

L'INTERVENTO PSICOLOGICO NEI DISASTRI: PANORAMICA NAZIONALE ED INTERNAZIONALE

Antonio Zuliani

**Relazione, non rivista dall'autore, al convegno "Scenari nazionali e internazionali dell'emergenza"
Castel Ivano (TN) 11 maggio 2002.**

Il taglio che ho deciso di dare alla mia relazione di oggi deriva direttamente dalle riflessioni fatte mentre raccoglievo notizie e informazioni circa le modalità di intervento psicologico nelle situazioni di catastrofe in Italia e negli altri paesi.

Mi sembrava sempre più evidente che proporre una rassegna su quanto c'è in Italia e all'estero rispetto alla Psicologia dell'Emergenza, non avrebbe risposto al sottotitolo del nostro convegno "Per la psicologia è tempo di bilanci e nuove proposte".

Non ho la presunzione di risolvere la questione ma, mi sembra utile proporre una serie di spunti di riflessione, molti dei quali derivati appunto da scenari non nazionali, circa lo stato dell'arte della psicologia che, in Italia, sta cercando di focalizzare le sue risorse e le sue modalità di intervento nelle situazioni di disastro.

Ogni qual volta si parla di una nuova area di interesse disciplinare viene spontaneo andare a ricercarne le radici, una sorta di anno zero che ne decreti il momento dell'inizio; credo che, per la Psicologia dell'Emergenza non ci sia una data di inizio.

Ci sono invece alcune date che hanno permesso di evidenziare che già molti psicologi lavoravano, del tutto ignari del lavoro condotto da altri colleghi, attorno a questi temi; questa scoperta ha consentito di individuare i momenti salienti che hanno portato la Psicologia dell'Emergenza ad essere oggetto di discussione pubblica.

In Italia possiamo dire che un primo momento importante è segnato dalla presenza di numerosi psicologi a fianco delle popolazioni umbre e marchigiane colpite dal terremoto nel 1997 e, ancor più, dal convegno dal titolo “Il cielo copre, la terra sostiene” che il nostro Ordine Nazionale ha organizzato ad Assisi il 27 novembre dello stesso anno. Questa iniziativa dell’Ordine ha avuto un importante significato simbolico rispetto al lavoro psicosociale; infatti, siamo stati i primi ospiti che, in una giornata piovosa, siamo andati in una città ancora gravemente ferita dal terremoto, per discutere di rinascita di una comunità.

Anche precedentemente, dopo il terremoto del Friuli e dell’Irpinia, gli psicologi sono stati presenti ma, la dimensione pubblica di questa attività non era emersa con la stessa evidenza.

Un secondo grande momento nel quale il lavoro di molti di noi psicologi ha avuto modo di essere riconosciuto e di trovare un ulteriore momento di visibilità e di collegamento, è stato il 1999.

Questa seconda tappa storica è stata attivata dall’ appello del Consiglio Nazionale degli Psicologi prima e, di quello dell’Ordine del Veneto poi, per la mobilitazione della categoria a favore dei profughi kosovari.

In realtà, è un progetto che non è mai partito perché, la “Missione Arcobaleno”, così si chiamava, del governo italiano è durata molto poco; però, anche in questa occasione, seppur con una certa dose di ingenuità e di difficoltà nel cogliere la vera essenza delle richieste di aiuto, decine di colleghi hanno dato la loro disponibilità. Ho parlato di ingenuità e di incapacità di cogliere il senso del lavoro perché, a volte c’erano dei colleghi che chiedevano la garanzia sul fatto di poter dormire in un letto e, molti di noi dormivano con il sistema della “branda calda” (la branda che è sempre calda perché quando non ci dormi tu ci dorme un altro, perché ci si danno i turni sul lavoro) oppure, c’era chi assicurava la cura a non più di quattro persone al giorno e, pretendeva lo studio! Ingenuità dicevo che, però ci ha permesso di vedere come molti colleghi avessero già avuto molte esperienze, sia sul territorio nazionale ed internazionale, a cui fare riferimento.

Da questi due grandi momenti nasce l’associazione «Psicologi per i popoli» ma, nascono anche tutte le altre realtà oggi qui largamente rappresentate.

Mi permetto qui di dire, senza acredine, che uno dei problemi italiani è che la più grande associazione che ci rappresenta, l’Ordine Professionale, non ha saputo entrare in questo processo se non in questi ultimi tempi e con modalità che non mi paiono del tutto chiare.

A distanza di sette anni è proprio tempo di bilanci, dobbiamo chiederci che cosa stiamo facendo e, se quello che abbiamo fatto sino ad ora, è stato utile oppure no.

Vedrà dunque di entrare adesso nello specifico della situazione italiana, assolutamente unica nel panorama europeo, riguardante il significato dell’impegno dello psicologo all’interno di una situazione di disastro.

La specificità italiana è estremamente particolare e, questo richiede un grosso lavoro di riflessione e di adattamento di molti dei principi teorici e delle prassi che abbiamo conosciuto in questi anni attraverso la letteratura internazionale e, nord americana in particolare.

Ritengo infatti che, non si possa concretamente pensare di applicare acriticamente i modelli pensati per scenari e contesti diversi da quelli italiani.

Prima di approfondire la specificità che colloca l'Italia in questa situazione del tutto particolare rispetto al contesto internazionale, vorrei offrire alcune riflessioni più generali che si rifanno ad alcuni nodi problematici che stiamo affrontando.

C'è stata in questi anni la tendenza a considerare la Psicologia dell'Emergenza come una sorta di nuova specialità che non aveva nulla a che fare con quello che la psicologia aveva fatto prima, come una cosa nuova da imparare. Credo, non solo che questo non sia vero ma, che abbia anche distolto molte delle nostre energie e abbia anche un po' illuso che ci fossero delle tecniche e delle strategie assolutamente rigide che potessero essere applicate in quei momenti.

Credo che occorra riflettere dunque sull'esistenza o meno di una Psicologia dell'Emergenza intesa, come ricorda Pezzullo in un suo recente articolo, come un insieme di pratiche e di tecniche giustapposte.

E'importante fare una riflessione su questo tema poiché stanno sorgendo innumerevoli proposte formative che possono dare l'idea, specialmente ai colleghi più giovani, che esista una Psicologia dell'Emergenza come una pratica a sé stante, di cui magari è possibile impraticarsi con alcuni fine settimana di corso e, che potrà rappresentare una sicura fonte di reddito. Credo sia utile provare a dare risposta ad entrambe queste domande, sia sul versante teorico e che su quello occupazionale.

A mio parere, l'intervento psicologico nella situazione di emergenza non fa riferimento ad una particolare branca della psicologia, se questo vuole significare una autonomia teorica e applicativa.

L'intervento dello psicologo, a mio parere, si concretizza attraverso un insieme di conoscenze che devono essere contestualizzate in una specifica situazione e sottoposte alla verifica critica; verifica che non può mai essere autoreferenziale, ma deve sottostare ad una analisi di coerenza teorica e alla prova della sua efficacia.

Queste conoscenze fanno riferimento alla psicologia clinica, a quella ambientale, a quella cognitiva e, non ultima a quella di comunità.

In ogni caso appare indispensabile il possesso di un bagaglio teorico certo, di una evidenza scientifica della connessione tra metodi e risultati e, di una verifica nel contesto delle operazioni in situazioni catastrofiche.

Temo che il più delle volte questi passaggi siano un po' troppo trascurati o confusi, forse alla ricerca di una validazione autoreferenziale dei benefici raggiunti o, comunque, della difficoltà di applicare metodi di analisi e di verifica più compatibili ad una situazione di laboratorio che non all'applicazione sul campo.

Da questo punto di vista credo sia necessario adottare una certa prudenza critica verso metodiche di importazione, che spesso ottengono maggiori riconoscimenti nel nostro paese che nel paese dove sono state elaborate.

Vorrei portare, a proposito di quanto detto, un paio di esempi circa l'approccio alle catastrofi sui quali la nostra categoria deve maggiormente riflettere: è bene studiare quanto viene

elaborato negli altri paesi, ma credo sarebbe giusto dedicare le stesse energie, almeno pari energie, alla conferma della validità di queste idee come al loro vaglio critico.

Da alcuni anni, ha fatto la sua comparsa nella nosografia psichiatrica il concetto di Disturbo Post Traumatico da Stress. Solo con il DSM III, nel 1980, questa sindrome ha acquisito la dignità di entità diagnostica definita in modo specifico.

In Italia, questa sindrome ha avuto un successo incredibile dimenticando però che è nata in un contesto assicurativo negli Stati Uniti; è nata perché era necessario garantire una copertura assicurativa ai reduci del Vietnam.

Per comprendere l'uso di uno strumento è sempre importante identificare la sua origine e, considerare che attualmente, proprio i colleghi nord americani stanno producendo un vasto movimento critico nei confronti del Disturbo Post Traumatico da Stress.

Al contrario, noi italiani stiamo producendo una serie di ricerche che lo confermano ma, confermano che cosa? E, in particolar modo è utile? E, se lo è, in quale contesto?

Quello che mi interessa rilevare è, come una non attenta comprensione di questo disturbo possa trasformarsi in una potente macchina iatrogena nell'immediato dell'impatto catastrofico.

Ciò avviene ogni qual volta, specie nei momenti immediatamente successivi all'impatto di una catastrofe, i segni e sintomi che le persone, a vario titolo coinvolte, manifestano vengono visti in un contesto atemporale. Cosa tutt'altro che infrequente dato il significato di rottura della dimensione del tempo tipica di ogni catastrofe.

Se osserviamo da vicino i criteri diagnostici del Disturbo Post Traumatico da Stress, leggiamo delle cose molto interessanti.

Mi limiterò a ricordare solamente l'asse B dei criteri, ma credo che ciò valga a chiarire l'intero ragionamento proposto:

“L'evento traumatico viene rivissuto persistentemente in uno (o più) dei seguenti modi:

- ricordi spiacevoli ricorrenti o intrusivi dell'evento che comprendono immagini, pensieri o percezioni. Nota: nei bambini piccoli si possono manifestare giochi ripetitivi in cui vengono espressi temi o aspetti riguardanti il trauma.
- sogni spiacevoli ricorrenti dell'evento. Nota: nei bambini possono essere presenti sogni spaventosi senza contenuto riconoscibile.
- agire o sentire come se l'evento traumatico si stesse ripresentando (ciò include sensazioni di rivivere l'esperienza, illusioni, allucinazioni, ed episodi dissociativi di flashback, compresi quelli che si manifestano al risveglio o in uno stato di intossicazione). Nota: nei bambini piccoli possono manifestarsi rappresentazioni ripetitive specifiche del trauma.
- disagio psicologico intenso all'esposizione a fattori scatenanti interni ed esterni che simbolizzano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento traumatico.

- reattività fisiologica o esposizione a fattori scatenanti interno o esterni che simbolizzano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento traumatico.»

Le esperienze e le osservazioni cliniche condotte nei tempi immediatamente successivi ad una catastrofe ci mostrano che queste reazioni sono normalmente presenti nella popolazione coinvolta anzi, sono attese tra i sopravvissuti ad una catastrofe.

La difficoltà ad addormentarsi, l'irritabilità, l'ipervigilanza; ecc., sono dei segni e dei sintomi che le persone manifestano abitualmente dopo l'esposizione ad un evento catastrofico.

Chi si occupa di bambini, ci dice che il gioco è un prezioso strumento attraverso il quale essi possono esprimere ed elaborare le loro difficoltà. Ecco allora che, nella stessa ripetizione simbolica di quello che hanno vissuto vi è una grande funzione riparatrice. Non si tratta dunque di limitare il gioco del bambino e di vederlo con sospetto ma, semmai di parlare con il bimbo e di capire con lui. Similmente, dobbiamo fare con l'intera comunità colpita, aiutandola a comprendere il significato dei sintomi; se andiamo a portare il nostro aiuto alle popolazioni colpite cercando di fare diagnosi, rischiamo di convincerli che quello che stanno vivendo è una malattia.

Se volessimo racchiudere tutto ciò all'interno di uno slogan potremmo dire che è l'evento catastrofico ad essere patologico, non la reazione della persona suo malgrado coinvolta perché nessuno di noi vive dell'idea che c'è la catastrofe ma, con l'idea che la sua vita abbia un'evoluzione più o meno normale.

Questo è quello che hanno fatto i colleghi statunitensi, dopo l'attentato dell'11 settembre, indicando alla popolazione come la presenza di alcuni disturbi psicologici fosse da considerare normale.

Gli psicologi statunitensi hanno infatti diramato nei giorni successivi all'evento tutta una serie di informazioni e di indicazioni alla popolazione del tipo:

“Guardate che sarete spaventati, vi succederanno queste cose, i vostri bimbi avranno delle regressioni e questo è normale che accada; se questo tipo di reazioni dovesse essere invasivo, allora rivolgetevi a...”

Certo, i criteri diagnostici ci ricordano che tali manifestazioni devono persistere per un lasso di tempo lungo, comunque non meno di un mese.

E qui sta uno dei nodi essenziali del problema nel senso che, l'intervento di emergenza nelle catastrofi è spesso più breve e, quindi il conoscere la possibilità di instaurarsi di questa sindrome sembra utile per evidenziare le strategie che possano permettere al singolo e alla collettività di attivare tutte le sue risorse per evitare o attutire significativamente questi disagi piuttosto che divenire criterio diagnostico nell'immediato.

Ecco allora una certa perplessità di fronte all'enfasi che, da molte parti, si pone sul tema del trauma, non per negarne l'esistenza, ma per sottolineare il pericolo nel quale incorriamo quando lo ricerchiamo anche quando non vi è ragione di trovarlo andando a cercare conferma della sua presenza in segni e sintomi che, come credo di aver evidenziato, in una prima fase sembrano sottolineare una normale reazione.

Inoltre, se queste sono reazioni vitali credo occorra una certa prudenza nel volerle eliminare.

Oggi gli stessi psichiatri hanno molti dubbi sull'efficacia dell'uso dei sedativi in queste situazioni, per la preoccupazione di attutire, assieme alla sofferenza, anche le capacità rielaborative delle persone. Non vorrei che ci mettessimo noi psicologi, magari adottando tecniche suggestive, a proporre questo rischio.

Ecco allora il pericolo iatrogeno del quale parlavo e sul quale dobbiamo riflettere.

Con ciò non voglio negare l'esistenza di disturbi di natura psichica nelle situazioni catastrofiche; mi domando però se, la loro genesi vada ricercata nell'evento oppure in situazioni psicologiche precedenti che, probabilmente nell'immediato abbisognano più di un intervento psichiatrico che psicologico.

Una analoga riflessione la dobbiamo sviluppare anche nei riguardi di una delle tecniche che viene maggiormente utilizzata nell'immediato succedersi di una catastrofe: il debriefing.

Il debriefing chiaramente non è una psicoterapia, bensì un processo che favorisce la mobilitazione delle capacità che ogni individuo ha per superare il vissuto traumatico.

Pur tuttavia, a parte la carenza di dimostrazioni sperimentali della sua efficacia, come sottolineato dai colleghi australiani, vi sono nella tecnica proposta da Mitchell degli evidenti problemi.

Il prevedere che tutte le persone coinvolte in un disastro, a prescindere dalla loro storia personale, dallo stato del loro equilibrio psichico, possano e debbano esternare i propri vissuti e i propri sentimenti affettivi verso l'esperienza catastrofica, entro le 72 ore dall'evento è quanto meno discutibile.

Ecco che una tecnica, sulla cui efficacia empirica molti sono disposti a scommettere, può divenire anch'essa iatrogena. Come si dovrà sentire infatti quella persona che non può o non riesce ad esprimere le proprie emozioni in un contesto di debriefing strutturato?

Ritengo che, una persona che non riesce a soddisfare le richieste del protocollo del debriefing possa percepirsi "diversa" e quindi "ammalata" quando invece, si tratta solamente di una diversità nei tempi di elaborazione, come ognuno di noi ben conosce all'interno dell'esperienza clinica.

Vi è anche un altro interrogativo: si può operare con uno strumento che, pur non essendo direttamente psicoterapeutico, mobilita notevoli vissuti psichici, con persone sconosciute?

Questi sono solo alcuni dei temi teorici sui quali c'è poca riflessione nella psicologia italiana, pur essendo vero che i colleghi che utilizzano questa tecnica sono a conoscenza di questi limiti ma, poi non viene chiaramente evidenziato negli scritti e nelle pubblicazioni.

Ben diverso è il debriefing applicato ai soccorritori, delle cui dinamiche personali lo psicologo dovrebbe essere a conoscenza se li sta già seguendo come supervisore.

Questa posizione apre allora lo scenario del ruolo dello psicologo nelle organizzazioni di soccorso in Italia, sul quale tornerò in seguito.

Al di là di questi accenni che confermano l'esigenza di una verifica critica dei mezzi che utilizziamo negli interventi professionali, credo sia opportuno riflettere anche su altre due caratteristiche proprie del contesto italiano.

Da un lato una certa qual timidezza degli psicologi che si evidenzia nella concorrenza in atto con gli psichiatri ma, anche con una difficoltà a difendere il proprio campo di intervento dall'invasione di altre figure.

In secondo luogo la peculiarità della macchina dei soccorsi italiana che si muove nei contesti catastrofici.

Per quanto riguarda il primo punto mi sembra che esso rilevi una difficoltà generale della psicologia italiana a trovare un proprio campo di attività riconoscibile e riconosciuto. Ecco allora che, la concorrenza con il mondo

psichiatrico attorno alle tematiche legate alla diagnosi e alla terapia dei Disturbi Post Traumatici da Stress può diventare una battaglia marginale se, ad essa vengono immolate tutte quelle energie che permetterebbero di trovare un ruolo specifico dello psicologo all'interno degli eventi catastrofici. E all'interno di queste prospettive mi permetterò di suggerire delle piste di lavoro.

Un'altra conseguenza di questa sorta di timidezza, o di battaglie superflue, è quella di non essere riusciti a difendere da altri la specificità dello psicologo: ecco allora associazioni che si propongono, di addestrare i propri associati a divenire una sorta di vice psicologo e, questo in un contesto nazionale che vede molti colleghi disponibili ad un impegno diretto.

Non è questo il ruolo previsto negli altri paesi per i "pari". Il più delle volte si tratta di soggetti appartenenti alle varie organizzazioni che possono trovarsi coinvolte in situazione critiche (polizia, vigili del fuoco, ferrovieri, ecc) che vengono formati dai nostri colleghi ad attivare un primo intervento in caso di catastrofe.

Non si tratta però di interventi psicologici professionali, ma di attivare atteggiamenti e comportamenti "attivanti" per le persone coinvolte che, analogamente ai soccorritori in campo sanitario imparano a non creare ulteriori danni psicologici, in attesa dell'arrivo delle colonne di soccorso nelle quali, la presenza dello psicologo diventa qualificante e decisiva per l'orientamento finale dell'intervento.

A questa realtà si collega la specifica realtà dell'organizzazione degli interventi nei disastri che poi sono gli interventi di Protezione Civile.

Quando si parla di Protezione Civile si rischia di riferirsi ad un'entità poco più che simbolica. Infatti la struttura di Protezione Civile è estremamente piccola, e non potrebbe essere diversamente visto che non sarebbe economicamente possibile mantenere un'organizzazione dedicata, con tutto l'insieme di uomini e mezzi, sempre disponibile per ogni sorta di intervento.

Al di là delle necessarie attività di programmazione e di coordinamento centrali che, stanno tuttavia andando sempre più verso una collocazione regionale e provinciale, le forze mobilitabili immediatamente in caso di catastrofe sono di natura istituzionale (Vigili del fuoco, 118, Esercito, Croce Rossa Italiana).

Solo successivamente si attivano le associazioni di volontariato che rappresentano la vera massa di manovra capace di attuare un intervento efficace.

Anzi, e questa è la peculiarità che distingue l'Italia da tutti gli altri paesi, è proprio il volontariato la spina dorsale delle attività in caso di catastrofe

Da questo punto di vista si aprono le due fondamentali prospettive di impiego degli psicologi italiani e, in questo modo, affronto anche il tema della redditività di questi interventi: il lavoro di assistenza dopo l'evento che sembra caratterizzarsi più come attività di volontariato professionale e il lavoro di prevenzione e di formazione dei soccorritori che apre, invece, interessanti prospettive occupazionali.

Per quanto concerne le modalità di intervento, vi sono delle prospettive molto interessanti nella misura in cui, sull'onda di quanto già accade negli Stati Uniti (ed oggi presentiamo la traduzione di un manuale statunitense per operatori o organizzazioni nei disastri e nelle calamità) e in Canada (attraverso il modello del "Personal Service") si aprono delle concrete possibilità di intervento che, partendo dalle grandi sofferenze che una calamità provoca sul singolo e, dalle proiezioni che tali situazioni assumono su scala comunitaria, vedono nella prevenzione e nella pianificazione delle azioni di soccorso una prospettiva di intervento psicosociale.

Parlo di intervento psicosociale perché esso contiene in sé molte prospettive e conoscenze delle quali siamo già in possesso e quindi, a conferma di una delle tesi con cui ho aperto questo intervento, la Psicologia dell'Emergenza non appare come una disciplina autonoma.

L'intervento psicosociale apre la prospettiva clinica (nella misura in cui ha estrema attenzione alle vicende del singolo e alle dinamiche intrapsichiche del suo disagio), la prospettiva dell'utilizzazione degli studi di psicologia ambientale (nella misura in cui si tratta di agire in contesti nei quali la rottura dei legami con l'abitare e con il territorio rappresentano ferite intime per chi ne è coinvolto), la prospettiva di attivare tutte le conoscenze utili di psicologia di comunità, di psicologia culturale e sociale, ecc.

Ma mi rendo conto che si tratta di un elenco che può arrivare ad abbracciare molti rami di competenza psicologica, nella misura in cui si focalizzano diversi ed importanti rapporti che la persona ha con se stesso, con il suo ambiente circostante e con la comunità di appartenenza.

In estrema sintesi, come ricorda il Dott. Ranzato, gli interventi psicologici dopo una catastrofe, sono articolati in rapporto:

- alla fascia di età: operare a favore di bambini, adulti e anziani richiede attenzioni e piani di intervento spesso diversi.
- alla temporalità: c'è un ambito di intervento proprio della situazione di pre emergenza (ed è quello più ampio), c'è l'intervento nell'emergenza e nella post emergenza. A tal proposito, credo sia importante arrivare a definire quando può dirsi concluso l'intervento psicologico nella fase di emergenza.

- al contesto culturale dell'intervento: oggi abbiamo interventi sia sul territorio nazionale che internazionale ma, dobbiamo porre attenzione anche rispetto alle differenze che si presentano all'interno alle singole realtà nazionali,
- all'estensione dei danni, alla tipologia di soccorritori (che in Italia saranno sempre più legati allo sviluppo di un volontariato professionale), alla gravità dei traumi subiti e alle possibilità di trattamento.

Proprio la particolarità del contesto italiano aggiunge una prospettiva specifica a questo modello di intervento psicologico, e, in questo senso cercherò di dare una prospettiva di intervento proprio all'interno della macchina della Protezione Civile

Sempre di più stiamo andando verso un'articolazione degli interventi in situazione di catastrofe che si basano sulle capacità delle singole realtà locali di attivare propri progetti di intervento (di qui i piani di protezione civile regionali, provinciali e comunali), con risorse locali di tipo volontario (squadre comunali di Protezione Civile). Ciò non significa far perdere di rilevanza alle grandi associazioni di volontariato che hanno svolto e stanno svolgendo un'opera meritoria ma, focalizzare le loro capacità di intervento attraverso il coordinamento e la regia delle risorse locali. D'altra parte non è nell'attivazione delle risorse della comunità la chiave principale per la risoluzione dei potenziali traumi?

Ciò però significa che l'intervento dello specialista psicologo deve, necessariamente, integrarsi con quello di tutti gli altri attori presenti nello scenario, trovando nella dialettica del confronto il significato e la gerarchia dell'importanza degli interventi da attivare situazione per situazione.

La presenza nello scenario dell'intervento di molti soccorritori pone la questione dell'importanza che vengono ad assumere le modalità del loro intervento, anche solamente di tipo logistico, in ordine alla soluzione dei problemi psicologici.

Ciò significa che, affinché il nostro intervento psicologico sia efficace, tale attenzione deve essere diffusa tra tutti i soggetti presenti. Ogni parola pronunciata, ogni gesto compiuto hanno un grande significato nelle situazioni di cui stiamo parlando.

Vi sono addirittura, prendendo in prestito un concetto di Racamier, dei momenti in cui la parola perde di ogni significato e, al suo posto si realizzano delle vere e proprie azioni parlanti capaci di avere un profondo influsso sugli altri.

Si realizza così una sorta di «intervento indiretto», come ama chiamarlo Trabucco, per il quale lo psicologo deve necessariamente assumere un formidabile ruolo nella formazione e nella supervisione delle forze presenti nel campo di azione perché, quegli atteggiamenti e quelle azioni di cui parlavo, siano veramente compiute in favore della persona che ha vissuto un'esperienza così tragica.

Appare, inoltre, sempre più evidente come i soccorritori impegnati in contesti catastrofici debbano confrontarsi continuamente con persone e con situazioni molto drammatiche.

La paura, la disperazione, la solitudine, il senso di colpa, l'angoscia e la rabbia, che come abbiamo ricordato rappresentano delle reazioni attese dopo una catastrofe, spingono le

persone ed i gruppi ad avanzare ai soccorritori richieste alle quali è spesso difficile rispondere con le risorse spontaneamente presenti in ognuno.

Il rapporto tra soccorritori e persone soccorse è particolarmente critico e tale da essere spesso decisivo per il mantenimento, ad esempio, di queste ultime nello status di vittime (e quindi sempre bisognose di soccorso e di supporto) o di evolvere verso quello di sopravvissuti (e, quindi, già l'interno di un percorso di riattivazione). Il passaggio dallo status di vittime a quello di sopravvissuti comporta la possibilità che l'evento traumatico sofferto abbia iniziato ad integrarsi nell'Io della persona e, ciò avviene sia a livello individuale e, in particolar modo attraverso la narrativa che la comunità elabora attorno all'evento critico.

Da questo punto di vista alcuni studi recenti contrappongono l'esperienza dei reduci dal Vietnam rispetto alle vittime delle persecuzioni in America latina.

I primi tornati in patria, con l'idea di aver rischiato la vita per il loro paese, si sono visti attribuire il ruolo di «assassini impegnati in una sporca guerra» e lo scontro tra queste due letture o narrazioni di una medesima realtà ha comportato una dissociazione psicologica ancor più grave e pericolosa di quella vissuta nei campi di battaglia.

I secondi hanno trovato nel sostegno del movimento popolare una fondamentale chiave per evolvere verso lo status di sopravvissuti.

Ho richiamato questi esempi nella convinzione che i germi di queste narrazioni nascano fin dal primo momento dopo l'impatto catastrofico e, che i soccorritori abbiano un importante ruolo sulle modalità nelle quali questa narrazione si dipana. Pensiamo, a come una comunità colpita da un terremoto comincia a vivere l'avvicinarsi dei soccorsi o il naturale affievolirsi degli stessi a fronte di desideri e progetti di rinascita del territorio che non vedono ancora un adeguato compimento. Spesso il soccorritore è spinto a colludere con la delusione, piuttosto che contribuire ad una lettura più obiettiva circa le attese e i tempi necessari per il superamento della situazione disastrosa.

Per affrontare questa situazione, è necessario un sostegno psicologico ai soccorritori non casuale o episodico ma, prevedendo l'inserimento dello psicologo all'interno delle stesse organizzazioni dei soccorritori.

Tale scenario pone dei problemi teorici non di poco conto: fino a che punto può arrivare il coinvolgimento dello psicologo nella squadra di soccorso senza rischiare di invalidare quel minimo di distanza emotiva che permette un 'azione di sostegno'?

Fino a che punto i vari setting elaborati dalle scuole, nelle quali la nostra professione si divide, devono essere rivisti per poter operare efficacemente in una situazione di catastrofe, dove gli stessi parametri di tempo e di spazio, così cari al nostro operare, vengono ad essere stravolti?

Non è facile rispondere a queste domande; certamente non appare utile un assoluto eclettismo che proponga soluzioni approssimative e spesso slegate da un progetto di intervento. Anzi, mi sto sempre più convincendo che, operare in situazioni di catastrofe richiede una preparazione teorica molto raffinata e solida; solo così sarà possibile andare sempre alla radice dei propri gesti e delle proprie azioni terapeutiche, ritrovandone la ragione ultima e, da questa elaborando forme di intervento coerenti. D'altro canto solo una conoscenza dei fondamenti

teorici può permettere una variazione dei parametri del setting terapeutico cambiandone le forme, ma mantenendo inalterata la sostanza della sua ragion d'essere per garantire il valore del rapporto terapeutico.

Ho l'impressione che a volte una certa rigidità, o non sufficiente conoscenza dei fondamenti teorici del nostro operare, suggerisca scelte di intervento troppo rigide che non riescono a proiettarci al di fuori dei nostri ambulatori oppure, così disordinate da far mancare al nostro intervento quella fondamentale coerenza che lega singoli atti all'interno di un progetto terapeutico complessivo.

Forse, e la situazione di emergenza è una potente sfida a tale proposito, dobbiamo ricordare che il pensare è una delle caratteristiche distintive dell'intervento psicologico. E' difficile continuare a pensare quando tutta la situazione circostante ci spinge verso un continuo agire.

Questa azione di supervisione riapre lo scenario del lavoro preventivo, non potendosi infatti immaginare che tale intervento avvenga all'interno di un gruppo di soccorritori che il collega non conosce.

Numerosi studi mostrano come sia importante la presenza dello psicologo che conoscendo le risorse psicologiche del gruppo dei soccorritori è in grado di aiutarli nel momento operativo e nella successiva rielaborazione dell'esperienza condotta. Ma può divenire un valido supporto anche al comandante delle azioni di soccorso per le decisioni che riguardano la gestione delle risorse umane: dai turni sia di lavoro che di ruolo, agli avvicendamenti, ai riposi, all'individuazione di situazioni limite altre le quali in rischio di scompensamento psicologico diviene reale.

Rispetto a questo scenario italiano vi sono anche altre indicazioni utili che ci provengono dal panorama internazionale.

Da questo punto di vista credo sia interessante che sia l'APA statunitense che la ADP tedesca, abbiano al loro interno delle vere e proprie delegazioni che raccolgono i colleghi che lavorano in questo settore, ma ancor di più che, e questo lo realizza con particolare attenzione l'APA, vi sia una particolare attenzione agli aspetti di comunicazione e di educazione verso la cittadinanza.

Negli Stati Uniti vi è una sezione che si preoccupa di informare i cittadini attorno alle principali questioni psicologiche. Ne è un esempio lampante il fatto che all'indomani dell'11 settembre siano state comunicate delle linee guida sui problemi suscitati dall'attacco terroristico all'interno delle quali si cercava di informare i cittadini sulle reazioni psicologiche che potevano manifestarsi indicando loro quali potevano essere i criteri attraverso i quali decidere se rivolgersi ad uno specialista. Una cosa analoga l'ha fatta l'associazione «Psicologi per i Popoli», trovando un mondo dell'informazione ancora impreparato anche se, attraverso l'attenzione dell'agenzia ADN-Kronos alcune di queste indicazioni sono state diffuse.

Questa è un'attività del tutto volontaria e gratuita che però permette alla categoria di far conoscere il proprio pensiero e di segnalare e rafforzare l'idea che il contributo dello psicologo sia rilevante e, che lo psicologo possa apportare un valore aggiunto alle attività di intervento nelle catastrofi.

Credo che su questo campo scontiamo in Italia una scarsa capacità di proporre nostri modelli di intervento. Il contesto italiano è diverso da quello statunitense o tedesco e, il problema sempre più urgente è quello di formulare un modello di intervento che, pur partendo dai suggerimenti dei colleghi delle altre nazioni, arrivi a essere funzionale al nostro paese.

In questi anni abbiamo dedicato molte energie a fondare scuole di formazione che ripropongono per lo più questi modelli stranieri; spero che sapremo dedicare altrettante energie a studiare e sperimentare un nostro modello di lavoro nel campo dell'emergenza.