

# Psicologia dell'Emergenza

*A cura di Maria Pia Bagnato<sup>1</sup> e Andrea Ruozi<sup>2</sup>*

---



---

<sup>1</sup> Psicologa Psicoterapeuta

<sup>2</sup> Psicologo

## 1. Psicologia dell'Emergenza

### **Obiettivi Formativi:**

- 1) **Reazione del soccorritore per interventi di soccorso in gravi emergenze e catastrofi;**
- 2) **Gestione dello stress;**
- 3) **Disturbo Post-Traumatico da Stress.**

Negli ultimi anni si sta assistendo ad un aumento di interesse verso le reazioni dei soccorritori che intervengono in eventi particolarmente traumatici. Solitamente l'operatore in emergenza sviluppa una soglia di tolleranza abbastanza elevata nei confronti di situazioni che, occasionalmente o cronicamente, possono mettere a rischio il suo equilibrio psicologico. Tuttavia il rischio di essere seriamente coinvolto nelle esperienze traumatiche delle persone che soccorre (*traumatizzazione vicaria*) deve essere tenuto in seria considerazione.

La **psicologia dell'emergenza** si rivolge alle persone colpite da una catastrofe, da un lutto, da un trauma, ma anche ai soccorritori, cioè alle persone che intervengono per prime e che, assieme ai sopravvissuti, sperimentano sentimenti di impotenza, angoscia, ansia, disperazione.

**L'intervento di soccorso** si articola in varie **fasi** (Hartsougt, 1985) e a ciascuna di queste fasi si associano specifiche reazioni del soccorritore, talvolta anche molto marcate, ma che vanno comunque considerate come reazioni normali a situazioni anomale/straordinarie. Vediamole assieme:

- a. **Allarme:** prende avvio dalla comunicazione di un evento critico grave, in cui bisogna intervenire. Questa fase si può considerare come il primo impatto con l'evento traumatico, ed è caratterizzata dallo stordimento iniziale e dall'ansia, dalla irritabilità e dall'irrequietezza che caratterizzano la maggior parte degli operatori. Non mancano anche soccorritori in cui si determina una reazione più o meno grave di tipo inibitorio. I soccorritori in questa fase di impatto vivono varie reazioni:
  - *reazioni fisiche* (accelerazione del battito cardiaco, aumento pressorio, difficoltà respiratorie);
  - *reazioni cognitive* (disorientamento, difficoltà nel dare senso alle informazioni ricevute e nel comprendere la gravità dell'evento);
  - *reazioni emozionali* (ansia, stordimento, shock, paura per ciò che si incontrerà sulla scena dell'evento, inibizione in alcuni altri casi);
  - *reazioni comportamentali* (diminuzione dell'efficienza, aumento del livello di attivazione, difficoltà di comunicazione).
- b. **Mobilizzazione:** superato l'impatto iniziale gli operatori si preparano all'azione, l'agire aiuta a dissolvere la tensione, si recupera l'autocontrollo. In questa fase sono presenti in tono minore la maggior parte dei vissuti e delle reazioni della fase precedente, ai quali si associano, come preziosi fattori di recupero dell'equilibrio, il trascorrere del tempo, il passaggio all'azione finalizzata e coordinata e l'interazione.

c. **Azione:** il soccorritore inizia l'intervento di primo soccorso a favore delle vittime. L'operatore è attraversato da emozioni contrastanti: si passa da momenti di euforia (quando si riesce efficacemente a prestare aiuto), fino a sentimenti di delusione, colpa, inadeguatezza (quando l'intervento non ha successo). Il soccorritore vive diverse categorie di reazioni:

- *reazioni fisiche* (aumento del battito cardiaco, della pressione, della frequenza respiratoria, nausea, sudorazione, tremore, ecc.);
- *reazioni cognitive* (difficoltà di memoria, disorientamento, confusione, perdita di obiettività, difficoltà di comprensione);
- *reazioni emozionali* (senso di invulnerabilità, euforia, ansia, rabbia, tristezza, sconforto, apatia, assenza di sentimenti);
- *reazioni comportamentali* (iperattività, facilità allo scontro verbale o fisico, aumento dell'uso di tabacco, alcol, farmaci, perdita di efficienza ed efficacia nelle azioni di soccorso, ecc.).

d. **Lasciarsi andare:** è la fase che va dalla fine del servizio, al ritorno alla routine lavorativa o sociale, quindi al rientro del volontario dopo l'intervento di emergenza sulla catastrofe. Due contenuti caratterizzano questa fase:

- o Il carico emotivo, che durante l'azione è stato represso, nel ritorno alla quotidianità, riemerge con evidenza;
- o Il complesso di vissuti, indotti dalla separazione dagli altri soccorritori con i quali si è vissuto l'intervento, e il ritorno alla vita quotidiana con le relative aspettative rispetto a questo ritorno.

Esistono contenuti psichici negativi inibiti durante la fase di azione, che trovano poi la forza di riemergere e manifestarsi nella fase del *lasciarsi andare*. Tra questi particolarmente comuni sono: la difficoltà nel distendersi, nel rilassarsi, nell'addormentarsi, la tristezza, la tensione, il riaffiorare di episodi e vissuti particolarmente forti sul piano emotivo, la rabbia.

Tra le reazioni legate alle attese positive o negative verso il ritorno alla quotidianità lavorativa e socio-affettiva, possiamo ricordare tanto il desiderio continuo di tornare a casa, quanto il timore della conflittualità con i familiari e con i colleghi, a volte critici verso la scelta di prendere parte ai soccorsi, il disagio per il lavoro arretrato, eventuali sensi di colpa verso il partner ed i figli, ecc.

Gli operatori soggetti ad un maggiore grado di rischio sono:

- Personale medico e paramedico;
- Personale delle ambulanze;
- Operatori di ricerca e salvataggio superstiti;
- Medico legale e il suo staff;
- Forze dell'ordine;
- Volontari che operano sul luogo dell'incidente.

I soccorritori normalmente sviluppano una tolleranza abbastanza elevata nei confronti di queste situazioni, ma il rischio di sviluppare una **traumatizzazione vicaria** va tenuto nella necessaria considerazione.

La traumatizzazione vicaria indica la possibilità che un soccorritore durante il servizio viva in prima persona il trauma, non per esposizione diretta, ma per il contatto con la persona soccorsa. Questo può accadere in particolar modo quando l'operatore è eccessivamente coinvolto con la persona che sta soccorrendo.

Esistono diversi fattori di rischio per lo sviluppo di una traumatizzazione vicaria che possono essere raggruppati in tre classi:

**a. Fattori di rischio oggettivi:**

- Eventi che comportano gravi danni per neonati e bambini;
- Eventi che coinvolgono molte persone (dall'incidente stradale al terremoto);
- Eventi che causano lesioni gravi, mutilazioni e deformazioni del corpo delle vittime;
- Eventi che causano la morte di colleghi;
- Il fallimento di una missione di soccorso comportante la morte di una o più persone;
- La necessità di compiere scelte difficili e/o inadeguate al proprio ruolo operativo;
- La necessità di prendere decisioni importanti in tempi rapidissimi.

**b. Fattori di rischio soggettivi:**

- Tendenza eccessiva del soccorritore ad identificarsi con la vittima;
- Bisogno marcato del soccorritore di tenersi a distanza dalle vittime;
- Presenza di significative problematiche psicologiche del soccorritore e/o la presenza di traumi pregressi in elaborati;
- Mancanza di idonee strategie per fronteggiare lo stress e/o la mancanza di adeguate capacità di valutare la propria tolleranza allo stress;
- Scarsa conoscenza della normale risposta fisiologica e psicologica delle persone di fronte allo stress;
- Lesioni personali.

**c. Fattori di rischio legati all'organizzazione in cui si presta servizio:**

- Ritmi di lavoro eccessivi;
- Inadeguatezze logistiche degli ambienti destinati ai soccorritori;
- Carenze nei processi di comunicazione;
- Conflitti interni all'organizzazione e tra soccorritori;
- Carenze nei processi di selezione e formazione degli operatori;
- Mancanza di programmi di supporto psicologico dei soccorritori.

**Rischi per il soccorritore**

Oltre al paziente, anche il soccorritore è sottoposto a stress e le difficoltà possono essere sia fisiche che psichiche, al di là di ogni tipologia d'intervento.

A questo proposito Mitchell ed Everly (1996) parlano di **critical incident** definendolo come *“qualunque situazione affrontata dal personale di emergenza sanitaria, capace di produrre uno stress emotivo insolitamente elevato in grado di interferire sulle abilità dell'operatore di fronte alla scena dell'evento e anche dopo”*.

Esiste una vera e propria sindrome che può colpire i soccorritori, la **“critical incident stress syndrome”** (CISS). È un rischio reale per le persone che sono spesso a contatto con incidenti, tragedie, morti e può causare problemi familiari, perdita di lavoro oltre ad un'elevata sofferenza individuale.

La sindrome può causare effetti e reazioni a vari livelli:

- **Reazioni fisiche:** nausea, problemi gastro-intestinali, tremori muscolari, aumento del ritmo respiratorio e della pressione sanguigna, alternanza di iperattività e spossatezza, disturbi del sonno, alimentari e sessuali;
- **Reazioni emozionali:** senso di colpa, rabbia, oscillazioni dell'umore, repressione dei sentimenti, angoscia, paura, perdita dell'autostima, depressione,

- **Reazioni cognitive:** disorientamento, incapacità a concentrarsi, incapacità di giudizio, difficoltà di memoria, amnesia.

In letteratura vi sono molti studi e ricerche che sottolineano come gli operatori dell'emergenza possono incorrere in sindromi e problematiche legate proprio alla loro attività.

Colen (1978): su 42 operatori d'emergenza, coloro che si sono sottoposti a psicoterapia sono aumentati da 5, nel periodo precedente ad un disastro aereo, a 13 nel periodo seguente alla tragedia.

Ravenscroft (1994): il 97% del personale delle ambulanze di Londra ritiene lo stress come il loro problema principale; inoltre il 15% superava la soglia del disturbo acuto post-traumatico da stress.

Genest (1990): gli operatori di emergenza che riferivano di aver praticato il BSL con esito negativo riportavano pensieri intrusivi riguardo all'accaduto e affermavano di avere difficoltà nell'accantonare questi pensieri.

Nube Driefing (1993) riporta che il 29% dei lavoratori dell'emergenza soffrono di ipertensione arteriosa e di cefalea; inoltre la *Critical Incident Stress Sindrome* può evolvere nel tempo in quadri clinici quali Disturbo Acuto da Stress e Disturbo Post-Traumatico da Stress.

### **Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD)**

Come già sottolineato prima, il PTSD si può presentare come evoluzione della Critical Incident Stress Sindrome negli operatori di emergenza oppure nelle vittime di un trauma.

Solo nel 1980 il PTSD è stato formulato nel Manuale Diagnostico e Statistico di Disturbi Mentali (DSM-III).

Nel DSM-IV la diagnosi di PTSD si pone quando una persona, esposta ad eventi traumatici, sviluppa sintomi duraturi intrusivi, di evitamento e di iperattivazione.

### **Criteri di diagnosi**

Nell'evento traumatico sono presenti entrambe queste caratteristiche:

- la persona ha vissuto, assistito, o si è confrontata con un evento che ha implicato morte, o minaccia di morte, o gravi lesioni o una minaccia all'integrità fisica propria o di altri;
- la risposta della persona comprendeva paura intensa, sentimenti di impotenza, o di orrore.

Il soggetto rivive persistentemente l'evento in uno, o più, dei seguenti modi:

1. ricordi spiacevoli ricorrenti e intrusivi dell'evento che comprendono immagini, pensieri, o percezioni. Nei bambini piccoli si possono manifestare giochi ripetitivi in cui sono espressi temi o aspetti riguardanti il trauma;
2. sogni spiacevoli ricorrenti dell'evento. Nei bambini possono essere presenti sogni spaventosi senza un contenuto orribile;
3. agire o sentire come se l'evento traumatico si stesse ripresentando (sensazioni di rivivere l'esperienza, illusioni, allucinazioni, episodi dissociativi di flashback). Nei bambini piccoli possono manifestarsi rappresentazioni ripetitive specifiche del trauma;
4. disagio psicologico intenso all'esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simbolizzano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento traumatico;
5. reattività fisiologica o esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simbolizzano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento traumatico.

Si verifica un evitamento persistente agli stimoli associati con il trauma e vi è un'attenuazione della reattività generale:

1. sforzi per evitare pensieri, sensazioni, o conversazioni associate al trauma;
2. sforzi per evitare attività, luoghi o persone che evocano ricordi del trauma;
3. incapacità di ricordare qualche aspetto importante del trauma;
4. riduzione marcata dell'interesse o della partecipazione ad attività significative;
5. sentimenti di distacco o di estraneità verso gli altri;
6. affettività ridotta (es. incapacità di provare sentimenti di amore, affetto...);
7. sentimenti di diminuzione delle prospettive future (es. aspettarsi di non poter avere una carriera, un matrimonio o dei figli o una normale durata della vita).

Sintomi persistenti di aumentato arousal:

1. difficoltà ad addormentarsi o a mantenere il sonno;
2. irritabilità o scoppi di collera;
3. difficoltà a concentrarsi;
4. ipervigilanza;
5. esagerate risposte di allarme.

**Reazioni Tipiche conseguenti al trauma**

<b>REAZIONE EMOTIVA</b>	<b>MENTALE</b>	<b>FISICA</b>	<b>COMPORTAMENTALE</b>
<b>Ansia</b>	<b>Confusione</b>	<b>Affaticamento</b>	<b>Accessi di rabbia</b>
<b>Paura</b>	<b>Deficit di memoria</b>	<b>Esaurimento</b>	<b>Uso di sostanze</b>
<b>Agitazione</b>	<b>Difficoltà di concentrazione</b>	<b>Problemi gastrointestinali</b>	<b>Chiusura in se stessi / isolamento</b>
<b>Irritabilità / fragilità</b>	<b>Distraibilità</b>	<b>Problemi respiratori</b>	<b>Difficoltà relazionali</b>
<b>Rabbia</b>	<b>Pensieri intrusivi</b>	<b>Cefalee</b>	<b>Disturbi dell'appetito</b>
<b>Senso di colpa</b>	<b>Flashback</b>	<b>Spasmi muscolari</b>	<b>Disturbi del sonno</b>
<b>Lutto / perdita</b>	<b>Incubi</b>	<b>Sudorazione</b>	<b>Cambiamenti della libido</b>
<b>Vulnerabilità</b>	<b>Pensieri ossessivi</b>	<b>Vertigini</b>	<b>Facile agitazione</b>
<b>Scetticismo</b>	<b>Ipervigilanza</b>		

La durata del disturbo è superiore a 1 mese.

Il disturbo causa disagio clinicamente significativo o menomazione nel funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti.

È opportuno sottolineare che non tutte le persone che vivono un'esperienza di trauma incorrono nel PTSD; meno del 50% infatti si ammalano di questo disturbo che può essere di breve durata, ma può anche cronicizzarsi e ciò dipende dalle molteplici variabili già precedentemente evocate.

I soggetti che più facilmente possono soffrire di Disturbo Post-Traumatico da Stress sono adolescenti e giovani adulti, prevalentemente di sesso femminile, con temperamento introverso e scarsa educazione e formazione. Questi soggetti hanno solitamente un locus of control esterno e hanno avuto precedenti disturbi psicopatologici.

Oltre al PTSD vi sono altri disturbi specifici legati ad un evento traumatico tra cui:

- disturbo acuto da stress;
- disturbo dell'adattamento;
- disturbo psicotico breve.

Vi sono inoltre alcune patologie che non sono specifiche, ma si possono presentare dopo un evento particolarmente doloroso/traumatico:

- altri disturbi d'ansia;
- disturbi dell'umore;
- disturbi sessuali;
- disturbi dell'alimentazione;
- disturbi somatoformi;
- disturbi correlati a sostanze;
- disturbi di personalità.

È bene che qualsiasi disturbo tra i precedenti sia riconosciuto e sia trattato precocemente in quanto la cronicizzazione implica una terapia e un miglioramento più lungo e difficile.

### **Tecniche di gestione dello stress da evento critico**

Prevenzione e cura: Alla luce dei fattori di rischio precedentemente accennati, si possono evidenziare le seguenti misure preventive e terapeutiche al fine di minimizzare il rischio dello stress post-traumatico negli operatori dell'emergenza o per intervenire su una condizione patologica in atto.

#### **Strategie generali**

- Selezione adeguata del personale.
- Ritmi di lavoro che consentano un adeguato riposo.
- Riduzione al minimo delle tensioni comunicative e politiche all'interno dell'organizzazione che opera in emergenza.

#### **Strategie rivolte a piccoli o a grandi gruppi:**

Spiegazione agli operatori delle modalità di manifestazioni più tipiche dello stress legato a lavori in contesto di emergenza al fine di non trascurarle. Insegnamento di semplici e rapide tecniche di rilassamento o di autoipnosi. Utilizzazione di strategie di **defusing** e **debriefing** (Solomon, Macy, 2003) per gli eventi critici rivolte con regolarità agli operatori al fine di consentire una adeguata condivisione tra colleghi delle tensioni emotive connesse al proprio operato. Si tratta di specifici gruppi di discussione strutturati e coordinati da un esperto nella gestione degli eventi critici che contribuiscono a ridurre l'impatto emotivo delle esperienze con le quali ci si è confrontati. Interventi di questo tipo sono stati utilizzati recentemente, ad esempio, con il personale coinvolto di soccorso in occasione dell'attentato alle torri gemelle di New York del settembre 2001.

**Interventi psicoterapeutici:** Sono state create specifiche strategie di intervento psicoterapeutico per intervenire sull'operatore rimasto altamente coinvolto dagli eventi stressanti e/o nel caso in cui esperienze in emergenza avessero destabilizzato un equilibrio psicologico precario (per una rassegna: Foa, Keane, Friedman, 2000; Giannantonio, 2003). A questo scopo, l'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) e alcune strategie cognitivo-comportamentali hanno dimostrato una buona efficacia.

## Defusing

Il defusing è una tecnica di gestione dello stress da evento critico e rappresenta, assieme al debriefing, uno dei momenti di maggiore rilievo del programma messo a punto da Jeff Mitchell per la gestione dello stress da evento critico. In particolare il defusing

- è un pronto soccorso emotivo;
- non è una psicoterapia;
- non è una cura.

L'intervento di defusing serve essenzialmente per ridurre il senso di isolamento, attraverso l'appartenenza al gruppo che ha subito il trauma e aiuta il gruppo a ritornare alla normalità fornendo soluzioni a breve termine stabilizzando le emozioni e normalizzando l'esperienza.

Questa tecnica permette di condividere l'esperienza, dando l'opportunità al gruppo di sentirsi una squadra, considerarsi un "tutto" con la piena coesione tra i singoli.

In pratica si tratta di far raccontare ed ascoltare con empatia e a ruota libera, quel che è stato visto e fatto e quel che è successo; si fa attenzione a lasciare esprimere le emozioni dando loro un nome e possibilmente anche localizzandole nel corpo. Questo può essere utile farlo anche senza la presenza di un esperto. In questo capitolo potete trovare una descrizione delle varie reazioni che un trauma più o meno intenso può provocare, il condividere le emozioni dopo un intervento particolarmente grave può essere una prima strategia. Nel caso la vostra qualità di vita fosse inficiata da un evento traumatico vi consigliamo di rivolgervi ad un esperto. Troverete in bibliografia e in sitografia molti riferimenti che potranno esservi d'aiuto.

### Bibliografia:

Giannantonio M. (a cura di) (2003) *Psicotraumatologia e Psicologia dell'Emergenza*, Salerno, Ecomind.

Giusti E., Montanari C. (2000) *Trattamenti psicologici in emergenza con EMDR per profughi, rifugiati e vittime di traumi*, Roma, Sovera Multimedia.

Lo Iacono A., Troiano M. (a cura di) (2002) *Psicologia dell'Emergenza*, Roma, Editori Riuniti

### Sitografia:

[www.oltreilblu.org](http://www.oltreilblu.org)

[www.psicotraumatologia.org](http://www.psicotraumatologia.org)

[www.sipem.org](http://www.sipem.org)