

di Gabriele Lo Iacono

L'intervento psicologico nelle emergenze familiari per suicidio. Intervista a Diego Coelli

Riassunto

I dati relativi ai suicidi nella Provincia autonoma di Trento si attestano da un decennio sulla media di 45-50 casi per anno. L'intervento psicologico a favore dei familiari della persona suicida a conclusione dell'accertamento di morte viene attivato dal personale del Servizio di Emergenza e Urgenza 118 dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari. La decisione viene presa in ragione della particolare delicatezza e gestibilità del lutto di certe situazioni e dopo avere acquisito dai familiari la disponibilità alla presenza dello psicologo dell'emergenza. Negli ultimi anni questo specifico soccorso psicologico viene effettuato nel 20% circa della casistica annuale, grazie agli psicologi dell'associazione di volontariato Psicologi per i Popoli – Trentino (OdV). L'intervista allo psicologo Diego Coelli proposta in questo articolo, getta una luce nuova su questa attività psicologica poco attivata in Italia, ma che sappiamo riscuotere il gradimento delle famiglie per l'aiuto professionale che viene erogato in un momento cruciale per l'avvio di un lutto così grave.

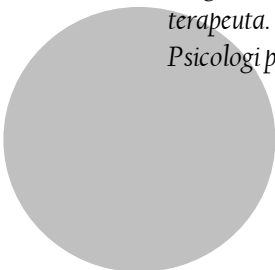
Parole chiave: suicidio, primo aiuto psicologico.

Abstract

Suicide figures in the Autonomous Province of Trento have been averaging 45-50 cases per year for a decade. Psychological intervention in favour of the suicidal person's relatives at the end of the ascertainment of death is activated by the personnel of Servizio di Emergenza e Urgenza 118, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari. This decision is made considering the particular sensitive nature of mourning in certain situations and after obtaining the family's willingness to have the emergency psychologist present. In recent years, this specific psychological aid intervention is carried out in about 20% of annual cases, thanks to the psychologists of the voluntary association Psicologi per i Popoli – Trentino (OdV). The interview with psychologist Diego Coelli proposed in this article sheds new light on this psychological activity, which is not very common in Italy but which we know is appreciated by families for the professional help provided at a crucial time in the aftermath of such a serious bereavement.

Key words: suicide, psychological first aid.

Diego Coelli vive e lavora a Trento, dove esercita privatamente l'attività di psicologo psicoterapeuta. Si dedica come volontario alla psicologia dell'emergenza in qualità di socio di Psicologi per i Popoli –Trento.



G.L.: Caro Diego, da quanto tempo collabori con Psicologi per i Popoli – Trento?

D.C.: Sono entrato in contatto con Psicologi per i Popoli nel 2009, quando ho partecipato, a Trento, a un corso di formazione in psicologia dell'emergenza organizzato da Luigi Ranzato – e con docente Luca Pezzullo dell'Università di Padova – che si era svolto, se ricordo bene, nella primavera di quell'anno. Il caso ha voluto che il 6 aprile ci fosse il terremoto in Abruzzo... Di qui il mio primo intervento in emergenza, nella tendopoli di Paganica, nell'agosto del 2009, assieme ai colleghi psicologi – soprattutto psicologhe – appena conosciuti e magari formati con me. In seguito ho partecipato alle emergenze intervenute dopo, a quella dovuta al terremoto in Emilia, a San Felice sul Panaro, nel giugno e luglio 2002, a quella di Amatrice, nel settembre 2006, e successivamente sono stato a Porto Sant'Egidio, nelle Marche, nel dicembre del 2006. E così via.

G.L.: Come hai deciso di dedicarti a questa attività?

D.C.: La domanda è semplice, ma non lo può essere altrettanto la risposta. Qui abbiamo a che fare con motivazioni sia esplicite sia implicite. Tra le prime colloco la prosecuzione del mio "impegno" verso quello che possiamo chiamare genericamente l'ambito sociale. Io mi sono formato umanamente e culturalmente negli anni Settanta, nell'ambiente della sinistra extraparlamentare. Venuta meno la motivazione al, diciamo così, cambiamento sociale e politico, non è venuta meno la spinta al cambiamento, in primo luogo di me stesso, tale per cui ho affrontato, più o meno "nel mezzo del cammino di nostra vita" l'impegno di un psicoterapia individuale, a seguito della quale ho deciso di laurearmi in psicologia, fare lo psicoterapeuta, e cercare di aiutare chi, come me un tempo, decide di porre mano alle proprie sofferenze psicologiche. Cambiando, appunto, i propri modi di pensare, agire, comportarsi nelle relazioni, specie quelle affettive. Per cui, tornando alla psicologia dell'emergenza, ho trovato naturale cercare di portare aiuto alle popolazioni sofferenti, alle persone che in un terremoto magari hanno perso proprio tutto. Tra l'altro, aveva già fatto un'esperienza come volontario generico (ero in una squadra che puntellava i soffitti pericolanti delle case!) al tempo del terremoto nell'Irpinia, nel 1980, nel paese di Nusco. Abbiamo poi le motivazioni implicite, più o meno inconscie: in primo luogo, aiutare le proprie parti fragili ad affrontare le vicende che la vita alle volte ci impone: come è noto, non si diventa psicologi per caso! Poi, possiamo dire che la psicologia dell'emergenza esprime l'attività del sistema motivazionale dell'esplorazione e della conoscenza: nuovi luoghi, nuove situazioni, nuove persone... A ciò si è aggiunto, con il tempo e l'esperienza, il piacere di stare in un gruppo coeso, solidale, quello di Psicologi per i popoli del Trentino, nel quale mi sono trovato e mi trovo molto bene (sistema motivazionale dell'appartenenza-socialità); l'orgoglio anche di fare il volontario, di far parte di un gruppo di soccorritori, e infine e soprattutto il "Grazie!" che ti arriva dalle persone che hai soccorso in emergenza: vale i sacrifici che alle volte si fanno in questo tipo di attività.

G.L.: In che tipo di scenari ti capita di intervenire?

D.C.: Per me la caratteristica principale dell'intervento in emergenza, come racconto anche nei corsi di formazione, è l'imprevedibilità, appunto, degli scenari in cui operi: abbiamo a che fare con disastri naturali come terremoti, incendi, inondazioni, frane; oppure situazioni in cui il caso, che, come affermavano i greci antichi, è una specie di inesorabile divinità, distrugge la vita delle persone e dei loro cari: incidenti stradali, incidenti in montagna, sia in estate sia in inverno, annegamenti nei laghi. Poi ci sono le situazioni dove è implicata la volontà umana: siamo intervenuti in situazioni dove erano stati commessi degli omicidi, dei femminicidi, come anche in situazioni di suicidio, delle quali per l'appunto andiamo a parlare. Sono imprevedibili i tempi, i luoghi, le condizioni dell'intervento, le condizioni psicologiche delle persone implicate in un'emergenza, quelle dei parenti, degli eventuali amici, e anche quelle dei soccorritori.

G.L.: Quante volte, grossomodo, hai accettato di assistere familiari di suicidi?

D.C.: Purtroppo abbastanza spesso. Il suicidio è la tipologia di intervento che, statisticamente parlando, è al primo posto tra quelli che come Psicologi per i Popoli affrontiamo, secondo i dati aggiornati al 2021. Io credo di essere stato chiamato a intervenire, alcune volte da solo, tutte le altre, per fortuna, con una collega, in circa un decina di situazioni di suicidio. Voglio ricordare, a questo proposito, che noi, come psicologi dell'emergenza, cerchiamo sempre di intervenire almeno in coppia, meglio ancora se in tre, quando le persone, i parenti che animano lo scenario di un'emergenza sono molti. Sto parlando naturalmente non di emergenze collettive, nelle quali si interviene in squadra per definizione, ma di quelle locali, sul territorio della provincia, quando veniamo attivati dal 112. Proprio perché siamo volontari, non sempre i soci operativi di Psicologi per i Popoli sono disponibili, perché ovviamente tutti lavoriamo, abbiamo famiglia eccetera. Se succede di intervenire da soli, sia in uno scenario di suicidio sia negli altri, ma specialmente, secondo la mia esperienza, nel primo scenario, il carico emotivo da affrontare è piuttosto pesante. Quando si interviene almeno in coppia, ci si può confrontare, dividere il lavoro, affrontare assieme eventuali problemi, e questo è di grande conforto sul piano emotivo e rinforza la sicurezza della nostra azione.

G.L.: Se paragoni lo scenario del suicidio di un familiare agli altri scenari emergenziali in cui ti è capitato di intervenire, quali sono secondo te gli elementi che lo caratterizzano maggiormente e per quali aspetti?

D.C.: Nella mia esperienza, lo scenario emergenziale del suicidio è sicuramente diverso dagli altri. Un'emergenza, con la presenza, come spesso succede, di persone che hanno perso la vita, rinvia alla imprevedibilità della natura, come nel caso dei terremoti, oppure semplicemente al caso maligno, come quello di scivolare in un sentiero di montagna, essere coinvolti in

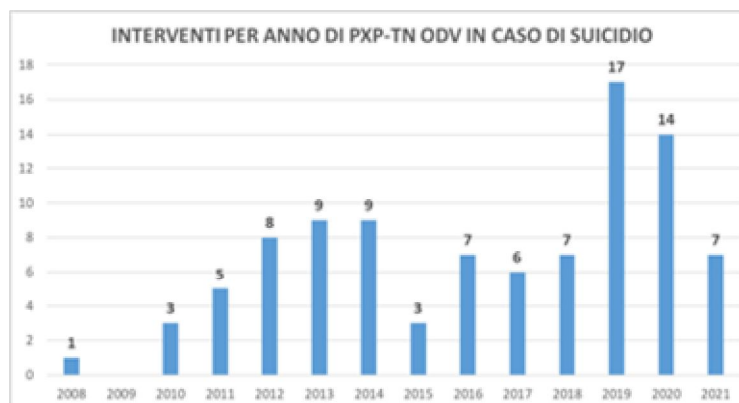
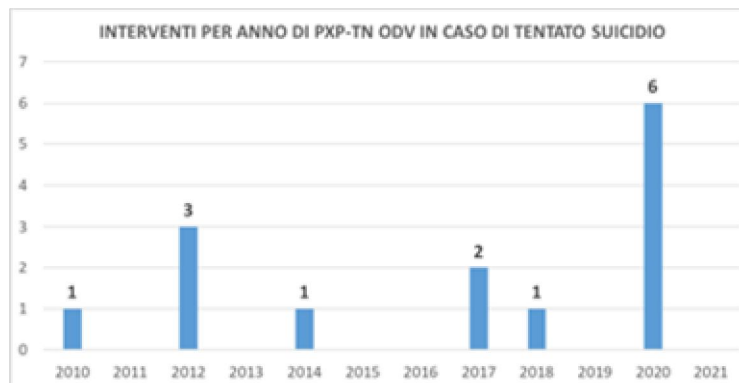
un incidente stradale o altri casi di questo tipo. Già quando si è a contatto con un omicidio, che implica un malevola volontà umana, le cose si fanno in un certo senso più difficili. Ogni emergenza in cui ci siano vittime fa letteralmente esplodere il sistema di significati che i sopravvissuti – mogli, mariti, figli, fratelli, parenti e amici – hanno impresso alla loro vita. L'imprevedibile, l'imponderabile, il caso, sconvolgono tutto. Niente è più come prima, e l'esistenza, la quotidianità, risultano inesorabilmente alterate, direi a volte decisamente azzerate. Ma quando si viene a contatto con i parenti che hanno avuto l'esperienza del suicidio di un loro caro, comunque di un persona con la quale erano in relazione, la richiesta di comprensione, la domanda sul significato del gesto, aleggia sempre nell'aria, anche se non sempre viene esplicitata. E sorge ovviamente anche dentro di noi, psicologi soccorritori, che per definizione cerchiamo di aiutare la vita affettiva delle persone coinvolte in un'emergenza a riprendersi, a ritrovare dei significati, a recuperare il senso dell'esistenza. Talvolta commettono un suicidio persone che magari erano già in cura, spesso per problematiche depressive. Ma spesso il fatto accade, come dire, all'improvviso, o quantomeno non ci si aspetta che una determinata persona dalle parole, che a volte vengono pronunciate e annunciano un'intenzione, passi ai fatti. Tutto questo crea un'atmosfera particolare, talvolta si percepisce un specie di gelo emotivo, che rende l'intervento sicuramente più pesante e difficile.

G.L.: Chi sono le persone che commettono il suicidio? Quali sono le motivazioni che portano a questo gesto?

D.C.: Queste sono domande alle quali non me la sento di rispondere, perché le risposte a esse non fanno parte, come dire, della nostra mission. In emergenza, certo, noi psicologi possiamo fare qualche pensiero, che certamente non manifestiamo, perché tradiremmo il nostro mandato che è quello di sostenere, aiutare, collaborare, non interpretare, non emettere giudizi. Noi ascoltiamo le riflessioni delle persone coinvolte, accogliamo i loro affetti, il loro dolore, ma non possiamo certamente perdere la nostra "neutralità", che è quella che ci consente di lavorare, professionalmente parlando, in modo corretto e adeguato.

GLI: In che consiste l'intervento psicologico a sostegno dei familiari?

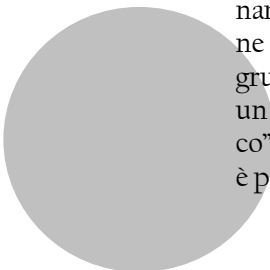
D.C.: Ferma restando la sensazione di un'atmosfera particolare, sullo scenario del suicidio, come ho detto prima, questa percezione però non modifica le nostre modalità di intervento, che, come sempre in emergenza, cercano di adeguarsi alla situazione, ai bisogni che le persone esprimono. Essere presenti, ascoltare, ma anche raccogliere informazioni, saper indicare i tempi, come le autorità procedono (intervento del medico legale, eventuale autopsia, luogo di composizione della salma...), aiutare a costruire, attorno ai sopravvissuti, un rete di sostegno, fatta di parenti, amici, a volte semplicemente i vicini di casa... Insomma, tutto quanto qualifica l'intervento psicologico in emergenza come un modalità speciale di



lavoro psicologico, spesso non esplicito – anzi, per lo più implicito, cioè fondato su presenza, gesti, una solidarietà espressa silenziosamente, magari soprattutto con la nostra tranquillità interiore e comportamentale, che aiuta le persone a ritrovare la propria capacità di regolazione affettiva, e gli consente di affrontare la situazione.

G.L.: Quali sono gli aspetti della situazione che orientano il tuo intervento in una direzione piuttosto che un'altra? In altre parole, quali sono gli aspetti che osservi e di cui tieni conto per capire che cosa fare?

D.C.: Come già ho avuto modo di dire prima, non è semplice entrare in un scenario di emergenza. Si tratta in primo luogo di capire quali sono le persone più strettamente coinvolte perché spesso si entra in contatto con un gruppo variegato dove ci possono essere parenti, amici, vicini, il parroco, un medico... Si tratta poi di avere quello che io chiamo "occhio clinico" (spesso, semplicemente, buon senso psicologico!). Cioè di capire chi è più in difficoltà, e come si esprime la sua difficoltà. Le reazioni all'em-

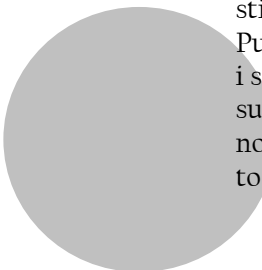


genza si collocano entro un dimensione comportamentale-psicologica che sta tra le due polarità dell'*iperarousal* e del *ipoarousal*. La prima è caratterizzata magari da estrema lucidità, attività febbrile, anche estrema gentilezza nei confronti di noi soccorritori, ma anche, a volte, agitazione, rabbia, magari anche verso i soccorritori stessi: "Cosa mi stanno raccontando? Non siete arrivati in tempo!". Sull'altra polarità, abbiamo le reazioni di blocco, congelamento – e qui possiamo trovare un persona seduta, ferma, raccolta in se stessa anche dal punto di vista posturale, magari in pianto continuo, o alle volte, specie gli adolescenti, seduti con le braccia raccolte intorno alle gambe, in posizione quasi fetale, silenziosi, rifiutanti. In genere, quando si è perlomeno in coppia, ci si spartiscono i compiti: per esempio, chi si occupa dei bambini e degli adolescenti, chi si occupa degli adulti, chi degli adulti maschi, chi delle femmine e così via. Ci sono comunque anche persone che, coinvolte in un situazione di emergenza, trovano la capacità di regolarsi, stanno nel punto centrale di quello spazio a due polarità, sono consapevoli di quanto accaduto, accettano serenamente la nostra presenza di psicologi, la utilizzano. In linea generale, dal punto di vista specifico delle dinamiche psicologiche, si tratta di riportare le persone vicine agli estremi delle due polarità – peraltro espressione della attivazione del sistema nervoso autonomo simpatico o di quello parasimpatico – verso il centro, verso un posizione di normalità, di espressione non sbilanciata degli affetti – in questo caso dolore e sofferenza. Però, per fare questo, anche noi psicologi dell'emergenza dobbiamo trovarci nell'area centrale rispetto alle due polarità indicate: ispirare calma, tranquillità, essere capaci di muoversi in un ambiente che è in confusione, avere soprattutto comportamenti adeguati, accettare che le persone non abbiano voglia di esprimersi, non forzare nessuno a farlo o, se vogliono farlo, garantire un ambiente tranquillo, garantire la privacy, chiedere di poter stare, per l'appunto, magari da soli in un stanza della casa o della caserma dei vigili del fuoco o in un altro luogo, a seconda dei casi.

G.L.: Quali sono gli aspetti più difficili di questo intervento e perché?

D.C.: Francamente, a volte, il primo moto d'animo, quando sono chiamato per un caso di suicidio, è: "Oh, no!". Insomma, il rifiuto! Evidentemente, come ho detto prima, nello scenario del suicidio c'è per me un'atmosfera particolare, e forse un difficoltà emotiva particolare. In tutti gli altri scenari di emergenza c'è, anche se a volte molto tenue, un filo conduttore, un causa, o delle cause, vere o presunte, che comunque ci aiutano a dare un significato all'evento accaduto. Ma nel suicidio sei di fronte all'atto di un individuo per il quale la sofferenza mentale era così forte da fargli ritenere che l'unico modo per venirne a capo fosse togliersi la vita; c'è, come dire, un ampio margine di difficoltà di connessione empatica, di comprensione affettiva. Certo, so che quello che porta al suicidio è un percorso mentale, che parte da lontano, che magari ha origini arcaiche; tra l'altro, tutti i casi che possiamo classificare con il termine "suicidio", in realtà sono

diversi tra loro, diverse le storie, le vicende, le situazioni, gli intrecci di motivazioni; addirittura, si ha l'impressione che a volte, la sofferenza mentale che il suicida ha provato, egli la voglia infliggere ai sopravvissuti; a volte, nella mia percezione, c'è in quest'atto un elemento di aggressività, specie quando un individuo commette il suicidio in casa, sapendo che magari il partner o la partner rientreranno tranquillamente dal lavoro e troveranno non più una persona viva, ancorché problematica, ma un cadavere. Queste sono ovviamente mie riflessioni e percezioni personali, silenziose... Ma stiamo parlando appunto delle difficoltà di questo tipo di intervento! Anche io ho a che fare con le mie reazioni "controtransferali": a volte pena estrema, a volte rabbia perché una persona ha commesso quell'atto; e questo mi accade quando chi si uccide è un individuo giovane, che aveva, come si dice, tutta la vita davanti... Ci sono situazioni di suicidio che sono veramente difficili da affrontare; mi è capitato di intervenire in un caso nel quale un giovane, figlio unico, convivente con i genitori, si uccide nella propria stanza mentre di là nel soggiorno sono presenti i genitori... Oppure, viceversa, di un genitore, che ha comunque già perso l'altro membro della coppia, magari scomparso in seguito a una malattia, che si uccide lasciando il suo unico figlio, giovane, solo nella vita... E poi c'è la questione dei bambini. Sono intervenuto in casi in cui il suicida era un genitore che ha lasciato il/la partner con dei figli, anche piccoli – che magari sono risultati presenti nello scenario del suicidio, purtroppo anche quando il corpo viene trovato dal coniuge... Come raccontare a un bambino che cosa è successo al genitore suicida? Questo, naturalmente, non è compito nostro, ma alle volte il genitore superstite chiede aiuto; non è possibile in effetti trasmettere l'idea del suicidio a un bambino piccolo, che non ha ancora ben chiara la nozione di morte. In questi casi, ovviamente, è il genitore che decide il se, il come, il quando, in che modo parlare ai propri figli. Compito nostro è sottolineare però alcune cose: è meglio chiarire al bambino che non rivedrà più il genitore vivo; che il bambino non ha colpa di quanto è successo... Insomma ci sono alcuni consigli che noi possiamo dare, se richiesti, ai genitori, incluso il fatto che a volte i bambini esprimono il desiderio di vedere il papà o la mamma morti. In quest'ultimo caso, noi convalidiamo la richiesta dei bambini, purché ovviamente il corpo del genitore morto sia composto e visibile. Nello scenario del suicidio si ha poi a che fare con i forti affetti che insorgono nei sopravvissuti: a volte sensi di colpa, ipotesi controfattuali: "Se fossi rimasto in casa, se avessi capito meglio...". A volte anche, più o meno celata, la rabbia verso chi ha deciso di andarsene: "Mi ha lasciato/a solo/a a tirare su i figli". In più, c'è la percezione che il suicidio lasci un segno indelebile nella vita delle persone, che attivi uno stigma tale che poi i sopravvissuti si vergogneranno quasi a parlarne. Purtroppo, a volte, il suicidio è, come dire, un modello da seguire: a volte i sopravvissuti ci raccontano come magari, nella famiglia di origine di un suicida, ci sia stato un altro caso di suicidio... Da questo punto di vista, non esiste ancora la capacità, che si potrebbe concretizzare in un progetto a opera delle nostre istituzioni psicosanitarie, di aiuto alle persone che



hanno subito un suicidio, e parlo specialmente dei figli, dei ragazzi, degli adolescenti, dei giovani, oltre che, naturalmente, degli adulti.

G.L.: Quali sono gli aspetti che danno più soddisfazione in questo tipo di intervento, e perché?

D.C.: È ben difficile parlare di soddisfazione, in uscita da un scenario di suicidio. Come negli altri scenari dell'emergenza, uno può sentire di aver fatto quello per cui è stato convocato come psicologo, laddove sia riuscito a riattivare con semplicità – magari proponendo una semplice passeggiata o un respirazione più profonda che calmi l'ansia – una persona in blocco, in ipoarousal; o sia riuscito a riportare all'interno di un finestra di affetti regolati una persona in iperarousal, agitata, rabbiosa – cosa peraltro più difficile, rispetto al primo caso. Anche perché può accadere, come mi è di fatto accaduto, che un persona in iperarousal abbia un improvviso crollo, un svenimento, passi cioè alla polarità opposta. Certo, va detto che i sinceri ringraziamenti dei superstiti di un emergenza fanno sempre piacere! Mi pare di poter dire che, in quanto psicologi dell'emergenza, noi rappresentiamo per le persone superstiti, sul piano simbolico, il fatto che la comunità sociale in qualche modo si prende cura di loro, della loro condizione di sofferenza psichica; e questo, di per sé, fa loro bene. Abbiamo però, voglio dirlo esplicitamente, a volte, situazioni in cui veniamo rifiutati: si tratta in questi casi di accettare e gestire la frustrazione, molto forte, che ne consegue.

G.L.: Come ti sei formato?

D.C.: Beh, se ci riferiamo alla formazione più generale, oltre al corso con Luca Pezzullo del 2009, Gigi Ranzato ne organizzò un altro, molto completo e impegnativo, attraverso l'Ordine degli Psicologi, tra marzo e giugno del 2011, al quale i partecipanti dedicarono parecchi weekend, e la psicologia dell'emergenza fu sviscerata in tutte le sue articolazioni. Tra i vari docenti ricordo in quest'ultimo la presenza di F. Sbattella, docente all'Università Cattolica di Milano, autore di un manuale di psicologia dell'emergenza. Ma posso dire che non è passato anno in cui non ci sia stata una opportunità significativa, come dire, istituzionale, di formazione, e l'elenco sarebbe lungo. Io poi, personalmente, ho attivato e seguito un mio percorso personale e professionale riguardante le tecniche sensorimotorie, la respirazione, lo yoga, la meditazione, la mindfulness, che utilizzo sia nell'ambito della mia attività di psicoterapeuta, sia, anche nella mia attività volontaria di psicologo dell'emergenza. In linea generale, faccio riferimento alle scuole di traumatologia che hanno un'impostazione bottom-up: per citare alcuni autori, van der Kolk, P.A. Levine, Nijenhuis, Liotti, la Herman, Janina Fisher, Pat Ogden. In quest'ambito, si è tra l'altro, e giustamente, recuperata la grande lezione di un classico, Pierre Janet, di cui finalmente in questi ultimi anni si stanno cominciando a tradurre le opere in italiano. Il tema centrale, qui, è quello della dissociazione come risposta naturale, ma che può diventare patologica, a un

evento traumatico. E io credo che il nostro intervento, come psicologi dell'emergenza, sia di estrema utilità proprio per evitare che un evento emergenziale si trasformi in un evento traumatico, con conseguenze di lungo periodo nella vita delle persone. Comunque, come sappiamo, da quando si è sviluppata la pandemia c'è stato un proliferare di occasioni formative on-line, che io personalmente sfrutto regolarmente, di assoluta pregnanza e serietà, con gli interventi diretti magari anche degli autori che ho citato sopra. Bisogna dire che Internet, da questo punto di vista, offre occasioni di formazione inimmaginabili sino ad alcuni anni fa!

Ma se parliamo del suicidio in senso proprio, ricordo di aver fatto nel 2009 un corso di formazione nell'ambito del progetto, attivato dalla APSS, e ancora operativo, chiamato *Invito alla vita*. Poi conferenze. Ne ricordo una di A. Piotti, esperta nell'ambito del suicidio di adolescenti, particolarmente interessante, a Bolzano; e poi, ovviamente, letture e riflessioni personali.

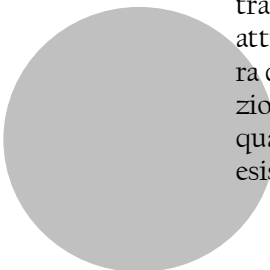
Voglio sottolineare l'importanza, per noi tutti psicologi dell'emergenza che operiamo in Trentino, dei debriefing che regolarmente facciamo, nei quali affrontiamo tutti i casi in cui siamo stati operativi, raccontiamo il nostro fare, valutiamo, facciamo riflessioni, impariamo gli uni dagli altri. I debriefing sono strumenti fondamentali di formazione continua e consentono ai nuovi soci di essere messi, in un certo senso, attraverso le narrazioni dei soci senior, a contatto con l'esperienza, con le situazioni nelle quali saranno chiamati a intervenire.

G.L.: So che ti occupi della formazione dei nuovi soci di Psicologi per i Popoli – Trentino. Che cosa insegni nei tuoi corsi sull'argomento?

D.C.: Questa domanda mi fa riflettere sul fatto che, in effetti, nei corsi di formazione che con Gigi Ranzato ho tenuto in questi ultimi anni ai nuovi soci, che per fortuna sono abbastanza numerosi, non c'è un spazio specifico per l'emergenza suicidio. Bisognerà pensarci! Devo dire che, comunque, le articolazioni della psicologia dell'emergenza sono così numerose che personalmente mi ritrovo in questi corsi sempre a corto di tempo rispetto a tutte le cose che vorrei dire.

G.L.: Passando su un piano più personale, quali caratteristiche bisognerebbe avere per fare questo tipo di intervento e perché?

D.C.: Ritengo che l'emergenza suicidio richieda, in maniera ben solida, tutte le caratteristiche che un psicologo dell'emergenza dovrebbe avere per tutti gli altri tipi di intervento. C'è da dire, in primo luogo, che come ho detto prima non si diventa psicologi clinici a caso! E, in secondo luogo, chi entra come volontario in Psicologi per i Popoli, sa, come ho detto prima, attraverso i corsi di formazione, i campi scuola annuali presso la struttura della Protezione Civile a Marco e in seguito i debriefing, in quali situazioni va a dare il proprio contributo. Però accade che ciascuno di noi, quando è chiamato in un'emergenza, si possono trovare in un condizione esistenziale particolare, magari può avere qualche difficoltà di tipo per-



sonale. Quando si è chiamati e si delinea il tipo di intervento da fare, è implicito il fatto che può darsi che uno non se la senta di intervenire proprio in quello scenario. Si può entrare in risonanza emotiva con le vittime o con i sopravvissuti dell'emergenza. Ci può essere chi ha figli della stessa età dei ragazzi coinvolti in un'emergenza o chi magari ha subito troppo recentemente, o anche nella propria storia di vita, una situazione simile; sarebbe assurdo e non professionale sforzarsi di intervenire ugualmente, perché gli psicologi dell'emergenza, proprio in quanto tali, hanno come unico strumento di intervento esattamente se stessi. Per questo il nostro strumento di intervento, cioè, lo ripeto, noi stessi, deve essere, professionalmente parlando, adeguato, capace cioè di sopportare forti emozioni, il pianto, il dolore, la rabbia, la disperazione dei sopravvissuti, la visione delle vittime stravolte nell'aspetto fisico – si pensi per esempio a chi muore cadendo in montagna –, la stanchezza di interventi che a volte durano anche tutto il giorno, se non più giorni. Dunque, tutto questo richiede una sufficiente, per non dire buona, capacità di regolare le proprie emozioni, i propri affetti. Richiede di aver fatto i conti, psicologicamente parlando, con se stessi, con le proprie parti fragili, magari più esposte. Da questo punto di vista, la psicoterapia personale è sempre la benvenuta!

G.L.: Sotto il profilo della formazione, invece, quali caratteristiche occorre avere per questo tipo di intervento e perché?

D.C.: Proprio il fatto che, come ho detto all'inizio, statisticamente parlando, il suicidio è lo scenario emergenziale in cui siamo maggiormente chiamati a operare, fa sì che oggi come oggi sia maturata la necessità di una formazione specifica in quest'ambito, per tutti i motivi indicati sopra. E credo che le strutture dirigenziali di Psicologi per i Popoli – Trentino si stiano attivando in questa direzione.

G.L.: Puoi consigliare qualche video o qualche lettura o dei corsi utili per la formazione?

D.C.: Oltre alle cose già dette, posso indicare delle letture che a me sono state utili. Per esempio: James Hillman, *Il suicidio e l'anima*, Adelphi, Milano; AAVV, *Quando la scuola viene ferita. Interventi dopo il suicidio di un studente*, Franco Angeli, Milano; Gustavo Pietropolli Charmet e Antonio Piotti, *Uccidersi. Il tentativo di suicidio in adolescenza*, Cortina, Milano; Maurizio Pompili e Roberto Tatarelli, *La prevenzione del suicidio in psicoterapia*, Alpes, Roma.

G.L.: Un'ultima domanda, per concludere. Chi secondo te non è indicato per questo tipo di interventi e per quale motivo?

D.C.: Non è difficile rispondere a questa domanda: chi non si ritrova nelle caratteristiche che deve avere uno psicologo dell'emergenza e che ho bene o male indicato nelle risposte alle domande precedenti.