialmente traumatico.

Riassunto

Parole chiave: disastri naturali, disturbo post-traumatico da stress, distress, coping humor.

As part of a broader research project, this article describes a study led by the Emergency Psychology Unit of Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano, on a sample of 42 families affected by the 2009 earthquake in L'Aquila (Italy). 14-18 months after the event, the study investigates the incidence of some post-traumatic stress indicators (avoidance, intrusion, hyperactivation) in the sample of victims, analyzing also the relationship between prevalent coping strategies (pro-active coping and coping humor) and stress levels. The results indicate the presence of predisposing and protective variables for symptoms of post-traumatic stress. Among the coping strategies, humor seems to reduce the impact of the potentially traumatic event.

Abstract

Key words: natural disaster, post traumatic stress disorder, distress, coping humor.

I disastri naturali rappresentano un fenomeno complesso sul quale le istituzioni, gli economisti e le scienze sociali pongono sempre maggior attenzione. Gli studi del Nations development program rivelano che negli ultimi venti anni sono morte 1.500.000 persone a causa di disastri naturali e sono 3.000 le persone esposte a rischi naturali. Quattro tipologie di rischio di disastri naturali, ovvero terremoto, ciclone tropicale, inondazione e siccità, sono la causa approssimativa del 94% della mortalità totale (Pietrantonio e Prati, 2009). I numeri mostrano anche l'incidenza del fenomeno a livello nazionale: secondo i dati riportati dalla Protezione civile nazionale, dal 1900 al 2008 nel nostro Paese si sono verificati 107 disastri naturali di una certa entità che

hanno causato complessivamente 139.718 morti. Considerando l'importanza del fenomeno, sono sempre di più gli interventi volti a prevenire e ridurre i danni dei disastri naturali sul territorio nazionale. Benché queste azioni risultino di fondamentale rilevanza al fine di limitare l'impatto del fenomeno, non si può trascurare che i disastri naturali continueranno certamente a verificarsi.

Agli effetti ambientali si associano inevitabilmente anche le esperienze umane di coloro che hanno subito un evento potenzialmente traumatico. Secondo Sbattella (2009), una catastrofe è un evento che, anche a fronte di un eventuale numero limitato di vittime, sconvolge le infrastrutture, i sistemi di comunicazione, le organizzazioni e l'intero tessuto sociale. In questo contesto si registra uno sconvolgimento complessivo che porta con sé una molteplicità di bisogni, come l'evacuazione, l'orientamento, il ricongiungimento, il soccorso sanitario, la messa in sicurezza e il ripristino delle reti di comunicazione. Spesso dunque, oltre alle ferite, le vittime vivono anche evidenti conseguenze psicologiche.

Studiare e comprendere i fattori che influenzano la reazione psicologica a simili eventi è un punto di partenza chiave per mettere in atto sistemi di prevenzione e di intervento psicosociale funzionali a ridurre l'impatto delle reazioni di fronte a eventi potenzialmente traumatici.

La letteratura psicologica ha finora concentrato l'attenzione sulle reazioni patologiche e disadattive ai disastri naturali, arricchendo le teorizzazioni sul disturbo post-traumatico da stress (Tettamanzi e Sbattella, 2007).

Nella loro rassegna sull'epidemiologia del disturbo post-traumatico da stress, Neria, Nandi e Galea (2008) rilevano che a seguito di un disastro nel primo anno la prevalenza di questo disturbo è del 30-40% fra le vittime esposte direttamente, del 10-20% fra i soccorritori e del 5-10% tra la popolazione globale.

Oltre ad accertare l'impatto delle catastrofi sulla salute mentale, è fondamentale quindi analizzare quali siano i fattori protettivi e predisponenti per l'evoluzione patologica della normale reazione psicologica a un disastro.

I principali fattori di rischio che contribuiscono all'insorgenza di conseguenze psicologiche negative in seguito al trauma (distress, PTSD, eccetera) si dividono in tre classi:

1. fattori di rischio pre-traumatici: si riferiscono a caratteristiche individuali, come tratti di personalità o disturbi di personalità, e alla presenza di ripetuti eventi traumatici nel passato;
2. fattori di rischio peri-traumatici: si riferiscono a variabili legate all'oggettiva gravità dell'evento, come la natura dell'evento stesso, il grado di esposizione, l'intensità della paura, le ferite subite e i lutti;
3. fattori di rischio post-traumatici: si riferiscono a caratteristiche legate alla risposta fisica e psichica immediata all'evento, come le strategie di coping.

Tra le strategie di coping che il soggetto può mettere in atto per fronteggiare un evento potenzialmente traumatico, l'umorismo sembra avere un ruolo



fondamentale. Numerosi ricerche scientifiche sostengono infatti che l'umorismo e la risata sono terapeutici e riducono la tensione e il livello di ansia (Kuiper e Martin, 1998; Lefcourt et al., 1990). L'umorismo, inoltre, sembra essere in grado di alleviare gli effetti negativi dello stress (Abel, 2002). Tra i suoi effetti positivi, molti ricercatori sottolineano la capacità della risata di rilassare la muscolatura del corpo, controllare il dolore e generare umore positivo (Ruch e Kohler, 1998; Thorson et al., 1997).

Presentazione della ricerca

Il progetto di ricerca presentato in questo articolo è stato condotto durante un lungo periodo di permanenza sul territorio aquilano colpito dal sisma del 6 aprile 2009, quando alle 3:32 una scossa di magnitudo pari a gradi 5,8 della scala Richter ha colpito la città di L'Aquila e buona parte della sua provincia. Sono stati 103 i comuni abruzzesi danneggiati dal sisma e 49 quelli inseriti nel D.L. 39 del 28/04/2009 in vigore dal 28 aprile 2009 per favorire interventi immediati a favore delle popolazioni colpite. La tragedia ha causato 308 vittime e 1.500 feriti, oltre a ingenti danni a strutture pubbliche e private rilevati sia nel capoluogo abruzzese che nei paesi limitrofi. Nei giorni immediatamente successivi, il numero stimato degli sfollati è stato di 65.704 unità di cui 48.818 ufficialmente assistiti. La maggior parte della popolazione è stata costretta ad abbandonare le proprie abitazioni e ad alloggiare nelle tendopoli allestite dalla Protezione civile nazionale; molti si sono spostati nelle strutture alberghiere delle costa abruzzese. Un'ulteriore porzione della popolazione ha autonomamente provveduto a una sistemazione provvisoria tramite tende o altre modalità abitative provvisorie come camper, roulotte o container. Subito dopo l'evento sismico, i dati ufficiali hanno stimato in 28.843 gli sfollati ospitati in alberghi e in case private sulla costa, 19.973 quelli sistemati in tenda e 273 coloro che hanno trovato alloggio in campi spontanei. Le modalità di gestione dell'emergenza adottate hanno suddiviso la popolazione aquilana tra gli alloggiati nelle 171 tendopoli e gli altri sistemati all'interno di strutture alberghiere. Nella conseguente dislocazione abitativa prodotta dagli effetti del terremoto, tale suddivisione ha duramente messo alla prova tutte le relazioni sociali e soprattutto quelle inerenti alle fasce più deboli della popolazione.

Alla fase di emergenza primaria, protrattasi da aprile a giugno 2009, sono seguite le attività di catalogazione dei danni subiti dalle abitazioni mentre il governo ha provveduto ad avviare interventi "più stabili" per tutti gli abitanti del cratere, mediante l'allestimento di cantieri per la realizzazione di case di legno e agglomerati residenziali prefabbricati.

Ad oggi (diciotto mesi dopo l'evento sismico), tutti gli aquilani possessori di case classificate A¹ sono rientrati nelle proprie abitazioni, mentre quelli a

¹Classificazione degli immobili post-terremoto: categoria A: agibile; categoria B: agibile con piccole riparazioni; categoria C: parzialmente inagibile; categoria D: temporaneamente inagibile, da rivedere con approfondimento; categoria E: inagibile; categoria F: inagibile per rischio esterno.

cui è stato assegnato con un grado di agibilità pari a B e C hanno riparato o stanno riparando le proprie grazie ai contributi statali. Nell'attesa che le ristrutturazioni vengano portate a termine, come detto, gli sfollati vengono assistiti mediante soluzioni a breve termine (ospitalità in alberghi e strutture pubbliche oppure mediante il Contributo di autonoma sistemazione). Tutti i possessori di case classificate E, F, o situate in "zona rossa"², hanno invece avuto sistemazioni a medio termine o negli appartamenti delle *new town* realizzate nell'ambito del Progetto Complessi antisismici sostenibili ed ecocompatibili/CASE, o nei Moduli abitativi provvisori/MAP, oppure in appartamenti sfitti requisiti dallo Stato. Secondo stime aggiornate al 03/11/2010 (Struttura per la gestione d'emergenza, 2010), sono:

- 2.331 le persone che attualmente alloggiano ancora in strutture alberghiere;
- 1.164 quelle che alloggiano in strutture statali, di cui 356 negli appartamenti della scuola della guardia di finanza, 84 nella caserma Campomizzi e 804 in appartamenti del fondo immobiliare;
- 14.902 quelle che usufruiscono del Contributo di autonoma sistemazione/CAS;
- 14.218 quelle residenti nei progetti CASE;
- 6.945 quelle residenti nei MAP. La capacità ospitativa di queste abitazioni è di 2.800 unità per un totale di 8.500 ospiti;
- la popolazione aquilana attuale è stimata in 72.609 unità e risulta diminuita di 594 persone rispetto al marzo 2009.

Considerata la complessità dell'evento e della relativa situazione post-emergenza, l'Unità di ricerca in psicologia dell'emergenza dell'Università Cattolica di Milano ha ritenuto necessario analizzare e successivamente studiare i comportamenti di fronteggiamento dell'evento sismico.

Presupposti e obiettivi della ricerca

La ricerca ha avuto come obiettivo globale quello di rilevare i livelli di adattamento e di stress in un campione di famiglie vittime del terremoto dell'Aquila. Gli studi in psicologia dell'emergenza evidenziano come la risposta adattiva individuale a eventi potenzialmente traumatici sia influenzata da:

1. la natura dell'evento (Norris ed Elrod, 2006; Rubonis e Bickman, 1991). Le caratteristiche del disastro influenzano le conseguenze

² Per "zona rossa" si intendono le aree interdette al traffico sia pedonale che veicolare i cui confini vengono definiti con apposita ordinanza del sindaco dell'Aquila. Il controllo sulla sicurezza all'interno di questa aree secondo la normativa vigente è affidato in via esclusiva al Corpo nazionale dei vigili del fuoco mentre la vigilanza sull'accesso nelle aree interdette è affidata all'esercito italiano.

- psicologiche per le vittime. All'aumentare del numero dei morti aumentano anche i tassi di psicopatologia (Rubonis e Bickman, 1991);
2. il grado di esposizione all'evento;
 3. le conseguenze percepite e immaginate;
 4. le strategie di coping adottate (Martin, 2006; Moran e Massam, 1997). A proposito delle strategie di coping che il soggetto può mettere in atto, numerose ricerche sottolineano l'importanza dell'umorismo come moderatore degli effetti dello stress;
 5. la percezione della disponibilità di una rete di supporto sociale nelle fasi successive all'evento, in particolare la famiglia e il contesto comunitario (Cyrułnik, 2000; Norris e Kaniasty, 1993). Un ruolo importante nella comprensione della relazione tra esposizione a un evento avverso e la salute mentale è giocato dal sostegno sociale. Il supporto sociale percepito è associato a un rischio ridotto di disturbi post-traumatici.

Pur esistendo un unico progetto complessivo, la ricerca si compone di due studi con obiettivi e ipotesi diversificate. Nel presente articolo verrà dettagliatamente descritto solo il primo studio che si propone di analizzare il livello di malessere attraverso la misurazione di alcuni indicatori dello stress (evitamento, intrusione, iperattivazione) su un campione di popolazione colpita del sisma. La letteratura sull'argomento sostiene che, nel primo anno, la prevalenza del disturbo post-traumatico da stress a seguito di un disastro è del 30-40% fra le vittime esposte direttamente, del 10-20% fra i soccorritori e del 5-10% tra popolazione generale (Neria, Nandi e Gelea, 2008). Altri autori (Rubonis e Bickman, 1991) sostengono che le categorie diagnostiche più frequenti sono i disturbi d'ansia, fra cui attacchi di panico (40%), disturbi somatici (36%), abuso o dipendenza da alcol (36%), reazioni fobiche (32%), depressione (26%), abuso o dipendenza da sostanze (23%) e PTSD (7%). Per quanto riguarda invece la durata degli effetti, essa risulta massima entro il primo anno dall'evento per poi scendere progressivamente nel 70% degli studi considerati. Solo nel 19% degli studi indagati non è stata osservata nessuna remissione mentre solo in uno studio se ne è riscontrato un aumento (Pietrantonio e Prati, 2009). Anche la metanalisi di Rubonis e Bickman (1991) ha evidenziato una relazione lineare negativa fra tempo passato dal disastro e presenza di sintomi psicopatologici.

Obiettivo della ricerca è, quindi, valutare l'incidenza degli indicatori di stress post-traumatico (evitamento, intrusione e iperattivazione) in un campione di vittime di primo livello a distanza di un anno circa dal sisma. Questo studio analizza anche il rapporto tra strategia di coping prevalente (coping proattivo e coping humor) e livelli di stress. Particolare attenzione è stata posta sull'utilizzo dell'umorismo come strategia di coping al fine di valutare se il coping humor possa essere considerato un efficace moderatore dello stress. Abel (2002) ha dimostrato il ruolo dello humor nell'elaborazione cognitiva dello stressor. Altri studi evidenziano poi come l'umorismo sia in grado di ridurre le risposte affettive negative e l'attivazione fisiologica. Ricerche più

recenti ribadiscono come l'umorismo e il ridere siano comportamenti di grande utilità nella riduzione dei livelli di ansia e di tensione in situazioni potenzialmente stressanti (Martin, 2007). Nonostante numerose analisi abbiano dimostrato come l'umorismo possa essere una strategia di coping adattiva per fronteggiare stress, lutti, malattie e altri eventi stressanti, le prove empiriche restano tuttavia contraddittorie (Martin, 2001). Allo stato attuale non ci sono ricerche scientifiche che analizzino il ruolo dell'umorismo come strategia di coping in una situazione di disastro naturale come il terremoto. Un'ulteriore finalità è quella di identificare alcuni dei principali fattori che possono influenzare gli indicatori di stress, nell'intento di individuare le principali aree di criticità ed eventuali fattori protettivi sui quali impostare futuri interventi migliorativi, di carattere soprattutto preventivo; in altre parole individuare le variabili, sia individuali che sociali, in grado di ridurre il livello di malessere di quanti si trovino a fronteggiare un disastro naturale. Si è perciò proceduto a verificare praticamente l'influenza di alcune variabili individuali e familiari sul livello di stress individuale. In particolare, si è valutata l'influenza di fattori quali il grado di esposizione all'evento, le perdite/ferite subite, la caratteristica della famiglia di appartenenza e presenza o meno di una rete di supporto sociale.

Questo studio si propone di verificare le seguenti ipotesi:

1. un alto livello di stress post-traumatico nel campione. Le indicazioni della letteratura scientifica nazionale e internazionale (Pietrantonio e Prati, 2009; Neria, Nandi e Gelea, 2008) indicano la prevalenza del livello di stress di circa 30-40% delle vittime dirette;
2. una relazione negativa tra coping proattivo utilizzato e le reazioni di stress post-traumatico (evitamento, intrusione, iperattivazione);
3. una relazione negativa tra coping humor (Martin, 2006; Moran e Massam, 1997) utilizzato e le reazioni di stress post-traumatico (evitamento, intrusione, iperattivazione);
4. differenze legate all'età ed al sesso (Giannantonio, 2003; Norris et al., 2002; Breslau, 1998, Udwin, 1993) nella reazione di stress all'evento;
5. differenze legate alle variabili dell'evento (Norris ed Elrod, 2006; Kaniasty e Norris 1993; Rubonis e Bickman, 1991) nella reazione di stress all'evento stesso.

Metodologia

Campione

Sono state reclutate 42 famiglie vittime del sisma all'interno delle quali 89 soggetti hanno compilato i questionari individuali (si rimanda al paragrafo successivo per la descrizione della metodologia).

Il criterio di inclusione prevedeva che le famiglie fossero residenti nei comuni del cratere e fossero presenti su quel territorio la notte del sisma. Per la parte individuale della ricerca, la partecipazione richiedeva inoltre che i soggetti dovessero preventivamente soddisfare i seguenti criteri:

1. essere membri di un nucleo familiare vittima del terremoto del 6 aprile 2009;
2. avere un'età maggiore di 13 anni;
3. avere le capacità cognitive per comprendere e compilare dei questionari self-report.

Descrizione dei soggetti

Il range d'età dei partecipanti varia da 13 e 83 anni. L'età media è di 44,83 anni con deviazione standard pari a 17,62 (minimo = 13 anni e massimo = 83). La moda è di 45 anni e la mediana di 45 anni.

Il 50,6% dei partecipanti (45 soggetti) sono maschi e il 49,4% (44 soggetti) femmine.

Considerando il sottogruppo delle femmine e dei maschi osserviamo che nel secondo l'età media è di 45,28 (ds = 16,9), mentre nel primo è di 44,37 (ds = 18,5).

Per quanto riguarda il lavoro, si è chiesto ai soggetti di indicare la professione svolta prima e dopo il terremoto. In particolare, 12 soggetti (13,5%) dichiarano di aver perso o aver cambiato lavoro dopo il sisma.

I partecipanti alla ricerca svolgono ruoli differenti all'interno del nucleo familiare ed è possibile dunque suddividerli nelle seguenti categorie:

- marito (27%);
- moglie (34,8%);
- figlio/a (28,1%);
- single (5,6%)
- altro (suoceri, conviventi, eccetera)(5,6%).

Descrizione delle famiglie

La prima parte dello strumento, composta da un questionario semistrutturato diretto a un solo membro del nucleo familiare³, ha permesso di raccogliere dati sulle variabili socioanagrafiche, abitative e sistemiche di 42 famiglie vittime del sisma.

³In questa ricerca facciamo coincidere il termine nuclei familiari con il concetto di nuclei abitativi, intendendo quindi per famiglia tutte le persone che vivono nella stessa abitazione.

I nuclei familiari risultano composti da un minimo di 1 a un massimo di 6 soggetti con media di 2,5 soggetti. Le famiglie sono composte da un minimo di 0 a un massimo di 4 figli. Nel 28,65% dei nuclei familiari non sono presenti figli, nel 14,3% ci sono figli al di sotto dei 6 anni, nell'11,9% ci sono figli compresi tra i 7 e i 18 e nel 45,2% ci sono figli maggiorenni.

La totalità dei familiari ammonta complessivamente a 116 soggetti. Il range di età varia dai 3 agli 83 anni; l'età media è pari 40,27 anni e la deviazione

Variabili socio-anagrafiche	N (%) N=42
Abitazione precedente il terremoto	
L'Aquila	14 (33,3%)
Paganica	17 (40,5%)
Camarda	8 (19%)
Bazzano	2 (4,8%)
Fuori cratere	1 (2,4%)
Tipologia di abitazione	
Affittuari	33 (78,6%)
Proprietari	6 (14,3%)
Altro	3 (7,1%)
Abitazione attuale	
Progetto C.A.S.E., M.A.P.	18 (42,9%)
Autonoma Sistemazione	9 (21,4%)
Stessa abitazione precedente al terremoto	15 (35,7%)
Previsione di permanenza nell'abitazione attuale	
Non so	14 (33,3%)
Previsione di permanenza minore di un anno	5 (11,9%)
Previsione di permanenza maggiore di un anno	7 (16,7%)
Definitiva	16 (38,1%)
Perdite materiali	
Nessuna	6 (14,3%)
Abitazione distrutta	11 (26,2%)
Abitazione danneggiata	19 (45,2%)
Perdita di oggetti	1 (2,4%)
Abitazione distrutta e perdita del lavoro	3 (7,1%)
Abitazione danneggiata e perdita del lavoro	2 (4,8%)
Lutti	
Si	14 (33,3%)
No	28 (66,7%)
Amici/famigliari rimasti feriti	
Si	13 (31%)
No	29 (69%)
Nazionalità	
Italiana	41 (97,6%)
Straniera	1 (2,4%)
Tipologia di aiuto ricevuto	
Nessun aiuto	8 (19%)
Aiuto materiale da enti preposti (Pc, Caritas, VV ff)	27 (64,3%)
Aiuto informale da parenti, amici etc	7 (16,7%)

Figura 1 Descrizione delle famiglie (N=42)

standard è 2,18 anni. La moda è 45 anni. Il 54,3% dei soggetti sono maschi mentre il 45,7% sono femmine. Nella figura 1 sono presentati i dati relativi alla composizione delle famiglie rispetto alle variabili indagate.

16 famiglie (38,1%) hanno dichiarato di avere alloggiato in diverse strutture ricettive nelle prime fasi dell'emergenza. Per facilitare l'analisi dei dati, le famiglie che dichiaravano di essere state ospitate in vari tipi di strutture ricettive sono state suddivise in base al periodo di maggior permanenza. Se per esempio una famiglia dichiarava di essere rimasta per 10 mesi in tendopoli e 15 giorni in albergo, è stata considerata la permanenza in tendopoli. Secondo la nuova ricategorizzazione, 21 famiglie hanno alloggiato nelle tendopoli, 12 in alberghi o appartamenti sulla costa e 9 hanno optato per una sistemazione autonoma.

Procedura

Come anticipato, la presente indagine è stata rivolta a famiglie che hanno vissuto il terremoto del 6 aprile 2009 e che contestualmente si sono dovute confrontare con le conseguenze dell'evento stesso. I soggetti campione della ricerca sono persone che hanno agito pertanto in un contesto ambientale post-disastro con conseguente evacuazione, abbandono della propria abitazione, provvisorietà, mancanza dei luoghi di socializzazione o che, più in generale, si sono trovate in condizione di sofferenza ambientale, fisica e psicologica. In alcuni casi essi hanno subito ferite e/o la perdita di persone care come familiari e amici.

Per reclutare i soggetti ci si è avvalsi dell'ausilio di Caritas Lombardia⁴ che ha collaborato nel proporre e divulgare il progetto di ricerca. Attraverso una lettera di presentazione è stata chiesta disponibilità e collaborazione alle famiglie che frequentavano i luoghi di socializzazione in cui gli operatori di Caritas Lombardia svolgevano le loro attività (parrocchie, progetti CASE, piazze, eccetera). Tale collaborazione è risultata essenziale al fine di contattare le famiglie nel rispetto della vigente normativa sulla privacy (legge n. 675 del 31/12/96).

⁴ A distanza di una settimana dal sisma, Caritas italiana ha chiesto alle delegazioni regionali Caritas di esprimere la propria vicinanza attivando dei gemellaggi con alcune comunità dell'arcidiocesi di L'Aquila, attraverso una presenza costante a fianco delle comunità locali, mediante l'invio di operatori e volontari, per rendere visibile ed efficace il rapporto di fraternità e realizzare alcune specifiche progettualità condivise con la chiesa locale. In tale contesto, la delegazione regionale Lombardia ha attivato un progetto della durata di due anni. A partire dal 2010, Caritas Lombardia è stata impegnata nei seguenti settori specifici di intervento: ricostruzione, animazione sociopastorale, ascolto e presa in carico dei bisogni, rinascita economica e ricaduta pastorale. Nello specifico, la nostra ricerca, è stata sponsorizzata all'interno dei progetti volti a fornire supporto alla popolazione per recuperare il senso di comunità messo in crisi dal sisma e dalla conseguente riorganizzazione del territorio: animazione nelle parrocchie e animazione all'interno dei Progetti CASE. Per approfondimenti: http://www.caritasitaliana.it/materiali/temi/emergenze/terremoto_abruzzo_abruzzo_rapporto_aprile2010.pdf.

Si ricorda che la raccolta del materiale si è svolta tra l'1 giugno e il 30 agosto 2010, a distanza di 14-16 mesi dall'evento.

Riassumendo, è stato chiesto alle famiglie di compilare un questionario composto da due parti distinte. La modalità di rilevazione è risultata la seguente:

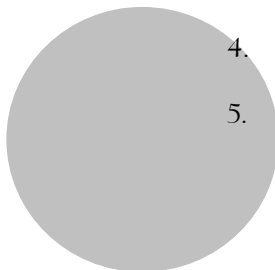
1. la prima parte, composta da un questionario semistrutturato diretto a un solo membro del nucleo familiare, è stata compilata in presenza di un ricercatore (tempo di somministrazione compreso tra i 10 e i 20 minuti);
2. la seconda parte, composta da questionari di self-report diretti a ciascuno dei membri del nucleo familiare, è stata invece compilata autonomamente dai singoli, se compresi tra i 13 e gli 83 anni e in possesso di abilità cognitive sufficienti (tempo di somministrazione compreso tra i 10 e i 20 minuti).

Sono stati raccolti 42 questionari semistrutturati e 89 questionari di self-report correttamente compilati. Una volta ottenuto il materiale, si è provveduto alla successiva analisi dei dati.

Strumenti

Questionario semistrutturato. A un membro di ciascun nucleo familiare è stato somministrato un questionario semistrutturato volto a raccogliere informazioni inerenti la famiglia e il grado di esposizione al terremoto. Il questionario raccoglieva le seguenti informazioni:

1. Scheda anagrafica con i dati anagrafici familiari. Veniva chiesto di indicare il numero di componenti del nucleo, l'età, l'occupazione pre-sisma, l'occupazione post-sisma, la nazionalità.
2. Abitazione. Veniva chiesto di indicare:
 - dove abitava la famiglia prima del sisma e il tipo di abitazione (proprietari, affittuari, altro);
 - dove ha alloggiato la famiglia durante il periodo dell'emergenza (albergo, tendopoli, eccetera) e se il nucleo è rimasto unito oppure ha dovuto subire separazioni;
 - dove abita attualmente la famiglia e quanto prevede di rimanere nell'attuale situazione abitativa.
3. Perdite materiali subite. Veniva chiesto alla famiglia di indicare le perdite materiali subite (abitazione danneggiata, abitazione distrutta, perdita di oggetti, perdita del lavoro).
4. Perdite/ferite subite. Veniva chiesto di indicare la perdita di persone care e/o se avevano avuto famigliari e amici rimasti feriti.
5. Aiuti ricevuti. Veniva chiesto alla famiglia se, cosa e da chi avevano avuto aiuti a seguito del sisma.



Le scale seguenti sono state invece somministrate a tutti i membri del nucleo familiare.

1. Questionario IES-R di Weiss e Marmar (1997) nella versione tradotta e adattata di Michele Giannantonio (2003). Coefficiente alfa di Cronbach per la sottoscala intrusione = 0,87 – 0,94; per la sottoscala evitamento = 0,84 – 0,87; per la sottoscala iperattivazione = 0,79 – 0,91 (Creamer et al., 2003; Weiss e Marmar, 1997). Complessivamente, invece, lo strumento presenta un coefficiente alpha di Cronbach = 0,52 – 0,87 (Creamer et al., 2003). L'attendibilità test-retest, raccolta lungo un intervallo di 6 mesi, è variata da 0,89 a 0,94 (Weiss e Marmar, 1997).
2. Questionario Proactive coping di Greenglass et al. (1999). Gli studi hanno mostrato che lo strumento ha un valore alpha di Cronbach pari a 0,84, un alto valore di attendibilità test-retest e validità di misura (Greenglass, 2002; Greenglass, Schwarzer e Taubert, 1999; Pasikowski et al., 2002).
3. Questionario Coping humor scale di Martin e Lefcourt (1983). Gli studi hanno mostrato che lo strumento ha un valore alpha di Cronbach compreso tra 0,60 e 0,70, un valore accettabile di attendibilità test-retest e una notevole efficacia per quanto riguarda la validità di costruito (Martin e Lefcourt, 1983).

Risultati

Caratteristiche descrittive delle scale

A partire dai dati ottenuti è stata effettuata un'analisi descrittiva item per item. Nel campione totale e per ogni item, il range di risposta varia da 0 a 4. L'item con media più alta (= 2,51) nel campione è il primo "Ogni cosa che me lo ricordava mi faceva vivere emozioni relative ad esso". L'item con media più bassa (= 0,94) è il diciannovesimo: "Cose che me lo fanno ricordare mi hanno provocato reazioni fisiche come sudorazione, difficoltà a respirare, nausea o accelerazione del cuore".

Il calcolo dell'alpha di Cronbach ha confermato la significatività della struttura fattoriale originaria anche per il campione da noi considerato. In particolare, per la scala totale si ottiene un valore di alpha pari a 0,88. Per quanto riguarda le singole sottoscale, la dimensione evitamento ha un alpha di 0,70, l'intrusione pari a 0,82 e, infine, l'iperattivazione pari a 0,80. Questi risultati confermano la validità della struttura fattoriale originaria.

Su questa base, seguendo le indicazioni fornite da Weiss e Marmar, sono stati calcolati punteggi relativi a ciascuna dimensione per ogni soggetto: il punteggio per ciascuna sottoscala è stato ottenuto calcolando la media dei punteggi dei singoli item che la compongono.

Sui punteggi ottenuti sono state effettuate le statistiche: le tre dimensioni presentano una distribuzione normale, la scala con il punteggio più alto è

quella relativa all'intrusione (M = 1,73, DS = 0,86) ma anche i punteggi di evitamento (M = 1,50, DS = 0,73) e di iperattivazione (M = 1,55, DS = 0,95) possono ritenersi complessivamente piuttosto alti considerando la scala sulla quale vengono valutati e il tempo trascorso dall'evento.

Attraverso il calcolo dell'*r* di Pearson è stata esaminata la correlazione tra le tre dimensioni dell'IES-R nel campione. Esse risultano positivamente correlate tra loro. Il punteggio di evitamento correla in modo significativo con l'intrusione ($r = 0,38$; $p < 0,01$) e con l'iperattivazione ($r = 0,537$; $p < 0,01$). Inoltre, è presente una correlazione significativa di segno positivo tra livello di intrusione e di iperattivazione ($r = 0,75$; $p < 0,01$).

Coping proattivo e coping humor

A tutti i soggetti del campione è stato somministrato il Proactive coping (14 item) per indagare il coping proattivo e la Coping humor scale (7 item) per valutare l'utilizzo dell'umorismo come strategia di coping. I test sono stati somministrati in modo controbilanciato con l'Impact of event scale. Non si è verificato nessun effetto dovuto all'ordine.

Considerando i punteggi grezzi ottenuti dai questionari è stata calcolata la media. Si è verificato che la distribuzione dei punteggi risultasse normale attraverso il calcolo dell'asimmetria e della curtosi.

Considerando la scala sulla quale gli item sono valutati, i punteggi del Proactive coping hanno M = 3,43 e ds = 0,64 e possono ritenersi piuttosto elevati. Considerando invece la Coping humor scale, i punteggi hanno M = 2,65 e ds = 0,84 e possono ritenersi piuttosto elevati considerando la scala sulla quale gli item sono valutati.

Attraverso il calcolo dell'*r* di Pearson è stata esaminata la correlazione tra le due tipologie di coping nel campione. Non è emersa nessuna correlazione significativa tra i punteggi della Coping humor scale e quello del Proactive coping.

Frequenza della sintomatologia di stress post-traumatico

Nel caso dell'intrusione, il sintomo manifestato con maggiore frequenza riguarda "Ogni cosa che mi ricorda il terremoto mi fa vivere emozioni relative ad esso" (il 76,4% dei partecipanti ritiene di vivere tale emozione almeno moderatamente), mentre il sintomo riportato in misura minore si riferisce al tentativo di non parlare del terremoto (24%).

La manifestazione sintomatologica dell'iperattivazione maggiormente riportata in questa indagine riguarda il sentimento di prudenza e vigilanza rispetto all'ambiente (64%) mentre quella manifestata con minore frequenza è quella relativa all'item "Cose che me lo fanno ricordare mi provocano reazioni fisiche come sudorazione, difficoltà a respirare, nausea o accelerazione del cuore" (25,8%).

Considerando le tre categorie di sintomi emerge che il 36% del campione (32 soggetti) manifesta sintomi di intrusione, il 36% (32 soggetti) i sintomi di iperattivazione e il 31,5% (28 soggetti) i sintomi di evitamento.

Il 49,4% non presenta nessun sintomo di stress. Il 39,3% presenta da uno a due sintomi di stress (evitamento, intrusione, iperattivazione) e l'11,2% mostra tutti e tre i sintomi del PTSD. Si ricorda che lo strumento utilizzato misura il livello di evitamento (8 item), i pensieri intrusivi (8 item) e l'iperattivazione (6 item) connessi a un evento traumatico sulla base dei criteri diagnostici del PTSD riportati nel DSM-IVR (APA, 2000) ma non effettua diagnosi di PTSD.

Impatto delle strategie di coping sul livello di stress individuale

La figura 2 riporta le statistiche descrittive, le correlazioni (r di Pearson) fra le variabili prese in esame e i coefficienti di affidabilità delle scale. Questi ultimi variano da un minimo di 0,70 per la Coping humor scale, a un massimo di 0,88 per la scala totale dell'Impact event scale. Per quanto riguarda le inda-

Figura 2 Medie, Deviazioni Standard, Affidabilità (*alpha di Cronbach*) e correlazioni

	1	2	3	4	5	6	7	8
1 Genere	1	-,028	-,105	-,182	,192	,337**	,230*	,308**
2 Età		1	-,098	,173	-,054	,194	,107	,106
3 Coping humor	0,70		1	,117	-,237*	-,178	-,330**	-,291**
4 Coping pro-attivo	0,78			1	-,039	,035	-,088	-,031
5 Evitamento	0,70				1	,381**	,537**	,746**
6 intrusione	0,82					1	,745**	,864**
7 Iper-attivazione	0,80						1	,904**
8 PTSD	0,88							1

** . La correlazione è significativa al livello 0,01 (2-code).

* . La correlazione è significativa al livello 0,05 (2-code).

gini delle relazioni biunivoche tra le variabili, ai fini della presente ricerca vengono discusse solo le più interessanti fra quelle statisticamente significative.

Analizzando la relazione tra i punteggi della Coping humor scale e quelli dell'Impact event scale è stata trovata una correlazione positiva per i fattori evitamento e iperattivazione. I due fattori risultano negativamente correlati al coping humor. Più in dettaglio, i punteggi della Coping humor scale presentano una correlazione di r di Pearson = $-0,237^*$ ($p < 0,005$) con il fattore evitamento e di r di Pearson = $-0,330^{**}$ ($p < 0,001$) con il fattore iperattivazione.

La correlazione riscontrata è di segno negativo; questo significa che all'aumentare dell'utilizzo dell'umorismo come strategia di coping diminuisce il valore dell'evitamento e dell'iperattivazione.

Non è stata trovata alcuna correlazione significativa tra coping humor e il fattore intrusione dell'Impact event scale. Il coping humor presenta invece una correlazione r di Pearson = $-0,291$ ($p < 0,01$) con il punteggio totale dell'Impact event scale.

Attraverso l'ANOVA è stata esaminata l'influenza del coping humor sulle tre categorie relative ai sintomi dello stress (nessun sintomo di stress, almeno un sintomo di stress, tutte e tre i sintomi di stress). L'analisi della varianza, condotta attraverso il test dell'ANOVA, ha evidenziato un effetto significativo del livello di stress dei soggetti sui punteggi del coping humor ($F[2,86] = 3,65$; $p < 0,05$).

È stato effettuato il Post hoc test LSD sui dati ottenuti. Si evidenzia che i soggetti che non hanno nessuna sintomatologia di stress hanno una media di utilizzo dello humor ($M = 20,08$; $ds = 5,6$) significativamente più alta ($sig = 0,02$) rispetto a coloro che presentano tutte e tre le sintomatologie dello stress ($M = 15,50$; $ds = 7,15$).

Per quanto riguarda il Proactive coping, non risulta correlato in maniera significativa con nessuno dei sottofattori dello stress.

Analisi degli effetti delle variabili individuali e situazionali sullo stress

Per quanto riguarda le variabili strutturali e individuali, il t-test evidenzia un effetto del genere (maschio/femmina) sui punteggi di intrusione ($t = -3,34$; $df = 87$; $p = 0,00$) e iperattivazione ($t = -2,21$; $df = 87$; $p = 0,03$). I maschi presentano livelli significativamente più bassi nelle due variabili considerate.

Non è emerso nessun effetto significativo dell'età sul livello dell'impatto dell'evento.

Per quanto riguarda l'occupazione pre-sisma e post-sisma, il test-t ha evidenziato che la perdita del lavoro in seguito all'evento sismico ha un'influenza significativa sulla reazione di stress dei soggetti: coloro che non hanno perso il lavoro presentano livelli di evitamento ($M = 13,29$; $ds = 6,56$) significativamente più bassi ($t = -2,01$; $df = 87$; $p = 0,4$) rispetto a coloro che hanno perso la propria occupazione in seguito al sisma ($M = 17,50$; $ds = 7,87$).

Il test dell'ANOVA ha evidenziato un effetto della tipologia di abitazione pre-sisma (affittuari, proprietari, altro) sul livello di iperattivazione ($F[2,86] = 3,43$; $p = 0,03$) ed evitamento ($F[2,86] = 3,74$; $p = 0,02$). Il post hoc (test di Bon-

ferroni), in particolare, evidenza che coloro che sono proprietari presentano un livello di evitamento ($M = 11,51$; $ds = 5,94$) significativamente minore ($p = 0,03$) rispetto alla categoria altro ($M = 17$; $ds = 1,15$).

È stata poi ricodificata la variabile tipologia di abitazione pre-sisma in due categorie (proprietari/non proprietari). Il t-test ha evidenziato un'influenza significativa sulla reazione di stress giocata dall'essere o meno proprietari dell'alloggio pre-sisma: coloro che risultano essere proprietari presentano livelli di iperattivazione ($M = 8,51$; $ds = 5,31$) significativamente più bassi ($t = -2,74$; $df = 87$; $p = 0,00$) rispetto a coloro che non hanno un'abitazione di proprietà ($M = 12,59$; $ds = 6,33$).

Si evidenzia un effetto sulla reazione di stress determinato dalla tipologia di abitazione attuale. Nello specifico, il test dell'ANOVA evidenzia un effetto significativo sul livello di evitamento ($F[2,86] = 3,65$; $p = 0,03$). Il post hoc di Bonferroni indica punteggi di evitamento significativamente più alti ($p = 0,02$) in chi alloggia nei Progetti CASE ($M = 13,69$; $ds = 5,67$) rispetto a coloro che usufruiscono dell'Autonoma sistemazione ($M = 9,36$; $ds = 5,34$).

Per quanto riguarda le variabili relative ai perdite materiali subite, il test dell'ANOVA mostra un significativo effetto sul livello di intrusione ($F[2,86] = 3,38$; $p = 0,00$) e di iperattivazione ($F[5,83] = 2,81$; $p = 0,02$). Il post hoc eseguito con il test Bonferroni riporta punteggi di intrusione chiaramente più alti in chi dichiara di aver avuto l'abitazione distrutta ($M = 16,9$; $ds = 6,53$) rispetto a coloro che dichiarano di averla danneggiata ($M = 11,05$; $ds = 5,66$). I soggetti con l'abitazione danneggiata mostrano inoltre livelli di iperattivazione ($M = 11,05$; $ds = 5,66$) significativamente minore rispetto a coloro che dichiarano di aver l'abitazione danneggiata ($M = 7,53$; $ds = 5,31$) e contestualmente di aver perso il lavoro ($M = 14,66$; $ds = 3,74$). L'ANOVA ha segnalato un effetto rilevante della tipologia di dislocazione abitativa nell'emergenza (tendopoli, albergo/appartamento sulla costa, Autonoma sistemazione) sul livello di intrusione ($F[2,86] = 14,35$; $p = 0,00$), di evitamento ($F[2,86] = 4,304$; $p = 0,01$) e di iperattivazione ($F[2,86] = 14,78$; $p = 0,00$) (vedi figura 3). In particolare, il post

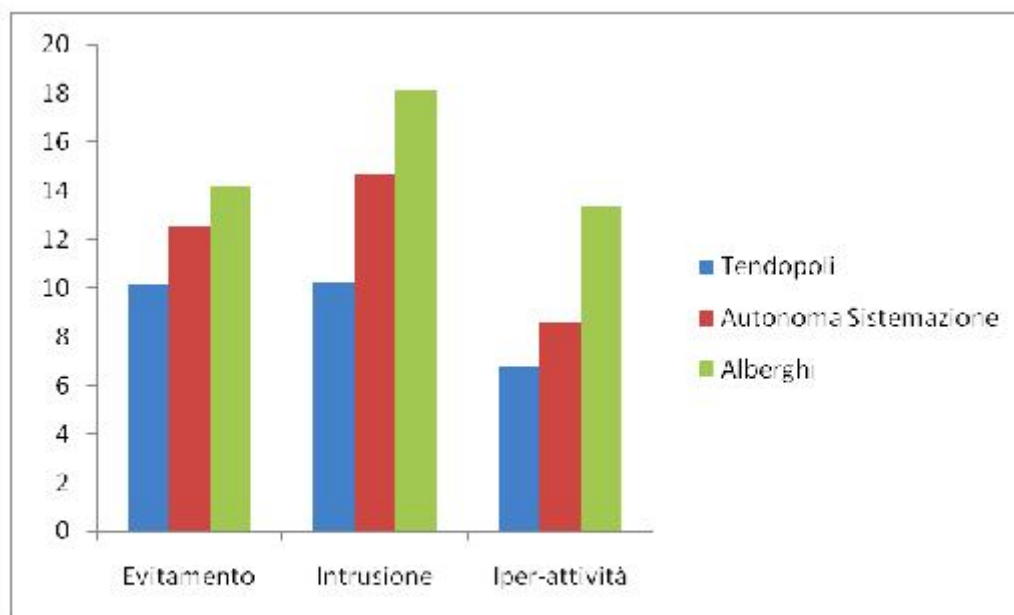


Figura 3 Punteggi all'IES-R per dislocazione alloggiativa nell'emergenza

hoc eseguito con il test di Tukey evidenzia un livello di intrusione decisamente minore in coloro che hanno alloggiato in tendopoli ($M = 10,28$; $ds = 5,75$), sia rispetto a coloro che hanno alloggiato in albergo sulla costa ($M = 18,17$; $ds = 6,33$) sia in riferimento a coloro che hanno usufruito dell'Autonoma sistemazione ($M = 14,68$; $ds = 6,03$). Non c'è invece una differenza rilevante tra chi ha alloggiato in albergo sulla costa e chi ha usufruito dell'Autonoma sistemazione. Anche per quanto riguarda il livello di evitamento, esso risulta sostanzialmente minore in coloro che hanno alloggiato in tendopoli ($M = 10,12$; $ds = 5,6$) rispetto a coloro che hanno alloggiato in albergo ($M = 14,14$; $ds = 4,92$). Non c'è invece una differenza significativa tra chi ha alloggiato in albergo sulla costa e chi ha usufruito dell'Autonoma sistemazione. Si evidenzia infine un livello di iperattivazione chiaramente maggiore in coloro che hanno alloggiato in albergo ($M = 13,39$; $ds = 5,41$) sia rispetto a coloro che hanno alloggiato in tendopoli ($M = 6,74$; $ds = 4,65$) sia in riferimento a coloro che hanno usufruito dell'Autonoma sistemazione ($M = 8,59$; $ds = 4,98$). Non c'è invece una differenza importante tra chi ha alloggiato in tendopoli e chi ha usufruito dell'Autonoma sistemazione.

Si rileva un effetto sulle reazioni di stress determinato dalla perdita di persone care. Il t-test evidenzia un effetto della variabile lutti sul livello di intrusione ($t = -3,036$; $df = 87$; $p = 0,00$) e iperattivazione ($t = -2,26$; $df = 87$; $p = 0,02$). Coloro che hanno subito lutti presentano livelli di intrusione ($M = 16,74$; $ds = 5,54$) significativamente più alti rispetto a coloro che non ne hanno subiti ($M = 12,31$; $ds = 6,44$). Inoltre, coloro che hanno subito lutti presentano livelli di iperattivazione ($M = 11,13$; $ds = 5,66$) chiaramente più alti rispetto a coloro che

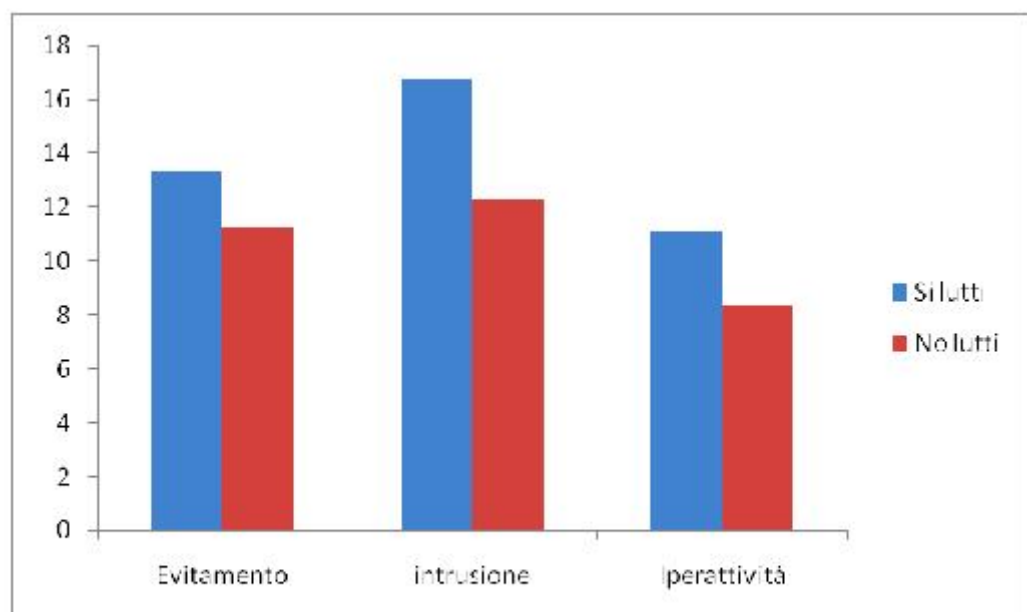


Figura4 Impatto stressante in funzione della variabile lutti (si/no)

non ne hanno subiti ($M = 8,31$; $ds = 5,54$). Nella figura 4 si nota che, nonostante la differenza risulti significativa rispetto all'intrusione e all'iperattivazione, anche nella variabile evitamento le persone che hanno subito lutti presentano valori più elevati.

Considerando la prevalenza della sintomatologia di stress, nel paragrafo precedente il campione era stato suddiviso in tre gruppi: nessun sintomo/ almeno un sintomo/tutti e tre i sintomi del PTSD.

Per approfondire l'influenza delle variabili individuali e situazionali sono state calcolate le correlazioni di Spearman con le variabili indipendenti della ricerca.

Per quanto riguarda la variabile genere, infatti, emerge una distribuzione non omogenea ($\text{Chi-quadrato} = 11,03$; $df = 2$; $p = 0,00$).

Considerando le variabili situazionali, emerge una correlazione positiva significativa con tipologia di abitazione (proprietari/affittuari/altro) ($Rho = 0,212$; $p = 0,04$). La sintomatologia correla inoltre significativamente con tipologia di dislocazione abitativa nell'emergenza (tendopoli, alberghi, Autonomia sistemazione) ($Rho = 0,232$; $p = 0,02$) e con lutti (no/sì) ($Rho = 0,231$; $p = 0,02$).

Al fine di consentire ulteriori confronti ed elaborazioni, i punteggi espressi dai soggetti rispetto ai tre fattori dello stress sono stati suddivisi in terzili e le risposte di ciascun soggetto sono state ricodificate indicando se il punteggio espresso fosse basso (= 1 per il primo terzile), medio (= 2 per il secondo terzile) o alto (= 3 per il terzo terzile).

I punteggi distinti in terzili sono stati correlati (Rho di Spearman) con le caratteristiche del campione e dell'evento.

Per il fattore intrusione è emersa una correlazione significativa con le perdite materiali subite ($Rho = -0,222$; $p = ,03$), con il genere ($Rho = 0,332$; $p = 0,00$), con la tipologia di dislocazione nell'emergenza ($Rho = 0,294$; $p = 0,00$) e con i lutti ($Rho = ,252$ - $p = ,01$).

Per il fattore iperattivazione è emersa una correlazione significativa con il genere ($Rho = 0,216$; $p = 0,04$), i lutti ($Rho = 0,219$; $p = 0,03$) e il coping humor ($Rho = -0,238$; $p = 0,02$).

Analisi dei fattori predisponenti e protettivi

A partire dai risultati ottenuti, si è tentato di individuare quali tra le variabili considerate risultino essere i migliori predittori delle reazioni di evitamento, intrusione e iperattivazione del campione.

Per il fattore evitamento, l'analisi della regressione multipla ha evidenziato un modello in cui è presente un effetto principale giocato dal coping humor a cui segue la varianza spiegata dalla variabile tipologia di abitazione.

Relativamente al fattore intrusione, invece, l'analisi della regressione multipla ha evidenziato un modello in cui è presente un effetto della variabile genere a cui segue l'effetto della variabile dislocazione alloggiativa nell'emergenza e lutti.

Prendendo in considerazione il livello di iperattivazione, l'analisi della regressione multipla ha evidenziato un modello simile a quello dell'evitamento in cui è presente un effetto principale giocato dal coping humor a cui segue la varianza spiegata dalla variabile tipologia di abitazione.

Discussione e conclusione

Considerando le sottoscale dello stress, risulta che i punteggi più alti si riscontrano nella sottoscala relativa all'intrusione, mentre i punteggi più bassi sono relativi all'evitamento. È stato mostrato inoltre che le reazioni di stress traumatico (evitamento, intrusione e iperattivazione) risultano correlate tra loro.

Nel caso dell'intrusione, il sintomo manifestato con maggiore frequenza riguarda il rivivere emozioni al contatto con cose che ricordano il terremoto (il 76,4% dei partecipanti ritiene di vivere tale emozione almeno moderatamente), mentre il sintomo riportato in misura minore fa riferimento al tentativo di non parlare dell'evento sismico (24%).

Rispetto ai sintomi di iperattivazione, la manifestazione sintomatologica maggiormente riportata dal campione oggetto dello studio riguarda il sentimento di prudenza e vigilanza rispetto all'ambiente (64%), mentre quella manifestata con minore frequenza è relativa a reazioni fisiche quali sudorazione, difficoltà respiratorie, nausea o accelerazione del cuore provocate dal ricordo (25,8%). "Evito di lasciarmi sconvolgere quando penso o mi ricordano il terremoto" è il sintomo evitante che si manifesta con maggior frequenza nel campione (66,9%), mentre il tentativo di stare lontani da cose che possono ricordare il sisma è quello meno frequente (27%).

Se invece consideriamo le tre categorie di sintomi, emerge che il 36% del campione (32 soggetti) manifesta sintomi di intrusione, il 36% (32 soggetti) sintomi di iperattivazione e il 31,5% (28 soggetti) sintomi di evitamento.

Se si considerano complessivamente i dati relativi ai tre indicatori dello stress emerge che il 49,4% del campione non presenta nessun sintomo di stress, il 39,3% presenta da uno a due sintomi di stress (evitamento, intrusione, iperattivazione) e l'11,2% mostra tutti e tre i sintomi del PTSD. Questi risultati confermano i dati riportati dalla letteratura sull'argomento (Neria, Nandi e Gelea, 2008). Dunque, come ipotizzato (Pietrantonio e Prati, 2009; Neria, Nandi e Gelea, 2008), si sono riscontrati livelli di stress medio-alti.

Non è stata trovata nessuna correlazione tra i punteggi della scala del coping humor e quelli della scala del coping proattivo.

Per meglio comprendere le strategie di coping è stata indagata la varianza dei punteggi di coping humor e coping proattivo rispetto alle variabili soggetto ed evento.

Nel caso del proactive coping si evidenzia una differenza significativa per la variabile individuale occupazione attuale. In particolare, nel gruppo dei disoccupati si sono rilevati punteggi di proactive coping significativamente più bassi rispetto a tutte le altre occupazioni professionali. Un effetto significativo è stato trovato anche per la variabile abitazione pre-sisma: coloro che dichi-

arano di aver abitato a Camarda prima del sisma, infatti, hanno livelli più bassi di coping proattivo rispetto a quelli che precedentemente risiedevano a Bazzano e a Paganica.

Non sono stati cioè trovati effetti significativi delle variabili personali e situazionali sul coping humor. Come già indicato dalla letteratura sull'argomento (Martin, Kuiper, 1999) non sono state rilevate differenze significative per la variabile genere.

I punteggi ottenuti sono stati distinti in terzili e si è proceduto a calcolare le correlazioni di Spearman mediante le variabili indipendenti della ricerca. A tale scopo, i soggetti sono stati distinti in base al fatto che presentassero livelli di coping humor e coping proattivo rispettivamente bassi, medi o alti. È emersa una correlazione negativa significativa tra il livello di coping humor e il livello di stress ricodificato (nessun sintomo/almeno un sintomo/tutte e tre i sintomi).

Per quel che concerne la relazione tra strategie di coping prevalente e stress post-traumatico, l'analisi bivariata ha fatto emergere una correlazione positiva per due sottofattori dell'impatto: evitamento e iperattivazione. Ambedue risultano negativamente correlati al coping humor dimostrando che coloro che hanno punteggi alti nell'utilizzo dell'umorismo come strategia di coping manifestano livelli più bassi di evitamento e iperattivazione.

Questi dati confermano l'ipotesi 2 di questo studio, secondo cui l'utilizzo dell'umorismo come strategia di coping riduce l'impatto dell'evento potenzialmente traumatico. Questa analisi dunque avvalorata i modelli in cui l'umorismo viene considerato un efficace strumento per fronteggiare gli eventi stressanti (Lefcourt, 2001; Martin, 2007). Nello specifico, poiché è stata trovata una correlazione negativa con i fattori evitamento e iperattivazione, si deduce che l'umorismo sembra ridurre le strategie comportamentali, cognitive ed emozionali messe in atto dai soggetti per arginare emozioni ed evitare luoghi, persone, attività e conversazioni che possano essere ricollegate al trauma vissuto e, contemporaneamente, esso sembra diminuire anche l'attivazione psicofisiologica. Questi risultati confermano le conclusioni delle ricerche scientifiche pubblicate sulla rivista specialistica "Humor. International journal of humour research", in cui si sostiene che l'umorismo favorisce la ristrutturazione cognitiva dello stressor e la riduzione dell'impatto psicofisiologico dell'evento potenzialmente traumatico.

Tra le strategie di coping, molti studiosi annoverano anche l'umorismo. Secondo Cyrulnik (2002), esso impedisce la rimozione poiché favorisce la rappresentazione. Questa considerazione risulta in linea con i risultati di questo studio.

Dal momento che coinvolge incongruità e diverse possibili interpretazioni, l'umorismo fornisce alle persone una strategia alternativa di interpretazione dell'evento facendolo apparire meno minaccioso (Martin, 2007). L'efficacia di questa strategia potrebbe dipendere dal suo essere orientata verso il problema (problem-focused) favorendo il controllo dell'evento stressante. Come tale, essa riduce l'evitamento cognitivo dell'evento potenzialmente traumatico. La frattura del senso di coerenza, sperimentata nei contesti di trasformazione improvvisa, sollecita azioni collettive di ri-significazione. Sostenendo

processi di inclusione sociale degli elementi esperienziali incongruenti, l'umorismo evidenzia la necessità di ricostruire senso e nello stesso tempo ammette la temporanea impossibilità a rendere ragione di tutto (Sbattella e Molteni, 2008).

Oltre a ciò, l'umorismo riduce l'impatto degli eventi potenzialmente stressanti poiché favorisce il rilassamento fisiologico. A livello fisiologico, infatti, il riso provoca una serie di effetti quali l'ossigenazione del sangue, l'accelerazione seguita dal rapido decremento del battito cardiaco, l'aumento del livello di cortisolo, la contrazione e la seguente distensione della muscolatura volontaria e involontaria, una specifica attività elettrica celebrale simile a quella che si verifica quando si risolvono le incongruità presenti negli stimoli, un incremento sia della temperatura corporea che delle difese immunitarie mediante la produzione delle immunoglobuline IgA. È stato supposto inoltre che il riso possa favorire un rilascio di endorfine (Berk et al., 1988; Berk et al., 1989; Lefcourt, Davidson-Katz e Kueneman, 1990; Martin e Dobbin, 1988).

Contrariamente a quanto ipotizzato, questo studio non ha mostrato nessuna relazione significativa tra livelli di strategia di coping proattivo e stress nel campione.

Per meglio comprendere le reazioni psicologiche a un disastro naturale, sono state esaminate le variabili correlate con i livelli di stress riportati dal campione. Contrariamente a quanto ipotizzato, i predittori dello stress non sono gli stessi per tutte e tre le sotto-scale dell'Impact Event Scale.

Le reazioni di evitamento del campione sono influenzate dalle seguenti queste variabili:

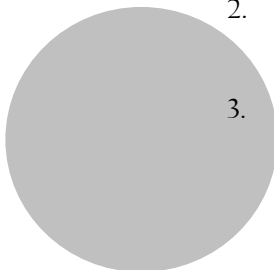
1. Variabili pre-traumatiche: disoccupazione;
2. Variabili peri-traumatiche: tipologia di abitazione pre-sisma, abitazione post-sisma, dislocazione nell'emergenza, lutti;
3. Variabili post-traumatiche: coping humor.

Le reazioni di intrusioni del campione sono influenzate dalle seguenti variabili:

1. Variabili pre-traumatiche: genere;
2. Variabili peri-traumatiche: perdite materiali, dislocazione nell'emergenza, lutti.

Le reazioni di iperattivazione del campione sono influenzate dalle seguenti variabili:

1. Variabili pre-traumatiche: genere;
2. Variabili peri-traumatiche: tipologia di abitazione pre-sisma, perdite materiali, abitazione post-sisma, dislocazione nell'emergenza, lutti;
3. Variabili post-traumatiche: coping humor.



Per quanto riguarda il primo aspetto, ossia l'influenza del genere, i risultati confermano quanto sostenuto dalla letteratura scientifica a proposito di una maggiore prevalenza della sintomatologia di stress nelle donne. Nel National comorbidity study, Kessler (1995) giunse alla medesima conclusione, mostrando come le donne presentassero un rischio (20%) di sviluppare un disturbo post-traumatico da stress in seguito all'esposizione a un evento traumatico pari a più del doppio di quello presentato dagli uomini (8%) (Giannantonio, 2003). Anche le ricerche di Steinglass (1990) e di Breslau (1997) ottennero gli stessi risultati. Oltre a ciò, nel 2002 Norris e colleghi mostrarono che 46 articoli scientifici su 49 confermavano un maggior rischio per il sesso femminile.

Non sono state trovate relazioni significative per quel che concerne la variabile età. Anche i ricercatori (Grenn et al., 1991, Vila et al., 2001) mostrano tuttavia posizioni controverse in merito a questa stessa variabile.

Rispetto alle variabili peri-traumatiche, la ricerca rileva un livello di stress maggiore fra le persone che hanno avuto maggiori perdite materiali a causa del sisma. Per di più, si evidenzia che coloro che risultavano proprietari dell'abitazione hanno un livello di stress maggiore rispetto a coloro che erano in affitto. Ciò conferma la teoria della conservazione delle risorse secondo cui, di fronte a un disastro, l'interpretazione soggettiva della perdita delle risorse gioca un ruolo minore rispetto alla perdita stessa. Secondo questo modello infatti la perdita di una casa è data non tanto dalla sua valutazione quanto dalla stima dei danni e dal suo significato sociale e culturale (Pietrantonio e Prati, 2009). L'impatto dell'evento dipende pertanto dall'ampiezza delle perdite di risorse e dall'importanza delle risorse perse. A risultati simili erano giunti nel 1996 anche Brand e colleghi nei loro studi sulle conseguenze psicologiche del terremoto dell'Irpinia. I ricercatori rilevarono che i problemi di salute mentale erano maggiori fra le persone con più ingenti perdite materiali dovute al terremoto.

Un'ulteriore variabile che risulta influenzare la risposta di stress è quella relativa all'abitazione attuale. Coloro che oggi alloggiano nei Progetti CASE e nei MAP riportano un livello di iperattivazione significativamente più alto. Questo risultato conferma l'influenza che il vivere in condizioni abitative provvisorie esercita sul malessere personale.

Come preventivamente ipotizzato, coloro che hanno subito lutti hanno livelli di stress più alti. Questo conferma l'importanza del grado di esposizione come fattore di rischio. Gli studi di Rubonis e Bickman (1991) e la rassegna di Norris ed Elrod (2006) hanno dimostrato l'influenza diretta della perdita di persone care sul livello di sintomatologia post-traumatica.

Un'ulteriore variabile che risultata predisporre allo stress è la dislocazione alloggiativa nell'emergenza. Emerge una maggior capacità di reazione positiva nei soggetti che hanno alloggiato in tendopoli nel periodo del post-emergenza rispetto a coloro che hanno alloggiato in albergo. Si potrebbe ipotizzare che l'ospitalità in albergo, l'allontanamento dal territorio di origine, l'allentamento del supporto sociale e il mancato senso di proprietà degli spazi influisca sullo stress post-evento. Emerge, inoltre, che l'umorismo è una strategia positiva di fronteggiamento dello stress e che i legami comunitari sono importanti per

fronteggiare un evento potenzialmente traumatico. I risultati della ricerca evidenziano come in emergenza, risulti importante prestare attenzione alla dimensione relazionale e comunitaria in quanto essa è fortemente connessa al benessere o al malessere individuale. Risultati simili sono stati ottenuti anche in uno studio condotto da Bland e colleghi sul terremoto dell'Irpinia, in cui si è dimostrato che le persone evacuate in modo permanente riportavano maggiore distress rispetto ai soggetti non evacuati. Questa ricerca ha rilevato inoltre un livello maggiore di distress nelle persone con familiari e amici localizzati in luoghi più distanti.

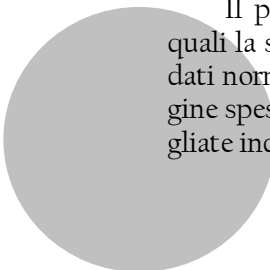
Le analisi fin qui condotte hanno fornito un quadro generale pertinente non solo alle risposte di stress in seguito all'evento potenzialmente traumatico, ma anche alle variabili individuali e situazionali che esercitano un'influenza su tali reazioni. A partire dai risultati ottenuti nel nostro studio, si è tentato di individuare quali tra le variabili considerate risulti essere il miglior predittore delle reazioni di evitamento, intrusione e iperattivazione del campione. Per fare questo e comprendere meglio le relazioni tra le variabili considerate, è stata condotta la stepwise multiple regression analysis rispetto ai tre fattori dell'IES-R.

Per ciascun fattore dello stress è emerso un modello differente. Per il fattore evitamento, l'analisi ha evidenziato un modello in cui è presente un effetto principale giocato dal coping humor a cui segue la varianza spiegata dalla variabile tipologia di abitazione. Relativamente al fattore intrusione, l'analisi della regressione multipla ha evidenziato un modello in cui è presente un effetto della variabile genere a cui segue l'effetto della variabile dislocazione alloggiativa nell'emergenza e lutti. Infine, considerando il livello di iperattivazione, l'analisi della regressione multipla ha evidenziato un modello simile a quello dell'evitamento in cui è presente un effetto principale giocato dal coping humor a cui segue la varianza spiegata dalla variabile tipologia di abitazione.

Quanto riportato evidenzia ancora una volta la complessità del fenomeno indagato. Sono numerosi i fattori di rischio che intervengono nel fronteggiamento di un disastro. Alcuni di essi sono in relazione a variabili personali, altri sono direttamente legati alle caratteristiche dell'evento e all'esposizione. Si rileva per questo la necessità di indagare il ruolo di variabili scarsamente studiate in letteratura come la dislocazione alloggiativa nell'emergenza e la provvisorietà abitativa. Questi dati sottolineano l'influenza della disgregazione della rete sociale post-disastro sulla salute mentale delle vittime.

Lo studio conferma inoltre che tra i pattern di risposta messi in atto al momento dell'evento potenzialmente traumatico, l'uso dell'umorismo come modalità di coping riduce l'evitamento e l'iperattivazione limitando l'insorgenza di conseguenze negative. La ricerca invece non mostra nessun effetto del coping proattivo sullo stress.

Il presente studio è un'indagine esplorativa che presenta alcuni limiti, quali la scarsa numerosità del campione, la sua eterogeneità e la mancanza di dati normativi di confronto ma consente, tuttavia, di aprire un settore d'indagine spesso poco considerato, fornendo alcuni spunti per più rigorose e dettagliate indagini future.



Bibliografia

- Abel M.H. (2002), *Humor, Stress and Coping Strategies*, "Humor: International journal of humor research", 14, 4, pp. 365-368.
- Berk L.S., Tan S.A., Nehlsen-Cannarella S.L., Napier B., Lewis J.E., Lee J.W. e Eby W.C. (1988), *Humor associated laughter decreases cortisol and increases spontaneous lymphocyte blastogenesis*, "Clinical research", 36, 435A.
- Berk L.S., Tan S.A., Fry W.A., Napier B., Lee J.W., Hubbard R.W., Lewis J.E. e Eby W. C. (1989), *Neuroendocrine and stress hormone changes during mirthful laughter*, "American journal of medical sciences", 298 (6), pp. 390-396.
- Bizi S., Keinan G. e Beit-Hallaham B. (1988), *Humour and coping with stress: a test under real life conditions*, "Personality and individual differences", 9 (6), pp. 951-956.
- Breslau N., Davis G.C., Andreski P., Peterson E. e Schultz L. (1997), *Sex differences in post-traumatic stress disorder* "Archives of general psychiatry", 54, 11, pp. 1044-1048.
- Cann A., Holt K. e Calhoun L.G. (1999), *The roles of humor and sense of humor in responses to stressors*, "Humor: International journal of humor research", Vol. 12 (2), pp. 177-193.
- Cyrułnik B. e Malaguti (a cura di) (2005), *Costruire resilienza. La riorganizzazione positiva della vita e la creazione di legami significativi*, Erickson, Trento.
- Cyrułnik B. (2002), *I brutti anatrocchi. Le paure che ci aiutano a crescere*, Frassinelli, Milano.
- Freud S. (1928), *Humour*, "International journal of psychoanalysis", 9, pp. 1-6.
- Giannantonio M. (2003), *Psicotraumatologia e psicologia dell'emergenza*, Ecomind, Salerno.
- Green B., Lindy J., Grace M. e Leonard A. (1991), *Chronic post-traumatic stress disorder and diagnostic comorbidity in a disaster sample*, "Journal of nervous and mental disease", 180, pp. 760-766.
- Kessler R., Sonnega A., Bromet E., Hughes M. e Nelson C. (1995), *Post traumatic stress disorder in the National comorbidity survey*, "Archives of general psychiatry", 52, pp. 1048-1060.
- Kuiper N.A. e Martin R.A. (1998), *Laughter and stress in daily life: relation to positive and negative affect*, "Motivation and emotion", Vol. 22 (2), pp. 133-153.
- Kuiper N.A., Martin R.A. e Dance K.A. (1992), *Sense of humor and enhanced quality of life*, "Personality and individual differences", Vol. 13 (12), pp. 1273-1283.
- Kuiper N.A., McKenzie S.D. e Belanger K.A. (1995), *Cognitive appraisals and individual differences in sense of humor. Motivational and affective implications*, "Personality and individual differences", Vol. 19 (3), pp. 359-372.
- Lefcourt H.M. e Martin R.A. (1986), *Humor and life stress. Antidote to adversity*, Springer Verlag, New York.
- Lefcourt H.M., Davidson-Kats K. e Kueneman K. (1990), *Humor and immune system functioning*, "Humor", 3 (3), pp. 305-21.

- Martin, R.A. (2006), *The psychology of humor*, Academic Press, London, Ontario, Canada.
- Martin R.A. (2007), *The psychology of humor*, Academic Press, New York.
- Martin R.A. e Dobbin J.P. (1988), *Sense of humor, hassles, and immunoglobulin A: Evidence for a stress-moderating effect of humor*, "International journal of psychiatry in medicine", 18 (2), pp. 93-105.
- Neria Y., Nandi A. e Galea S. (2008), *Post-traumatic stress disorder following disasters: A systematic review*, "Psychological medicine", 38, 4, pp. 467-480.
- Nezu A.M., Nezu C.M. e Blisset S.E. (1988), *Sense of humour as a moderator of the relation between stressful events and psychological distress: A prospective analysis*, "Journal of personality and social psychology", 54 (3), pp. 520-525.
- Norris F.H. e Kaniasty K. (1996), *Received and perceived social support in times of stress: a test of the social support deterioration deterrence model*, "Journal of personality and social psychology", 71, pp. 498-511.
- Norris F. e Elrod C.L. (2006), *Psychological consequences of psychosocial of disaster: A review of past research*. In Norris F., Galea S., Friedman M. e Watson P. (a cura di), *Methods for disaster mental health research*, Guilford Press, New York.
- Overholser J.C. (1992), *Sense of humor when coping with life stress*, "American journal of sociology", 47, pp. 799-804.
- Pietrantonio F., De Gennaro L., Di Paolo M.C. e Solano L. (2003), *The impact of event scale validation of an Italian version*, Journal of psychosomatic research, 55, pp. 389-393.
- Rubonis A.V. e Bickman L. (1991), *Psychological impairment in the wake of disaster: The disaster-psychopathology relationship*, "Psychological bulletin", 109, pp. 384-399.
- Ruch W. e Kohler G. (1998), *A temperament approach to humor*. In Ruch W., *The sense of humor: Explorations of personality characteristic*, Mouton de Gruyter, Berlin, pp. 203-228.
- Safranek R. e Schill T. (1982), *Coping with stress: Does humor help?*, "Psychological report", n. 51, pp. 222.
- Sbattella F. (2009), *Manuale di psicologia dell'emergenza*, Carrocci, Milano.
- Sbattella F. e Molteni M. (2008), *L'umorismo in emergenza*, ISU-Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano.
- Shurcliff A. (1968), *Judged humor, arousal and the relief theory*, "Journal of personality and social psychology", Vol. 8, pp. 360-363.
- Steinglass P. e Gerrity E. (1990), *Natural disasters and Post-traumatic Stress Disorder: Short-term versus long-term recovery in two disaster-affected communities*, "Journal of applied social psychology", 20, pp. 1746-1765.
- Struttura per la Gestione d'Emergenza (2010), *Report sulla situazione della popolazione post-sisma al 3 Novembre 2010*, http://www.6aprile.it/docs/SGE/report_popolazione_assistita_03_11.pdf.
- Tettamanzi M. e Sbattella F. (2007), *Le conseguenze psicologiche degli incidenti stradali*, ISU-Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano.

- Thorson J.A., Powell F.C., Sarmany-Schuller I. e Hampes W.P. (1997), *Psychological health and sense of humor*, "Journal of clinical psychology", Vol. 53 (6), pp. 605.
- Vila G., Witkowski P., Tondini M.C., Perez-diaz F., Mouren-simeoni M.C. e Jouvent R. (2001), *Study of post-traumatic disorders in children who experienced an industrial disaster in the Briey region*, "European child and adolescent psychiatry", 10, 1, pp. 10-18.

Marzia Molteni, Unità di Psicologia dell'Emergenza, Università Cattolica, Milano.