

# GUIDA PRATICA

## Resilienza psicologica per i soccorritori di emergenza



# **GUIDA PRATICA**

**Resilienza psicologica**

**per i soccorritori di emergenza**

Guida sviluppata nell'ambito del progetto Partenariato strategico del programma Erasmus+

Titolo del progetto: "Resilienza psicologica per i soccorritori di emergenza"

N. progetto: 2020-1-RO01-KA202-079773

“Questo progetto (Progetto Nr. 2020-1-RO01-KA202-079773) è stato finanziato con il sostegno della Commissione Europea. Questa pubblicazione riflette solo le opinioni dell'autore e la Commissione non può essere ritenuta responsabile per qualsiasi uso che possa essere fatto delle informazioni in essa contenute.

## Contenuto

Introduzione.....	4
<b>Capitolo 1 - Cos'è l'emergenza?.....</b>	<b>6</b>
1.1 Impatto psicologico per i soccorritori.....	7
1.2 Emozioni nel personale di emergenza.....	11
Capitolo 2 - Traumi emotivi nei soccorritori di emergenza.....	24
2.1. Cosa può portare a traumi emotivi per i soccorritori.....	24
2.2. Stress traumatico .....	29
2.2.1. Reazione allo stress.....	33
2.3. Fattori che causano stress al personale di emergenza.....	36
2.4. Disturbo acuto da stress.....	40
2.5. Disturbo da stress post-traumatico o PTSD negli operatori di emergenza.....	41
2.6. Sindrome da burnout nei professionisti del pronto soccorso.....	45
2.6.1. Fattori di rischio, cause e sintomi del burnout.....	46
Capitolo 3 - Resilienza e capacità di adattamento.....	49
3.1. Cos'è la resilienza.....	49
3.2. Chi sono le persone resilienti.....	56
3.2.1. Fattori che influenzano la risposta di resilienza di un individuo.....	56
3.3. Come si può mettere in pratica la resilienza.....	58
3.4. Aumentare la resilienza attraverso strumenti e strategie di coping.....	61
3.4.1. Strategie per aumentare la resilienza.....	63
3.4.2. Tecniche di costruzione della resilienza .....	66
Capitolo 4 - Psicologia e risposta alle emergenze.....	72
4.1. Psicologia dell'emergenza.....	72
4.1.1. I soccorritori come beneficiari di interventi di sostegno psicologico in situazioni di emergenza.....	72
4.2. Importanza della formazione teorico/pratica di emergenza.....	75
4.3. Tecniche di supporto per i professionisti del pronto soccorso.....	76
4.4. Consulenza d'emergenza. Cos'è la consulenza? .....	81
4.5. Strategie comportamentali e stile di coping per rafforzare la resilienza. ....	83
4.6. Protocolli di intervento per i soccorritori.....	89
Bibliografia .....	92

## Introduzione

Nella popolazione generale, la parola emergenza provoca paura, terrore e tensione. Cosa può causare a chi ogni giorno deve gestire e controllare situazioni di emergenza? Per chi ci salva ogni giorno? È vero, sono i professionisti dell'emergenza che ci salvano. MA CHI SALVA UN SOCCORSO ALLA FINE DEL SUO TURNO DI LAVORO? Chi lo aiuta a non cadere nella depressione e nella demotivazione professionale? Chi è il perno che li ascolta, li consiglia, ne raccoglie le emozioni, le idee, le prospettive, anche future? Quale prevenzione e quale formazione sono necessarie per supportare un professionista che affronta queste difficoltà, per poter superare la crisi causata dalla situazione di emergenza in cui ha agito?

I lavoratori che lavorano in contesti di emergenza sono altamente esposti se non supportati psicologicamente. Il lavoro di soccorritori, autisti di ambulanze, vigili del fuoco e di polizia, soccorritori di emergenza, non può essere considerato "solo" un lavoro, ma una scelta di vita. Essi sono messi in condizione di operare dall'inizio alla fine dell'intervento, in modo adeguato alle specificità e alle caratteristiche del tipo di intervento, per evitare di diventare a loro volta una potenziale "vittima da soccorrere". Pertanto, a causa della specificità delle situazioni di emergenza, soprattutto nella società contemporanea, vi è una crescente necessità di aumentare la resilienza del personale coinvolto nella risposta alle emergenze in prima linea, che si reca sul luogo di incidenti, disastri, conflitti, ecc., soccorritori inclusi medici, paramedici, volontari delle ambulanze, vigili del fuoco,

Queste reazioni possono verificarsi durante o subito dopo l'esperienza di soccorso e possono successivamente causare varie forme di depressione, demotivazione esistenziale e professionale, anedonia, flashback e attacchi di panico. In alcuni casi c'è una ricerca ossessiva per dimenticare l'evento; di conseguenza possono verificarsi situazioni in cui il soccorritore ricorre all'abuso di droghe, alcol, farmaci psicotropi. Se questi sintomi persistono per più di un mese e aumentano i sentimenti di distacco e/o alienazione dagli altri, il risultato è un significativo deterioramento del funzionamento sociale, professionale, emotivo ed esistenziale, con una generale attenuazione della reattività. possono verificarsi situazioni in cui il soccorritore ricorre all'abuso di droghe, alcol, farmaci psicotropi. Se questi sintomi persistono per più di un mese e aumentano i sentimenti di distacco e/o alienazione

dagli altri, il risultato è un significativo deterioramento del funzionamento sociale, professionale, emotivo ed esistenziale, con una generale attenuazione della reattività. possono verificarsi situazioni in cui il soccorritore ricorre all'abuso di droghe, alcol, farmaci psicotropi. Se questi sintomi persistono per più di un mese e aumentano i sentimenti di distacco e/o alienazione dagli altri, il risultato è un significativo deterioramento del funzionamento sociale, professionale, emotivo ed esistenziale, con una generale attenuazione della reattività.

È certamente importante esaminare le diverse circostanze che hanno portato allo sviluppo di disturbi da stress professionale nel personale di risposta alle emergenze. Questi disturbi non colpiscono necessariamente le persone più fragili o più deboli, ma dove la resilienza psicologica non è sufficientemente sviluppata. Naturalmente, è importante tenere conto delle predisposizioni fisiologiche legate a fattori individuali come l'età, il sesso, l'etnia e la condizione fisica; predisposizioni psicologiche, legate a fattori psicologici soggettivi come stati psicopatologici o tratti caratteriali; predisposizioni sociali intrinseche all'ambiente e al ruolo della persona nella società. Soprattutto, poiché la percezione dello stress è soggettiva e quindi determinata da componenti biopsicologiche e caratteriali, soprattutto in presenza di iperstimolazione (grave e/o prolungata) in termini di gestione della situazione stressante, la possibilità di ristabilire l'equilibrio è consentita proprio dalla resilienza psicologica personale. In psicologia, la resilienza è vista come la capacità di una persona di far fronte ai traumi della vita, di superarli e di uscirne rafforzati e persino trasformati positivamente, un concetto chiamato coping trasformativo.

Il trauma può quindi avere due aspetti, uno relativo all'evento che produce un equilibrio interno carente, l'altro connesso alla rappresentazione soggettiva dell'evento e alla sofferenza che ne deriva, con ripercussioni sulle dinamiche personali e relazionali. Il personale coinvolto in situazioni di emergenza non può modificare lo stato di sofferenza dell'infortunato, ma può cambiare atteggiamento nei confronti della situazione e quindi non essere influenzato da ciò che accade. Questo è precisamente lo scopo di questa guida, aumentare la consapevolezza di quali conseguenze possono derivare dalla partecipazione diretta al salvataggio di vite umane e di come si può sviluppare la resilienza per superare queste possibili conseguenze.

## **Capitolo 1**

### **Cos'è l'emergenza?**

L'emergenza è una situazione, una condizione di rischio, che indica la necessità di agire, di prendere una decisione. Un'emergenza è definita come qualsiasi condizione patologica, di solito con un esordio improvviso e una rapida evoluzione, che, senza un trattamento adeguato, minaccia da minuti a ore la sopravvivenza o il funzionamento degli organi vitali. Un'emergenza grave, o catastrofe, è definita come un evento dannoso per la comunità coinvolta, che sconvolge l'ordine costituito o crea una situazione che provoca uno squilibrio tra i bisogni delle vittime e le risorse disponibili per rispondere ai bisogni di aiuto.

In ogni caso, la tempestività e la qualità della risposta alle emergenze sanitarie e alle situazioni di emergenza sanitaria determina l'esito, sia in termini umani che in termini di perdita di vite umane. I professionisti che lavorano in aree di emergenza, in situazioni critiche in cui i pazienti sono in cura, sono maggiormente a rischio di sviluppare stress a causa della grande responsabilità che si assumono nel salvare quante più vite possibili. Ciò è dovuto all'importanza delle decisioni che prendono, alla complessità dell'intervento e alle condizioni in cui viene svolto il loro lavoro. Tutto ciò porta ad un inevitabile coinvolgimento emotivo e ad un alto livello di stress. Lo stress è concepito come il fisiologico, risposta psicologica e comportamentale dell'organismo a qualsiasi stimolo o situazione stressante in cui l'individuo cerca di adattarsi a pressioni interne ed esterne in situazioni di emergenza che mettono in pericolo l'equilibrio psicofisico. I fattori di rischio che possono causare stress sono legati al grado di responsabilità degli operatori sanitari, sovraccarico lavorativo e pressione del tempo, contatto con la morte, lutto, conflitto e ambiguità di ruolo, clima organizzativo, orari irregolari, instabilità del luogo di lavoro, problemi di interrelazione con il team multidisciplinare e molti altri. Tutto ciò influisce anche sulla qualità della vita personale del professionista. Situazioni stressanti permanenti, se non individuate e superate in tempo, possono portare a vari disturbi medici e psicologici derivanti dall'interazione del lavoratore' s caratteristiche personali con il proprio ambiente di lavoro. Le strategie di coping, ovvero i meccanismi di difesa, che questi lavoratori utilizzano nella loro pratica professionale saranno determinanti per comprendere le dinamiche che portano a un rischio maggiore o minore di subire

conseguenze negative. È quindi importante analizzare e comprendere concetti come stress, disturbo post-traumatico da stress, burnout, coping e resilienza e i relativi fattori coinvolti.



### **1.1. Impatto psicologico per i soccorritori**

Anche nei migliori sistemi di emergenza, i soccorritori, formati per salvare vite umane, spesso non sono in grado di far fronte, soprattutto di fronte a gravi lesioni o morte di giovani o bambini, o in eventi catastrofici. I soccorritori, che entrano in contatto emotivo con i pazienti, hanno una sorta di compito paradossale, che è quello di funzionare in modo "sano" in uno scenario in cui gli altri possono agire in modo difensivo, a volte aggressivo, caotico, confuso, ecc. , che adottano di fronte a un evento come un'emergenza o una catastrofe.

Lavorare a contatto costante con la sofferenza e l'esposizione a situazioni pericolose comporta possibili rischi psicologici. La traumatizzazione indiretta è un tipo di processo attraverso il quale l'esperienza interna del soccorritore può essere trasformata in un'esperienza negativa a causa del coinvolgimento empatico del soccorritore con la persona traumatizzata. Si può parlare di contagio psichico, che può portare a veri e propri cambiamenti strutturali nell'identità personale e professionale del soccorritore. Quando il rapporto con la vittima o la situazione incontrata evoca nel soccorritore situazioni personali irrisolte, il soccorritore risponderà in modo non oggettivo. Il processo di identificazione che è legato a



questa esperienza può portare ad un coinvolgimento diretto del soccorritore, così che nell'intervento possa perdere le necessarie caratteristiche di professionalità.

Il soccorritore, con l'accumulo di stanchezza mentale, può finire per alterare il suo modo di vedere le cose, la sua autostima e la sua percezione della sua competenza e capacità professionale. Questo perché i soccorritori, nel loro lavoro, sono costretti a confrontarsi con stati emotivi forti, a far fronte a pesanti carichi emotivi, a gestire manifestazioni di ansia e aggressività, a confrontarsi con le prospettive di morte, lutto e paura che animano le vittime con cui interagiscono.

Il forte impatto emotivo è un problema che si manifesta non solo in situazioni di emergenza extraospedaliera drammatica, ma è anche una costante per chi opera in aree critiche, come pronto soccorso, unità di terapia intensiva, pronto soccorso, ecc. le situazioni più significative includono:

- la difficoltà di comunicazione che si può incontrare al primo contatto con il paziente e la sua famiglia.

- lo sviluppo incontrollabile delle patologie più gravi, che possono portare a delusioni professionali ed eventualmente ad ingiustificate attribuzioni di responsabilità.

- comunicazione ai familiari a seguito di un evento imprevisto o di una triste notizia, che preannuncia gravi conseguenze o morte.

Inoltre, secondo Figley (2002) e Moreno (2004), generalmente nei soccorsi di emergenza può verificarsi uno stato comportamentale distorto, chiamato affaticamento da compassione. I sintomi di questo stato possono essere:

- Rivivere - rivivere o ricordare un'emergenza altamente emotiva.

- Evitamento (atteggiamenti di distanziamento, sia fisico che emotivo, verso le persone, non solo i pazienti), o eccessivo coinvolgimento (prendendosi in carico tutte le situazioni del paziente, il soccorritore pensa che solo lui possa aiutare).

- Iperattività (stato di tensione, vigilanza costante e reattività).

Successivamente, nella letteratura realizzata da Lynch e Lobo (2012) e Soberats (2014), sono state rilevate le diverse conseguenze attribuite a questo fenomeno, tra cui aspetti psicologici, comportamentali, relazionali e somatici. Nella dimensione psicologica si fa riferimento alla crescente spersonalizzazione e all'atteggiamento ipercritico nei confronti dei pazienti, con inadeguato sviluppo dei giudizi e atteggiamento cinico verso gli altri, compresa la squalifica degli altri. La prospettiva dell'autoefficacia diminuisce, compaiono anche stati legati all'apatia, depressione,

ansia, isolamento, responsabilità e senso di colpa, intolleranza, così come pensieri e immagini invadenti e ricorrenti sui pazienti in generale. E sul lavoro possono verificarsi anche emozioni intense, come rabbia, tristezza, ansia.

Il soccorritore può anche sperimentare un aumento della vulnerabilità personale o della mancanza di sicurezza, provocando sentimenti di sfiducia nei confronti degli altri (familiari, pazienti, colleghi), ritenendo di non essere in grado di gestire il problema. Inoltre si evidenziano anche insoddisfazione per il lavoro, negatività e irritabilità, nonché difficoltà a mantenere un equilibrio tra empatia e obiettività. La dimensione comportamentale evidenzia comportamenti compulsivi o di dipendenza con aumento dell'abuso di sostanze psicotrope, consumo di alcol e consumo di tabacco. Allo stesso modo, ci sono difficoltà a mantenere la concentrazione e l'organizzazione, disturbi del sonno, atteggiamenti evitanti verso sé stessi, la famiglia e la situazione in generale e persino paura di andare al lavoro.

All'interno della dimensione somatica si evidenziano: affaticamento, variazioni di peso, affaticamento muscolare, cefalea e mal di stomaco, tachicardia, diminuzione del sistema immunitario e/o peggioramento di disturbi già esistenti e suscettibilità agli infortuni.

In termini di dimensione relazionale, può esserci distanziamento e abbandono dei rapporti personali con familiari e amici a causa della tendenza a credere che gli altri non comprendano il lavoro che fa il soccorritore e lo sforzo che comporta. Sorgono anche l'apatia, l'irritabilità e la sfiducia di cui sopra.

Tenendo conto di questo quadro sintomatico, autori come Dutton e Rubinstein (1995), Beaton e Murphy (1995) e Figley (1995) hanno sviluppato modelli esplicativi della natura della fatica della compassione. Descrivono che l'elemento che determina come e perché alcune persone sviluppano l'affaticamento della compassione, mentre altre no, è l'empatia, vista come una risorsa chiave per coloro che lavorano con traumi o convulsioni, poiché consente loro di valutare il problema al fine di trovare soluzioni.

Pertanto, Figley (1995), nel suo modello, delinea quattro fattori relativi al professionista dell'emergenza che svolgono un ruolo importante nella predisposizione a sperimentare la stanchezza della compassione:

- capacità di empatia,
- comportamento nei confronti della vittima,
- capacità di distinguere nettamente tra lavoro e vita personale.

- senso di soddisfazione nel fornire aiuto.

Questo modello mostra che l'empatia aiuta a comprendere il processo traumatico che la vittima sta vivendo, ma durante questo processo di comprensione il soccorritore può rimanere traumatizzato. Inoltre, un maggiore senso di soddisfazione per il lavoro svolto e una certa distanza dal dolore della vittima possono essere variabili protettive della fatica compassionevole.

Considerando un altro modello proposto, Dutton e Rubinstein (1995) affermano che la stanchezza per compassione è spiegata da:

- L'evento traumatico a cui è stato esposto il professionista,
- le reazioni del soccorritore a questo evento,
- le strategie di coping che usa,
- il contesto personale e ambientale in cui si trova.

D'altra parte, l'identificazione con la vittima del trauma porta allo sviluppo di strategie di coping inappropriate, come comportamenti iperprotettivi o eccessiva attenzione alla vittima, che possono produrre sentimenti di stress e nervosismo (Valent, 1995).

Per quanto riguarda l'aspetto del contesto personale e ambientale in cui si colloca il professionista, Beaton e Murphy (1995) hanno sviluppato un modello con componenti simili a quelle stabilite da Dutton e Rubinstein (1995), ma evidenziando il ruolo dei fattori organizzativi (conflitto di ruolo, norme culturali, tipo di organizzazione, tra gli altri) e alcune caratteristiche personali (formazione professionale, anni di esperienza, supporto sociale, ecc.) come elementi di mediazione che possono migliorare l'esperienza della fatica compassionevole.

In questo senso, i fattori che predispongono alla sofferenza della fatica compassionevole, se manifestata congiuntamente, intensamente e continuamente nel tempo, sono:

**Fattori individuali:**

- Mancanza di capacità comunicative,
- mancanza di autocontrollo,
- stress accumulato,
- poca esperienza di lavoro in situazioni traumatiche o di crisi,
- uso di strategie di coping inadeguate.

**Fattori organizzativi:**

- Una cultura aziendale che non apprezza né riconosce le variabili emotive,

- scarsa guida da parte dei supervisori,
- turni ininterrotti di 12 o 14 ore.

È importante notare che compassione, fatica ed esaurimento sono concetti diversi. Si differenziano per il fatto che la fatica della compassione è la conseguenza naturale della cura delle persone che soffrono, piuttosto che una risposta all'ambiente di lavoro, come il burnout. La sindrome da burnout è un processo graduale come risposta cumulativa allo stress lavorativo cronico a lungo termine, mentre la stanchezza da compassione può manifestarsi come un processo acuto e improvviso immediatamente dopo un'emergenza in cui il soccorritore ha fornito il primo soccorso.

Gli aspetti sociologici e psicologici sono quindi particolarmente importanti. La prospettiva sociologica inquadra la psicosociale nel contesto delle condizioni di lavoro, che includono forme organizzative e processi tecnici, che a loro volta potrebbero portare a conseguenze psicologiche e comportamentali disfunzionali nei soccorritori. La prospettiva psicologica, invece, si concentra sugli aspetti cognitivi, affettivi, emotivi e comportamentali del lavoratore o sugli aspetti sanitari della sua personalità.

Ne consegue che il personale medico di emergenza necessita di formazione e supporto specifici per affrontare le molteplici situazioni di forte impatto psicologico ed emotivo, in modo da coniugare la competenza infermieristica professionale con la competenza relazionale ed emotiva.

## **1.2. Emozioni nel personale di emergenza**

### **La genesi delle emozioni**

Il personale che agisce in situazioni di emergenza non è esente dal provare emozioni e sentimenti profondi: confrontarsi con le emozioni delle vittime può risvegliare esperienze personali. Se i soccorritori (medici, infermieri, vigili del fuoco, volontari, agenti di polizia) non sono consapevoli dei propri sentimenti e reazioni emotive, è improbabile che siano in grado di controllare le proprie emozioni quando necessario. È professionalmente utile per loro essere emotivamente competenti sia in relazione a sé stessi che alle vittime, perché nel processo di cura non è sempre possibile perseguire obiettivi stabili o esiti di cambiamento; a volte l'unico aiuto possibile è stare vicino alla vittima e alleviare la sua sofferenza.

In questo modo, il personale coinvolto in situazioni di emergenza potrà essere vicino alla vittima nella misura in cui avrà acquisito la capacità di identificare e gestire i propri sentimenti ed emozioni in modo appropriato. Affinché i sentimenti e le emozioni non siano percepiti come minacciosi o pericolosi, dovrebbero essere riconosciuti e gestiti. I sentimenti e le emozioni non sono né buoni né cattivi, esprimerli favorisce la relazione, le dona chiarezza e congruenza e serve anche ad alimentare la motivazione.

Gli aspetti più tangibili di ogni emergenza sono legati ai danni alla vita e alle cose, che modellano la scala di quanto accaduto e attivano strategie di soccorso. Tuttavia, in ogni situazione del genere, gli elementi reali sono legati all'esperienza dei singoli sopravvissuti, testimoni e soccorritori, che possono generare profonde lacerazioni e che possono essere accentuate da un'emozione centrale, ovvero la paura. Ma cos'è la paura e che valore ha per gli individui? Qual è la differenza tra paura, ansia e angoscia e come si relazionano queste esperienze con lo stress e le patologie post-traumatiche? Che ruolo giocano il cervello, la percezione e il pensiero umani nella regolazione delle emozioni? Che cos'è un'emozione e dove viene generata?

Ogni emozione è una sensazione che si genera attraverso cambiamenti espressivo-comportamentali e fisiologici ed è il risultato di un'esperienza complessa, multidimensionale e procedurale che organizza e media la relazione con l'ambiente fisico e sociale, permettendoci di valutare stimoli esterni e interni in base a l'importanza che attribuiamo loro. Le emozioni regolano lo stato di attivazione del nostro corpo, generando la risposta fisiologica adeguata alla situazione che dobbiamo affrontare e guidando le nostre tendenze ad agire. Secondo una prospettiva psicologica, lo stato emotivo è il risultato dell'azione combinata di diversi processi cognitivi come la percezione, l'attenzione, la memoria, l'immaginazione, il pensiero. Le emozioni sono il risultato della nostra eredità culturale personale dall'esperienza precedente attraverso la memoria e l'apprendimento. Esse derivano anche dal contesto sociale di riferimento, attraverso regole, divieti e norme, che guidano i sistemi di percezione e di pensiero. Anche gli aspetti più creativi delle nostre funzioni di pensiero e quelli descritti nella Dimensione Comune come aspetti della personalità giocano un ruolo importante nella genesi neurofisiologica delle emozioni. Pertanto, la valutazione della realtà è il risultato di un complesso processo in cui fattori psicologici, sociali e neurofisiologici dirigono e sostengono i

comportamenti e generano e danno significato alle emozioni. Pertanto, ferite diverse nella sfera psicologica di ciascun individuo e lacerazioni psicologiche possono produrre cambiamenti nella salute psicofisica. Anche gli aspetti più creativi delle nostre funzioni di pensiero e quelli descritti nella Dimensione Comune come aspetti della personalità giocano un ruolo importante nella genesi neurofisiologica delle emozioni. Pertanto, la valutazione della realtà è il risultato di un complesso processo in cui fattori psicologici, sociali e neurofisiologici dirigono e sostengono i comportamenti e generano e danno significato alle emozioni. Pertanto, ferite diverse nella sfera psicologica di ciascun individuo e lacerazioni psicologiche possono produrre cambiamenti nella salute psicofisica. Anche gli aspetti più creativi delle nostre funzioni di pensiero e quelli descritti nella Dimensione Comune come aspetti della personalità giocano un ruolo importante nella genesi neurofisiologica delle emozioni. Pertanto, la valutazione della realtà è il risultato di un complesso processo in cui fattori psicologici, sociali e neurofisiologici dirigono e sostengono i comportamenti e generano e danno significato alle emozioni. Pertanto, ferite diverse nella sfera psicologica di ciascun individuo e lacerazioni psicologiche possono produrre cambiamenti nella salute psicofisica. fattori sociali e neurofisiologici dirigono e sostengono il comportamento e generano e danno significato alle emozioni. Pertanto, ferite diverse nella sfera psicologica di ciascun individuo e lacerazioni psicologiche possono produrre cambiamenti nella salute psicofisica. fattori sociali e neurofisiologici dirigono e sostengono il comportamento e generano e danno significato alle emozioni. Pertanto, ferite diverse nella sfera psicologica di ciascun individuo e lacerazioni psicologiche possono produrre cambiamenti nella salute psicofisica.

È stata posta la domanda se la paura, la rabbia, la gioia siano processi mentali o fisici? L'esperienza emotiva è associata a cambiamenti nel nostro corpo che interessano diversi livelli: quello della nostra esperienza soggettiva, cioè ciò che sentiamo, o il livello fisiologico, attraverso cambiamenti nel sistema nervoso centrale, a livello fenomenologico, il sistema espressivo-comportamentale, cioè delle risposte facciali e delle risposte comportamentali, che accompagnano l'esperienza soggettiva.

La sede delle nostre emozioni risiede nel cervello e coinvolge principalmente il sistema limbico filogeneticamente antico, che non va considerato un'entità anatomica, ma piuttosto un sistema neurofisiologico che, oltre a svolgere un ruolo fondamentale nelle reazioni comportamentali, nell'apprendimento, nella memoria e

nell'olfatto, svolge varie funzioni tra cui quelle di regolazione dei processi emotivi, motivo per cui è anche chiamato cervello emotivo. Il sistema limbico si trova al di sotto della corteccia cerebrale ed è costituito da varie strutture, tra cui l'ippocampo, l'amigdala e l'ipotalamo coinvolti nei processi emotivi. L'amigdala, una formazione appartenente al sistema limbico, è coinvolta nella risposta emotiva, cognitiva, autonoma ed endocrina allo stress. Questa piccola ghiandola gioca un ruolo centrale nell'elaborazione delle emozioni, in particolare la paura,



Ciò significa che uno stimolo, se associato ad un'esperienza di pericolo, può essere percepito come pericoloso e innescare una serie di reazioni di paura fisiche e logiche. L'amigdala infatti comunica con l'ipotalamo che, attivando il Sistema Nervoso Autonomo, è responsabile del mantenimento o della perdita dello stato di omeostasi (equilibrio) del nostro corpo regolando la temperatura corporea, la frequenza cardiaca, la pressione sanguigna, i sentimenti di fame e sete e il sonno-ritmo di veglia. Svolge anche una funzione endocrina secernendo ormoni importanti per il nostro organismo. Quando il pericolo è vissuto, questa piccola ghiandola riesce a mettere il cervello in modalità di autoprotezione, riducendo le risorse di memoria e dirottandole in altre aree per mantenere i sensi in uno stato di allerta, mirato specificamente alla sopravvivenza. Ma qual è il processo che regola la percezione del pericolo?

### **Percezione del rischio**

La percezione è anche una funzione cognitiva molto complessa. Dobbiamo infatti distinguere tra ciò che riceviamo attraverso i nostri registri sensoriali (vista, tatto, olfatto, gusto, udito) e ciò che interpretiamo. Il colore, per esempio, non esiste;

il mondo che ci circonda non è colorato, perché quello che interpretiamo come un altro colore non è altro che 'pacchetti energetici', fotoni, che viaggiano a diverse lunghezze d'onda. In base alla lunghezza d'onda, il nostro cervello riceve segnali in diverse direzioni e deve interpretarli. Così anche le nostre reazioni emotive possono trasformare gli stimoli esterni in stress cronico, per il quale non siamo biologicamente programmati evolutivamente, ma con cui arriviamo a convivere, a causa di complesse elaborazioni cognitive, frutto di apprendimento esperienziale, culturale e sociale. Ma le influenze dell'apprendimento e il condizionamento culturale possono anche agire come inibitori nella regolazione delle emozioni e nella percezione dei pericoli che siamo stati programmati per riconoscere. Emblematico a questo proposito è "Lunch atop a Skyscraper", la famosa fotografia che Charles C. Ebbets scattò nel 1932 durante la costruzione dell'edificio GE al Rockefeller Center, che mostra undici muratori seduti su una trave d'acciaio centinaia di metri sopra New York City, mangiare, come se non ci fosse nulla di pericoloso nell'azione. Non interpretavano come pericolosa la situazione in cui si trovavano e di conseguenza avevano una percezione minima del rischio a cui erano esposti. Ebbets riprese nel 1932 durante la costruzione dell'edificio GE al Rockefeller Center, mostrando undici muratori seduti su una trave d'acciaio a centinaia di piedi sopra New York City, che mangiavano, come se non ci fosse nulla di pericoloso nell'azione. Non interpretavano come pericolosa la situazione in cui si trovavano e di conseguenza avevano una percezione minima del rischio a cui erano esposti. Ebbets riprese nel 1932 durante la costruzione dell'edificio GE al Rockefeller Center, mostrando undici muratori seduti su una trave d'acciaio a centinaia di piedi sopra New York City, che mangiavano, come se non ci fosse nulla di pericoloso nell'azione. Non interpretavano come pericolosa la situazione in cui si trovavano e di conseguenza avevano una percezione minima del rischio a cui erano esposti.





Pertanto, l'apprendimento, attraverso le informazioni sull'interpretazione sociale degli eventi, media i livelli di accettabilità del rischio. La ricerca su questo argomento ha mostrato che in molti casi esiste una discrepanza tra la percezione soggettiva e la valutazione oggettiva del rischio (Slovic, 2001). In breve, accade che le persone a volte temono attività che in realtà non sono pericolose e non temono attività che potrebbero avere molte conseguenze drammatiche. Questi processi, chiamati euristica, svolgono un ruolo mentale fondamentale nel modo in cui le persone valutano il rischio di un'attività. In particolare, sono strategie ponderate che generalmente operano a livello inconscio. Un importante risultato che gli scienziati hanno ottenuto nella percezione del rischio è stato quello di rivelare che le persone percepiscono il rischio e la relazione tra rischio e ricompensa in un modo diverso dalla realtà. Infatti, da un punto di vista oggettivo, molte attività che comportano possibili rischi offrono anche ricompense (si pensi ai raggi X nella pratica medica). Tuttavia, nella mente delle persone questi due fattori sono correlati negativamente. Se una persona percepisce un'attività del genere come rischiosa, le assocerà un basso beneficio, mentre se percepisce un'attività come sicura, assocerà ad essa un beneficio elevato. Ad esempio, se una persona non vola per paura di un incidente, allora può percepire questa attività come molto rischiosa e malsana, a differenza di coloro che trovano utile volare perché consente loro di viaggiare in tempi relativamente brevi e che sottovalutano il rischio. Questo modo di pensare dipende in modo determinante da come funziona il sistema cognitivo umano ed è legato in particolare all'uso del cosiddetto sistema di pensiero intuitivo che opera principalmente a livello inconscio e influenza i nostri giudizi consci delle reazioni

emotive che associamo a diversi stimoli. Quindi, in effetti, ciò che vediamo è il risultato di un'interpretazione inconscia. Tanto che uno dei massimi esponenti delle neuroscienze cognitive contemporanee, Michael Gazzaniga, ha scritto che la mente conscia è sempre l'ultima a sapere le cose, perché quella che sa per prima è la mente subconscia, che decodifica le informazioni e ritorna alla consapevolezza dopo si è attivato un meccanismo di filtraggio. Le persone possono provare una sensazione di ansia senza sapere cosa la causa. Nel linguaggio generale siamo abituati a usare questo termine sovrapponendosi alla paura, ma ci sono differenze tra le due emozioni. Sono molto simili, motivo per cui sono codificati nel cervello dalle stesse aree e le informazioni da esse derivate vengono trasmesse attraverso gli stessi file.

**La paura è quindi un'emozione primaria**, che è innato, governato principalmente dall'istinto ed è essenziale per la sopravvivenza dell'individuo in una situazione pericolosa che viene riconosciuta come tale anche senza la mediazione del pensiero, poiché esiste una programmazione neurologica per rispondere a determinati stimoli, come l'oscurità, per esempio. La paura si esprime fisicamente attraverso una serie di cambiamenti nell'attività neurofisiologica ogniqualvolta si percepisce un possibile rischio per la propria incolumità ed è fondamentale proprio perché segnala un pericolo imminente che minaccia l'integrità psicofisica. Così, quando si percepisce un pericolo esterno, gli organi sensoriali registrano uno stato di allerta che si traduce in un input nervoso volto ad attivare un'area del cervello, da cui derivano una serie di reazioni fisiologiche e comportamentali.



La percezione della paura e le risposte comportamentali coerenti sono cruciali per l'adattamento ambientale e la sopravvivenza delle specie. L'attivazione del

sistema nervoso determina la percezione del pericolo, un processo di adattamento e diverse possibili reazioni fisiologiche allo stress (lotta, fuga, congelamento). Pertanto, la paura protegge e salva la nostra vita e ha una funzione positiva, poiché attiva uno stato di emergenza e di allarme, preparando la mente e il corpo a reagire a una situazione pericolosa. Inoltre, il nostro sistema di sopravvivenza è programmato per evitare le conseguenze di ogni possibile fonte di pericolo sconosciuto attraverso un sistema di riconoscimento per associazione o somiglianza. Pertanto, anche nuovi stimoli simili al pericolo potranno innescare reazioni di paura che consentano una difesa efficace. Infine, anche in tutte le specie animali,

**La paura, quindi, non è mai inutile** ed è legata alla percezione di un pericolo attuale. Mentre la paura è un'emozione primaria che si attiva in risposta a una minaccia specifica o a un oggetto veramente pericoloso, l'ansia, d'altra parte, è un'emozione soggettiva che sorge quando c'è una percezione di pericolo riguardo a qualcosa che non è oggettivamente pericoloso ma è l'interpretazione e l'attribuzione di un individuo. L'ansia può essere anche fisiologica, se nasce da situazioni associate ad eventi negativi e consente l'attuazione di comportamenti adattativi o patologici. L'ansia, in particolare, è funzione di un complesso sistema di interpretazione degli stimoli del nostro cervello che ha sviluppato alcuni meccanismi in grado di dedurre le conseguenze di azioni o eventi sulla base di esperienze passate. Ad esempio, se in passato un evento, di per sé neutro, era associato a un pericolo reale o simbolico, la sua ricomparsa porterà immediatamente a risposte ansiose. Se, ad esempio, una persona, da bambino, ha vissuto situazioni in cui i suoi genitori non si sono presi cura di lei, i sentimenti di abbandono vissuti possono essere associati a tutte le situazioni in cui questa persona si sente abbandonata e di conseguenza diventa ansiosa senza capire perché. L'elaborazione da parte del cervello di uno stimolo del circuito ansia-paura innesca una risposta autonoma, che porta ai sintomi somatici dell'ansia che tutti conosciamo, come: aumento della pressione sanguigna e della frequenza cardiaca, sudorazione, piloerezione, dilatazione della pupilla, minzione frequente e sintomi gastrointestinali. ha vissuto situazioni in cui i genitori non si sono presi cura di loro, i sentimenti di abbandono vissuti possono essere associati a tutte le situazioni in cui questa persona si sente abbandonata e di conseguenza diventa ansiosa senza capirne il motivo. L'elaborazione da parte del cervello di uno stimolo del circuito ansia-paura innesca una risposta autonoma, che porta ai sintomi somatici dell'ansia che tutti

conosciamo, come: aumento della pressione sanguigna e della frequenza cardiaca, sudorazione, piloerezione, dilatazione della pupilla, minzione frequente e sintomi gastrointestinali. ha vissuto situazioni in cui i genitori non si sono presi cura di loro, i sentimenti di abbandono vissuti possono essere associati a tutte le situazioni in cui questa persona si sente abbandonata e di conseguenza diventa ansiosa senza capirne il motivo. L'elaborazione da parte del cervello di uno stimolo del circuito ansia-paura innesca una risposta autonoma, che porta ai sintomi somatici dell'ansia che tutti conosciamo, come: aumento della pressione sanguigna e della frequenza cardiaca, sudorazione, piloerezione, dilatazione della pupilla, minzione frequente e sintomi gastrointestinali.

### **Dalla paura al panico nelle situazioni di emergenza**

Come affermato in precedenza, la paura produce una forte emozione, preoccupazione e ansia nella persona che la vive, è un'esperienza selettiva di intensità significativa accompagnata da cambiamenti fisiologici spesso significativi e soprattutto suscettibili di modificare comportamenti volontari o involontari. Dopo Darwin, c'è stato un dibattito sul fatto che le emozioni siano innate o meno. Le emozioni possono essere positive o negative, ma è impossibile che siano neutre. Per capire il significato delle cose e delle persone che ci circondano, spesso è il nostro istinto a guidarci. Le emozioni che ci vengono dall'esterno, le emozioni che provengono da dentro di noi, determinano così le nostre vite e la nostra visione del mondo. Quindi gioia, paura, sorpresa, aggressività, speranza, vergogna, rabbia, paura possono essere tutte espresse attraverso il linguaggio non verbale che gli esseri umani (e anche gli animali) esprimono quando provano le emozioni.

### **Aspetti della paura**

La fisiologia della paura caratterizza chi vive questa emozione in modo molto preciso: paralisi, immobilità, capelli ritti in testa (a volte anche sbiancamento), battito cardiaco accelerato, in alcuni casi anche rilascio di sfinteri per improvviso aumento di cortisolo, muscoli tensione, dilatazione delle pupille (come per vedere meglio cosa sta succedendo), sudore freddo, secchezza delle fauci (ostruzione delle ghiandole salivari), lingua che si attacca al velo palatino, sensazione di vuoto nello stomaco, a volte tentativi di controllo con movimenti compulsivi (stringendo di mani) e poi fuga o attacco. Quindi, in caso di emergenza, questi comportamenti sono legati all'attivazione emotiva (eccitazione) che è la parte predominante dell'emozione e che il personale medico di emergenza, in particolare gli addetti alle linee di emergenza,

hanno imparato a distinguere anche telefonicamente, riconoscendo la voce di una persona spaventata.

La paura si manifesta sia come prodotto che come causa di eventi ed è legata nelle sue manifestazioni alle esperienze personali dell'individuo. L'origine della paura è stata dibattuta molte volte. Freud ha sottolineato come il trauma iniziale possa creare un senso di ansia nel bambino e ha ipotizzato che il feto possa provare paura e caricarsi di tensione anche prima della nascita. Va tenuto presente che ogni novità può generare ansia, almeno per qualche secondo, poi quando la situazione si stabilizza e comincia a familiarizzarsi, l'individuo si rassicura e la incorpora nel proprio mondo. La paura dell'ignoto ha sempre invaso l'immaginario umano, ma l'ha anche arricchito e sedotto, stimolando meccanismi di difesa, comportamenti esplorativi e sfide ad andare oltre quelli che credeva fossero i propri limiti. La paura dell'abisso, istinto naturale per gli animali e per l'uomo (a partire dai sei mesi di età), può poi trasformarsi in un'attrazione fatale, usata da molti per obbedire alla curiosità e ai desideri, che ha caratterizzato la storia umana. La paura del buio, la paura più caratteristica dell'ignoto (alcuni etologi la considerano innata), è legata al desiderio di non essere in grado di controllare alcun pericolo, man mano che l'orientamento diminuisce, anche la percezione è incerta, di notte le persone non possono vedere. Inoltre, c'è la speranza primordiale che il sole possa continuare a splendere domani e/o l'altrettanto primordiale paura che ciò non possa accadere. Di fronte al pericolo, l'uomo, come gli animali, può decidere di fuggire o di attaccare, e questo comportamento compensa la paura di essere attaccato sul proprio territorio, nel suo ambiente abituale. Di fronte al pericolo, spesso ci prepariamo automaticamente all'azione, utilizzando tutte le nostre possibilità individuali per la sopravvivenza. In circostanze pericolose, infatti, c'è in noi un segnale di allarme che, da un lato, blocca la paura e, dall'altro, aumenta il nostro potenziale di attenzione e reazione. Questo meccanismo si verifica nel personale in prima linea in medicina d'urgenza. Grazie allo stesso meccanismo, medici, paramedici, vigili del fuoco, agenti di polizia, pur avendo emozioni di paura, continuano a lottare per salvare vite umane.

C'è un'ipotesi, in questo senso, che indica l'esistenza di un sistema di valutazione (valutazione) che attiva o non attiva l'emozione. Naturalmente, la valutazione del pericolo varia notevolmente a seconda della situazione, della cultura e dell'argomento. Quella che può essere un'esperienza considerata rischiosa per un individuo è un'esperienza piacevole per gli altri (es. l'idea del vuoto terrorizza alcuni

ed esulta altri che pagano persino per buttarsi da un ponte attaccato ad un elastico). Ma va tenuto presente che ci sono forme di paura. Come affermato sopra, una paura profonda e persistente è l'ansia. Allora questa ansia può trasformarsi in angoscia fino a raggiungere il panico e il terrore. Questa sequenza di sensazioni è solo teorica, se dovessimo cercare una correlazione e una razionalizzazione di queste emozioni, questo sarebbe impossibile proprio per le infinite variabili legate all'individuo, al momento, al contesto. Gli esseri umani, proprio perché non nascono perfetti nel senso di autonomia istintiva e locomotoria (la maggior parte degli animali sono abbastanza indipendenti dopo la nascita), si sentono inadeguati in un nuovo ambiente. Spesso l'eccesso di stimoli e percezioni, aiutato dalla galassia della superinformazione che bombarda continuamente il sistema nervoso, crea ridondanze caotiche che strutturano sentimenti di caos, confusione, senso di impotenza, ansia, paura del futuro. Questo futuro accresce notevolmente il proliferare di paure e ansie sociali. In realtà, qualsiasi paura può essere affrontata prendendone coscienza e cercando di gestirla, tenendo presente che non è qualcosa di esterno (come l'oggetto che ci intimidisce), ma ci attacca dall'interno ed è il nostro regolatore. Naturalmente anche la paura ha un certo vantaggio, in quanto attiva la vigilanza, segnala uno stato di allarme e prepara tutto il corpo all'azione e alla reazione (attacco-fuga). D'altra parte, avverte anche di possibili pericoli.

### **Paure nervose**

Sono fobie (dal greco fobia: avversione morbosa verso qualcuno o qualcosa, repulsione, paura istintiva) che legano ossessivamente il soggetto a una situazione, che si sente minacciata, anche se lui stesso si rende conto che questa minaccia non ha basi reali. Queste sindromi hanno nomi diversi a seconda dell'oggetto da cui la persona si sente minacciata. Ad esempio, l'agorafobia, la paura degli spazi aperti, è forse legata all'antica paura di essere visibili e quindi facilmente inseguibili dai predatori, e comunque all'ansia di essere soli e impotenti; va anche tenuto conto del fatto che se un individuo prova paura da solo di fronte al pericolo, può anche aumentare quando è vicino a più persone che provano la stessa emozione. Anzi, la claustrofobia è la paura degli spazi chiusi dai quali è difficile per l'individuo uscire e che corrisponde a una prigione psicologica del sé, che non riesce a trovare uscite. Le fobie repulsive, invece, riguardano oggetti e/o animali per i quali l'individuo inizialmente si sentiva disgustato e che poi si è trasformato in una vera e propria paura: dei ragni, dei topi, degli insetti, di essere avvelenati, di cadaveri, di essere

infettati, ecc. L'eterofobia è un sentimento di paura e talvolta di odio, o almeno di sfiducia, verso gli altri che sono diversi, estranei, devianti, coloro che "invadono la nostra normalità quotidiana" (che si riscontra intorno all'età di otto mesi, quando il bambino inizia a discriminazioni percettive tra persone conosciute e sconosciute e normalmente scompare nel giro di pochi mesi). È proprio nelle società più avanzate che talvolta si verificano gravi episodi di razzismo e xenofobia, nonostante concedano parità di status a persone diverse e condannino l'eterofobia come reato. In realtà, quindi, il diverso diventa nemico e nemico, per essere considerato tale deve terrorizzare, non ispirare fiducia, deve essere annoverato tra i cattivi. Potremmo continuare all'infinito con le fobie citando la zoofobia (paura degli animali), l'eritrofobia (paura di arrossire in faccia), l'ipocondria (paura di avere malattie), la sessuofobia (paura del sesso e tutto ciò che è ad esso correlato), che è correlata all'ansia di non essere adeguati in termini di prestazione e di non poter soddisfare adeguatamente il partner per gli uomini e la paura della penetrazione per le donne. nonostante garantiscano lo stesso status a persone diverse e condannino l'eterofobia come un crimine. In realtà, quindi, il diverso diventa nemico e nemico, per essere considerato tale deve terrorizzare, non ispirare fiducia, deve essere annoverato tra i cattivi. Potremmo continuare all'infinito con le fobie citando la zoofobia (paura degli animali), l'eritrofobia (paura di arrossire in faccia), l'ipocondria (paura di avere malattie), la sessuofobia (paura del sesso e tutto ciò che è ad esso correlato), che è correlata all'ansia di non essere adeguati in termini di prestazione e di non poter soddisfare adeguatamente il partner per gli uomini e la paura della penetrazione per le donne. nonostante garantiscano lo stesso status a persone diverse e condannino l'eterofobia come un crimine. In realtà, quindi, il diverso diventa nemico e nemico, per essere considerato tale deve terrorizzare, non ispirare fiducia, deve essere annoverato tra i cattivi. Potremmo continuare all'infinito con le fobie citando la zoofobia (paura degli animali), l'eritrofobia (paura di arrossire in faccia), l'ipocondria (paura di avere malattie), la sessuofobia (paura del sesso e tutto ciò che è ad esso correlato), che è correlata all'ansia di non essere adeguati in termini di prestazione e di non poter soddisfare adeguatamente il partner per gli uomini e la paura della penetrazione per le donne. deve terrorizzare, non ispirare fiducia, deve essere annoverato tra i cattivi. Potremmo continuare all'infinito con le fobie citando la zoofobia (paura degli animali), l'eritrofobia (paura di arrossire in faccia), l'ipocondria (paura di avere malattie), la sessuofobia (paura del sesso e tutto

ciò che è ad esso correlato), che è correlata all'ansia di non essere adeguati in termini di prestazione e di non poter soddisfare adeguatamente il partner per gli uomini e la paura della penetrazione per le donne. deve terrorizzare, non ispirare fiducia, deve essere annoverato tra i cattivi. Potremmo continuare all'infinito con le fobie citando la zoofobia (paura degli animali), l'eritrofobia (paura di arrossire in faccia), l'ipocondria (paura di avere malattie), la sessuofobia (paura del sesso e tutto ciò che è ad esso correlato), che è correlata all'ansia di non essere adeguati in termini di prestazione e di non poter soddisfare adeguatamente il partner per gli uomini e la paura della penetrazione per le donne.

Anche:

**Paura di crescere**, quando l'adolescente ha capito che l'età del gioco sta per finire e inizia il periodo delle responsabilità individuali (nei casi più gravi si parla di Sindrome di Peter Pan); qui possiamo inserire anche la paura di sposarsi e di avere figli che è più comune negli uomini anche se ultimamente è molto diffusa anche nel mondo femminile.

**Paura di non sembrare normale (dismorfofobia)**, che è principalmente correlato ai cambiamenti puberali.

**Paura del nido vuoto**, innescato nelle madri quando i bambini si allontanano da casa per diventare indipendenti.

Per le donne può scatenarsi la paura della menopausa, con tutte le sue implicazioni ormonali e fisiche, che segna definitivamente la fine dell'età fertile.



## Capitolo 2

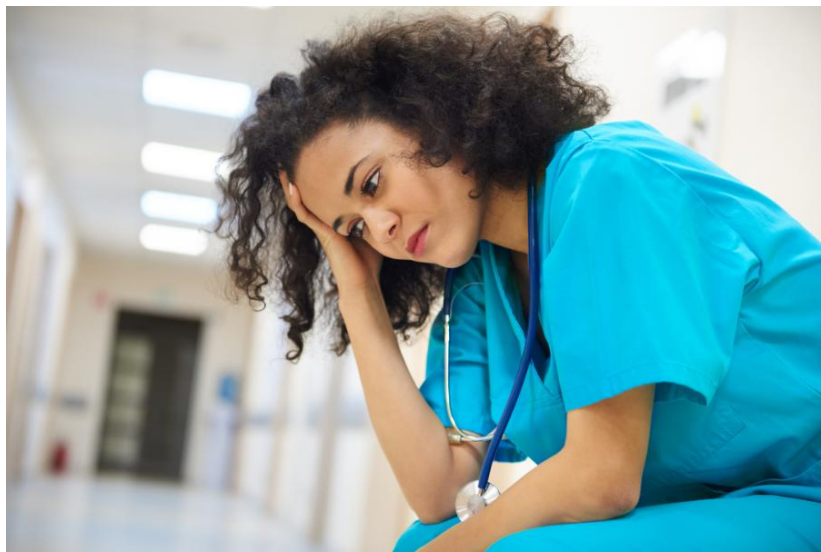
### Traumi emotivi nei soccorritori di emergenza

#### 2.1. Cosa può portare a traumi emotivi per i soccorritori

Gli eventi traumatici provocano cambiamenti nella funzione cerebrale, alterando le risposte fisiologiche dell'organismo, anche molto tempo dopo l'evento traumatico. Abbiamo evidenziato come i sintomi post-stress siano una risposta fisiologica, da considerarsi normale, allo stress intenso, in quanto predispone il personale di pronto soccorso ad affrontare la situazione di emergenza, garantendo la sopravvivenza e ripristinando l'adattamento. Il corpo, attraverso tipiche reazioni di attacco, fuga e congelamento, si attiva per difendersi dal pericolo o dalla minaccia. A livello cerebrale, il sistema limbico, in cui l'amigdala e l'ippocampo svolgono un ruolo sostanziale, gestisce la regolazione delle emozioni. In alcuni studi neurofisiologici sull'emozione, è stato dimostrato che nei soggetti con disturbo da stress post-traumatico, l'amigdala mostra un'elevata attivazione in seguito alla presentazione di figure minacciose, più evidente è l'attivazione, più grave è il disturbo. L'amigdala è responsabile della conservazione della memoria percettiva e dell'attribuzione di un significato emotivo all'esperienza traumatica. Comprendere di più sul suo funzionamento può fornire ulteriori informazioni sulla genesi e l'elaborazione della memoria traumatica. Viste, suoni e odori che evocano traumi vengono trasmessi attraverso i sensi all'amigdala e alla corteccia prefrontale. Successivamente, l'ippocampo, responsabile dell'interpretazione e della memorizzazione delle informazioni sensoriali, converte i dati dell'amigdala in memoria a lungo termine. In diversi studi è diventato evidente come le persone che hanno subito un trauma rispondano a stimoli evocatori di traumi con un aumento significativo della frequenza cardiaca, della pressione sanguigna e della conduttività dei tessuti.

In alternativa, Porges ha proposto un modello come risposta alla presenza o alla percezione di una minaccia, o in assenza di una situazione pericolosa. Sulla base di questo modello ha formulato la Teoria Polivagale, che afferma che in condizioni normali o quando si percepisce una situazione minacciosa, si attiva il livello più recente ed avanzato del sistema, capace di regolare processi atti a ripristinare l'omeostasi dell'organismo e in grado di facilitare la richiesta di aiuto e sostegno attraverso il coinvolgimento sociale. Questo è quando il complesso vagale entra in

gioco, inviando segnali al cuore per rallentare il battito cardiaco e ai polmoni per calmare la respirazione. Se la situazione minacciosa persiste o in presenza di pericolo imminente, o in assenza di un percepito sostegno sociale, si innesca il sistema simpatico, producendo una risposta di lotta o fuga per proteggere la persona dal pericolo. In questa fase l'emozione predominante è la paura e viene inibita la capacità di cercare un aiuto esterno. L'ultima fase si verifica quando il tentativo di fuga o di lotta fallisce e si verifica il congelamento o il collasso, attivando il livello di funzionamento più primitivo: il complesso vagale viene inibito. Sempre da un punto di vista neurofisiologico, sappiamo che gli emisferi cerebrali sono delegati a funzioni psicologiche diverse e complementari. Tulving, attraverso i suoi studi e ricerche, ha teorizzato un modello di asimmetria cerebrale nei processi di registrazione, conservazione e richiamo dei ricordi. Uno dei metodi di trattamento più recenti e strutturati utilizzati in psicotraumatologia, EMDR (Eye Movement Desensitisation and Reprocessing),



### **Cos'è lo stress**

Una prima definizione di stress è stata offerta da Hans Selye negli anni '50. Il merito e l'importanza di questo psicologo non è tanto di aver definito lo stress come una risposta del corpo a vari stimoli esogeni ed endogeni e di aver fornito una descrizione sistematica di questa risposta, quanto piuttosto di aver incorporato lo stress in una teoria generale di ciò che costituisce la malattia.

Secondo Selye, lo stress è la risposta non specifica del corpo a qualsiasi richiesta su di esso, in quanto tale può essere prodotto da una gamma estremamente ampia di stimoli chiamati stressori, come l'esposizione a calore, freddo o gradi estremi di umidità, sforzo muscolare, shock anafilattico o stimolazione emotiva. Lo stress è quindi il risultato di un processo adattivo che coinvolge l'individuo nell'interazione con il proprio ambiente, nella valutazione dell'evento che deve affrontare (impegni lavorativi, conflitti familiari, difficoltà nelle relazioni sociali) e nella ricerca di una strategia di coping. Se l'organismo è in grado di reagire alle pressioni a cui è sottoposto nel breve periodo, portando ad un ripristino dell'omeostasi, utilizzando strategie e risorse, queste pressioni possono essere considerate positive nel senso che consentono lo sviluppo dell'individuo stesso.

Se, al contrario, condizioni sfavorevoli fanno sì che le capacità e le risorse di adattamento di una persona vengano superate o si prolunghino nel tempo, l'individuo diventa incapace di rispondere e fornisce risposte disadattive chiamate distress o stress negativo.

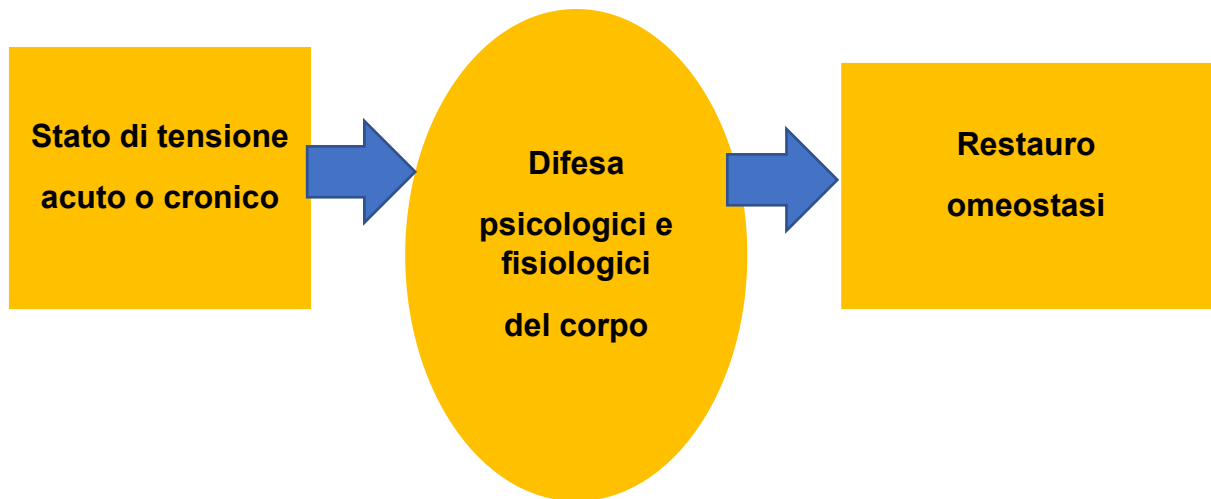
Ecco alcuni chiarimenti:

- Stressors: sono eventi, stimoli con cui una persona deve fare i conti;
- tensione correlata allo stress: reazione fisica, psicologica e comportamentale ai fattori di stress.
- effetti (risultati): sono le conseguenze dello stress sia a livello individuale che collettivo
- coping: strategie e processi cognitivi messi in atto dall'individuo per affrontare i fattori di stress.

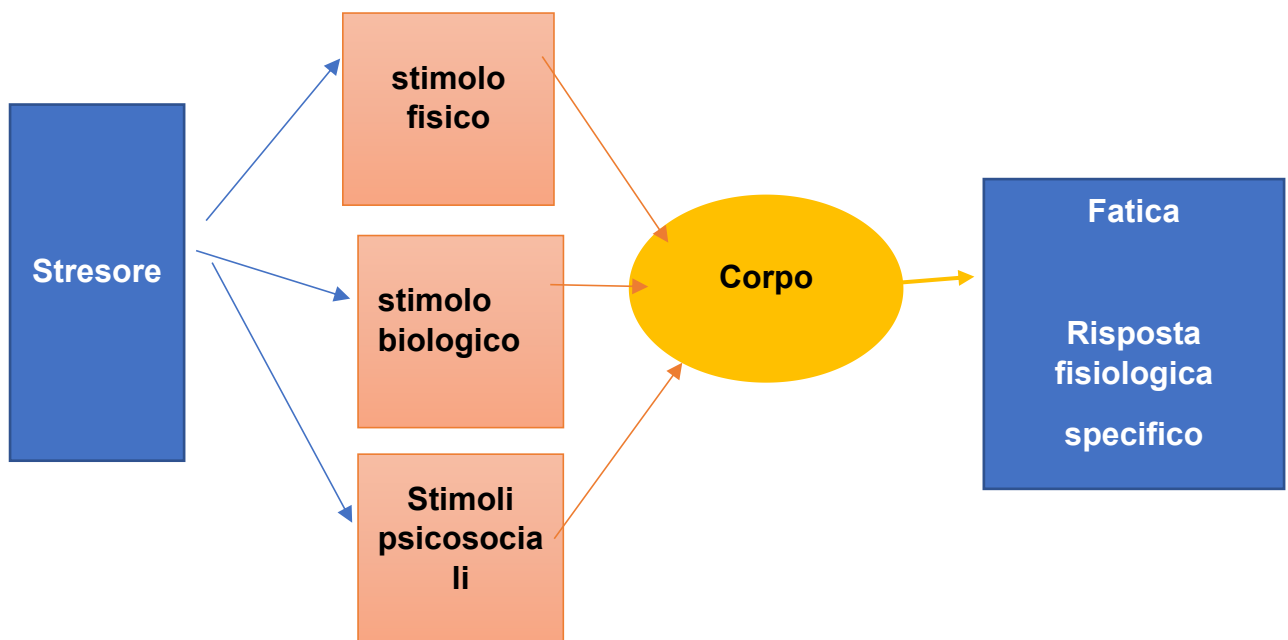
**- resilienza - la capacità di adattarsi e resistere agli stress**

Qualsiasi fattore di stress che interrompe l'omeostasi del corpo innesca immediatamente risposte regolatorie neuropsicologiche, emotive, locomotorie, ormonali e immunologiche. Nonostante ciò, il coping è un'attività complessa che comporta l'attuazione di azioni volte a gestire o risolvere problemi a seconda della risposta emotiva provocata da tali eventi.

**Condizione stimolo-risposta**



La capacità di indirizzare azioni adattative implica sia la possibilità di azioni volte a modificare l'ambiente in base alle esigenze del soggetto, sia la possibilità di modificare le caratteristiche soggettive al fine di ottenere un migliore adattamento all'ambiente. Quando il corpo è soggetto agli effetti prolungati di diversi tipi di fattori di stress, come quelli fisici (es. stanchezza), mentali (es. coinvolgimento lavorativo), sociali o ambientali (es. obblighi o richieste dell'ambiente sociale), innesca un non-risposta biologica specifica definita da Selye come sindrome di adattamento generale.



Il tema dello stress era spesso considerato tabù e segno di debolezza in passato, oggi il fenomeno è studiato e analizzato molto seriamente. I professionisti che lavorano in situazioni di emergenza possono subire gli effetti negativi dello

stress derivante dall'esposizione frequente e ripetuta ad eventi psicologicamente difficili, che in alcuni casi possono portare a disturbo da stress post-traumatico o psicopatologia, acuto o cronico. Il campo scientifico sottolinea che ci sono effetti psico-danneggianti derivanti da eventi critici che possono interessare i professionisti del pronto soccorso e per questo motivo vogliamo rivelare quali fattori causano stress e identificare alcune possibili strategie per far fronte a questo stress e ridurre il rischio di post- disturbo da stress traumatico.

*L'evoluzione della sindrome da stress avviene in tre fasi:*

**Mettere in guardia:** il corpo risponde ai fattori di stress mettendo in atto meccanismi di coping sia fisici che mentali. Gli esempi includono aumento della frequenza cardiaca, pressione sanguigna, tono muscolare e eccitazione (attivazione psicofisiologica).

**Resilienza (Resistenza):** il corpo cerca di combattere e contrastare gli effetti negativi dello stress prolungato producendo risposte ormonali.

**Esaurimento:** se i fattori di stress continuano ad agire, possono esserci effetti negativi schiacciati e permanenti sulla struttura mentale e/o somatica.

Gli elementi stressanti di un dato ambiente interpellano così l'individuo, che reagisce secondo la propria personalità con determinate risorse, sviluppando così uno stato d'animo che va dal semplice disagio alla Sindrome da Burnout, che si esprime come tutta una serie di sintomi specifici. Ad esempio, il cambiamento del comportamento del soccorritore nei confronti della vittima è un segnale importante di passaggio da una situazione stressante, che può essere definita fisiologica e comunque gestibile dal soccorritore, ad una vera e propria psicopatologia che può avere gravi conseguenze.

Cherniss, una psicologa specializzata in stress correlato al lavoro, ha identificato cinque tratti della personalità che influenzano la risposta di un individuo allo stress:

1. **Ansia nevrotica:** si riferisce a persone che si pongono obiettivi elevati, spesso al di là delle proprie risorse e talvolta al di là delle proprie capacità, e si autopuniscono se non li raggiungono.
2. **Sindrome di tipo A":** si riferisce a quelle persone che hanno uno stile di vita iperattivo, competitivo, invadente, aggressivo, impaziente e sono legate da un senso pressante della pressione del tempo.

3. "Locus of control": gli individui hanno una percezione errata del grado in cui credono di avere il controllo della propria esistenza, si sentono alla mercé di poteri al di fuori del loro controllo.

4. Flessibilità: questa è una caratteristica delle persone adattabili e flessibili, che può portare ad accettare situazioni troppo prontamente senza tentare di continuare con l'intervento.

5. Introversione: gli introversi sentono più tensione nelle situazioni di ruolo rispetto agli estroversi, si ritirano più facilmente di fronte a conflitti e stress. Questo ritiro ostacola un'efficace difesa e risoluzione dei conflitti.

## **2.2. Stress traumatico**

Lo stress traumatico può essere la conseguenza di un evento critico, cioè di qualsiasi situazione in grado di esercitare un impatto estremamente stressante, come l'annientamento dei meccanismi di coping solitamente utilizzati da una persona. Le reazioni emotive a seguito di un evento traumatico generalmente prendono la forma di un senso opprimente di vulnerabilità, impotenza o perdita di controllo, accompagnate da emozioni di paura o intensa angoscia. Alcuni degli elementi, che definiscono e caratterizzano il verificarsi di conseguenze negative a seguito della partecipazione a emergenze traumatiche, sono la mancanza di controllo su ciò che sta accadendo, la sensazione che la persona stia vivendo un'esperienza estremamente negativa e improvvisa. Questi aspetti sono indispensabili per un'esperienza traumatica negativa, ma allo stesso tempo una situazione può non essere percepita e vissuta come traumatica anche in presenza di questi aspetti. Per alcune persone, anche eventi incontrollabili, estremamente negativi e improvvisi non generano traumi. Per quanto riguarda l'incontrollabilità dell'evento, i soccorritori sono spesso rattristati dal fatto che non hanno potuto fare nulla per cambiare la situazione e possono sviluppare pensieri invadenti e inquietanti su come sarebbero andate le cose se avessero avuto l'opportunità di agire diversamente. Inoltre, il valore estremamente negativo della situazione di emergenza, può essere determinato dalla percezione soggettiva e dal significato psicologico che l'evento ha per l'individuo. Infine, per quanto riguarda il pericolo imminente, può causare paura o terrore ai soccorritori,



Al contrario, nel caso della preparazione psicologica e aumentando la resilienza, alcune esperienze, sebbene estremamente dolorose, non provocano traumi perché si sviluppano gradualmente, garantendo la possibilità di adattarsi ai cambiamenti sia cognitivi che emotivi. La sofferenza psicologica conseguente all'esposizione a un evento stressante o traumatico è quindi soggettiva e altamente variabile: ciò che un individuo percepisce e sperimenta come evento critico potrebbe non esserlo per un altro. Non è certamente possibile prevedere chi svilupperà il disturbo da stress post-traumatico in risposta a una determinata situazione, ma alcuni fattori precedenti, concomitanti o successivi all'evento possono facilitare l'insorgenza del disturbo. Questi includono l'identificazione personale con l'evento, cioè la vicinanza psicologica che il soggetto può percepire, l'imprevedibilità dell'evento e il grado di esposizione e vicinanza fisica all'evento. Alcuni eventi sono vissuti in modo particolarmente traumatico quando riattivano traumi precedenti che hanno elementi in comune.

Quando una persona vive un evento traumatico, può sperimentare una varietà di reazioni che Roger Solomon ha suddiviso in fasi:

- La fase in cui si verifica l'evento. Questo è il momento al culmine della crisi. Tipicamente, la risposta è una dissociazione peri-traumatica con disconnessione delle funzioni di coscienza, memoria, identità e percezione dell'ambiente. La dissociazione funziona per alleviare la paura e un senso di impotenza di fronte a un evento estremamente negativo che non può essere controllato.

- La fase shock (prime 24-72 ore), caratterizzata da sensazioni di vertigini e confusione.

- La fase della realtà e dell'impatto emotivo (dopo 72 ore e anche settimane o mesi dopo). L'individuo ha superato le fasi precedenti e inizia a prendere coscienza di ciò che è accaduto ed entra in contatto con le proprie emozioni.

- Fase di adattamento. La valutazione della situazione e delle risorse disponibili per far fronte all'evento stressante sono di primaria importanza per comprendere l'impatto emotivo e l'intensità dello stress stesso sull'individuo.

- Fase di risoluzione e integrazione. L'evento viene assimilato nella propria visione del mondo e in questo modo si attiva un meccanismo di coping.

- La fase di apprendimento in cui la persona si adatta a convivere con gli effetti dell'evento. Dopo un evento grave, la visione del mondo può cambiare e si possono scoprire aspetti della realtà e del sé sconosciuti, anche in relazione alle proprie risorse e capacità di reazione. Le risposte personali a un evento critico possono essere molto diverse. Alcuni individui hanno un discreto livello di tolleranza allo stress e sono in grado di mantenere la lucidità necessaria per far fronte all'emergenza, dimostrando la capacità di gestire le proprie emozioni e di mettere in atto comportamenti adeguati alla situazione. Tuttavia, nel tempo possono verificarsi reazioni ritardate, che possono successivamente trasformarsi in patologia. Le reazioni emotive che si manifestano immediatamente dopo l'evento critico e possono persistere per giorni dopo sono caratterizzate dalla presenza di manifestazioni psicosomatiche quali shock, ansia, depressione, smarrimento, stupore, tremore, palpitazioni, nausea. Queste reazioni si verificano immediatamente dopo l'evento critico e interessano la persona per i giorni successivi. Infine, le risposte sono altamente inappropriate come risposte dissociative, caratterizzate da confusione, delusioni, comportamenti aggressivi e autolesionistici, esposizione al pericolo e depressione. A seguito di una situazione traumatica, i tipici sintomi da stress post-traumatico sono da considerarsi normali e fisiologici, in quanto importanti meccanismi di difesa necessari alla sopravvivenza. La sindrome da stress post-traumatico, invece, è l'evoluzione patologica di queste normali reazioni. Alcune persone possono sperimentare reazioni emotive molto intense, con risposte fisiologiche significative o addirittura palesi di evitamento, per poi tornare alla normalità non appena la situazione minacciosa cessa. Al contrario, coloro che sono emotivamente e cognitivamente incapaci di elaborare l'evento critico possono



sviluppare un disturbo mentale. Data l'evidenza di differenze individuali così grandi nelle reazioni a eventi stressanti potenzialmente traumatici, ci chiediamo perché alcune persone sviluppano un disturbo da stress post-traumatico e altre no, e perché si basino anche le differenze individuali nei diversi tipi di risposta. Van der Kolk identifica diversi fattori che influenzano l'adattamento al trauma, raggruppandoli in cinque categorie specifiche: fattori biologici, livello di sviluppo, gravità del trauma, contesto sociale dell'individuo prima e dopo l'evento e situazioni stressanti vissute prima e dopo l'evento traumatico. Data l'evidenza di differenze individuali così grandi nelle reazioni a eventi stressanti potenzialmente traumatici, ci chiediamo perché alcune persone sviluppano un disturbo da stress post-traumatico e altre no, e perché si basino anche le differenze individuali nei diversi tipi di risposta. Van der Kolk identifica diversi fattori che influenzano l'adattamento al trauma, raggruppandoli in cinque categorie specifiche: fattori biologici, livello di sviluppo, gravità del trauma, contesto sociale dell'individuo prima e dopo l'evento e situazioni stressanti vissute prima e dopo l'evento traumatico. Data l'evidenza di differenze individuali così grandi nelle reazioni a eventi stressanti potenzialmente traumatici, ci chiediamo perché alcune persone sviluppano un disturbo da stress post-traumatico e altre no, e perché si basino anche le differenze individuali nei diversi tipi di risposta. Van der Kolk identifica diversi fattori che influenzano l'adattamento al trauma, raggruppandoli in cinque categorie specifiche: fattori biologici, livello di sviluppo, gravità del trauma, contesto sociale dell'individuo prima e dopo l'evento e situazioni stressanti vissute prima e dopo l'evento traumatico.

**Fattori biologici** può sia aggravare che attenuare una risposta individuale al trauma. Per quanto riguarda una predisposizione biologica alla vulnerabilità o resilienza alle esperienze traumatiche, esiste ancora il meccanismo di influenza di possibili differenze genetiche, che possono determinare una tendenza verso determinate risposte fisiologiche ed emotive a fattori di stress. Le reazioni al trauma sono anche fortemente influenzate dal livello di sviluppo raggiunto al momento dell'evento.

**Prime esperienze traumatiche** tendono ad avere un impatto più diffuso. Infatti, il possesso di abilità emotive, cognitive e sociali consente agli individui di esercitare un maggiore controllo sul proprio ambiente e di utilizzare strategie di coping più efficaci.

**Un terzo fattore** è stato identificato nella gravità del trauma: le caratteristiche dell'evento, come l'intensità e la durata, aiutano a determinare la gravità delle reazioni nella misura in cui modellano le percezioni soggettive del danno e la controllabilità.

**Contesto sociale** può anche indebolire o rafforzare la capacità di far fronte a un evento critico. Il sostegno della famiglia, degli amici e della più ampia comunità di riferimento aiuta a ristabilire l'equilibrio personale e un senso di controllo sull'ambiente esterno.

Infine, per quanto riguarda l'influenza delle situazioni stressanti vissute prima e dopo il trauma, possiamo identificare in letteratura due orientamenti opposti. Gli stimoli che inducono stress sono rari e di intensità relativamente bassa potrebbero produrre desensibilizzazione a futuri fattori di stress. Nell'orientamento opposto, le esperienze stressanti del passato potrebbero compromettere la capacità di far fronte al trauma nel presente. Sulla base di un modello teorico che spiega gli effetti sia di isolamento che di consapevolezza degli eventi, circostanze passate del passato caratterizzate da un'esperienza traumatica in cui è stato attivato il mantenimento della percezione, del controllo sull'ambiente avrebbero un effetto di isolamento, da un lato, e le situazioni vissute come meno controllabile produrrebbe consapevolezza. Inoltre,



### **2.2.1. Reazione allo stress**

Come abbiamo detto, lo stress è la risposta strategica dell'organismo per adattarsi a qualsiasi esigenza, sia fisiologica che psicologica, a cui è sottoposto. In altre parole, è la risposta adattativa del corpo, una normale reazione fisiologica

assolutamente necessaria per la sopravvivenza dell'individuo. Tuttavia, lo stimolo stressante può essere percepito positivamente o negativamente. Possiamo definire:

- Eustress - situazione in cui i fattori di stress a cui è sottoposto l'individuo rientrano in un limite di tolleranza, dando luogo ad una risposta adeguata. L'esperienza è vissuta in modo costruttivo e provoca un aumento dei livelli di prestazione.

- Distress - una situazione in cui i fattori di stress superano i limiti di tollerabilità dell'individuo, provocando una reazione disfunzionale. In questo caso, l'individuo può sperimentare un progressivo burnout psicofisico.

Le situazioni che potrebbero essere fonte di stress sono molteplici e generano risposte che variano notevolmente da persona a persona. Gli eventi stressanti possono infatti causare conseguenze sia fisiche che psicologiche, che vengono vissute in modo diverso a seconda della propria sensibilità personale. Ognuno di noi, in maniera del tutto soggettiva, secondo la propria esperienza, filtra le diverse esigenze dell'ambiente, compensando individualmente lo stimolo stressante. Per far fronte alle situazioni, infatti, ogni individuo mette in atto le proprie strategie comportamentali, che prendono il nome di strategie di coping. Gli stili di coping dipendono, infatti, da specifiche caratteristiche della personalità e da particolari esperienze personali e quindi dalle molte differenze individuali in risposta allo stress. Questa risposta è un insieme di reazioni che, causate dallo stimolo esterno,

Il processo reattivo può essere suddiviso in tre fasi distinte:

- Fase di allarme: lo stressor suscita un senso di allerta nell'organismo, con conseguente attivazione di tutta una serie di processi psicofisiologici (aumento della frequenza cardiaca, iperventilazione, sudorazione, ecc.) volti a far fronte alla nuova situazione.

- Fase di resilienza: l'individuo stabilizza le sue condizioni, adattandosi alle nuove esigenze dell'ambiente esterno, con normalizzazione degli indici fisiologici. Se l'adattamento non è sufficiente, si ha la fase di esaurimento.

- La fase di esaurimento: è la fase finale che si verifica quando l'organismo esaurisce le riserve funzionali e non è più in grado di contrastare l'azione prolungata dei fattori di stress per ristabilire uno stato di equilibrio. La cascata di eventi ormonali e nervosi, solitamente limitati nel tempo, si attiva costantemente provocando un continuo stato di emergenza, con la conseguente comparsa di sintomi fisici, fisiologici ed emotivi.

Ognuno di noi affronta quotidianamente molte situazioni di stress acuto, ma quando il fattore di stress, ripetendosi frequentemente, diventa cronico, il corpo non riesce più a difendersi e manca della naturale capacità di adattamento. L'esposizione prolungata all'evento o agli eventi stressanti può portare a patologie psicofisiche. In altre parole, lo stress genera una risposta soggettiva a un cambiamento o a una situazione percepita come minacciosa che provoca uno stato di intensa attivazione fisica e psicologica. La reazione innescata può avere diverse implicazioni: permette di far fronte in modo immediato ed efficace alla situazione problematica, ma se prolungata ed eccessiva può diventare fonte di disagio e angoscia. Ogni individuo ha la propria capacità di reagire ai cambiamenti della vita, soprattutto in tempi di crisi. Quando il soccorritore deve far fronte a una situazione di emergenza, vengono attivate tutte le risorse personali disponibili, ma può succedere che, a seguito dell'eccessivo dispendio di energie fisiche e mentali, si possano manifestare condizioni compensatorie come abuso di alcol o fumo, fame compulsiva o stati di irritabilità o atteggiamenti aggressivi. Altri possono invece impegnarsi in comportamenti di chiusura e di evitamento. In ogni caso, reagire allo stress è vitale per l'individuo e consente loro di mobilitare le risorse interne, ma allo stesso tempo è importante essere consapevoli di quando lo stress supera il limite accettato. Altri possono invece impegnarsi in comportamenti di chiusura e di evitamento. In ogni caso, reagire allo stress è vitale per l'individuo e consente loro di mobilitare le risorse interne, ma allo stesso tempo è importante essere consapevoli di quando lo stress supera il limite accettato. Altri possono invece impegnarsi in comportamenti di chiusura e di evitamento. In ogni caso, reagire allo stress è vitale per l'individuo e consente loro di mobilitare le risorse interne, ma allo stesso tempo è importante essere consapevoli di quando lo stress supera il limite accettato.

È stato spesso descritto che la presenza di stress è in grado di causare diversi problemi all'individuo, in quanto ha un impatto diretto e negativo sul funzionamento e sulla qualità della vita della persona. È anche noto che l'accumulo di stress può causare malattie e può essere una delle principali cause di malattia, se non riconosciuto in tempo, ed è legato a malattie psicosomatiche. Possono verificarsi cambiamenti comportamentali (irritabilità, isolamento o depressione), cambiamenti cognitivi (blocco, frustrazione, minaccia percepita, bassa autostima e autovalutazione) e funzioni fisiologiche alterate, che riflettono l'impatto dello stress sulla struttura cerebrale. In questo modo, lo stress può alterare l'adattamento dei

soccorritori alla loro situazione e impedire loro di prendere decisioni strategiche a causa dell'interferenza con i meccanismi di elaborazione delle informazioni.

### 2.3. Fattori che causano stress al personale di emergenza



I fattori che sono fonte di notevole stress per il personale di emergenza sono stati individuati in categorie ben definite, sebbene la varietà del lavoro li costringa a far fronte a situazioni in continua evoluzione. I soccorritori sono quindi soggetti a particolari fattori di stress legati alle caratteristiche di questo tipo di lavoro:

**Durata della carriera.** È principalmente il numero di anni di carriera che ha un effetto sui sintomi dello stress psicologico. L'anzianità di servizio è associata alla gravità e alla cronicità delle condizioni causate da reazioni emotive ostili. Quando la durata dell'esperienza lavorativa aumenta, aumenta anche il numero di eventi traumatici.

**Pressione del tempo:** Durante un'operazione di soccorso o in situazioni di emergenza può esserci una forte pressione sul tempo, causata ad esempio dal poco tempo a disposizione per soccorrere una persona ferita.

**Sovraccarico di responsabilità.** Ciò è particolarmente rilevante per coloro che hanno ruoli di leadership o di coordinamento o responsabilità di coordinamento, che spesso decidono la priorità della risposta tra diverse emergenze. In caso di incidente devono decidere in pochi istanti qual è la priorità delle persone da

soccorrere e quindi decidere il destino di quelle da curare, sapendo che non hanno tutto il tempo e le attrezzature che sarebbero disponibili in un ospedale.

**Carichi fisici e mentali pesanti.** Il lavoro di soccorso richiede sforzo fisico e mentale, energia fisica, forza, resistenza e resistenza. Spesso non c'è tempo per un riposo adeguato. Inoltre, gli operatori del pronto soccorso devono avere buone capacità di ragionamento, sufficiente lucidità nell'esaminare le situazioni e includere valutazioni complesse. Tutto questo in un ambiente spesso caotico e sotto la pressione di compiti pesanti, che tende ad alterare la capacità di pensare a favore di un'azione immediata e in ambienti difficili (freddo, caldo, neve, pioggia, ecc.).

**Richieste emotive molto forti.** I soccorritori sono esposti a stimoli e richieste molto violenti. Funzionano sotto pressione costante. Durante le fasi di salvataggio, hanno bisogno di controllare le proprie emozioni per poter funzionare. I soccorritori spesso devono prendere decisioni che riguardano la salute e la sicurezza degli altri, possono avere paure personali, momenti di rabbia e scoraggiamento.

**Mancanza di risorse in relazione all'evento.** I soccorritori si trovano spesso di fronte a risorse e personale limitati. Spesso devono agire con risorse e personale limitati, ma allo stesso tempo devono far fronte alle tante richieste di intervento.

**Aspettative da terzi.** Il soccorritore è riconosciuto nell'ideale collettivo come una sorta di "supereroe", è percepito come in grado di far fronte a qualsiasi situazione lavorativa, di risolvere facilmente qualsiasi problema, senza mai mostrare insicurezza, disagio o malumore. L'operatore di emergenza può far fronte a queste situazioni emotive e comportamentali sviluppando la resilienza e implementando strategie di coping. Quando questi strumenti non vengono implementati, le conseguenze possono diventare negative.

**Imprevedibilità.** Il professionista del pronto soccorso non sa in anticipo quando sarà chiamato a rispondere, quante sortite dovrà fare in una giornata, dove dovrà recarsi, quante persone potranno essere coinvolte, la gravità del soccorso, l'esito del suo trattamento. Giunto sul luogo dell'incidente, il professionista, che è in possesso solo delle informazioni fornite dalla centrale operativa, spesso frammentarie e brevi, ha bisogno di capire qual è la situazione reale.

Le emozioni più potenti sono quelle che sorgono sul luogo dell'incidente, nel momento dell'impatto diretto con l'imprevisto e l'ignoto. I soccorritori, infatti, devono rispondere alla richiesta di aiuto senza avere l'opportunità di prepararsi. All'arrivo sul posto, il professionista ha poco tempo per prendere coscienza della situazione, della

sicurezza del luogo, del disagio che vi trova, per triage le persone coinvolte, per accertarne le condizioni, i defunti, le vittime che muoiono durante la rianimazione le misure. Nel frattempo deve anche coordinare il lavoro della squadra, gestire i passanti, comunicare con la centrale operativa.

**In tutta questa frenesia, i sentimenti agiscono a un livello sottile, inconscio.**

Questa incertezza facendo da filo conduttore, se da un lato può essere lo stimolo che tiene alta la passione per il lavoro, la spinta al lavoro, dall'altro, alla lunga, può creare disagio e alienazione.

**Età della persona da soccorrere.** Il salvataggio di giovani vittime, in particolare coetanei e bambini, è di gran lunga le situazioni più stressanti riscontrate negli studi. Quando si lavora per soccorrere un giovane, c'è un desiderio maggiore che tutto vada bene; per questo ogni fallimento viene vissuto in modo ancora più negativo. I primi due tipi di incidenti considerati più critici dal personale di emergenza sono la morte e gli abusi sessuali su minori.

**Pazienti psichiatrici.** Soprattutto quando non collaborano. In questo caso, il paziente si sente così minacciato da tutto ciò che lo circonda, compreso il soccorritore, che la sua reazione violenta è proprio un meccanismo di difesa. La difficoltà nella gestione della situazione è che la situazione deve essere ridotta al minimo per deviare l'aggressività del paziente in modo che si possa trovare un canale di comunicazione per fornire aiuto senza innescare reazioni violente. Il controllo emotivo, la calma e la fiducia del soccorritore in questo caso sono fondamentali, ma non sempre facili da mettere in pratica in quanto la tensione è molto alta e la possibilità di problemi di comunicazione, compromettendo la buona riuscita dell'intervento, è molto alta.

**Pazienti gravemente traumatizzati.** A maggior ragione se sono giovani o se hanno lesioni corporali molto gravi (amputazioni, malformazioni) o sono coinvolti in gravi incidenti (paziente intrappolato, auto ribaltata, maxi emergenze).

**Responsabilità.** La voglia di autonomia del soccorritore, la soddisfazione di inquadrare la situazione clinica per curarla e scegliere il codice di accesso al pronto soccorso, si accompagna al timore della responsabilità della scelta.

**Tutto per tutti.** Una sensazione frequentemente riportata da alcuni soccorritori è che fanno parte di una squadra e che la finalità dell'atto di soccorso dipende da ciascun membro della squadra. Mentre questo è in un certo senso rassicurante, perché sanno già come agire, per alcuni è percepito come un rischio di peggiorare la situazione, perché temono che alcuni dei loro colleghi non svolgano correttamente il loro lavoro.

**Organizzazione.** Situazioni che creano ansia tra il personale di emergenza possono essere l'insufficienza delle risorse umane e il sovraccarico di lavoro a cui sono sottoposti i professionisti del pronto soccorso, soprattutto negli ultimi anni, e, non ultima, l'incapacità di fornire cure secondo lo standard previsto, anche per mancanza di risorse, tempo e personale.

Il forte senso di stanchezza provato dalle squadre di soccorso, che attribuiscono proprio al sovraccarico di lavoro dovuto alla discrepanza tra richieste e carenza di personale e mancanza di tempo, può anche essere indice di un rapporto insoddisfacente con l'oggetto del proprio lavoro. Alle prese con i ritmi frenetici, il soccorritore sente di perdere di vista sia il rapporto con il paziente sia la preoccupazione per gli aspetti tecnici della professione che spesso motivano la scelta di operare in pronto soccorso, travolto dalle procedure e dalla quantità di lavoro burocratico da svolgere.

Va inoltre sottolineato che i servizi di cura non possono essere ritardati, in quanto si tratta di decisioni che devono essere prese in tempi brevi, con alto rischio di errore; la variabilità e rapidità del quadro clinico, caratteristica specifica del paziente critico; la necessità di prestazioni elevate che derivano proprio dall'imprevedibilità del momento. Tutto ciò crea nel soccorritore uno stato di tensione costante, che si può definire ansia da prestazione.

**Mancanza di feedback sul lavoro svolto.** Questo può portare al disorientamento poiché le persone non sanno come procedere, il che può portare alla perdita di motivazione per il lavoro. Spesso, i professionisti del pronto soccorso sono soli nel ragionare sulla diagnosi necessaria per l'intervento, senza la possibilità di consultarsi con un collega, e quindi si sentono soli nella loro decisione. Ricevere feedback da colleghi, superiori e pazienti (ove possibile) su come lavorano e si relazionano è importante per coltivare la passione per il proprio lavoro e migliorare aspetti della propria professionalità che devono essere rivisti. Inoltre, il confronto tra



diversi professionisti gioca un ruolo importante nella risoluzione dei conflitti che possono sorgere tra colleghi.

**Identificazione della vittima.** Il problema per il soccorritore è non saper gestire la distanza tra lui e il sofferente, come capire che l'infortunato non è come lui o un parente o che non gli sta succedendo. L'empatia, infatti, è una condizione necessaria per stare vicino a qualcuno che soffre, ma se il soccorritore non impara a gestire questa empatia può essere devastante.

**Squadra.** Lo stress si verifica quando i soccorritori lavorano con persone sempre diverse o impreparate e di cui non si fidano, quando il team non è coeso, quando i membri del team non comunicano efficacemente tra loro.

**Altri.** Chi si raduna sul luogo di un incidente, chi evidenzia il bisogno di compassione, chi può denunciare l'inadeguatezza e la mancanza di preparazione dei soccorritori, l'impotenza, i passanti che osservano e giudicano (spesso filmando la scena con i cellulari).

#### **2.4. Disturbo acuto da stress**

Il Disturbo Acuto da Stress (ASD) si verifica durante la fase di esposizione al trauma; come reazione immediata all'evento, il corpo e la psiche reagiscono spinti dall'innato istinto di sopravvivenza, portando a una scelta di "lotta o fuga". Questa è una risposta difensiva di emergenza in quanto prepara il corpo a rispondere istintivamente combattendo o scappando allo stimolo stressante.

In sostanza, TAS si caratterizza per cinque aspetti principali:

1. dissociazione o sensazione di intorpidimento emotivo,
2. rivivere l'esperienza dell'evento,
3. evitamento comportamentale,
4. la comparsa di cambiamenti fisiologici,
5. menomazione sociale e professionale.

I criteri per una diagnosi di SAD secondo il DSM (Manuale Diagnostico dei Disturbi Mentali) sono:

a) La persona è stata esposta ad un evento traumatico in cui erano presenti i seguenti elementi:

1. la persona ha vissuto, assistito o si è trovata di fronte a uno o più eventi che comportano la morte o minacciano l'integrità fisica di sé o degli altri.
2. le reazioni della persona includevano intensa paura, impotenza o orrore.

- b) Durante o dopo l'esperienza dell'evento stressante, l'individuo manifesta alcuni sintomi, quali: assenza di emozioni, mancanza di reattività emotiva, ridotta consapevolezza dell'ambiente, la realtà esterna è percepita dal soggetto con un senso di irrealtà; c'è l'incapacità di ricordare aspetti importanti del trauma;
- c) L'evento traumatico viene costantemente rivissuto attraverso immagini, pensieri, sogni, illusioni o flashback.
- d) Evitamento marcato di stimoli che evocano ricordi del trauma.
- e) Sintomi marcati di ansia o aumento dell'eccitazione (p. es., difficoltà a dormire, irritabilità, ridotta capacità di concentrazione, ipervigilanza).
- f) Il disturbo provoca disagio negli aspetti relazionali;
- g) Il disturbo dura da un minimo di due giorni ad un massimo di quattro settimane e si manifesta entro quattro settimane dall'evento traumatico.
- h) Il disturbo non è dovuto agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (ad es. una sostanza di abuso o di un farmaco) o a una condizione medica generale.

## **2.5. Disturbo da stress post-traumatico o PTSD negli operatori di emergenza**

In scenari di emergenza, il primo obiettivo degli interventi è il ripristino dell'equilibrio e del benessere psicologico delle vittime. Nella fase acuta è quindi fondamentale aiutare le vittime a gestire l'evento critico, utilizzando al meglio tutte le risorse psicologiche disponibili, al fine di superare il trauma senza subire conseguenze durevoli. Anche i professionisti coinvolti nel salvataggio di vite, sebbene tendano a sviluppare un'elevata soglia di tolleranza agli eventi traumatici, devono essere immediatamente supportati psicologicamente per prevenire disturbi psicopatologici conseguenti a traumi vicari. I soccorritori, infatti, possono essere vittime di traumi, non per esposizione diretta, ma per contatto empatico con le persone colpite dagli esiti dell'emergenza. È importante recuperare le energie fisiche e psicologiche indispensabili per la prosecuzione dell'opera di soccorso, che richiede sforzi intensi, e mantenere l'elevata efficacia professionale richiesta in un contesto di emergenza. Inoltre, è necessario tenere conto che il contesto operativo in cui i soccorritori evocano angoscia e rischio è caratterizzato da cambiamenti regressivi e imprevedibili che non consentono un adeguato adattamento per far fronte allo stress emotivo causato dall'evento.

L'intervento dei professionisti in uno scenario di emergenza si articola in più fasi, ciascuna delle quali corrisponde a particolari vissuti emotivi e specifiche reazioni che possono essere valutate come normali reazioni in risposta ad una situazione di emergenza.

- Fase di allarme. L'emergenza inizia quando si riceve la comunicazione di un evento critico in cui è necessario intervenire. La notizia può generare, a prima vista, un senso di confusione e smarrimento, accompagnato dalla paura di ciò che si troverà sul luogo dell'evento e dalla preoccupazione di essere inadeguati alla situazione. Alcuni soccorritori possono sperimentare reazioni più estreme, persino inibitorie, fino al punto di shock. Le reazioni di attivazione fisica sono comuni, come aumento della frequenza cardiaca, pressione sanguigna e respiro corto. In alcuni casi, il disorientamento iniziale può causare difficoltà cognitive nella comprensione della gravità dell'evento e delle informazioni iniziali fornite, con una conseguente diminuzione dell'efficienza e delle capacità comunicative.

- Fase di mobilitazione. Una volta superato l'impatto iniziale, i soccorritori si preparano a rispondere. La pianificazione dell'intervento e il necessario coordinamento facilitano il recupero dell'autocontrollo emotivo, riducendo lo stato di tensione.

- Fase di azione. Il soccorritore si impegna ad aiutare le vittime, alternando sentimenti di euforia e gratificazione quando il soccorso è possibile e sentimenti di delusione, senso di colpa, scoraggiamento, paura e inadeguatezza quando l'intervento non è efficace. Questa fase può durare ore, giorni o settimane, con conseguenti sintomi fisici e psicologici legati all'esposizione prolungata a stress traumatico. In questo momento è molto comune la tendenza a sottovalutare i bisogni del soccorritore che tende a sopravvalutare le proprie risorse.

- Fase di rilascio. Una volta terminata la risposta all'emergenza, i soccorritori devono tornare alla loro vita personale, sociale e professionale. Ci sono due aspetti da considerare in questa fase. Da un lato, le esperienze emotive inibite durante l'attività di soccorso, come ansia, delusione e rabbia, possono riaffiorare attraverso difficoltà nel ripristinare uno stato di rilassamento. Possono verificarsi anche difficoltà ad addormentarsi, tensione, irritabilità, tristezza ed episodi di forte impatto emotivo. Il secondo aspetto riguarda il ritorno alla normalità, alla routine, che comporta anche il distacco dagli altri soccorritori intervenuti nel contesto dell'emergenza e che possono assumere una valenza soggettiva del tutto positiva o negativa, ai sentimenti di

isolamento dalla vita 'normale' e al sentire che l'unica dimensione in cui il soccorritore si sente adeguato è quella dell'emergenza.

Una volta superata la crisi emergenziale, il supporto psicologico mantiene un ruolo centrale, perché i soccorritori, dopo aver esaurito le energie a disposizione, necessitano di un'elaborazione cognitiva ed emotiva dell'esperienza vissuta che, se non correttamente svolta, potrebbe portare a psicopatologie da stress con importanti ripercussioni sul benessere psicofisico. Il soccorritore può rivivere i momenti più dolorosi, ad esempio ricordare i volti delle vittime soccorse e la loro sofferenza, può comportare sensi di colpa per non essere stato in grado di aiutare o salvare tutti. Insieme agli stati di ansia, possono verificarsi anche difficoltà a dormire, un senso di insicurezza ed esperienze di vita nel vuoto.

Pertanto, la caratteristica essenziale del PTSD è lo sviluppo di sintomi tipici in seguito all'esposizione a un fattore traumatico estremo, che implica un'esperienza personale diretta o indiretta e che può comportare danni o minacce all'integrità fisica di una persona. Il quadro sintomatologico deve essere presente da più di un mese e causare notevole disagio clinico e compromissione della vita sociale:

- a) L'evento traumatico viene persistentemente rivissuto attraverso varie modalità:
1. Ricordi ricorrenti e invadenti dell'evento;
  2. Sogni o incubi ricorrenti sull'evento;
  3. La persona si comporta o si sente improvvisamente come se l'evento traumatico fosse ricorrente;
  4. Intenso disagio psicologico durante l'esposizione a eventi simili all'evento traumatico.
- b) Evitamento persistente degli stimoli associati al trauma. C'è uno sforzo da parte del soggetto per evitare i pensieri, i sentimenti, le attività, le situazioni associate al trauma attuando comportamenti di evitamento;
- c) Sintomi persistenti di ipervigilanza, difficoltà ad addormentarsi, lieve irritabilità, iperreattività agli stimoli, difficoltà di concentrazione.



Come accennato, lo stress è una sindrome di adattamento ai fattori di stress. Può essere un normale adattamento fisiologico, ma può anche avere implicazioni patologiche. Qualsiasi fattore di stress che disturbi l'equilibrio del corpo innesca immediatamente risposte regolatorie neuropsicologiche, emotive, locomotorie, ormonali e immunologiche. Prevedibilità, conoscenza e gravità degli eventi giocano un ruolo fondamentale nella capacità di stabilire strategie di coping per gestire questo stress. L'adattamento è problematico quando il professionista è esposto a eventi catastrofici improvvisi, come nel caso del soccorso alle vittime di un incidente molto grave.

#### **Di nota**

**Il disturbo da stress post-traumatico non colpisce le persone deboli o fragili. Può colpire chiunque manchi di strategie di coping funzionali.**

Nel caso di un intervento di emergenza grave, poi, anche per un professionista del pronto soccorso esperto e qualificato è molto difficile entrare subito nella situazione con lucidità e chiarezza, impegnando immediatamente pensieri e azioni sugli atti richiesti dall'intervento. Pertanto, quando arriverà sulla scena, sperimenterà un certo grado di shock, che può essere più o meno intenso a seconda della sua esperienza e capacità personale di autocontrollo.

## 2.6 La sindrome del burnout negli operatori del pronto soccorso

Il burnout è una sindrome di esaurimento fisico, emotivo e mentale causato dal coinvolgimento a lungo termine in attività emotivamente impegnative. È una sindrome che può manifestarsi in coloro che attraverso la loro professione affrontano situazioni problematiche dove c'è un contatto continuo con la malattia e la morte. In questi professionisti, il coinvolgimento emotivo può essere così forte che a un certo punto diventa insopportabile. I soccorritori, per la specificità della loro attività professionale, sono in stretto e continuo contatto con le vittime di incidenti, disastri e situazioni di emergenza, e sono quindi tra le categorie più colpite dal Burnout. Il termine è stato utilizzato per la prima volta nel settore sanitario nel 1977 da Christina Maslach per definire una situazione che aveva vissuto nel suo lavoro. Ha osservato che si stava verificando con crescente frequenza negli operatori sanitari di emergenza, dopo mesi o anni di coinvolgimento, con un atteggiamento di nervosismo e irrequietezza o di apatia, indifferenza e talvolta anche cinismo nei confronti del proprio lavoro. La sindrome del burnout si riferisce a un tipo di risposta ai problemi del lavoro di soccorso, lo stress, che è la tendenza a trattare le vittime in modo distaccato e meccanico. La sindrome non compare all'improvviso, ma è il risultato di una successione di quattro stadi, che Maslach suddivide come segue:

**1. Entusiasmo idealistico:** caratterizzato dalle motivazioni che hanno portato i lavoratori a scegliere un'attività di cura, ovvero

- motivazioni consapevoli: miglioramento del mondo e di sé stessi, prestigio;
- motivazioni inconsce: il desiderio di approfondire la conoscenza di sé e di esercitare una qualche forma di controllo sugli altri;

**2. Ristagno:** il lavoratore continua a lavorare, ma si accorge che il lavoro non soddisfa pienamente i suoi bisogni. Si verifica un disimpegno graduale in cui avanza un senso di profonda delusione, che porta ad una chiusura della persona nei confronti del lavoro e dei colleghi;

**3. Frustrazione:** questa è considerata la fase più critica, in cui il pensiero dominante del soccorritore è che non può più aiutare nessuno, con un profondo senso di inutilità. L'esperienza della persona è di perdita, di svuotamento di emozioni e di valori creativi considerati fino a quel momento fondamentali. Ulteriori fattori frustranti sono la mancanza di apprezzamento sia da parte dei superiori che degli utenti e la convinzione di una formazione inadeguata per questo tipo di lavoro.

La persona frustrata si impegna spesso in comportamenti di evasione (come assenze ingiustificate dal lavoro, pause prolungate, frequenti assenze per malattia).

**4. Congelamento professionale:** il graduale disimpegno emotivo risultante dalla frustrazione, che porta a un passaggio dall'empatia all'apatia.

Il burnout non è solo un problema personale, gli effetti del burnout tendono a diffondersi da un membro del team all'altro e da un team all'altro. Le conseguenze di ciò sono molto gravi e possono essere riassunte su tre livelli:

1. Livello dei dipendenti,
2. Livello del paziente,
3. Il livello della comunità in generale.

### **2.6.1. Fattori di rischio, cause e sintomi del burnout**

Secondo Maslach, tra gli operatori sanitari più a rischio ci sono quelle persone che si lanciano con più entusiasmo nel proprio lavoro, che sono esposte per troppo tempo a situazioni in cui c'è un forte disadattamento tra esigenze e risorse, tra ideale e realtà, tra ciò che la professione richiede e come si fa. Rossati e Magro (1999) la definiscono "la sindrome del buon Samaritano deluso". Tra gli aspetti epidemiologici della Sindrome da Burnout descritti in letteratura, esiste un certo livello di sovrapposizione per alcune variabili:

*Età:* Sembra esserci un periodo di consapevolezza che nei primi anni della carriera professionale il soggetto sarebbe più vulnerabile.

*Genere:* Le donne sono più vulnerabili degli uomini. Ciò è dovuto a una serie di ragioni, come il doppio carico di lavoro (professionale e familiare) a cui sono soggette e l'adempimento di alcune specializzazioni professionali che potrebbero ampliare il ruolo delle donne.

*Stato civile:* Questo gioca un ruolo importante, poiché la sindrome sembra essere più presente nelle persone senza una famiglia o un partner stabile. L'esistenza dei bambini rende queste persone più resistenti alla sindrome.

*Lavoro a turni:* Il lavoro a turni e l'orario di lavoro possono favorire l'insorgenza della sindrome;

*Anzianità di lavoro:* alcuni autori hanno riscontrato una relazione positiva, la relazione tra la sindrome e l'anzianità lavorativa, altri hanno riscontrato una relazione

inversa, riscontrando che le persone con più anni di lavoro hanno un livello di associazione con la sindrome più basso.

*Sovraccarico di lavoro*: il rapporto tra Burnout e sovraccarico di lavoro è certo, nei professionisti della medicina d'urgenza, in quanto questo fattore produrrebbe una diminuzione qualitativa e quantitativa delle prestazioni erogate da questi lavoratori.

### **Segni e sintomi di burnout**

I sintomi del burnout possono essere classificati in sintomi psicologici (cognitivo-emotivi), poiché colpiscono sia la sfera emotiva che quella cognitiva. Christina Maslach descrive tre gruppi di sintomi:

**Esaurimento emotivo**: stanchezza, sensazione di esaurimento di ogni energia, sia mentale che fisica, apatia, demoralizzazione, difficoltà di concentrazione, irrequietezza, irritabilità; preoccupazione o paura eccessiva, sensazione di frustrazione o senso di fallimento;

**Depersonalizzazione**: perdita di ogni atteggiamento positivo verso sé stessi, il mondo e gli altri (familiari, colleghi, utenti), portando ad un approccio clinico e distaccato, che compromette ogni efficace relazione di aiuto;

**Mancanza di realizzazione**: la persona non si sente realizzata sul lavoro e comincia a svalutarsi sia professionalmente che personalmente. Nonostante i loro migliori sforzi, i nuovi impegni sembrano insopportabili, sentono di non essere all'altezza del compito sul lavoro e nella vita privata.

Ai sintomi compresi in queste tre categorie, F. Folgheraiter aggiunge quelli che possono essere descritti come:

**Perdita di controllo**: la persona non può più controllare lo spazio o l'importanza dell'attività professionale nella sua vita. Ha la sensazione che il lavoro lo "invada"; non può "disconnettersi" mentalmente da esso; il pensiero delle vittime o dei problemi con i colleghi gli procura sempre più disagio, anche oltre l'orario di lavoro.

**Sintomi comportamentali**: I sintomi del burnout includono alcuni o più dei seguenti comportamenti:

- assenteismo;
- Evitare le relazioni, passare più tempo del necessario al telefono, cercare scuse per uscire o svolgere attività che non richiedono interazione con i colleghi;



- ritiro progressivo dalla realtà del lavoro: partecipare alle riunioni senza intervenire, senza partecipazione emotiva e solo per lo stretto necessario;
- Difficoltà a scherzare sul lavoro, a volte anche a sorridere;
- Perdita dell'autocontrollo: reazioni emotive violente, impulsive nei confronti delle vittime e/o dei colleghi;
- Fumo e uso di sostanze psicoattive: alcol, psicofarmaci, stupefacenti.

**Sintomi fisici:** La sindrome da burnout provoca o aggrava alcuni dei seguenti disturbi psicosomatici:

- Patologie gastrointestinali: gastrite, ulcera, colite, stipsi, diarrea;
- Disfunzioni del SNC: astenia, cefalea, emicrania;
- Disfunzioni sessuali: impotenza, frigidità, perdita del desiderio
- Disturbi della pelle: dermatiti, acne, mugugno;
- allergie e asma;
- Insonnia o altri disturbi del sonno;
- Disturbi dell'appetito;
- Componenti psicosomatiche di artrite, malattie cardiache, diabete.



## **Capitolo 3**

### **Resilienza e capacità di adattamento**

#### **3.1. Cos'è la resilienza**

In psicologia, la resilienza può essere definita come la capacità di un individuo di adattarsi positivamente a una situazione negativa e traumatica. Secondo molti esperti, la resilienza è una capacità che fa parte della natura umana, ma non sempre si attiva e, anche se attivata, non sempre porta a esiti positivi. Infatti, la resilienza di un individuo è influenzata da una varietà di fattori individuali, sociali e relazionali. Questa diversità può spiegare, ad esempio, perché, in condizioni traumatiche e stressanti, alcuni individui riescono ad emergere senza effetti negativi a lungo termine, mentre altri soccombono sotto la pressione dell'evento traumatico, arrivando in alcuni casi a svilupparsi pienamente -psicopatologie conclamate.

Nel corso degli anni, ci sono state molte definizioni diverse di resilienza in campo psicologico. Tuttavia, è possibile descrivere la resilienza psicologica come la capacità umana di affrontare con successo un evento altamente stressante e/o traumatico che provoca sentimenti negativi e angoscia, con la persona che torna nello stato precedente l'evento in questione e ne esce rafforzata, se non trasformato. In altre parole, la resilienza psicologica può essere definita come la capacità di far fronte, di resistere e di riorganizzare positivamente la propria vita dopo aver vissuto eventi particolarmente negativi e traumatici.

Nell'ambito degli studi di ricerca è stato osservato che non tutte le persone, di fronte ad un'esperienza traumatica e sottoposte a situazioni di rischio, sviluppano risposte distruttive a livello psicologico ed emotivo. Esistono, infatti, altri modi di affrontare le avversità, che sono legati alla capacità di trasformare un evento negativo in un'opportunità di crescita personale, ed è anche possibile trarre aspetti positivi dall'esperienza. Di fronte a un evento traumatico, le persone resilienti sono in grado di mantenere un equilibrio stabile senza che ciò influisca sulle loro prestazioni e sulla vita quotidiana. A differenza di coloro che guariscono progressivamente da un periodo di disfunzione, gli individui resilienti non attraversano questo periodo ma rimangono a livelli funzionali nonostante l'esperienza traumatica.

A questo punto possiamo sottolineare che la resilienza non deriva esclusivamente dall'ambiente, né è qualcosa di esclusivamente innato che alcuni individui ricevono alla nascita e altri no. Si basa sull'interazione che ha luogo tra l'individuo e l'ambiente. Alcuni ricercatori sostengono che una persona può essere etichettata come resiliente solo se c'è già stato un adattamento; pertanto, la ricerca si concentra sull'identificazione di quell'insieme di fattori che hanno consentito agli individui resilienti di superare vari traumi e problemi. Al contrario, un'altra generazione di ricercatori vede la resilienza come un processo che può essere promosso. La ricerca è quindi più interessata a chiarire quali dinamiche siano presenti nel processo di resilienza, con l'obiettivo fondamentale della replicazione in interventi o contesti simili. È necessario indagare sulla sovrapposizione tra diversi fattori di rischio e resilienza, nonché studiare lo sviluppo di modelli per promuovere efficacemente la resilienza attraverso programmi di intervento. In questo modo, gli studi confermano che la distinzione tra promotori e fattori di rischio è altamente permeabile. Sebbene la ricerca sulle persone resilienti fosse inizialmente focalizzata sullo studio di un'infanzia segnata da situazioni traumatiche, lo studio della resilienza è stato ora esteso e inteso come una qualità che può quindi essere sviluppata lungo tutto il ciclo di vita. La resilienza è diventata una categoria che può essere applicata a tutta la vita. Ognuno, in qualsiasi fase della vita e in qualsiasi contesto, può trovarsi in una situazione traumatica, superarla ed uscirne più forti. Così, la resilienza è un concetto fondamentale che coinvolge la capacità di coping che le persone hanno di fronte a un problema o difficoltà e come riescono a integrare questi eventi negativi nelle loro vite e ad andare avanti senza grandi conseguenze. La resilienza non è quindi mai una caratteristica assoluta, né si acquisisce una volta per tutte. Come citato in Vera Poseck (2004), parlare di resilienza in termini individuali è un errore fondamentale. La resilienza è un processo, un divenire, per il quale non è tanto la persona resiliente quanto la sua evoluzione e il processo di strutturazione della sua storia di vita. Per alcuni ricercatori, la resilienza individuale e collettiva sono due facce della stessa medaglia, poiché affrontare le avversità implica risposte che possono essere fornite sia individualmente che collettivamente.

Proseguendo con l'analisi dei tratti di personalità che riescono a generare una maggiore resilienza allo stress, è pertinente sviluppare il concetto di Personalità Resilienti. Questo concetto nasce sulla falsariga dell'esistenzialismo, inteso come modo di guardare alla vita; Maddi e Kobasa sono i precursori nell'introdurre questo

concetto nella letteratura. Questi autori sono stati i primi a fare riferimento alla "robustezza" nel 1972 per spiegare come alcune persone abbiano più successo di altre nel resistere allo stress. Secondo Kobasa (1979) ci sono differenze strutturali nella personalità che portano alcuni individui a ammalarsi e altri non in varie situazioni, queste differenze costituiscono la personalità resiliente.

- Sfida,
- Verifica,
- Impegno.

Impegno inteso come capacità di alcune persone di impegnarsi profondamente nelle attività della vita quotidiana, Sfida come capacità di vivere il cambiamento come opportunità di crescita e Verifica come convinzione che le circostanze della vita dipendano dalle proprie azioni. Sebbene i concetti di resilienza e personalità resiliente abbiano molte somiglianze, non sono gli stessi. Entrambi implicano la capacità di adattarsi a situazioni stressanti e parlare a una forza interna o ben creata dall'interazione di un individuo con l'ambiente. Sebbene sia implicito che la personalità resiliente sia composta da tre fattori, ciò non significa che debbano essere presenti anche nella resilienza in modo esclusivo, poiché è un'abilità che racchiude più qualità di questi tre fattori.



Tornando al concetto di resilienza, per Luthar (2006) il fattore fondamentale della resilienza è la capacità dell'essere umano di stabilire relazioni forti con gli altri, valorizzando le figure adulte nelle prime fasi dello sviluppo, ovvero il legame con i genitori. Ciò indica che queste figure fondamentali per i bambini sono in grado di nutrirli, proteggerli e stimolarli, generando così legami di attaccamento sicuri che si rifletteranno poi nello sviluppo di un senso di fiducia negli altri, nella valorizzazione di

tratti personali come intelligenza, sé stessi - stima e autoregolazione emotiva, che sono gli ingredienti fondamentali della resilienza.

Per alcuni autori come Michael Rutter (1978), appartenente agli anni Settanta, quando si svilupparono i primi approcci al concetto, la resilienza è considerata una capacità quasi innata, formata da fattori personali che ci aiutano ad adattarci a situazioni stressanti, mentre altri autori, Kumpfer e Hopkins (1993), appartenenti al secondo momento storico di ricerca sull'argomento, corrispondente alla fine del Novecento, affermano che la resilienza è il prodotto dell'interazione individuo-ambiente, sottolineando l'importanza della capacità. per le relazioni personali e il rapporto del soggetto con il suo ambiente. Rutter è d'accordo con altri autori che sottolineano che la resilienza o la vulnerabilità allo stress ha origine in caratteristiche sia ambientali che costituzionali: temperamento, suscettibilità genetica o modelli di reattività fisiologica a determinati stimoli - che, fin dai primi anni di vita, lavorano in combinazione e contribuiscono alle strategie di coping e, in definitiva, allo stile e al grado di successo con cui una persona si sviluppa nel proprio contesto. Il concetto è stato ulteriormente sviluppato con la ricerca dell'etologo Boris Cyrulnyk, che ha esteso il concetto di resilienza osservando i sopravvissuti ai campi di concentramento, i bambini negli orfanotrofi rumeni e i bambini in difficoltà per le strade della Bolivia. Questo autore ha dato contributi molto significativi ai modi in cui le avversità feriscono il soggetto, provocando uno stress che porterà all'origine di una sorta di malattia e malattia. In caso favorevole, il soggetto produrrà una reazione resiliente che gli consentirà di superare le avversità. Ha descritto il concetto di "ossimoro" che descrive la scissione del soggetto traumatizzato e che gli permette di approfondire la comprensione del processo di costruzione della resilienza, che considera tra i meccanismi del distacco psicologico. Questi meccanismi (descritti da Edward Bibring), a differenza dei meccanismi di difesa, mirano a realizzare le possibilità del soggetto quando si tratta di superare gli effetti del dolore che sta soffrendo.

La resilienza si basa quindi sull'interazione tra la persona e l'ambiente. Più specificamente, a livello di interventi psicosociali, questo modello ha cambiato la natura dei quadri concettuali, degli obiettivi, delle strategie e delle valutazioni. Nell'area degli obiettivi di intervento, questi includono la promozione di una titolarità positiva attraverso la prevenzione di problemi o sintomi specifici. Le strategie mirano a promuovere i vantaggi e gli aspetti positivi del quadro ecologico dell'individuo

(ambiente, compiti specifici corrispondenti a ciascuna fase dello sviluppo e cultura), nonché a ridurre il rischio o le fonti di stress e i processi di sviluppo umano e a curare le malattie. Ci sono due approcci complementari. È conveniente distinguere tra approccio al rischio e approccio alla resilienza. Entrambi sono una conseguenza dell'applicazione del metodo epidemiologico ai fenomeni sociali. Tuttavia, affrontano questioni diverse ma complementari.

**Approccio alla resilienza:** descrive l'esistenza di veri e propri scudi protettivi contro le conseguenze negative, espresse in termini di danno o di rischio, mitigandone così gli effetti e trasformandoli talvolta in un fattore di superamento della difficile situazione. I fattori protettivi sono tutte quelle variabili che riducono la probabilità di assumere comportamenti rischiosi perché promuovono la resilienza e la cura di sé. Questi sono:

- capacità di comunicazione
- gestione dei sentimenti
- il processo decisionale
- Significato della vita.

Gli esseri umani sono predisposti alla normalità, a ciò che è normale per noi. Questa predilezione per l'ordinario rallenta la nostra percezione delle eccezioni, dell'insolito. Vediamo ciò che ci aspettiamo di vedere e trascuriamo ciò che non ci aspettiamo. Questo tipo di filtro naturale, che esclude alcuni dettagli dalla nostra visione, può avere conseguenze disastrose in determinate circostanze. Ma ci sono situazioni in cui negare l'evidenza o distorcere eccessivamente la realtà può avere conseguenze molto negative, soprattutto se l'autoinganno ci impedisce di prendere decisioni appropriate di fronte al pericolo.

Le risposte dipenderanno da come valutiamo e utilizziamo le informazioni fornite da queste due fonti. Qualunque siano le avversità, le informazioni pertinenti, veritiere, comprensibili e gestibili sono uno strumento di sicurezza molto utile.

Affrontare l'ignoranza per capire cosa sta succedendo ci aiuta a tenere i piedi per terra e ad agire concretamente, oltre a sentirci più in controllo del nostro destino. Nei disastri che colpiscono un gruppo o una comunità, tutti possono esercitare una leadership disinteressata e trarre vantaggio dalla partecipazione attiva a compiti progettati per guidare e aiutare gli altri.

È stato dimostrato che gli operatori sanitari e gli specialisti del salvataggio hanno maggiori probabilità di far fronte con successo a un disastro perché concentrano la loro attenzione sul lavoro da svolgere, sulla missione di aiutare le

persone colpite e, di conseguenza, lasciano meno spazio alla paura e confusione. Questo ruolo rafforza la loro concentrazione, il buon senso e la capacità di valutare razionalmente la realtà. È un modo di agire, intervenire, assumere il controllo e mantenere attive le funzioni esecutive. Aiutare gli altri nei momenti difficili ci rende più resilienti allo stress e all'esaurimento fisico ed emotivo, ci protegge dalla tendenza ad isolarci, ad affogare in emozioni negative o pensieri preoccupanti. Dopo il disastro, il comportamento altruistico continua ad aumentare l'autostima positiva, anche un pilastro della resilienza, in quanto infonde in noi il senso della nostra competenza e la soddisfazione di aver contribuito alla sicurezza degli altri. Le persone colpite da qualsiasi tipo di calamità che si sono sentite utili durante una crisi resistono e si riprendono meglio dalle conseguenze emotive. Questi benefici degli atti disinteressati si ottengono anche attraverso il volontariato. I volontari sperimentano meno ansia, dormono meglio, fanno meno abuso di alcol e droghe e hanno una maggiore autostima. D'altra parte, di fronte a minacce che non capiamo o che ci fanno sentire impotenti, cerchiamo con impazienza persone che ci guidino e ci diano guida e consiglio. I volontari sperimentano meno ansia, dormono meglio, fanno meno abuso di alcol e droghe e hanno una maggiore autostima. D'altra parte, di fronte a minacce che non capiamo o che ci fanno sentire impotenti, cerchiamo con impazienza persone che ci guidino e ci diano guida e consiglio. I volontari sperimentano meno ansia, dormono meglio, fanno meno abuso di alcol e droghe e hanno una maggiore autostima. D'altra parte, di fronte a minacce che non capiamo o che ci fanno sentire impotenti, cerchiamo con impazienza persone che ci guidino e ci diano guida e consiglio.

Affidarsi a persone autorevoli che crediamo possano informarci, guidarci e aiutarci nei momenti di pericolo è una tendenza naturale che inizia a svilupparsi nei primi mesi di vita. Da bambini, confidiamo che i nostri genitori e chi si prende cura di noi ci proteggano e soddisfino i nostri bisogni vitali. Crescendo, la fiducia che riponiamo nelle persone che rispettiamo o ammiriamo ci porta anche a vederle come modelli da cui possiamo imparare strategie per proteggerci e far fronte a situazioni difficili. Gli esseri umani hanno bisogno di spiegare tutte le cose importanti che ci accadono. Ognuno percepisce le avversità in modo diverso e la nostra particolare percezione modellerà la nostra risposta. Sebbene tutte le disgrazie abbiano in comune che causano paura e minacciano il nostro equilibrio fisico ed emotivo, il loro impatto varia a seconda della nostra personalità, circostanze e i valori culturali e

sociali della comunità in cui viviamo. Il significato o l'interpretazione che diamo alle avversità può rafforzare o indebolire la nostra capacità di superarla e può anche influenzare le possibili lezioni che impariamo dall'esperienza. Ci sono persone che concepiscono le calamità che li colpiscono come sfide che devono affrontare con tutte le loro forze e superare in ogni modo possibile. Altri, al contrario, vedono le disgrazie come attacchi personali, attacchi di nemici malvagi, anche se si tratta di un disastro naturale o di una malattia, contro cui l'unica opzione è combattere senza sosta. Queste vittime sono mosse da sentimenti di indignazione, rabbia e desiderio di vendetta. Ci sono persone che concepiscono le disgrazie come punizioni di Dio o della natura, alcuni addirittura giudicano la punizione come meritata e rispondono con sentimenti di colpa e di rimprovero.



Il concetto di resilienza si riferisce quindi alla capacità di reagire positivamente agli eventi traumatici, di riorganizzare la vita a seguito dei cambiamenti imposti dalle difficoltà vissute. Il processo di costruzione della resilienza non solo facilita l'affrontare situazioni avverse, ma consente anche lo sviluppo e l'implementazione delle capacità e delle risorse personali, facilitando l'adattamento al contesto. In questo senso, un evento traumatico può portare anche a cambiamenti positivi, favorendo un processo di crescita personale. Mobilitando le proprie energie e risorse, i soccorritori affrontano eventi critici con l'obiettivo di integrarli e poi continuare a sviluppare la propria vita, riorganizzando e ridefinendo la propria identità. Ciò implica la percezione di avere un ruolo attivo nelle esperienze negative. Le dimensioni psicosociali che facilitano il superamento di eventi traumatici sono costituite dalle



risorse personali, dalle strategie di coping utilizzate e dalle risorse del contesto sociale. Le risorse personali si riferiscono ai tratti della personalità individuale. Le persone con una percezione di sé positiva, in grado di autoregolare le proprie emozioni, mostrano un più alto grado di resilienza. In termini di strategie di coping, queste sono legate a convinzioni sulla capacità di esercitare il controllo sull'ambiente esterno. La ricerca sulla dimensione della resilienza porta a un concetto introdotto da Tedeschi e Calhoun, che mostra che l'esperienza vissuta migliora la percezione di sé e il senso di autoefficacia perché mostra che la persona è stata in grado di affrontare e superare una situazione estrema. Sul piano delle relazioni interpersonali si creano nuovi legami e si rafforzano quelli esistenti, sviluppare sentimenti di condivisione emotiva, compassione ed empatia verso gli altri. In definitiva, il superamento di un evento traumatico può comportare un cambiamento nelle priorità personali e una maggiore consapevolezza del rispetto per i propri valori e obiettivi fondamentali nella vita. Il costrutto anti-fragilità inventato da Nassim Taleb ha avuto molto successo negli ultimi anni. Dimostra che di fronte all'imprevedibilità di eventi eccezionali e dirompenti chiamati "cigni neri", il cui verificarsi è impossibile da prevedere e quindi impossibile da pianificare e controllare, è necessario adottare un modo di pensare meno rigido basato sulla capacità di reagire agli eventi e sulla tolleranza dell'incertezza, del disordine e persino del fallimento. Non possiamo sapere cosa riserva il futuro,

#### **notare che**

**La resilienza NON va confusa con la resistenza, cioè la capacità di una persona di resistere - cioè di resistere, di non adattarsi - a determinati fattori, che sono sempre di natura negativa o, comunque, capaci di sconvolgere condizioni normali. La resilienza è ADATTAMENTO!**

### **3.2. Chi sono le persone resilienti?**

Le persone resilienti sono quelle che - di fronte a difficoltà ed eventi traumatici - non si arrendono ma, al contrario, trovano la forza per andare avanti e sono anche in grado di trasformare l'evento negativo che hanno vissuto in una fonte di

apprendimento che permette loro di acquisire competenze utili per migliorare la propria vita. I meccanismi di resilienza sono presenti in ogni essere umano e possono essere implementati da chiunque. Pertanto, ogni persona è potenzialmente un individuo resiliente. Tuttavia, non tutti sono in grado di esercitare la resilienza e anche se viene attivata, i risultati non saranno necessariamente positivi e in miglioramento.

### **3.2.1 Fattori che influenzano la risposta di resilienza di un individuo**

La capacità di esercitare la resilienza varia da persona a persona in quanto è influenzata da una serie di fattori. In particolare, la probabilità di sviluppare una risposta resiliente a un evento negativo e traumatico è strettamente correlata alla presenza dei seguenti fattori.

#### **Fattori individuali**

Queste sono caratteristiche che un individuo possiede che possono essere utili per affrontare con successo un evento traumatico o stressante. Nello specifico, una persona resiliente è generalmente dotata di:

*Ottimismo*: Un individuo ottimista interpreta gli eventi negativi e i problemi che ne derivano come qualcosa di transitorio, ma inevitabilmente parte della vita. Questo atteggiamento dell'individuo ottimista non deve essere confuso con il tentativo di minimizzare i problemi.

*Autostima*: Più è alto a un livello ottimale, alto, più facile è sviluppare la resilienza.

*Capacità di risoluzione dei problemi*: Trovare soluzioni ai problemi facilita l'adattamento alle diverse situazioni e aumenta anche l'autostima.

*Abilità comunicative*: Una buona comunicazione facilita la resilienza.

*Senso dell'umorismo*: L'umorismo non va inteso come un tentativo di ridicolizzare eventi traumatici della vita, ma come una tendenza a mantenere una certa distanza dagli eventi negativi e la lucidità necessaria per risolvere i problemi che ne derivano. L'umorismo aiuta anche a elaborare le emozioni associate all'evento traumatico, rendendo più facile comunicare e condividere l'evento negativo con gli altri.

*Strategie di coping*: si tratta di meccanismi psicologici adattivi che vengono utilizzati per far fronte a problemi e stress.

*Empatia*: Una persona empatica comprende ciò che gli altri stanno passando.

### **Fattori sociali**

La resilienza non dipende solo dall'individuo e dalle caratteristiche che possiede, ma è anche influenzata dal contesto sociale di cui fa parte. In particolare, le persone che sono ben integrate nel loro contesto sociale e/o ricevono da esso un sostegno adeguato hanno maggiori probabilità di superare con successo gli eventi avversi.

### **Fattori relazionali**

Oltre ai fattori individuali e sociali, lo sviluppo della resilienza è legato anche alla qualità delle relazioni che la persona ha, sia prima che dopo l'evento negativo o traumatico. Oltre alla qualità delle relazioni stabilite, anche il supporto - sia pratico che emotivo - fornito da familiari e amici è importante nella risposta di resilienza.

I bambini sembrano avere un vantaggio maggiore nell'attuazione dei meccanismi di resilienza. Questo perché di solito sono in grado di apportare cambiamenti e adattamenti più profondi rispetto agli adulti, che sono spesso ostacolati dalle loro precedenti esperienze e dalla loro concezione dell'ambiente e delle persone che li circondano.

### **3.3. Come si può mettere in pratica la resilienza?**

Come accennato in precedenza, i meccanismi di resilienza sono presenti in ogni individuo, sebbene possano essere influenzati da vari fattori esterni (relazioni e contesto sociale) mentre evolvono e si sviluppano nel corso della vita di una persona.

Mentre la resilienza tende ad essere un comportamento istintivo durante l'infanzia, nell'età adulta dovrebbe essersi evoluta e diventare parte integrante dell'atteggiamento di un individuo. Tuttavia, la capacità di implementare la resilienza dipende in gran parte dalla visione che una persona ha di sé stessa, del mondo e delle persone che la circondano. Infatti, mentre per alcune persone la risposta resiliente agli eventi negativi si attiva quasi automaticamente, per altre i meccanismi di resilienza non vengono messi in pratica a causa della scarsa visione che hanno di se stessi ("Io sono un fallito", "Non riesco a esso", ecc.), per la loro visione degli altri

("altri riescono e io no", "gli altri sono migliori", ecc.) e per la loro visione dell'ambiente, spesso visto come un luogo pericoloso, imprevedibile, pieno di insidie e problemi .

La resilienza richiede quindi un cambiamento nella nostra visione di noi stessi, degli altri e del mondo. Questo non significa adottare un atteggiamento eccessivamente ottimista - e forse anche ingenuo -, ma significa mantenere un atteggiamento realistico che permette di adattarsi alla realtà in modo consapevole. Questo adattamento deve essere realizzato in modo tale che gli eventi negativi e traumatici siano visti come opportunità da sfruttare e da cui si possano trarre spunti utili per il proprio sviluppo e per migliorare la vita.



Alcuni esperti del settore consigliano la pratica della Mindfulness per promuovere la resilienza. La consapevolezza riguarda lo sviluppo della capacità di una persona di concentrarsi sul momento presente e di distaccarsi dai propri pensieri, osservandoli senza giudicarli, ma vedendoli per quello che sono - prodotti della propria mente. A questo proposito, è molto interessante notare che la pratica della consapevolezza deriva dalle tecniche di meditazione utilizzate nel buddismo.

Tuttavia, nonostante quanto detto finora, va sottolineato che gli interventi necessari per sviluppare e praticare la resilienza possono variare da individuo a individuo, in quanto strettamente legati alla situazione, all'ambiente e al contesto sociale in cui una persona vive. Le competenze e i fattori necessari per superare un tipo di evento negativo possono essere diversi da quelli necessari per superare un altro tipo di evento negativo (ad es. diagnosi di cancro e calamità naturali).

Pertanto, mi concentrerò sulla costruzione della resilienza nel campo delle emergenze, di interesse per questa guida. È necessario predisporre programmi/moduli di sviluppo delle capacità di resilienza prima che si verifichino emergenze, prima che i soccorritori si rechino sul luogo di incidenti e disastri e coinvolgano l'intera organizzazione. Sono noti due approcci allo sviluppo della resilienza, vale a dire:

- Modello Folkman e Greer
- Metodo di pronto soccorso psicologico

**Folkman e Greer(2000)** descrive una serie di fasi o sequenze di valutazione e strategie di coping progettate per recuperare emozioni positive e consentire alla persona di sviluppare un livello efficace di coping. L'approccio sequenziale alla promozione della resilienza e del coping deriva dall'esperienza sul campo degli operatori sanitari e comprende:

- Risoluzione dei problemi in situazioni percepite come gestibili.
- Coping basato sull'elaborazione delle proprie emozioni.
- Cooperando in base al significato attribuito ad eventi irrisolti o irrisolvibili.

Questo approccio facilita la flessibilità grazie alla consapevolezza che gli effetti dello stress e le risposte di coping sono soggettivi (personali) e dipendono da fattori quali esperienze precedenti, valori, aspettative, analisi dei punti di forza e di debolezza delle diverse strategie di coping, comprensione del valore disadattivo dell'evitante o del sé -modalità di coping distruttive in situazioni di emergenza.

### **Pronto soccorso psicologico - PAP**

La metodologia PAP facilita il recupero resiliente subito dopo il trauma. I professionisti possono impararlo facilmente, anche senza una precedente conoscenza della salute mentale, e sperimentare che la resilienza può anche essere migliorata supportando e aiutando gli altri.

Il modello di Folkman e Greer considera l'influenza dell'intera organizzazione/sistema sanitario. La resilienza organizzativa può aiutare a mantenere la resilienza dei singoli professionisti mitigando l'effetto dei fattori di stress durante e dopo una crisi di emergenza e si basa su una serie di elementi:

- Dipende dalle risorse individuate e acquisite,

- utilizza il senno di poi dell'emergenza completata per preparare un piano per il futuro, facendo affidamento sulla necessaria flessibilità e sulle riconosciute capacità di leadership efficaci,
- formazione del personale, compresa la fornitura di moduli/programmi per sviluppare le competenze necessarie per adattarsi a situazioni straordinarie, ad esempio una pandemia, in termini di rafforzamento delle strategie di risposta,
- costruire relazioni interprofessionali collaborative e di supporto, che saranno fondamentali per rendere efficace il supporto formale e/o informale durante una pandemia (ai tempi della SARS gli interventi di supporto psicosociale più efficaci erano quelli caratterizzati da relazioni di fiducia preesistenti all'interno del team),
- promuovere valori condivisi di responsabilità morale e dedizione/cura per gli altri (che facilitano il mantenimento del benessere mentale).

### **3.4 Aumentare la resilienza attraverso strumenti e strategie di coping**

I professionisti che operano nel settore dell'emergenza hanno un rapporto intenso con le persone che si trovano ad affrontare una situazione critica improvvisa e spesso drammatica. Pazienti e parenti possono portare con sé tanti problemi, pensieri, ansie, che inevitabilmente trasmettono al personale, proprio per la necessità di trovare qualcuno che li ascolti, amplificata dallo sconvolgimento dell'equilibrio precedente che la situazione emergenziale ha creato. Il contatto continuo con questo tipo di richieste può generare nel professionista uno stato di stress cronico, che può portare anche ad esaurimento emotivo. Da qui l'importanza di conoscere le strategie di coping per controllare i fattori di stress.

Questa panoramica ha presentato diversi fattori di stress comuni per i soccorritori di emergenza (e altro personale) che lavorano in situazioni di emergenza, ma ci sono strategie che possono ridurre questo stress ed evitare il rischio di sviluppare disturbo da stress post-traumatico o burnout?

Il nostro corpo risponde allo stress attraverso l'adattamento, cioè gli sforzi cognitivi e comportamentali per far fronte a richieste specifiche, sia interne che esterne, che mettono a dura prova le risorse del corpo. Le strategie di coping possono essere focalizzate sulle emozioni o focalizzate sui problemi. Le strategie di coping incentrate sulle emozioni mirano a migliorare l'umore di una persona

riducendo lo stress emotivo che provano; le strategie di coping focalizzate sul problema mirano a gestire il problema che causa lo stress.

In generale, entrambi i tipi di strategie si attivano in una situazione stressante. La situazione si complica se la reazione emotiva innescata dall'evento è gestita e controllata da meccanismi di difesa particolarmente intensi. In questo caso, non si verifica un'intensa stimolazione emotiva e può verificarsi una reazione psicosomatica. In una realtà operativa come un'emergenza extraospedaliera, sospendere l'azione e prendersi del tempo per riflettere su ciò che si sta facendo può sembrare insolito e minaccioso. Proprio per questo, forse più che in altri settori/dipartimenti, c'è bisogno di un luogo fisico che offra uno spazio per pensare, da cui riprendere l'azione in modo più consapevole.

Dopo un intervento particolarmente grave o difficile, può essere molto difficile lasciar andare spontaneamente quanto accaduto, possono sorgere pensieri invadenti, che portano a rivivere la criticità dell'evento; se questi non vengono affrontati e superati, creano uno stato di angoscia per il soccorritore. Per lasciare andare lo stress accumulato, è necessario che il soccorritore riceva comprensione, abbia l'opportunità di parlare con qualcuno delle proprie esperienze. Parlando, il soccorritore può rendersi conto di cosa è successo, quali emozioni gli ha causato l'evento negativo, riaffermare di aver agito nel modo giusto e rendersi conto che non avrebbe potuto fare diversamente; in questo modo può superare i sensi di colpa che derivano da un possibile fallimento della missione.

Nel corso della vita, ognuno affronta eventi quotidiani che possono creare un notevole disagio intimo. Per far fronte a queste circostanze, ogni persona sviluppa una o più strategie di coping operative e psicologiche:

Queste strategie non evitano la sofferenza, ma ne limitano gli effetti quantitativi e qualitativi. Sono stati identificati da Lazarus negli anni '60 come coping, il che significa che la persona decide se la fonte dello stress è irrilevante, positiva o dannosa, e in secondo luogo valuta le proprie capacità e risorse e fa tentativi per farvi fronte.

Il coping può essere considerato un costrutto multidimensionale e un processo che coinvolge diversi livelli: emotivo, comportamentale, valutativo e sociale. Il coping si riferisce non solo alla risoluzione pratica dei problemi, ma anche alla gestione delle proprie emozioni e dello stress derivante dal coping. Il coping è una strategia chiave per raggiungere il benessere e richiede un determinato

comportamento. La stessa logica vale al contrario, ovvero le persone che si sentono emotivamente e fisicamente bene sono più disposte e motivate ad affrontare positivamente situazioni problematiche e a cercare di superarle o di ridurre i loro possibili svantaggi.

### **3.4.1. Strategie per aumentare la resilienza**

Uno studio completo sull'aumento della resilienza condotto da Calhoun e Tedesch identifica vari fattori personali e ambientali che facilitano un cambiamento positivo in coloro che hanno vissuto emergenze. Questi fattori guidano le persone a ristrutturare le risorse che sono utili per sperimentare cambiamenti positivi nelle loro vite. I fattori che predispongono a questo processo sono la valutazione degli eventi, alcune variabili della personalità come estroversione, coscienziosità, conformismo, autostima, apertura alle esperienze, ottimismo e autoefficacia. Le strategie di coping incentrate sui problemi e il supporto sociale come risorsa ambientale sono gli elementi più utili per un cambiamento positivo. Soddisfazione per il supporto e la qualità del supporto da parte di compagni di squadra e superiori, insieme alla percezione dell'aiuto ricevuto durante l'evento, l'accettazione dell'evento e l'attribuzione di significato all'evento sono tutte variabili strettamente legate al cambiamento positivo. I risultati degli studi mostrano che i fattori sopra menzionati possono essere considerati anche fattori protettivi e risorse che possono essere incluse in un piano di formazione psicologica che fornisce nuove competenze e strategie per soccorritori e operatori del pronto soccorso.

#### **Cos'è l'adattamento nella resilienza**

- è un processo dinamico in quanto costituito da un insieme di risposte reciproche, per cui l'ambiente e l'individuo si influenzano a vicenda.
- Comprende una serie di azioni, sia cognitive che comportamentali, volte a controllare l'impatto negativo dell'evento stressante.

**Di conseguenza, Majani (2002) ha identificato diverse strategie che possono essere implementate:**

- distrazione, intesa come attività che distoglie l'attenzione dal problema, la persona può impegnarsi in ogni tipo di attività.



- ridefinire la situazione, che è un tentativo di vedere il problema sotto una luce diversa, di farlo sembrare più sopportabile o di inserirlo in un quadro noto o già ben risolto.
- l'azione diretta, che è tutto ciò che riguarda la raccolta di informazioni sul problema, l'individuazione delle possibili soluzioni e l'azione per risolverlo.
- catarsi, che si ottiene esprimendo emozioni e rispondendo al problema per ridurre la tensione, l'ansia e la frustrazione che possono scatenarsi.

Di seguito sono elencati alcuni degli strumenti e delle strategie di coping per aumentare la resilienza. Alcuni di questi verranno descritti più dettagliatamente nel Capitolo 4.

**Tabella 1. Strumenti di coping e strategie di coping**

<b>Strumenti e strategie di coping per controllare i fattori di stress</b>	<b>Razionale</b>
<i>Supporto psicologico</i>	Soprattutto per gli interventi che comportano grande disagio, per l'educazione preventiva e come supporto regolare.  Questo è anche un ruolo importante per l'organizzazione del pronto soccorso, che deve essere in grado di controllare il più possibile le fonti di stress per i professionisti che lavorano nel salvataggio. Dovrebbe anche fornire opportunità per incontri frequenti per evitare conseguenze negative.
Gestire lo stress causato da incidenti critici	L'opportunità di dare spazio ai professionisti della medicina d'urgenza per parlare delle loro difficoltà.  Questo spazio dovrebbe essere ben strutturato da specialisti in psicologia e comunicazione.

Debriefing	<p>Un ambiente controllato in cui i professionisti del pronto soccorso hanno la possibilità di parlare delle situazioni di emergenza a cui partecipano.</p> <p>Benefici:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumenta la resilienza</li> <li>- Aiuta a preparare i professionisti ad affrontare situazioni di forte stress;</li> <li>- Li aiuta a venire a patti con i loro sentimenti e gli eventuali sintomi mostrati;</li> <li>- I partecipanti si supportano a vicenda;</li> <li>- Alcuni dei problemi sono risolti (es. colpa);</li> <li>- I partecipanti si sentono rassicurati nell'esprimere i propri sentimenti e scoprono che non sono diversi da quelli provati dai loro coetanei;</li> <li>- Ognuno è libero di esprimere i propri sentimenti o può decidere di ascoltare.</li> </ul>
Psicoterapia	È essenziale che i professionisti parlino con uno specialista di come si sentono e di ciò che hanno vissuto al di fuori di un briefing.
Attività fisica	Lo sport e l'attività fisica aiutano a gestire lo stress e sono strategie di coping efficaci
Recupero psicofisico	Rimuovere le fonti di stress da tecniche di rilassamento
Addestramento	<p>Migliorare la formazione e la competenza clinica di una persona le rende più sicure e più in grado di affrontare determinate situazioni.</p> <p>Inoltre, può essere importante avere una formazione in psicologia dell'emergenza,</p>

	che prepara il soccorritore a sapere cosa aspettarsi e consente loro di riconoscere alcuni dei sintomi di possibili problemi.
Desensibilizzazione sistematica	È una tecnica di rilassamento che consiste nell'associare l'ansia con una risposta opposta, in questo caso il rilassamento muscolare profondo.
Umore	È stato scoperto che fornisce un certo grado di sollievo dalla tensione e può facilitare la reinterpretazione di una determinata situazione o evento e portare al rilascio della rabbia, che è un'emozione spesso presente in situazioni di emergenza.

### 3.4.2. Tecniche di costruzione della resilienza

Come già accennato, la resilienza non è un dono, ma una capacità che si acquisisce nel tempo. Per diventare resilienti, infatti, non abbiamo bisogno di apportare grandi cambiamenti nella nostra vita: il vero miglioramento personale sta in quel piccolo passo in più che decidiamo di compiere ogni giorno.

Di seguito descriverò alcune tecniche che puoi fare, individualmente, anche a casa, che possono dare un contributo importante per aumentare la resilienza.

#### 1 - Buona conoscenza di sé

Le persone resilienti hanno la caratteristica di essere anche molto consapevoli di sé. Cosa significa questo in particolare? Conoscere quali sono i loro punti di forza, i valori su cui basano la loro vita e avere uno scopo che li guidi verso determinate scelte. Sanno anche riconoscere i propri limiti e quando entrano in gioco gli automatismi causati da vecchie convinzioni/abitudini/esperienze di vita pregresse limitanti. Nei momenti difficili, chi ha una buona consapevolezza di sé, pur provando dolore, ha una profonda fiducia nella propria capacità di uscire da qualsiasi situazione, anche se la loro mente apparentemente non vede ancora una soluzione.

Questo tratto è tipico anche di chi ha una buona autostima che tende a non lasciarsi trascinare dagli eventi, lasciandosi travolgere da meccanismi di auto sabotaggio.

Un altro aspetto molto importante delle persone con una buona consapevolezza di sé è che, nei momenti difficili, sanno come 'ricaricarsi', ritrovare le energie e affrontare meglio i momenti difficili. Basta una passeggiata, una meditazione, un bagno caldo, qualsiasi atto d'amore che possa portare conforto, calma, pace interiore e introspezione.

## 2 - Ascolta le tue emozioni

Chi ha un buon atteggiamento resiliente non reprime le proprie emozioni, ma crea spazio per riceverle, ascoltarle e infine gestirle. Ogni emozione ha il suo scopo e la sua funzione, specialmente quelle negative, non dovrebbero essere repressi, tanto meno giudicate. Vanno accolti e ascoltati perché ci raccontano qualcosa in più di noi stessi, di un bisogno che in quel momento manca.

Inoltre, se lasciamo spazio alle nostre emozioni, i pensieri vengono automaticamente messi da parte, e sono questi pensieri che spesso ci causano ulteriore sofferenza e non ci permettono né di accettare la situazione né di lasciar andare il dolore quando necessario.

Ascoltare le proprie emozioni ci permette di connetterci immediatamente con il presente, senza pensare ai rimpianti passati o alle preoccupazioni future, ci aiuta ad accettare la situazione così com'è - che non significa arrendersi e non avere speranza, ma essere consapevoli che quel momento non definirà e determinerà tutta la nostra vita. Nel momento in cui accettiamo il presente, con tutto il dolore che lo accompagna, inevitabilmente attingiamo alle nostre risorse, spostando l'attenzione su ciò che è sotto il nostro controllo.

Ecco un esercizio per ascoltare le tue emozioni. Siediti, mettiti comodo, accendi una candela e un bastoncino profumato. Siediti lì e osserva la fiamma, annusa l'odore... e ascolta te stesso. Lascia che tutto ciò di cui ha bisogno emerga, come un fiume che scorre. Potrebbero essere necessari solo 10 minuti, mezz'ora o un'ora. L'importante è restare finché non senti di aver sollevato quel peso dalla tua anima che ti appesantisce.



### **3 - Sii perseverante**

Un altro atteggiamento fondamentale per sviluppare la resilienza è la perseveranza, ovvero andare avanti nonostante le difficoltà. Ma questo è possibile solo se ci poniamo un obiettivo che è davvero importante per noi. Potresti aver già sentito molte volte l'esempio di Thomas Edison, che ha dovuto affrontare più di 1.000 tentativi falliti prima di ottenere la lampadina a incandescenza. Il suo caso è passato alla storia, insieme a molti altri che sono diventati importanti e influenti nel mondo di oggi.

Per perseverare in ciò che è importante per noi, al di là delle battute d'arresto e dei fallimenti, è quindi necessario non solo riuscire a riprendersi velocemente dopo ogni ricaduta, ma anche attingere a quel "fuoco interiore" che ci fa andare avanti nonostante tutto.

Se ti senti una persona poco ostinata, ti consiglierei di allenarti applicandolo nelle piccole abitudini quotidiane della tua vita. Questo potrebbe significare, ad esempio, impostare la sveglia un po' prima al mattino e dedicarti a qualcosa che ti piace, sfidare te stesso a farlo ogni giorno, o qualsiasi altra cosa... a tua scelta! L'importante è fare qualcosa ogni giorno. Oppure puoi decidere di avviare un corso o un progetto di qualche tipo e portarlo a termine.

In breve: definisci un obiettivo che possa aiutarti a migliorare qualsiasi ambito della tua vita, scomponilo in più azioni per trasformarlo in progetto o abitudine, e realizzalo! Se inizi, di tanto in tanto, a impegnarti con questo atteggiamento, soprattutto nelle piccole cose, finirai senza dubbio per aumentare il tuo lato di perseveranza e sviluppare più resilienza quando sorgono momenti difficili.

#### **4 - Costruisci una mentalità positiva**

Essere positivi non significa ignorare gli aspetti critici di una situazione o essere sempre gentili e bonari, ma significa concentrarsi su ciò che possiamo controllare. Ad esempio, una persona che si arrende facilmente di fronte a una difficoltà tende a porsi sempre questo tipo di domande: "Perché mi succede questo? Riuscirò a uscire da questa situazione?".

D'altra parte, una persona che ha sviluppato una buona capacità di resilienza pensa: "Cosa posso fare per migliorare questa situazione?". In che modo questa situazione può insegnarmi qualcosa, aiutarmi ad essere più forte?". Tutto ciò che serve per cambiare la propria mentalità è porre le domande giuste. Le domande della persona resiliente spostano l'attenzione su ciò che è sotto il suo controllo, ovvero le sue capacità, il suo senso di responsabilità, il loro modo di reagire in situazioni di rischio o di emergenza, che alla fine gli consentono di concentrarsi sulla soluzione piuttosto che sul problema.

D'altra parte, le domande di coloro che non hanno ancora sviluppato buone capacità di resilienza tendono a portare a denunce e vittimizzazione. Il dialogo interiore a questo proposito è molto importante, anche reinterpretare un fallimento, dandogli un significato potenziante, fa un'enorme differenza. Nel momento in cui smettiamo di incolpare qualcosa di esterno e ci concentriamo solo su ciò che possiamo imparare bene, iniziamo un circolo virtuoso che ci permette di uscire dal vittimismo, sbloccando qualsiasi situazione.

#### **5 - Circondati di persone che ti ispirano e cercano punti di riferimento**

"Siamo la media delle cinque persone con cui trascorriamo più tempo" (Jim Rohn). Se ci troviamo in un ambiente che non ci incoraggia a fare del nostro meglio, se usciamo con persone che ci deprimono, che non ci incoraggiano a sviluppare la resilienza nei momenti difficili, allora è il momento di cambiare compagnia. Perché scegliere le persone con cui condividere il nostro viaggio è anche una nostra responsabilità. Basta avere almeno una persona, quella con cui possiamo parlare di qualsiasi cosa, quella di cui fidarci, quella con cui possiamo aprirci e condividere anche nei momenti difficili, sentendoci capiti, rispettati e stimolati. Trovare questo tipo di supporto è un ingrediente chiave che può alimentare la nostra capacità di sviluppare la resilienza.

Inoltre, le persone resilienti non sono solo circondate da persone con una "mentalità resiliente", ma scelgono anche con attenzione e premura i modelli di comportamento a cui si ispirano. È importante avere come punto di riferimento persone che diano l'esempio e da cui possiamo trarre ispirazione per coltivare la resilienza nei momenti di blocco.

## **6 - Senti gratitudine**

La gratitudine è una risorsa molto importante per sviluppare una maggiore resilienza, poiché ci aiuta a capire che c'è sempre qualcosa di buono per cui essere grati. E questo alla fine permette a una persona di sentire meno peso, meno dolore, quando attraversa una situazione difficile. Se ci circondiamo delle persone giuste, come detto sopra, avere qualcuno che ci aiuti e ci sostenga nelle situazioni difficili è già un grande motivo per essere grati. La gratitudine ci permette anche di non lasciare che le emozioni negative diventino troppo opprimenti.

Se ti senti come se stessi attraversando un momento difficile in questo momento provando gratitudine anche per le cose più piccole, non preoccuparti. Sappi che non è una questione di routine, ma una risorsa che si coltiva nel tempo e non appare dall'oggi al domani. Ecco perché ci sono piccole strategie, come il diario della gratitudine, che possono aiutarti in questo processo. Perché è così importante avere un diario della gratitudine? Perché anche se all'inizio faticiamo a scrivere, anche la semplice intenzione di cercare qualcosa per cui dire "grazie" risveglia quella risorsa dentro di noi. In effetti, ricordarsi di cercare qualcosa di bello innesca già un cambiamento nella nostra prospettiva.

## **7 - Sviluppare la capacità di reinventarsi**

La vita cambia tutto il tempo. Le persone crescono e cambiano. I valori, le priorità, le emozioni, i pensieri cambiano, i nostri corpi cambiano quasi impercettibilmente. Tanto più possiamo vivere questo fenomeno sul posto di lavoro, dove, attraverso la digitalizzazione, novità e cambiamento sono quasi all'ordine del giorno. Ricorda sempre che ogni momento di cambiamento, per quanto destabilizzante, può essere vissuto in due modi, come una crisi o come un'opportunità. Avere la capacità di reinventarsi e cogliere le opportunità che il cambiamento offre è una caratteristica fondamentale delle persone resilienti.

Abbiamo sempre l'opportunità di riscoprire noi stessi in qualcosa di completamente nuovo e diverso. Possiamo farlo, ad esempio, coltivando la nostra creatività - che non significa diventare artisti, ma coltivare il pensiero laterale, cioè guardare le situazioni da una prospettiva diversa. La creatività, come tutto il resto, è qualcosa che ti alleni: perché non provare a fare qualcosa che non hai mai fatto prima? C'è sempre qualcosa che possiamo imparare che può aiutarci a conoscerci meglio, magari a far emergere talenti che non pensavamo nemmeno di avere.

Tuttavia, se non agiamo, non possiamo scoprirlo. Se ti senti carente di creatività, ti consiglio di prendere carta e penna e di annotare tutte le cose pazze che vorresti fare e che non hai mai fatto perché non credevi di essere capace.

Un altro modo estremamente semplice ma efficace per allenare la nostra creatività nella risoluzione dei problemi è praticare il brain storming. Prova a dedicare cinque minuti ogni giorno per una settimana per trovare soluzioni a un problema. Suggerisco di scegliere qualcosa di molto banale, come "Come arrivare a Oradea da Bucarest". Come arriveresti a Oradea? In treno, in aereo, in macchina... e poi con cosa? Scrivi tutti i pensieri più assurdi che ti vengono in testa, non importa se non hanno senso! La funzione di questo esercizio è di sviluppare le tue capacità di problem solving e di pensiero

## **8 - Ricrea una routine**

Riuscire ad organizzarsi anche nei momenti di confusione è molto importante per sviluppare la resilienza. Le persone che possono ricreare rapidamente una routine che dia loro sicurezza gestiscono meglio il caos, riducono i livelli di stress percepiti, prevenendo azioni impulsive e scelte poco sagge.



## **Capitolo 4**

### **Psicologia e risposta alle emergenze**

#### **4.1. Psicologia dell'emergenza**

I primi studi sulla psicologia dell'emergenza risalgono al 1783, ma le osservazioni più dettagliate sono state fatte dopo la prima guerra mondiale. La psicologia dell'emergenza esiste ufficialmente in Italia, a Cipro e in altri paesi, ma non in Romania.

La psicologia dell'emergenza mira a studiare, prevenire e curare processi psicologici, emozioni e comportamenti prima, durante e dopo un evento traumatico. In particolare, prima che si verifichi l'evento, l'intervento mira a preparare i professionisti che operano in situazioni di emergenza ad affrontare eventi che dovrebbero verificarsi; durante il loro verificarsi, l'intervento consiste in un primo soccorso psicologico, che ha l'obiettivo di supportare la persona coinvolta; dopo che si è verificato l'evento traumatico, l'attività mira a ridurre o superare il danno psicologico ai soccorritori e alle vittime attraverso interventi di riabilitazione del loro ambiente psicologico.

Un'emergenza psicologica è un momento di interruzione dello stato psicologico ed emotivo di una persona a seguito di uno o più eventi, circostanze scatenanti, che richiedono la mobilitazione di mezzi, risorse e strategie psicologiche di coping nuovi e insoliti. L'oggetto di studio e di intervento in questa disciplina è sia l'individuo, che mira a ripristinare la struttura cognitiva ed emotiva e proteggere dall'azione destabilizzante del trauma, per l'individuo, e la comunità nel suo insieme, per prevenire o superare questi fenomeni psicologici che si verificano in grandi gruppi umani.

Il livello di intervento è quindi articolato sul campo:

1. emergenze individuali
2. emergenze collettive

#### **4.1.1. I soccorritori come beneficiari di interventi di sostegno psicologico in situazioni di emergenza**

Beneficiari del supporto psicologico in situazioni di emergenza non sono solo le persone che hanno vissuto direttamente e concretamente l'evento traumatico, ma anche coloro che hanno subito la minaccia in modo diverso, attraverso il

coinvolgimento nel soccorso delle vittime, come i professionisti che lavorano in emergenza medicinale. Inoltre, sono ad alto rischio dal punto di vista psico-traumatico e psicologico coloro che operano in situazioni di emergenza, come i soccorritori, che per primi arrivano sul luogo dell'evento, pur sviluppando livelli particolarmente elevati di tolleranza ai fattori di stress, perché stanno vivendo un trauma vicario.



Lo studio e il trattamento del trauma psicologico riveste particolare importanza nella psicologia dell'emergenza, nel trattamento del trauma psicologico, inteso come stato risultante da uno o più eventi traumatici, interni o esterni. Gli eventi critici collettivi coinvolgono molteplici situazioni di vittimizzazione a cui corrispondono altrettante tipologie di vittime.

Di questi, la letteratura riporta

Vittime di primo livello, che possono comprendere persone che hanno subito direttamente l'evento critico;

Vittime di secondo livello, che include i parenti delle vittime di primo livello;

Vittime di livello tre, che comprende soccorritori, professionisti e volontari, chiamati a intervenire sulla scena dell'evento traumatico, che a loro volta subiscono danni psicologici a causa dell'evento, a causa della natura traumatica delle situazioni che devono affrontare.

È importante sottolineare che l'obiettivo dell'intervento psicologico d'emergenza non è quello di cambiare la situazione, ma di ripristinare il livello di funzionamento nel più breve tempo possibile, di prevenire l'aggravamento a medio e lungo termine

dei problemi psicologici derivanti dall'evento disastroso e di integrare il sistema istituzionale dell'assistenza psicosociale con l'erogazione di un servizio di emergenza in grado di operare sul posto nelle prime fasi della situazione di emergenza.

Alcune differenze tra la pratica terapeutica tradizionale e l'intervento in crisi sono, ad esempio, il quadro, che nella psicologia dell'emergenza è instabile e non strutturato, l'attenzione si concentra sulla valutazione del problema attuale e delle risorse disponibili, sull'adattamento delle strategie di risposta, sullo sviluppo di nuove strategie di coping/risposta.

In termini di tecniche operative in psicologia dell'emergenza, gli approcci psicoterapeutici più comuni sono:

**Ristrutturazione cognitiva:** si tratta essenzialmente di una modificazione dei pensieri disfunzionali, detti pensieri automatici, perché quasi completamente inconsci per il soggetto, che genera emozioni negative che a loro volta influiscono negativamente sul comportamento.

**Desensibilizzazione dei ricordi traumatici:** è una procedura terapeutica che mira a normalizzare ed eliminare le reazioni di paura e i comportamenti di evitamento. È caratterizzato da due componenti:

1. Una risposta antagonista all'ansia, come una tecnica di rilassamento;
2. Esposizione graduale del soggetto a stimoli che provocano risposte ansiose attraverso tecniche in vivo (in studio) o in vitro (nell'immaginazione).

**Risoluzione dei problemi:** è una tecnica per risolvere un problema in modo costruttivo e razionale. Un algoritmo del processo di problem solving può essere riassunto come segue:

- percezione del problema,
- accettazione del problema,
- Descrizione del problema,
- generare alternative,
- identificare le conseguenze associate a ciascuna alternativa,
- valutare le conseguenze,
- la decisione,
- il processo decisionale,
- attuazione delle decisioni.

Negli ultimi anni sono state formalizzate specifiche procedure di intervento psicologico anche per la prevenzione primaria e per far fronte a situazioni di emergenza, quali supporto, debriefing e debriefing;

Vi è una crescente consapevolezza che prestare attenzione agli aspetti educativi e alle dimensioni psicologiche in tali contesti non è un'opzione secondaria ma una priorità.



#### **4.2. Importanza della formazione teorico/pratica di emergenza**

I soccorritori possono apprendere una serie di interventi volti a prepararli all'impatto, in particolare con eventi altamente emotivi. Tali iniziative riguardano la formazione teorica e la valorizzazione delle risorse e delle strategie già acquisite. Approfittare di una formazione teorica e pratica può aiutare il soccorritore a rendersi conto che durante il proprio lavoro può avere a che fare con emozioni molto forti.

##### **La formazione teorica può essere attuata attraverso:**

- analisi dei fattori di stress che possono insorgere in situazioni di emergenza di breve o lungo termine;
- analisi di possibili reazioni personali e collettive;
- conoscenza di tecniche e strategie psicologiche e fisiche per aiutare sé stessi e far fronte a esperienze stressanti;
- analisi di strategie non produttive, come l'uso eccessivo di tabacco, alcol o altre droghe;
- riconoscere i segnali di stress e ricercare le migliori strategie per minimizzare l'impatto;

- formazione per definire ed esprimere sentimenti e condividerli con i colleghi. Questo può aiutare il soccorritore ad essere più sensibile ai propri livelli di stress e più disposto a cercare e aiutare i colleghi;
- mantenere le relazioni interpersonali tra i soccorritori, in quanto aiuta a rafforzare l'individuo contro le esperienze stressanti e migliora la funzione del gruppo di sostegno dell'individuo.

**Formazione pratica** può essere implementato attraverso esercizi e simulazioni, che possono mettere alla prova sia le capacità tecniche dei soccorritori che le esperienze emotive che si sviluppano in queste circostanze. Il ruolo degli esercizi e delle simulazioni è spesso sottovalutato nei suoi aspetti psicologici. In realtà ogni esercizio ha la capacità di evocare esperienze ed emozioni legate alle situazioni reali che rappresenta. Infatti, è proprio il contenitore lenitivo rappresentato dall'esercizio o dalla simulazione che permette loro di relazionarsi con le proprie emozioni e paure con meno paura e quindi di potersi esprimere più liberamente di quanto farebbero in una situazione reale. Oltre agli esercizi, ci sono altre strategie che possono essere utili a questo scopo. Il gioco di ruolo è utile nelle situazioni che possono sorgere sul campo, far emergere comportamenti e atteggiamenti che potrebbero rimanere impliciti, avendo solo basi teoriche. I partecipanti, assumendo ruoli diversi in contesti diversi, caratterizzano le situazioni e le emozioni sul campo più comuni in uno scenario che evolve da un gioco di ruolo a una rappresentazione della realtà.

Ad esempio, nel 2004 a Roma Termini, in Italia, è stato simulato un attacco terroristico con gas nervino. Tale esercizio mirava a verificare i tempi e le modalità di intervento, nonché il livello di preparazione dei vigili del fuoco in termini di resilienza.

Descriverò di seguito in modo più dettagliato le tecniche di intervento nei primi istanti dopo che il soccorritore ha completato la situazione di emergenza. Queste tecniche sono già state riportate nei capitoli precedenti, ma in modo molto più sommario.

### **4.3. Tecniche di supporto per i professionisti del pronto soccorso**

#### **a) Supporto**

I tifosi sono composti da personale che, dopo una formazione specifica, può fornire supporto psicologico ai colleghi. La loro funzione è importante per due ragioni principali:

1. *Bappartenenti alla stessa organizzazione*, che porta a instaurare un clima di accoglienza e condivisione delle emozioni e delle esperienze dei colleghi. Ciò limita la possibile sfiducia e riluttanza ad avvicinare un professionista della salute mentale in merito al proprio disagio. Spesso la causa di questa resistenza è la paura di essere giudicati incapaci di far fronte alle difficoltà, o di dover sottoporsi a lunghe terapie che potrebbero incidere sulla loro carriera.

2. I colleghi possono più facilmente fungere da ponte tra compagni di sventura e professionisti della salute mentale. Poiché sono in contatto quotidiano con i colleghi, sono in grado di rilevare situazioni potenzialmente problematiche prima che diventino troppo difficili da gestire. Quindi questi sostenitori hanno tre strumenti importanti a loro disposizione per funzionare correttamente:

- ascoltando
- valutazione
- sostegno

Attraverso l'ascolto, danno ai colleghi l'opportunità di esprimere le proprie difficoltà, frustrazioni, paure ed emozioni legate ad un particolare evento o situazione lavorativa; l'avvocato non opera sulla base di criteri diagnostici, ma crea un ambiente di ascolto empatico, dove i colleghi possono vivere una situazione di rispetto reciproco, responsabilità condivisa delle esperienze individuali e mutuo accordo nell'individuare aspetti della necessità di chiedere aiuto all'esterno, senza che ciò venga percepito negativamente. Questo può essere fatto in un ambiente informale, ma può anche essere fatto sulla macchina del caffè o durante una pausa di lavoro. Attraverso l'ascolto, i colleghi possono valutare se l'entità del problema espresso dal collega è tale da richiedere un intervento professionale. I sostenitori possono essere reclutati su base volontaria semplicemente chiedendo la loro disponibilità. Il compito di selezionare le persone per ricoprire questo ruolo dovrebbe essere affidato a un team di psicologi in grado di valutare le caratteristiche dei candidati, in particolare in termini di capacità di comunicazione e ascolto, costruzione di empatia, problem solving, ecc.

b) Il debriefing viene solitamente offerto al team nelle prime ore successive all'intervento, con l'obiettivo di esprimere e condividere le emozioni vissute. Questa attività aiuterà il professionista a comprendere ciò che ha vissuto ea tornare alla vita di tutti i giorni. Il debriefing si articola in tre fasi distinte:

- Induzione: in questa fase vengono spiegati ai soccorritori l'obiettivo e le modalità di lavoro, chiarendo che non si tratta di psicoterapia e che tutto ciò che accadrà deve rimanere riservato;

- Esplorazione: in questa fase, ai partecipanti viene chiesto di discutere la loro esperienza, di parlare liberamente di cosa è successo e di come si sono sentiti. Lo scopo di questa fase è raccontare fatti ed esperienze, condividendoli con il gruppo e rendendosi conto che il professionista non è l'unico ad aver vissuto questi momenti di ansia, dolore o confusione durante l'intervento;

- Informazione: il formatore fornisce informazioni di base sulle reazioni post-traumatiche che qualcuno può sperimentare dopo un intervento, ma anche nei giorni successivi. Questa fase ha lo scopo di aiutare a superare qualsiasi tipo di trauma di ciò che è stato vissuto, poiché alcuni aspetti emotivi, anche se messi a tacere o trascurati dai soccorritori, devono essere affrontati in modo efficace. In questa fase possono essere suggerite tecniche per superare lo stress, come riposo, esercizio fisico, evitare alcol e tranquillanti o contattare specialisti se ne sente il bisogno.

**c) Il debriefing** è una delle principali tecniche utilizzate in un intervento psicologico dopo un evento critico perché affronta in modo strutturato e protetto cosa è successo e cosa ha significato soggettivamente per ciascuno dei partecipanti. In questi casi non si tratta di un evento ordinario, ma di un evento traumatico, vissuto in una situazione di emergenza, sul luogo dell'evento, quindi il debriefing diventa utile perché:

- aumenta la coesione interna e la fiducia del gruppo.

- promuove l'integrazione all'interno del gruppo dell'esperienza in una situazione di emergenza per aiutare i membri del gruppo a ritrovare una qualità di vita accettabile in un breve periodo di tempo.

- incoraggia il processo di identificazione delle strategie di coping per affrontare le emozioni.

Il debriefing dovrebbe, a differenza del debriefing, essere gestito da uno specialista con specifica esperienza nella gestione di gruppo, perché un debriefing può provocare forti emozioni che possono causare un disagio molto più grave se non è presente uno psicologo. Il debriefing dovrebbe essere organizzato anche tra le 24 e le 72 ore dopo la fine dell'intervento e si articola in più fasi:

- Induzione: una fase importante per stabilire le condizioni necessarie di fiducia in quanto si deve fare. In questa fase, il debriefer, dopo una breve introduzione, spiega a chi lo circonda gli obiettivi e il funzionamento dell'incontro e delle sue fasi. Non vi è alcun obbligo di parola, solo chi lo desidera può farlo, lasciando il tempo a tutti i soccorritori di esprimere i propri pensieri quando lo desiderano. Per questo è essenziale ascoltare senza giudizio.

- I fatti: il leader invita i partecipanti a presentare l'evento, a ricostruirlo il più oggettivamente possibile.

- Pensieri: concentrati sui pensieri che i soccorritori hanno avuto durante l'evento.

- Emozioni: questa è la fase più delicata e richiede che il formatore sia in grado di mantenere il controllo sulle reazioni psicologiche dei partecipanti. In questa fase i partecipanti presentano, condividono e analizzano le ansie, i dolori, le speranze vissute durante l'evento;

- Sintomi: è fondamentale analizzare e discutere i principali sintomi presentati e vissuti dai membri del gruppo e relativi all'evento. Per i partecipanti, scoprire che i loro coetanei hanno gli stessi sintomi li solleva da quella sensazione di unicità e debolezza che potrebbe far pensare loro di avere a che fare con qualcosa di patologico.

- Didattica: lo specialista, collegandosi a quanto emerso nelle fasi precedenti, illustra le caratteristiche degli eventi traumatici, le probabili reazioni individuali e fornisce le principali indicazioni e consigli per la loro gestione e strategie di coping e di dimostrata resilienza;

- Rituale: può essere introdotto un breve rituale che unisce simbolicamente i membri del gruppo e segnala la fine dell'attività

- Conclusione: vengono chiarite le domande finali dei partecipanti e viene data loro l'opportunità di discutere tra loro sia ciò che è accaduto durante il debriefing che le loro emozioni ed esperienze.





#### d) EMDR

È l'acronimo di Eye Movement Desensitization and Reprocessing, un approccio terapeutico ideato dalla psicologa americana Francine Shapiro nel 1989 che facilita il trattamento di varie psicopatologie e problematiche legate sia ad eventi traumatici che a esperienze più comuni ma emotivamente stressanti. Oggi è considerato un trattamento basato sull'evidenza per il disturbo da stress post-traumatico riconosciuto anche dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. La terapia EMDR ha una base teorica nel modello Adaptive Information Processing (AIP) che affronta i ricordi non elaborati, che possono dare origine a molte disfunzioni. Studi neurofisiologici hanno documentato i rapidi effetti post-trattamento dell'EMDR. La tecnica EMDR si concentra proprio sui ricordi del trauma o dell'evento stressante e, utilizzando la stimolazione oculare o altre forme di stimolazione alternata destra/sinistra, lavora per desensibilizzare questi ricordi. Ciò consente

un'elaborazione dei ricordi "traumatici", consentendo un ripristino adattivo delle informazioni memorizzate in modo disfunzionale. Un altro possibile utilizzo dell'EMDR nel campo dello psico-trauma è l'innesto di risorse, inteso come il richiamo di momenti positivi, episodi, sentimenti, ricordi.

e) Mindfulness - è stato sviluppato da Steve Hayes e dai suoi collaboratori nel 1986. Lo scopo di questo metodo non è ridurre i sintomi, ma cambiare profondamente il rapporto che abbiamo con i nostri pensieri disfunzionali e le emozioni negative. Solo perseguendo questo obiettivo i sintomi andranno incontro a remissione. Secondo la teoria che sostiene questo approccio, è necessario indirizzare l'intervento, in caso di trauma, sul ruolo svolto dai comportamenti di evitamento, sintomo principale del disturbo. Più una persona lotta per cercare di rifiutare qualsiasi emozione negativa cercando di evitarla, più aumenterà, amplificando così il disagio. Su questa base, alcuni autori (Segal, Williams e Teasdale, 2002; Linehan 1993; Hayes et al., 1999) sostengono che la terapia per il PTSD dovrebbe mirare, da un lato, a ridurre i comportamenti di evitamento e, dall'altro, a

- I passaggi a loro volta indicati, che prevedono una formazione specifica, sono così riassunti:

- Concentrati su ciò che è sotto il tuo controllo.
- Riconosci i tuoi pensieri e sentimenti
- Impegnati in quello che stai facendo
- Identifica le tue risorse

Un altro aspetto importante nella psicologia dell'emergenza è la consulenza, che descriverò nelle righe seguenti.

#### **4.4 Consulenza in caso di emergenza. Cos'è la consulenza?**

Il counselling non consiste nel dire all'altra persona "cosa fare", ma nel farle capire la propria situazione e aiutarla a gestirla nel modo più indipendente possibile.

Il Counseling può essere definito come un intervento con i seguenti obiettivi:

- Per correggere lo squilibrio temporaneo
- Migliorare le risorse del soccorritore in modo che possa affrontare e gestire future situazioni di crisi.

Il Counseling è quindi un insieme di tecniche, abilità, attitudini per aiutare le persone a gestire i propri problemi utilizzando le risorse personali. È un processo che affronta questioni individuali, sociali e culturali in modo olistico e insegna alla persona bisognosa metodi, strategie, tecniche, obiettivi.

Il counseling di emergenza è rivolto alle persone colpite da calamità, traumi, ma anche ai soccorritori, cioè i primi soccorritori, che, insieme ai sopravvissuti, provano sentimenti di impotenza, perdita e trauma per quanto accaduto. Per far fronte a una situazione di 'disastro', ognuno sviluppa una o più strategie che non evitano la sofferenza, ma ne limitano gli effetti. La stessa situazione produce reazioni diverse, a seconda del significato dell'evento per una determinata persona e della sua capacità di far fronte all'evento traumatico.

L'obiettivo principale della consulenza in caso di crisi è ridurre la probabilità di disturbi mentali a lungo termine come il PTSD (disturbo da stress post-traumatico). Attraverso tecniche strutturate e interviste, la persona è portata ad organizzare la realtà vissuta, a normalizzarla, attribuendo all'evento un significato e un significato che possano consentire al soggetto di collocarlo come evento passato.

### **Il percorso di consulenza e le sue fasi**

Un percorso di consulenza si compone di tre momenti:

**1. Comprendere il problema** - La prima fase è il momento dell'accoglienza e rappresenta la costruzione di un'alleanza e la definizione del contatto tra formatore e soccorritori. In questa prima fase, l'obiettivo del soccorritore è capire esattamente qual è il problema. Questa è la fase del chiarimento, del passaggio alla comprensione delle emozioni e dei comportamenti vissuti dal soccorritore. Il compito del consulente è aiutare il soccorritore il più possibile ad esprimere il problema, facilitare la discussione del problema, consentirgli di approfondire la moltitudine di dati ed emozioni presentate.

**2. Esplorazione del problema** - La seconda fase consente la ridefinizione e il chiarimento del problema, ovvero incoraggia l'esplorazione e la focalizzazione sul problema. Il compito del consulente è incoraggiare e stimolare il soccorritore affinché possa determinare e identificare il vero e proprio problema. Questo è il momento della consapevolezza del problema.

**3. Gestire il problema** - La terza fase mira ad attivare le risorse interne ed esterne del soccorritore. È quindi il momento della gestione

problema da parte del soccorritore. In questa fase l'obiettivo è mettere il soccorritore nelle condizioni di farsi carico del problema e aiutarlo a individuare obiettivi e strategie per risolverlo. Questo è il momento di identificare le opzioni, valutare e scegliere le risorse da utilizzare e verificare la pertinenza sia degli obiettivi prefissati che dei risultati raggiunti. Il counselor è una persona addestrata all'uso di tecniche per facilitare la risoluzione o migliorare la situazione di disagio. Tutto questo senza ristrutturare la personalità del soccorritore, ma utilizzando le sue risorse. Nel campo delle emergenze, sono necessari alcuni elementi di base per creare un buon rapporto con il consulente, come centralità della persona, accettazione incondizionata, ascolto attivo, empatia, congruenza e trasparenza.

Il consulente dovrebbe fungere da supporto alla squadra di emergenza, non dovrebbe imporre il proprio aiuto a nessuno, dovrebbe trattare gli operatori del pronto soccorso come esperti qualificati e offrire loro il miglior supporto possibile. Lo scopo del counselor è quello di aiutare gli operatori a gestire lo stress causato dal continuo contatto con la morte e la sofferenza e ciò può essere ottenuto attraverso l'organizzazione di gruppi di aiuto e sostegno in cui il counselor è parte attiva, nel senso che condivide la sua esperienza con il gruppo alla pari e aiuta i soccorritori a gestire possibili guasti che in situazioni di calamità possono essere molto frequenti e possono dipendere da fattori al di fuori del controllo del personale di emergenza.

In ogni struttura sanitaria dovrebbe essere presente uno sportello di consulenza, a disposizione di chi ne ha bisogno.

#### **4.5. Strategie comportamentali e stile di coping per rafforzare la resilienza**

I comportamenti umani sono variabili estremamente complesse, tanto più importanti in un contesto in cui le emozioni sono innegabilmente rilevanti. Ma è più che mai necessario sottolineare gli stretti legami tra gli aspetti psicologici dell'esperienza individuale (pensieri, emozioni, comportamenti) e l'esperienza sociale più ampia (relazioni, tradizioni, cultura). Interventi che si concentrano solo su concetti di salute mentale come il trauma psicologico rischiano di fatto di ignorare aspetti del contesto sociale ritenuti vitali per il benessere individuale, come la famiglia e la comunità che definiscono la sfera di appartenenza. Azioni utili emergono anche dai rapporti che maturano nel contesto di un'emergenza tra soccorritori e soccorritori. Spetta quindi ai soccorritori favorire fin dall'inizio buone

relazioni attraverso una comunicazione chiara e trasparente che crei fiducia e collaborazione. La comunicazione è considerata uno degli elementi chiave per una risposta di soccorso di successo e dovrebbe essere gestita da professionisti esperti che sappiano scomporla in diversi livelli di interazione

### **Stili di coping**

Come accennato nei capitoli precedenti, lo stress è considerato una normale risposta a stimoli o eventi quotidiani che generano disturbi o squilibri fisici e psicologici. Scatena diverse reazioni particolari. Tuttavia, di fronte allo stesso evento potenzialmente stressante, le persone possono avere reazioni molto diverse o molto simili: tutto dipende dalla percezione e dall'importanza attribuita a questo evento, che viene valutato in due fasi:

**Fase 1**, in cui si valuta se l'evento è positivo o meno e se ne valutano le conseguenze presenti e/o future.

**Fase 2**, in cui viene valutata la capacità dell'organismo di far fronte all'evento. In questo senso, il coping si riferisce agli sforzi cognitivi e comportamentali sviluppati per gestire specifiche richieste esterne e/o interne che vengono valutate come eccedenze o eccedenze di risorse dell'individuo. Pertanto, il coping è un processo cognitivo e comportamentale completo che dipenderà da una serie di fattori interni ed esterni che intervengono come risorse o impedimenti e innescano una risposta finale.

**Nel caso di singoli fattori interni**, possiamo citare:

- potenza
- motivazione
- Salute
- tipo di personalità
- capacità di risolvere problemi in base all'esperienza pregressa
- convinzioni sul potere e il controllo che devono esercitare sull'ambiente e su sé stessi.

D'altra parte, i fattori di interferenza esterni sono solitamente:

- elementi tangibili o percepibili dell'ambiente
- risorse materiali

- supporto sociale che a sua volta può fungere da cuscinetto o influenzare direttamente la strategia di coping da utilizzare.

Quando si tratta di far fronte allo stress, possiamo fare riferimento sia agli stili che alle strategie di coping. Gli stili di coping si riferiscono a predisposizioni personali di coping e dipendono dalle preferenze individuali nell'uso dell'uno o dell'altro tipo di strategia di coping, nonché dalla loro stabilità temporale e situazionale. Sono caratterizzati dall'essere risposte a lungo termine associate al modello di personalità degli individui e che si sviluppano in base alla cultura e all'influenza dell'ambiente sociale. A loro volta, le strategie di coping sono processi specifici utilizzati in ogni contesto e possono essere altamente modificabili a seconda delle condizioni scatenanti. L'uso sia degli stili di coping che delle strategie di coping è determinato dalla natura del fattore di stress e dalle circostanze in cui si verifica, nonché dall'influenza dell'ambiente o della cultura. Con l'intento di organizzare alcuni concetti, le teorie contemporanee concettualizzano i processi di coping valutando l'adattamento delle persone a situazioni stressanti nel loro contesto quotidiano. Un altro modo di intendere i processi di coping è proposto da Moos (1993), che combina due prospettive nella valutazione del coping. L'autore divide l'attenzione in fronteggiare ed evitare. L'approccio si concentra sul problema e riflette gli sforzi per gestire o risolvere i fattori di stress della vita. Al contrario, il tipo di evitamento del coping tende a concentrarsi sull'emozione: riflette i tentativi della persona di evitare di pensare a un fattore di stress e alle sue implicazioni o di gestire l'affetto ad esso associato. Secondo lo stesso autore, il metodo di coping si articola in tentativi cognitivi e/o comportamentali di gestione dello stress e, insieme all'orientamento di coping, si compone delle seguenti strategie: s adattamento a situazioni stressanti nel loro contesto quotidiano. Un altro modo di intendere i processi di coping è proposto da Moos (1993), che combina due prospettive nella valutazione del coping. L'autore divide l'attenzione in fronteggiare ed evitare. L'approccio si concentra sul problema e riflette gli sforzi per gestire o risolvere i fattori di stress della vita. Al contrario, il tipo di evitamento del coping tende a concentrarsi sull'emozione: riflette i tentativi della persona di evitare di pensare a un fattore di stress e alle sue implicazioni o di gestire l'affetto ad esso associato. Secondo lo stesso autore, il metodo di coping si articola in tentativi cognitivi e/o comportamentali di gestione dello stress e, insieme all'orientamento di coping, si compone delle seguenti strategie: s adattamento a situazioni stressanti nel loro contesto quotidiano. Un altro modo di intendere i

processi di coping è proposto da Moos (1993), che combina due prospettive nella valutazione del coping. L'autore divide l'attenzione in fronteggiare ed evitare. L'approccio si concentra sul problema e riflette gli sforzi per gestire o risolvere i fattori di stress della vita. Al contrario, il tipo di evitamento del coping tende a concentrarsi sull'emozione: riflette i tentativi della persona di evitare di pensare a un fattore di stress e alle sue implicazioni o di gestire l'affetto ad esso associato. Secondo lo stesso autore, il metodo di coping si articola in tentativi cognitivi e/o comportamentali di gestione dello stress e, insieme all'orientamento di coping, si compone delle seguenti strategie: Un altro modo di intendere i processi di coping è proposto da Moos (1993), che combina due prospettive nella valutazione del coping. L'autore divide l'attenzione in fronteggiare ed evitare. L'approccio si concentra sul problema e riflette gli sforzi per gestire o risolvere i fattori di stress della vita. Al contrario, il tipo di evitamento del coping tende a concentrarsi sull'emozione: riflette i tentativi della persona di evitare di pensare a un fattore di stress e alle sue implicazioni o di gestire l'affetto ad esso associato. Secondo lo stesso autore, il metodo di coping si articola in tentativi cognitivi e/o comportamentali di gestione dello stress e, insieme all'orientamento di coping, si compone delle seguenti strategie: Un altro modo di intendere i processi di coping è proposto da Moos (1993), che combina due prospettive nella valutazione del coping. L'autore divide l'attenzione in fronteggiare ed evitare. L'approccio si concentra sul problema e riflette gli sforzi per gestire o risolvere i fattori di stress della vita. Al contrario, il tipo di evitamento del coping tende a concentrarsi sull'emozione: riflette i tentativi della persona di evitare di pensare a un fattore di stress e alle sue implicazioni o di gestire l'affetto ad esso associato. Secondo lo stesso autore, il metodo di coping si articola in tentativi cognitivi e/o comportamentali di gestione dello stress e, insieme all'orientamento di coping, si compone delle seguenti strategie: L'approccio si concentra sul problema e riflette gli sforzi per gestire o risolvere i fattori di stress della vita. Al contrario, il tipo di evitamento del coping tende a concentrarsi sull'emozione: riflette i tentativi della persona di evitare di pensare a un fattore di stress e alle sue implicazioni o di gestire l'affetto ad esso associato. Secondo lo stesso autore, il metodo di coping si articola in tentativi cognitivi e/o comportamentali di gestione dello stress e, insieme all'orientamento di coping, si compone delle seguenti strategie: L'approccio si concentra sul problema e riflette gli sforzi per gestire o risolvere i fattori di stress della vita. Al contrario, il tipo di evitamento del

coping tende a concentrarsi sull'emozione: riflette i tentativi della persona di evitare di pensare a un fattore di stress e alle sue implicazioni o di gestire l'affetto ad esso associato. Secondo lo stesso autore, il metodo di coping si articola in tentativi cognitivi e/o comportamentali di gestione dello stress e, insieme all'orientamento di coping, si compone delle seguenti strategie:

- Analisi logica: tentativi cognitivi di comprendere e prepararsi mentalmente ad affrontare un fattore di stress e le sue conseguenze.

- Rivalutazione positiva: tentativi cognitivi di costruire e ristrutturare un problema in modo positivo accettando la realtà di una situazione.

- Cercare orientamento e supporto: tentativi comportamentali di cercare informazioni, supporto e orientamento.

- Problem Solving: tentativi comportamentali di intraprendere azioni che portano direttamente alla risoluzione del problema.

- Evitamento cognitivo: tentativi cognitivi di evitare di pensare realisticamente al problema.

- Accettazione/dimissioni: tentativi cognitivi di reagire al problema accettandolo.

- Alla ricerca di ricompense alternative: tentativi comportamentali di impegnarsi in attività sostitutive e creare nuove fonti di soddisfazione.

- Rilascio emotivo: tentativi comportamentali di ridurre lo stress esprimendo sentimenti negativi.

Per comprendere la natura dell'uso di questi tipi di coping, Schaefer e Moos (1998) sottolineano che il coping per approssimazione, inclusa la rivalutazione positiva e la sua relazione con la ricerca di supporto emotivo, la pianificazione per risolvere il fattore di stress e la ricerca di informazioni sul fattore di stress, può essere considerato adattivo nella misura in cui aiuta l'individuo a far fronte efficacemente alla situazione stressante. D'altra parte, il coping di evitamento può ridurre l'ansia dell'evento traumatico, consentendo alla persona di contenere l'ansia generata dal rivivere il trauma. In questo modo, il coping di evitamento sarebbe associato a un maggiore adattamento a breve termine, mentre a lungo termine comporterebbe una modalità disadattiva.

Diversi ricercatori hanno scoperto che un maggiore uso di strategie di coping di evitamento è correlato a maggiori sintomi di stress post-traumatico, proprio come



le strategie di coping sono associate a un minor numero di sintomi e le donne sono più vulnerabili.

Se la comprensione degli stili di coping è estrapolata a crisi ed emergenze, il solo fatto di sviluppare pratiche, contenuti, ricerche e discipline innovative volte a comprendere la situazione nella sua complessità per trovare la soluzione più adeguata, implica di per sé uno stile di coping adattivo.

L'obiettivo dell'intervento psicologico in psicologia dell'emergenza, come già accennato, è favorire il recupero del benessere o dell'equilibrio psicologico per i soccorritori colpiti, ridurre il rischio di sviluppare e stabilizzare forme di disagio tra cui sintomi depressivi, o disturbo da stress post-traumatico o immagini sintomatiche del disturbo di coping, attraverso strategie volte a potenziare la capacità di far fronte agli effetti traumatici dell'evento sviluppando forme efficaci di resilienza. Gli interventi mirano a facilitare l'attivazione di processi di rielaborazione emotiva, favorendo il recupero dell'identità e della sicurezza individuale e collettiva. Le misure di sostegno mirano quindi a limitare e risolvere possibili reazioni negative.

La comprensione dell'evento traumatico e un adeguato supporto empatico volto a migliorare i processi di autocoscienza spesso portano a misure sufficienti per la remissione e la risoluzione del disagio vissuto. Essere in grado di rendere esplicito l'evento e condividere le loro reazioni facilita in larga misura per i soccorritori il processo di elaborazione. La reattività più comune nell'immediato dopo l'evento traumatico si riferisce all'emergere di ricordi o pensieri e immagini ricorrenti e invadenti, malessere e disagio in relazione a stimoli subliminali, come odori o suoni vissuti durante l'evento traumatico che innescano lo stesso fisiologico reattività vissuta durante l'evento. Può anche esserci un persistente evitamento degli stimoli associati a traumi e incubi, disturbi del sonno, irritabilità, difficoltà di concentrazione, tensione generalizzata e marcata ipervigilanza. Fattori biologici, psicologici, sociali e interpersonali possono integrare e trasformare un fattore traumatico particolarmente significativo, che la persona ha vissuto, assistito o affrontato comportando la morte, la minaccia di morte, lesioni gravi o qualsiasi minaccia all'integrità fisica di sé o altri, in un vero disturbo psicopatologico. La manifestazione sintomatica e persistente a lungo termine produce una cronicità che deteriora l'adattabilità degli individui affetti. È quindi necessario intervenire tempestivamente in tali situazioni con i soccorritori nel sistema di emergenza al fine di evitare per loro conseguenze che interferiscano in modo significativo con il normale funzionamento. Si precisa che il focus

dell'intervento psicologico è sempre articolato sul versante individuale e sociale e non è legato ad una patologia da curare, ma ad una normalità da recuperare, a partire dalla mentalizzazione della nuova situazione esistenziale individuale, come nonché dalla riparazione di possibili conseguenze. Ciò può essere ottenuto favorendo la ricostruzione dell'identità individuale ridefinita dall'esperienza della situazione di emergenza e ripristinando la sicurezza collettiva. Al fine di realizzare una nuova forma di ristrutturazione individuale, è possibile affrontare ed elaborare l'evento traumatico vissuto, permettendo che il trauma si realizzi concettualmente, esprimibile ed elaborabile. a partire dalla mentalizzazione della nuova situazione esistenziale individuale, nonché dalla riparazione delle possibili conseguenze. Ciò può essere ottenuto favorendo la ricostruzione dell'identità individuale ridefinita dall'esperienza della situazione di emergenza e ripristinando la sicurezza collettiva. Al fine di realizzare una nuova forma di ristrutturazione individuale, è possibile affrontare ed elaborare l'evento traumatico vissuto, permettendo che il trauma si realizzi concettualmente, esprimibile ed elaborabile. a partire dalla mentalizzazione della nuova situazione esistenziale individuale, nonché dalla riparazione delle possibili conseguenze. Ciò può essere ottenuto favorendo la ricostruzione dell'identità individuale ridefinita dall'esperienza della situazione di emergenza e ripristinando la sicurezza collettiva. Al fine di realizzare una nuova forma di ristrutturazione individuale, è possibile affrontare ed elaborare l'evento traumatico vissuto, permettendo che il trauma si realizzi concettualmente, esprimibile ed elaborabile.

#### **4.6. Protocolli di intervento per i soccorritori**

Esistono veri e propri programmi di sostegno ai soccorritori (medici, infermieri, volontari, operatori del sistema nazionale di pronto intervento sanitario, polizia, vigili del fuoco, militari, Croce Rossa, protezione civile, ecc.) e alle organizzazioni di volontariato. Le iniziative di aiuto possono essere suddivise in preventive, supporto durante la risposta e follow-up. La psicologia dell'emergenza, oltre alla fase di intervento e post-emergenza, si occupa anche di prevenzione, studio, ricerca, informazione e formazione degli operatori del pronto soccorso per prepararli alla gestione delle intense emozioni che si attivano nelle situazioni di emergenza.

La gestione delle situazioni di emergenza dal punto di vista emotivo si articola in più fasi:

**Fase critica-** pronto soccorso psicologico, disinnesco e smobilitazione, debriefing e colloqui individuali.

**Fase post-critica-** consulenza di sostegno individuale o familiare.

**Fase precritica-** interventi formativi preventivi sulle reazioni traumatiche e psicoeducazione. Consiste in interventi che si sviluppano nella fase di pre-emergenza. Tra questi rivestono particolare importanza gli interventi di psicoeducazione, simulazione realistica, training di inoculazione da stress (SIT)

- Psicoeducazione. Questa fase comprende tutti gli interventi di formazione, che mirano a trasmettere conoscenze e abilità efficaci ed elementi informativi relativi alle reazioni che il soccorritore può incontrare nelle attività di emergenza. Consente una significativa normalizzazione delle esperienze e una migliore capacità di far fronte alle esperienze emotive suscitate dagli eventi di soccorso.

- La simulazione realistica mira ad attivare esperienze ed emozioni legate alle situazioni reali che rappresentano, anche se in chiave teatrale. In questo caso, la consapevolezza di vivere una situazione realistica ma simulata garantisce rassicurazione e permette all'esercizio di alleviare il grado di paura nel soccorritore che sta affrontando le proprie emozioni.

- Stress Inoculation Training (SIT) è una tecnica cognitiva, nata dalla teoria dell'apprendimento e sviluppata da Meichenbaum. Consiste in un'inoculazione graduale e costante di stress. SIT si basa sulla teoria che l'esposizione a eventi moderatamente stressanti serve a costruire le risorse di coping di un individuo e che un adattamento di successo a questi eventi può facilitare lo sviluppo della resilienza allo stress futuro. Attraverso l'allenamento si ottiene l'attivazione di reazioni immunitarie emotive difensive per situazioni future da affrontare. Include un ricco pacchetto di informazioni sullo stress traumatico che può svilupparsi in situazioni di emergenza. Implica l'insegnamento delle principali tecniche di coping e gestione dello stress utilizzate dai soccorritori, l'insegnamento di tecniche di rilassamento, attività cognitive caratterizzate dalla produzione di immagini mentali che avvicinano il soggetto all'evento da affrontare, insegnando tecniche di controllo della respirazione e strumenti adeguati per acquisire la capacità di far fronte all'evento critico. Attraverso la tecnica dell'immaginazione guidata, la produzione di immagini mentali consente al soggetto di "incontrare l'evento". L'esposizione alle immagini facilita il processo di adattamento graduale all'evento traumatico. La proiezione di video permette l'esposizione a situazioni traumatiche che si attivano in un contesto protetto.

La tecnica del role-playing, o role-playing, permette al soccorritore di diventare parte attiva di un momento particolare vissuto in una situazione di emergenza creata ad hoc, consentendogli di mettere in atto motori, risposte e reazioni emotive e cognitive come se stessero effettivamente vivendo quella situazione; l'evento sarà vissuto con il pieno coinvolgimento emotivo, cognitivo e comportamentale del soccorritore in formazione che sperimenterà nuove risposte e strategie utili ad arricchire il proprio schema di reattività alla situazione.

Pensieri come "Non ho fatto abbastanza", "Non capivo", "Sarei potuto intervenire prima e non sarebbe successo" diventano pensieri, che possono innescare emozioni e comportamenti inappropriati nei soccorritori.

## Bibliografia

- Allan, J. e Bertoia, J. (1992). Percorsi scritti di guarigione: Educazione e bambino junghiano counseling.dallas, TX: Pubblicazioni primaveraili.
- Almagor, M., & Ben Porath, Y. (1989). Il modello a due fattori dell'umore auto-riferito: un replica culturale. *Giornale di valutazione della personalità*, 53, 10 -21.
- Anaut, M. (2003). *La resilienza. Surmontons les traumatitismes*.Paris: Nathan.
- Anolli, L. (2002). *Psicologia della comunicazione*.Bologna: Il Mulino.
- Anolli, L. (2003). Significato modale e comunicazione non verbale. *Giornale Italiano di Psicologia*, XXX(3), 453-483.
- Anolli, L., Balconi, M., Cambiaso, G., & Terragni, M. (2002). Strategia comunicativa in famiglie con disturbo dipendenza di sostanze. *Analisi delle aree semantiche e degli ancora conversazionali tramite l'intervista di attaccamento adulto*. *Terapia familiare*, 69.
- Anolli, L., & Ciceri, R. (1997). La voce delle emozioni. *Verso una semiosi della comunicazione vocale non verbale delle emozioni*.Milano: Franco Angeli.
- Anolli, L., & Lambiase, L. (1990). "Giochi di sguardo" nella conversazione. *Giornale Italiano di Psicologia*, 17, 27-58.
- Anthony, E., Childrand, C. e Kuopernic, C. (1982). *L'enfance vulnerabile*.Parigi: Guilford Press.
- Anthony, EJ (1987). Rischio, vulnerabilità e resilienza: una panoramica. In EJ Anthony & B. J. Cohler (a cura di), *Il bambino invulnerabile*. (pagg. 3-48). New York: Guilford Press.
- Antonovsky, A. (1980). *Salute, stress e coping*.San Francisco: Jossey Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Svelare il mistero della salute: come le persone gestiscono lo stress e stai bene*. San Francisco: Jossey Bass.
- Argyle, M. (1972). La comunicazione non verbale nell'interazione sociale umana. In RA Hinde (a cura di), *Comunicazione non verbale* (Bari: Laterza ed.). Cambridge: Cambridge Stamp universitaria.
- Argyle, M. (1975). *Comunicazione corporea*.Londra: Methuen.
- Argyle, M. e Cook, M. (1976). *Sguardo e sguardo reciproco*. New York: Cambridge University Premere.
- Argyle, M. e Dean, J. (1965). Contatto visivo, distanza e affiliazione. *Sociometria*, 28, 289-304. 288
- Argyle, M. e Kendon, A. (1967). *L'analisi sperimentale della performance sociale*. Berkowitz (a cura di), *Progressi nella psicologia sociale sperimentale*.Londra: Academic Premere.
- Aspinwall, LG (1998). Ripensare il ruolo dell'affetto positivo nell'autoregolazione. *Motivazione ed Emozione*, 22, 1-32.

- Aspinwall, LG (2001). Affrontare le avversità: autoregolamentazione, coping, adattamento e Salute. In A. Tesser & N. Schwarz (a cura di), *The blackwell handbook of social psicologia*. (Vol. Processi Intraindividuali, 1, pp. 591-614). Fanciulla: Blackwell.
- Aspinwall, LG e Taylor, SE (1997). Un punto nel tempo: autoregolazione e proattività far fronte. *Bollettino psicologico*, 121, 417-436.
- Avord, MK (2004). Guida per genitori e insegnanti. Washington: APA.
- Baltes, PB e Staudinger, UM (2000). Saggezza: un metaeuristico (pragmatico) a orchestrare la mente e la virtù verso l'eccellenza. *Società psicologica americana*, 55, 122-136.
- Barbaranelli, C. (2003). *Analisi dei dati*. Milano: LED.
- Barbaranelli, C., & Natali, E. (2005). *Test psicologici: Teorie e modelli psicometrici*. Roma: Carocci.
- Barclay, CR (1993). Ricordando noi stessi. In GM Davies e RH Logie (a cura di), *La memoria nella vita quotidiana* (pp. 285-309). Olanda Settentrionale: Elsevier Science.
- Barclay, CR (1996). Ricordo autobiografico: vincoli narrativi sull'oggettivato sé. In DC Rubin (a cura di), *Ricordando il nostro passato* (pp. 94-125). Cambridge: Cambridge University Press.
- Bäßler, J., & Schwarzer, R. (1996). Valutazione dell'autoefica: Adattamento spagnolo della escala de autoeficacia general [misurare le convinzioni personali generalizzate: uno spagnolo adattamento della scala generale di autoefficacia]. *Ansiedad y Estrés*, 2(1), 1-8.
- Batten, M., & Russell, J. (1995). *Studenti a rischio: una rassegna della letteratura australiana 1980-1994*. Melbourne: Australian Council of Educational Research.
- Bavelas, JB (1994). Gestì come parte del discorso: implicazioni metodologiche. *Ricerca Linguaggio e interazione sociale*, 27, 201-221.
- Bavelas, JB, Chovil, N., Coates, L. e Roe, L. (1995). Gestì specializzati per il dialogo. *Bollettino Personalità e Psicologia Sociale*, 21(4), 394-415.
- Bavelas, JB, Chovil, N., Lawrie, DA e Wade, A. (1992). Gestì interattivi. *Discorso Processi*, 15, 469-489.
- Beck, A. (1976). *Terapia cognitiva e disturbi emotivi*. New York: Meridian Press.
- Bellelli, G., Curci, A., & Mastroilli, G. (2001). Di bocca in bocca: Confidenze e riservatezza nei giovani e nei loro genitori. Uno studio sulla condivisione sociale secondaria. In no. acad Matarazzo (a cura di), *Emozioni e adolescenza*. Napoli: Liguori Editore.
- Bellelli, G., Curci, A., & Mastroilli, G. (2004). *Emozioni condivise. Le narrazioni emozionali*. Bari: Edizioni Giuseppe Laterza.
- Bellelli, G., Ignagni, MT, & Stasolla, F. (1996). Elaborazione di eventi emotivi. In NH Frijda (a cura di), *Atti della IX conferenza della società internazionale per*

ricerca sulle emozioni (pp. 319-323). Toronto: Victoria University nell'Università di Toronto.

Belsky, J. (1993). Etiologia del maltrattamento sui minori: un'analisi evolutiva-ecologica. *Bollettino psicologico*, 114, 413-434.

Benard, B. (1991). Promuovere la resilienza nei bambini: fattori protettivi in famiglia, a scuola e community. Portland (OR): Western Center for Drug-Free Schools and Communities.

Bensley, DA (1989). Spunto e organizzazione nella memoria autobiografica dell'emotivo incidenti. *Manoscritto non pubblicato*.

Berg, CA, Meegan, SP e Deviney, FP (1998). Un modello socio-contestuale di coping con i problemi quotidiani nel corso della vita. *Giornale internazionale di comportamento Sviluppo*, 22, 239-263.

Bertetti, B. (2008). Oltre il maltrattamento: La resilienza come capacità di superare il trauma. Milano: Franco Angeli.

Birdwhistell, RL (1952). Introduzione alla cinesica: un sistema di annotazione per l'analisi del corpo movimento e gesti. Washington, DC: Foreign Service Institute, Stati Uniti: Dipartimento di Stato/Ann Arbor, MI: Microfilm universitari.

Birdwhistell, RL (1970). Comunicazione. In DS Silis (a cura di), *Enciclopedia internazionale di le scienze sociali* (Vol. 3). Mac Millan. New York: la stampa libera.

Block, J. e Kremen, AM (1996). Iq e ego-resilienza: concettuale ed empirico connessioni e separatezza. *Giornale di personalità e psicologia sociale*, 70(2), 349-361.

Block, JH e Block, J. (1980). Il ruolo del controllo dell'io e della resilienza dell'io nell'origine di comportamento. In C. WA (a cura di), *I simposi del Minnesota sulla psicologia infantile* (Vol. 13, pp. 39-101). Hillsdale: Erlbaum.

Bokus, B. (1992). Co-narrazione tra pari: cambiamenti nella struttura della partecipazione dei bambini in età prescolare. *Giornale di narrativa e storia della vita*, 2, 253-275.

Bonaiuto, M., Gnisci, A., & Maricchiolo, F. (2001). Proposta e verifica empirica di una tassonomia dei gesti delle mani nell'interazione di piccolo gruppo. *Giornale Italiano di Psicologia*, 4, 777-807.

Bonanno, GA (2001). Autoregolazione delle emozioni. In TJ Mayne e GA Bonanno (a cura di) *Emozione: problemi attuali e direzioni future* (pp. 251-185). New York: Guilford Premere.

Bradley, MM, Cuthbert, BN e Lang, PJ (1990). Modifica del riflesso di sussulto: Emozione o Attenzione? *Psicofisiologia*, 27, 513-522.

Bradley, MM, Cuthbert, BN e Lang, PJ (1991). Sussulto ed emozione: acustica laterale sonde e il battito di ciglia bilaterale. *Psicofisiologia*, 28, 285-295.

Bradley, MM, Greenwald, MK e Hamm, AO (1993). Elaborazione affettiva delle immagini. In

N. Birbaumer & A. Ohman (a cura di), La struttura dell'emozione: psicofisiologico, aspetti cognitivi e clinici. (pp. 48-68). Toronto: Hogrefe & Huber.

Bronfenbrenner, Stati Uniti (1979). Ecologia dello sviluppo umano. Bologna: Il Mulino.

Brown, KW e Ryan, RM (2003). I vantaggi di essere presenti: Mindfulness e il suo ruolo nel benessere psicologico. *Giornale di personalità e psicologia sociale*, 84,

Bruner, J. (1992). La ricerca del significato. Torino: Bollati Boringhieri.

Bucci, W. (1995). Il potere della narrazione: un account a codice multiplo. In JW Pennebaker (a cura di), *Emozione, divulgazione e salute* (pp. 93-124). Washington DC: americana Associazione Psicologica.

Bucci, W. (2000). La valutazione dell'attività referenziale. Roma: Edizioni Kappa.

Burgoon, JK e Guerrero, LK (1994). Comunicazione non verbale. In M. Burgoon, FG Hunsaker & EJ Dawson (a cura di), *Comunicazione umana* (pp. 122-171). Mille Oaks: Sage Pubblicazioni.

Ustioni, ET (1996). Dal rischio alla resilienza: Un viaggio con l'arte per i nostri figli, i ns futuro. Dallas (TX): Marco Polo.

Autobus, DM (2000). L'evoluzione della felicità. *Psicologo americano*, 55(1), 15-23.

Cacioppo, JT, & Tassinario, LG (1987). La relazione tra risposta EMG e azioni facciali evidenti. *Valore nominale*, 1, 2-3.

Cagnetta, E. (1999). Qualità della vita, bisogni e strategie di coping in persone con lesioni da trauma stradale. In B. Zani & E. Cicognani (a cura di), *Le vie del benessere. Eventi di vita e strategie di coping*. Roma: Carocci editore.

Carver, CS, Scheier, MF e Pozo, C. (1992). Concettualizzare il processo di far fronte problemi di salute. In HS Friedman (a cura di), *Hostility, coping, and health* (pp. 167-187). Washington, DC: American Psychological Association.

Carver, CS, Scheier, MF e Weintraub, JK (1989). Valutare le strategie di coping: A approccio teorico. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267- 283.

Castelli, C. (2005). Il cielo è di tutti. Disegni e narrazioni dai concorsi di emergenza. Como: Grafica, Bregnano.

Catalano, R., & Hawkins, JD (1996). Il modello di sviluppo sociale: una teoria di comportamento antisociale. In JD Hawkins (a cura di), *Delinquenza e crimine: teorie attuali* (pp. 149-197). Cambridge: Cambridge University Press, 291

Christensen, AJ, Edwards, DL, Wiebe, JS, Benotsch, EG, McKelvey, L., Andrews, M., et al. (1996). Effetto dell'auto-rivelazione verbale sull'attività delle cellule natural killer: Influenza della moderazione sull'ostilità cinica. *Medicina psicosomatica*, 58, 150-155.

Cohler, BJ (1987). Avversità, resilienza e studio della vita. In James AE (a cura di), *The bambino invulnerabile* (pp. 363-424). New York: Guilford Press.

Coifman, KG, Bonanno, GA, Ray, RD e Gross, JJ (2007). Fa fronte repressiva promuovere



la resilienza? Discrepanza nella risposta affettivo-autonomica durante il lutto. *Giornale di personalità e psicologia sociale*, 92(4), 745-758.

Collier, G., Kuiken, D., & Enzle, ME (1982). Il ruolo della qualificazione grammaticale nella espressione e percezione delle emozioni. *Journal of Psycholinguistic Research*, 11, 631-650.

Compas, BE (1987). Stress ed eventi della vita durante l'infanzia e l'adolescenza. *Clinico Recensione di psicologia*, 7, 275-302.

Connor, KD, J. (2003). Sviluppo di una nuova scala di resilienza: The connor davidson scala di resilienza (cd-risc). *Depressione e ansia*, 18, 76-82.

Connor, KM, Jonathan, RT e Davidson, MD (2003). Sviluppo di una nuova resilienza scala: la scala di resilienza di connor-davidson (cd-risc). *Depressione e ansia*(18), 76- 82.

Cook, EW, Davis, TL, Hawk, LW, Spence, EL e Gautier, CH (1992). Paura e potenziamento di sussulto durante gli stimoli visivi avversivi. *Psicofisiologia*, 29, 633-645.

Costa, M., Menzani, M., & Ricci Bitti, PE (2001). Leggi canting in paintins: uno storico studia. *Journal of Nonverbal Behavior*, 25(1), 63-73.

Costabile, A. (1996). Agonismo e aggressività. Dinamiche di interazione nello sviluppo infantile. Milano: Franco Angeli.

Cramer, B. (2000). Cosa diventeranno i nostri bambini? Milano: Raffaello Cortina.

Curci, A., & Bellelli, G. (2004). Conseguenze cognitive e sociali dell'esposizione alle emozioni narrazioni: due studi sulla condivisione sociale secondaria delle emozioni. *cognizione e Emozione*.

Cuthbert, BN, Bradley, MM e Lang, PJ (1996). Sondare la percezione dell'immagine: Attivazione ed emozione. *Psicofisiologia*, 33, 103-111.

Cuthbert, BN, Vrana, SR e Bradley, MM (1991). Imagey: funzione e psicologia. *Progressi in psicofisiologia*, 4, 1-42.

Cyrułnik, B. (1998). Les enfants qui tiennent le coup. Revigny sur-Ornain: Hommes et Prospettive.

Cyrułnik, B. (2001). I brutti anatroccoli. Milano: Frassinelli.

Cyrułnik, B. (2006). Di carne e d'anima. Milano: Frassinelli.

Cyrułnik, B. e Malaguti, E. (2005). Costruire la resilienza: La riorganizzazione positiva della vita e la creazione di legami significativi. Trento: Erikson.

Czajka, JA (1987). Inibizione schaviorale e risposte psicologiche a breve termine. Tesi di master inedita. Dallas, TX: Southern Methodist University.

Dalle Fave, A. (2004). Editoriale: Psicologia positiva e ricerca della complessità. *Ricerche di psicologia*, Numero speciale sulla psicologia positiva, 27, 7-12.

Damasio, AR (1994). L'errore di cartesio. Milano: Adelphi.

Darwin, CE (1965). L'espressione delle emozioni nell'uomo e negli animali. Chicago: University of Chicago Press (pubblicato originariamente nel 1872).

Davitz, JR (1964). La comunicazione del significato emotivo. New York: McGraw-Hill.

De Beaugrade, RA (1980). Testo, discorso e processo. Nordwood, NJ: Abex Publishing Società.

Demo, EV (1989). La resilienza nell'infanzia. In Dugan TF & R. Cole (a cura di), Il figlio del ns volte: Studi sullo sviluppo della resilienza (pp. 3-22). Filadelfia: Brunner/Mazel.

Dennis, S., Charney, MD (2004). Meccanismi psicobiologici di resilienza e vulnerabilità: implicazioni per un adattamento riuscito a stress estremo. americano Giornale di psichiatria, 161, 195-216.

Derakshan, N., e Eysenck, MW (1997). Pregiudizi interpretativi per il proprio comportamento e Psicologia in soggetti ansiosi e repressori ad alto tratto. Giornale della personalità e Psicologia sociale, 73, 816-825.

De Salvo, L. (1999). La scrittura come mezzo di guarigione: come raccontare le nostre storie trasforma la nostra vive. San Francisco: Harper.

Devoto, G. (1971). Devoto-oli: Vocabolario della lingua italiana. Milano: Mondadori.

Di Blasio, P. (2005). Tra rischio e protezione. La valutazione delle competenze parentali. Milano: Unicopli.

Diener, E. (2000). Benessere soggettivo: la scienza della felicità e una proposta per a indice nazionale. Psicologo americano, 55(1), 34-43.

Dittmann, AT (1977). Il ruolo del movimento del corpo nella comunicazione. In AW Siegman & S. Feldstein (a cura di), Comportamento non verbale e comunicazione. Potomac, MD: Erlbaum.

Dodd, M. e Bucci, W. (1987). La relazione cognitiva e affettiva nel processo di orientamento. Cognizione, 27, 53-71.

Dohrenwend, BS (1978). Stress sociale e psicologia di comunità. Giornale americano di Psicologia di comunità, 6, 1-14.

Dominguez, B., Valderrama, P., Meza, MA, Perez, SL, Silva, A., Martinez, G., et al. (1995). I ruoli dell'inversione emotiva e della divulgazione nella pratica clinica. In PJW (a cura di), Divulgazione delle emozioni e salute (pp. 255-270). Washington, DC: americano Associazione Psicologica.

Donnelly, DA e Murray, EJ (1991). Cambiamenti cognitivi ed emotivi nei saggi scritti e colloqui di terapia. Giornale di psicologia sociale e clinica, 10, 334-350.

Dumont, KA, Widom, CS e Czaja, SJ (2007). Predittori di resilienza negli abusi e bambini trascurati cresciuti: il ruolo dell'individuo e del vicinato

caratteristiche. Negligenza sugli abusi sui minori, 31, 211-229.

Dunn, D. (2004). Reinserimento resiliente della donna sposata con figli a carico: Occupati e disoccupati.

Eckenrode, J. (1991). Il contesto sociale del coping. New York: Plenum.

Edelman, G. (1992). Sulla materia della mente. Milano: Adelphi.

Efrom, D. (1941/1972). Gesti, razza e cultura. Mouton: L'Aia. Gesto, razza e cultura. Milano: Bompiani.

Ekman, P. (1976). Movimenti con significati precisi. *Giornale di comunicazione*, 26, 14-26.

Ekman, P. (1984). Espressione e natura dell'emozione. In KR Scherer e P. Ekman (a cura di), *Approcci alle emozioni* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Ekman, P. (1994). *La natura dell'emozione: domande fondamentali*. New York: Oxford Stampa universitaria.

Ekman, P., Davidson, RJ e Friesen, WV (1990). Il sorriso duchenne: Emozionante espressione e psicologia cerebrale ii. *Giornale di personalità e psicologia sociale*, 58, 342-353.

Ekman, P., & Friesen, WV (1969). Il repertorio dei comportamenti non verbali: Categorie, origini, uso e codifica. *Semiotica*, 1, 49-98.

Ekman, P. e Friesen, WV (1972). Movimenti delle mani. *Giornale di comunicazione*, 22, 353-374.

Ekman, P., & Friesen, WV (1974). Rilevare l'inganno dal corpo o dal viso. *Giornale di Personalità e psicologia sociale*, 29, 288-289.

Ekman, P. e Friesen, WV (1976). Misurazione del movimento facciale. *Psicologia ambientale e Comportamento non verbale*, 1(1), 56-75.

Ekman, P., & Friesen, WV (1978). *Il sistema di azione facciale: una tecnica per il misurazione del movimento facciale*. Palo Alto: Consulente Psicologi Press.

Ekman, P., Friesen, WV e Hager, JC (2001). *Sistema di codificazione dell'azione facciale*. Nuovo version. Salt Lake City: pubblicato dalla divisione Research Nexus di Network Information Società di ricerca.

Emiliani, F. (1995). Processi di crescita tra protezione e rischio. In P. Di Blasio (a cura di), *Contesti relazionali e processi di sviluppo*. Milano: Cortina.

Endler, NS e Parker, JDA (1990). *Inventario per affrontare situazioni stressanti (ciss)*. Toronto: Sistema Multisanitario Manuale.

Esterling, B., Antoni, M., Fletcher, M., Marguiles, S. e Schneiderman, N. (1994). Emotivo la divulgazione attraverso la scrittura o il parlato modula l'anticorpo latente del virus epstein-barr titoli. *Giornale di consulenza e psicologia clinica*, 10, 334-350.

Estrada, CA, Isen, AM e Young, MJ (1997). L'affetto positivo facilita l'integrazione di informazioni e diminuisce l'ancoraggio nel ragionamento tra gli psicologi. *Organizzativo Comportamento e processi decisionali umani*, 72, 117-135.

Exline, RV (1963). Esplorazioni nel processo di percezione della persona: interazione visiva in relazione con la concorrenza, il sesso e il bisogno di affiliazione. *Giornale della personalità*, 31, 1-20.

Exline, RV e Winters, LC (1965). *Relazioni affettive e sguardi reciproci nelle diadi*. S. Tomkins & CE Izard (a cura di), *Affetto, cognizione e personalità*. New York: Springer.

Farrington, DP (1992). La necessità di una ricerca longitudinale sull'offesa e l'antisociale comportamento che previene il comportamento antisociale. In J. McCord e RE Tremblay (a cura di), *Interventi dalla nascita all'adolescenza* (pp. 353-376). New York: Il Guilford Premere.

Fernandez-Dols, JM (1999). *Espressione facciale ed emozione: una visione situazionista*. In p.

Philippot & RS Feldman (a cura di), *Il contesto sociale del comportamento non verbale* (pp. 242-261). Cambridge: Cambridge University Press.

Fincham, FD (2003). *Conflitto coniugale: correla, struttura e contesto*. *Direzioni attuali in Scienze psicologiche*, 12(1), 23-25.

Bene, Sai Baba (1991). Resilienza e adattabilità umana: chi si eleva al di sopra delle avversità? *Il Giornale americano di terapia occupazionale*, 45(6), 493-503.

Flach, FF (1988). *Resilienza: scoprire una nuova forza nei momenti di stress*. New York: Ballantine.

Florian, V., Mikulincer, M. e Taubman, O. (1995). La robustezza contribuisce al mentale salute durante una situazione stressante della vita reale? I ruoli della valutazione e del coping. *rivista di Personalità e Psicologia Sociale*, 68, 687-695.

Foa, E., & Riggs, D. (1993). *Disturbo post-traumatico da stress nelle vittime di stupro*. In J. Oldham, M. B. Riba & A. Tasman (a cura di), *Rassegna stampa psichiatrica americana di psichiatria* (Vol. 12, pp. 273-303). Washington, DC.: Stampa psichiatrica americana.

Folkman, S. (1985). Se cambia, deve essere un processo: uno studio delle emozioni e del coping durante tre fasi di un esame universitario. *Giornale di personalità e psicologia sociale*, 48(1), 150-170.

Folkman, S. (1992). *Fare il caso per far fronte*. In BN Carpenter (a cura di), *Coping personale: teoria, ricerca e applicazione*. Westport (CT): Praeger.

Folkman, S., & Lazarus, RS (1988). Coping come mediatore di emozioni. *Giornale di Personalità e Social Pswholog*, 54(3), 466-475.

Frank, LK (1957). Comunicazione tattile. *Monografie di psicologia genetica*, 56, 209-255.

Frank, MG, Ekman, P. e Friesen, WV (1993). Marcatori comportamentali e riconoscibilità di il sorriso di gioia. *Giornale di personalità e psicologia sociale*, 14, 230-236.

Fredrickson, BL (1998). A cosa servono le emozioni positive? *Rassegna di Psicologia Generale*, 2, 300-319.

Fredrickson, BL (2000). Coltivare emozioni positive per ottimizzare salute e benessere. *Prevenzione e cura. Journal apa, org/prevenzione*, 3.

Fredrickson, BL (2001). Il ruolo delle emozioni positive nella psicologia positiva: l'allargamento e costruisci la teoria delle emozioni positive. *Psicologo americano*, 56, 218-226.

Fredrickson, BL e Branigan, C. (2001). Emozione positiva. In TJ Mayne e GA Bonanno (a cura di), *Emozioni: problemi attuali e direzione futura* (pp. 251-285). New York: Guilford Press.

Fredrickson, BL e Joiner, T. (2002). Le emozioni positive innescano spirali verso l'alto benessere emotivo. *Scienze psicologiche*, 13, 172-175.

Fredrickson, BL e Levenson, RW (1998). Le emozioni positive accelerano il recupero dal sequele cardiovascolari di emozioni negative. *Cognizione ed emozione*, 12, 191 - 220.

Fredrickson, BL, Mancuso, RA, Branigan, C. e Tugade, M. (2000). L'effetto disfacimento di emozioni positive. *Motivazione ed emozione*, 24, 237-258.

Friburgo, O., Barlaug, D., Martinussen, M., Rosenvinge, JH e Hjemdal, O. (2005). Resilienza in relazione alla personalità e all'intelligenza. *Giornale internazionale dei metodi in Ricerca psichiatrica*, 14(1), 29-42.

Friburgo, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, JH e Martinussen, M. (2003). Una nuova scala di valutazione per la resilienza degli adulti: quali sono le risorse protettive centrali dietro la salute

regolazione? *Giornale internazionale dei metodi nella ricerca psichiatrica*, 12(2), 65-76.

Friedman, HS, Prince, LM, Riggio, RE e DiMatteo, RM (1980). Comprensione e valutare l'espressività non verbale: il test di comunicazione affettiva. *Giornale di Personalità e psicologia sociale*, 39, 333-351.

Frijda, NH (1986). *Le emozioni*. Cambridge, Regno Unito: Cambridge University Press.

Frijda, NH (1993). Il luogo della valutazione nell'emozione. *Cognizione ed emozioni*, 7, 357-387.

Frydenberg, E. (1997). *Affrontare l'adolescenza. Prospettiva teorica e di ricerca*. Londra: Routledge.

Fussel, SR (2002). La comunicazione verbale delle emozioni. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associati.

Garbarino, J., Dubrow, N., Kostelny, K. e Pardo, C. (1992). Bambini in pericolo: affrontare con le conseguenze della violenza della comunità. San Francisco: Josey-Bass Inc. Editori

Pennebaker, JW (1993). Meccanismi di costrizione sociale. In DM Wegner e JW Pennebaker (a cura di), Manuale di controllo mentale (pp. 200-219). Scogliere di Englewood, NJ: Prentice Hall.

Pennebaker, JW (1997). Effetti sulla salute dell'espressione (e non espressione) delle emozioni attraverso la scrittura. In A. Vingerhouts, F. Bussel & J. Boelhouwer (a cura di), Il (non) espressione delle emozioni nella salute e nella malattia (pp. 267-278). Tilburg, Paesi Bassi: Tilburg University Press.

Pennebaker, JW (1998). Divulgazione dei traumi e funzione immunitaria: implicazioni per la salute per la fisioterapia. *Giornale di consulenza e psicologia clinica*, 56(2), 239-245.

Pennebaker, JW (2002). Scrittura, processi sociali e psicoterapia: dal passato al futuro. In SJ Lepore e JM Smyth (a cura di), *La cura della scrittura: come scrittura espressiva promuove la salute e il benessere emotivo* (pp. 281-291). Washington, DC: americano Associazione Psicologica.

Pennebaker, JW e Beall, S. (1986). Affrontare un evento traumatico: Verso un comprensione dell'inibizione e della malattia. *Giornale di psicologia anormale*, 95, 274-281.

Pennebaker, JW, Zech, E., & Rimé, B. (2001). Divulgare e condividere emozioni: Conseguenze psicologiche, sociali e sanitarie. In M. Stroebe, W. Stroebe, RO Hansson & H. Schut (a cura di), *Manuale di ricerca sul lutto: conseguenze, affrontare e prendersi cura* (pp. 517-539). Washington DC: Psicologia americana Associazione.

Pennebaker, JW (1982). La psicologia dei sintomi psichici. New York: Springer-Verlag.

Pennebaker, JW (1989). Confessione, inibizione e malattia. In L. Berkowitz (a cura di), *Progressi nella psicologia sociale sperimentale* (Vol. 22, pp. 211-244). New York: Stampa accademica.

Pennebaker, JW (1993). Mettere le parole di stressinfo: salute, linguistica e terapeutica implicazioni. *Ricerca sul comportamento e terapia*, 31, 539-548.

Pennebaker, JW e Seagal, JD (1999). Formare una storia: i benefici per la salute della narrativa. *Giornale di psicologia clinica*, 55(10), 1243-1254.

Pennebaker, JW e Susman, JR (1988). Divulgazione di traumi e psicosomatici processi. *Scienze sociali e medicina*, 26, 327-332.

Perrez, M., e Reicherts, M. (1992). *Stress, coping e salute*. Seattle: Hogrefe & Huber.

Peterson, C. (2000). Il futuro dell'ottimismo. *Psicologo americano*, 55, 44-55.

Petrie, KJ, Booth, RJ, Pennebaker, JW, Davidson, KP e Thomas, M. Divulgazione di trauma e risposta immunitaria al programma di vaccinazione contro l'epatite b. *Giornale di consulenza e Psicologia clinica*, 63, 787-792.

Piccardo, C. (1995). *Empowerment*. Milano: Raffaello Cortina.

Pinquart, M. (2009). Effetti moderati della resilienza disposizionale sulle associazioni tra disagi e disagi psicologici. *Journal of Applied Developmental*, 30, 53-60.

Putton, A., & Fortugno, M. (2006). *Affrontare la vita. Che cos'è la resilienza e vieni svilupparla*. Roma: Carocci Faber.

Putton, A., & Fortugno, M. (2008). *Affrontare la vita. Che cos'è la resilienza e vieni svilupparla*. Roma: Carocci Faber.

Raaheim, K. (1984). *Perché l'intelligenza non basta*. Bergen: Sigma.

Rasmusson, AM, Hauger, RI, Morgan, CA, Bremner, JD, Charney, DS e Southwick, SM (2000). Basso basale e plasma stimolato con yohimbina livelli di neuropeptide y (npy) in ptsd legati al combattimento. *Psichiatria Biol*, 47, 526-539.

Reed, MB e Aspinwall, LG (1998). L'autoaffermazione riduce l'elaborazione distorta della salute informazioni sui rischi. *Motivazione ed Emozione*, 22, 99-132.

Resnick, MD (1997). Proteggere gli adolescenti dai danni: risultati della nazionale studio longitudinale sulla salute degli adolescenti. *Giornale dell'American Medical Association*, 278(10), 823-832.

Ricci Bitti, PE, & Caterina, R. (1994). *Comportamento non verbale e comunicazione. Ricerche di Psicologia*, 18, 51-74.

Ricci Bitti, PE, & Zani, B. (1983). *La comunicazione non verbale*. In PE Ricci Bitti & B. Zani (a cura di), *La comunicazione come processo sociale* (pp. 131-160). Bologna: Il Mulino.

Richards, JM, Pennebaker, JW e Beal, WE (1995). *Gli effetti del reato penale e divulgazione del trauma sull'ansia e sulla malattia in carcere*. Documento presentato al Associazione psicologica del Midwest, Chicago.

Richardson, GE (2002). La metateoria della resilienza e della resilienza. *Giornale di clinica psicologia*, 58(3), 307-321.

Richardson, GE e Gray, D. (1999). *Gioventù resiliente*. In N. Henderson, Benard B., Sharp-Light N., (a cura di), *Resiliency in action*. San Diego (Ca): Resiliency in Action Inc.

Richardson, GE, Neiger, B., Jensen, S. e Kumpfer, K. (1990). Il modello di resilienza. *Educazione sanitaria*, 21, 33-39.

Rimé, B. (1995). *Numinazione mentale, condivisione sociale e recupero dall'emotività esposizione*. In JW Pennebaker (a cura di), *Emozione, divulgazione e salute* (pp. 271-292).

Washington, DC: American Psychological Association.

Rimé, B. (1984). Comunicazione non verbale o comportamento non verbale? Verso una teoria cognitivo-motoria del comportamento non verbale. In S. Moscovici & W. Doise (a cura di), *Attuale problematiche della psicologia sociale europea* (pp. 85-141). Cambridge: Università di Cambridge Premere.

Rimé, B., Finkenauer, C., Luminet, O., Zech, E. e Philippot, P. (1998). Condivisione sociale di emozione: nuove prove e nuove domande. In W. Stroebe e M. Hewstone (a cura di), *Rivista europea di psicologia sociale* (Vol. 9, pp. 145-189). Chicester: Wiley & Sons srl

Rimé, B., Mesquita, B., Philippot, P. e Boca, S. (1991). Oltre l'evento emotivo: Sei studi sulla condivisione sociale delle emozioni. *Cognizione ed emozione*, 5, 436-466.

Rimé, B., & Schiaratura, L. (1991). Gesto e parola. In RS Feldman & B. Rimé (a cura di), *Fondamenti di comportamento non verbale* (pp. 239-285). Cambridge: Cambridge Stampa universitaria.

Robins, L., & Rutter, M. (1990). *Percorsi dritti e tortuosi dall'infanzia a adulthood*. Cambridge: Cambridge University Press.

Rogers, CR (1970). *I gruppi di incontro*. Roma: Astrolabio.

Rogers, CR e Kinget, M. (1970). *Psicoterapia e relazioni umane*. Torino: Boringhieri.

Russell, J. (1978). Evidenze di validità convergente sulle dimensioni dell'affetto. *Giornale di Personalità e psicologia sociale*, 36, 1152-1168.

Russell, J. e Mehrabian, A. (1977). Prove per una teoria dell'emozione a tre fattori. *Giornale di Ricerca sulla personalità*, 11, 179-183.

Rutter, M. (1979). Fattori protettivi nelle risposte dei bambini allo stress e allo svantaggio. In m.

W. Kent & JE Rolf (a cura di), *Prevenzione primaria della psicopatologia* (Vol. Social Competenza nei bambini, pp. 349-379). Hannover: stampa universitaria del New England.

Rutter, M. (1985). Resilienza di fronte alle avversità: fattori protettivi e resistenza a disturbo psichiatrico. *Gran Bretagna Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.

Rutter, M. (1987). Resilienza psicosociale e meccanismi di protezione. *Giornale americano di Ortopsichiatria*, 22, 323-356.

Rutter, M. (1988). Studi sul rischio psicosociale. Il potere dei dati longitudinali. Cambridge: Stampa universitaria.

Rutter, M. (1990). Resilienza psicosociale e meccanismi di protezione. In J. Rolf, AS Masten, D. Cicchetti, KH Nuechterlein & S. Weintraub (a cura di), *Rischio e protettivo fattori nello sviluppo della psicopatologia*. Cambridge: University Press.

Rutter, M. (2007). Resilienza, competenza e capacità di risposta. Abuso e negligenza sui minori.

Ryan, RM e Deci, EL (2000). Teoria dell'autodeterminazione e facilitazione dell'intrinseco



motivazione, sviluppo sociale e benessere. *Psicologo americano*, 55, 68-78.

Saarni, C. (1999). *Lo sviluppo della competenza emotiva*. New York: Guilford.

Sander, D., Grandjean, D. e Scherer, KR (2005). Un approccio sistemico alla valutazione meccanismi nelle emozioni. *Reti neurali*, 18, 317-352.

Schefflen, A. (1968). *Comunicazione umana: programmi comportamentali e loro integrazioni*. *Scienza del comportamento*, 13, 44-55.

Schefflen, AE (1972). *Linguaggio del corpo e ordine sociale*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Scherer, KR (1981). Linguaggio e stati emotivi. In J. Darby (a cura di), *Valutazione del discorso in psichiatria* (pp. 189-220). New York: Grune & Stratton.

Scherer, KR (1984). L'emozione come processo multicomponente: un modello e alcune dati culturali. In P. Shaver (a cura di), *Rassegna di personalità e psicologia sociale: Emozioni, relazioni e salute* (Vol. 5, pp. 37-63). Beverly Hills, CA: Salvia.

Scherer, KR (1992). Cosa esprime l'espressione facciale? In KT Strongman (a cura di), *Rassegna internazionale di studi sulle emozioni* (Vol. 2, pp. 139-165). Chichester, Regno Unito: Wiley.

Scherer, KR (1993). Studiare il processo di valutazione degli antecedenti delle emozioni: un sistema esperto approccio. *Cognizione ed emozione*, 7, 325-355.

Scherer, KR (1997). Profili di valutazione dell'antecedente emotivo: test teorici previsioni tra culture. *Cognizione ed emozione*, 11, 113-150.

Scherer, KR (1997). Il ruolo della cultura nella valutazione degli antecedenti delle emozioni. *Giornale di Personalità e psicologia sociale*, 73, 902-922.

Scherer, KR (2001). Valutazione considerata come un processo di verifica sequenziale multilivello. In KR Scherer, A. Schorr e T. Johnstone (a cura di), *Processi di valutazione nell'emozione: teoria, metodi, ricerca* (pp. 92-120). New York e Oxford: Università di Oxford Premere.

Scherer, KR, Schorr, A. e Johnstone, T. (2001). *Processi di valutazione nell'emozione: Teoria, metodo, ricerca*. Oxford: University Press.

Scherer, KR e Wallbott, HG (1994). Prove per l'universalità e la variazione culturale di pattern di risposta emotiva differenziale. *Giornale di personalità e sociale Psicologia*, 66, 310-328.

Schiaffino, KM e Revenson, TA (1992). Il ruolo dell'autoefficacia percepita, percepita controllo e attribuzioni causali nell'adattamento all'artrite reumatoide: Distinguere mediatore dagli effetti moderatore. *Bollettino della personalità e della psicologia sociale*, 18, 709-718.

Schwarzer, R. (1992). *Autoefficacia. Controllo del pensiero dell'azione*. Washington, DC:

Emisfero.

- Schwarzer, R. (1993). Misurazione dell'autoefficacia percepita. Scale psicometriche per cross- ricerca culturale. Berlino, Germania: Berlino. Freie Universität.
- Schwarzer, R. (1994). Ottimismo, vulnerabilità e autostima come cognizioni relative alla salute: A panoramica sistematica. *Psicologia e salute. Un giornale internazionale*, 9, 161-180.
- Schwarzer, R., Bäßler, J., Kwiatek, P., Schröder, K. e Zhang, JX (1997). La valutazione di autoconvinzioni ottimistiche: confronto tra le versioni tedesca, spagnola e cinese di la scala generale dell'autoefficacia. *Psicologia applicata: una revisione internazionale*, 46(1),69-88.
- Schwarzer, R., Born, A., Iwawaki, S., Lee, YM, Saito, E. e Yue, S. (1997). Il valutazione delle convinzioni ottimistiche: confronto tra cinese, indonesiano, giapponese, e versioni coreane della scala generale di autoefficacia. *Psicologia*, 40, 1-13.
- Schwarzer, R., e Gerusalemme, M. (1995). Scala di autoefficacia generalizzata. In J. Weinman, S. Wright & M. Johnston (a cura di), *Misure in psicologia della salute: un portfolio userVs. Credenze causali e di controllo* (pp. 35-37). Windsor, Regno Unito: NFER-NELSON.
- Schwarzer, R., & Scholz, U. (2000). Valutazione interculturale delle risorse di coping: The scala generale di autoefficacia percepita (Vol. Paper presentato al Primo Congresso Asiatico di Psicologia della Salute: Psicologia e Cultura della Salute). Tokyo, Giappone.
- Scott Rich, S., & Taylor, HA (2000). Non tutti i cambiamenti narrativi funzionano allo stesso modo. *Memoria e Cognizione*, 28, 1257-1266.
- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Psicologia positiva: un'introduzione. *Psicologo americano*, 55(1), 5-14.
- Corto, D., & Casula, C. (2004). *Speranza e resilienza*. Milano: FrancoAngeli.
- Sica, C., Novara, C., Dorz, S., & Sanavio, E. (1997). Affrontare l'orientamento ai problemi sperimentato (affrontare). *Bollettino di Psicologia Applicata*, 223, 25-34.
- Siddle, DAT e Lipp, OV (1997). Orientamento, assuefazione ed elaborazione delle informazioni: Gli effetti dell'omissione, il ruolo dell'attesa e il problema della disabituazione. In PJ Lang, RF Simons & M. Balaban (a cura di), *Attenzione e orientamento: sensoriale e processi motivazionali* (pp. 23-40). Mahwah, New Jersey: Erlbaum.
- Siegel, DJ (1999). *La mente in via di sviluppo: verso una neurobiologia dell'interpersonale esperienza*. New York: Guilford.
- Silvia, PJ (2001). Interessi e interessi: La psicologia del capriccio costruttivo. *Rassegna di psicologia generale*, 5, 270-290.
- Simonton, Danimarca (2000). Creatività. *Società psicologica americana*, 55(1), 151-158.
- Sinclair, VK e Wallston, KA (2004). Lo sviluppo e la valutazione psicometrica di la breve scala di coping resiliente. *Valutazione*, 11(1), 94-101.
- Skinner, E., & Edge, K., (a cura di). (1998). *Affrontare e sviluppare tutta la durata della vita*.

Giornale internazionale di sviluppo comportamentale, 22, 225-366.

Smith, J., True, N. e Souto, J. (2001). Effetti della scrittura sulle esperienze traumatiche: The necessità di struttura narrativa. *Giornale di psicologia sociale e clinica*, 20(161-172).

Smith, JM e Greenberg, MA (2000). Scriptoterapia: Gli effetti della scrittura su eventi traumatici. In J. Masling & P. Duberstein (a cura di), *Studi empirici in teorie psicoanalitiche. Prospettive psicoanalitiche sulla psicologia della salute* (Vol. 9, pp. 121-164). Washington, DC: American Psychological Association.

Smyth, J. e L'Abate, L. (2001). Una valutazione meta-analitica dell'efficacia del libro di lavoro in salute fisica e mentale. In L. L'Abate (a cura di), *Scrittura a distanza e informatica-interventi assistiti in psichiatria e salute mentale* (pp. 77-90). Westport, CT: Ablex.

Smyth, JM (1996). Espressione emotiva scritta: dimensioni degli effetti, tipi di risultati e variabili di moderazione. Manoscritto inviato per la pubblicazione.

Smyth, JM (1998). Espressione emotiva scritta: dimensioni degli effetti, tipi di risultati e variabili di moderazione. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 174-184.

Smyth, JM e Pennebaker, JW (2001). Quali sono gli effetti sulla salute della discordanza? In B. A., TA Revenson & JE Singer (a cura di), *Manuale di psicologia della salute* (pp. 339-348). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Snyder, M. (1974). L'autocontrollo del comportamento espressivo. *Giornale della personalità e Psicologia sociale*, 30, 526-537.

Speltini, G. (1968). *Minori, disagio e aiuto psicosociale*. Bologna: Il Mulino.

Spera, SP, Buhrfeind, ED e Pennebaker, JW (1994). Scrittura espressiva e coping con lavoro. *Academy of Management Journal*, 37, 722-733.

Strull, TS e Wyer, RS (1986). Il ruolo degli obiettivi cronici e temporanei nel sociale elaborazione delle informazioni. In RM Sorrentino & ET Higgins (a cura di), *Manuale di motivazione e cognizione* (pp. 503-549). New York: Wiley.

Stanton, AL e Danoff, BS (2002). Espressione emotiva, scrittura espressiva e cancro. In SJ Lepore e JM Smyth (a cura di), *La cura della scrittura: come scrittura espressiva promuove la salute e il benessere emotivo* (pp. 31-51).

Steca, P., Accardo, A., & Capanna, C. (2001). La misura del coping: Differenze di genere e di età. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 235, 47-56.

Sterling, P., Eyer, J. (1988). Allostasi: un nuovo paradigma per spiegare la patologia dell'eccitazione, in *manuale di stress, cognizione e salute della vita*. A cura di Fisher S, Reason J. New York, John Wiley & Figli., 629-649.

Stouthamer-Loeber, M. (1993). *Storia dei guardiani maschili*. Pittsburgh: University of Pittsburgh.

Streeck, J. e Knapp, ML (1992). L'interazione di caratteristiche visive e verbali nell'uomo comunicazione. In F. Poyatos (a cura di), *Avanzamenti nel non verbale*

comunicazione. Amsterdam: Benjamins.

Streiner, DL e Norman, GR (1995). Scale di misurazione della salute: una guida pratica a il loro sviluppo e utilizzo. New York: Oxford University Press.

Suls, J. e Flechter, B. (1985). L'efficacia relativa del coping evitante e non evitante strategie: una meta-analisi. *Psicologia della salute*, 4, 249-288.

Tellegen, A. (1985). Strutture dell'umore e della personalità e loro rilevanza per la valutazione ansia, con particolare attenzione all'autovalutazione. In AH Tuma e JD Maser (a cura di), *Ansia ei disturbi d'ansia* (pp. 681 -706). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Terracciano, A., McCrae, RR e Costa, PTJ (2003). Validità fattoriale e costruttiva di il programma italiano degli affetti positivi e negativi (panas). *Giornale europeo di Valutazione psicologica*, 19, 131-141.

Tomkiewicz, S. (1999). *L'adolescenza rubata*. Como: Rosso.

Trabasso, T., Suh, S., & Payton, P. (1995). Coerenza esplicativa nella comprensione e parlando di eventi. In MA Gernsbacher & T. Givon (a cura di), *Coherence in testo spontaneo* (pp. 189-214). Amsterdam: John Benjamins.

Trager, GL (1958). Paralinguaggio: una prima approssimazione. *Studi in linguistica*, 13, 1-12.

Trope, Y., e Neter, E. (1994). Riconciliare i motivi in competizione nell'autovalutazione: il ruolo di autocontrollo nella ricerca di feedback. *Journal of Personality & Social Psychology*, 66, 646-657.

Trope, Y., & Pomerantz, EM (1998). Risoluzione dei conflitti tra motivazioni autovalutative: Esperienze positive come risorsa per superare la difensiva. *Motivazione e Emozione*, 22, 53-72.

Tugade, MM e Fredrickson, BL (2004). Gli individui resilienti usano le emozioni positive per riprendersi dalle esperienze emotive negative. *Giornale di personalità e sociale Psicologia*, 86(2), 320-333.

Tugade, MM, Fredrickson, BL e LF, B. (2004). Resilienza psicologica e positivo granularità emotiva: esaminare i benefici delle emozioni positive sul coping e Salute. *Giornale di personalità e psicologia sociale*, 72(6).

Tulving, E. e Kroll, N. (1995). Valutazione della novità nel cervello e nella memoria a lungo termine codifica. *Bollettino psiconomico e revisione*, 2(3), 387-390.

Tulving, E., Markowitsch, HJ, Craik, FIM e Habib, R. (1996). Novità e familiarità attivazioni in studi su animali di codifica e recupero della memoria. *Corteccia cerebrale*, 6(1), 71-79.

Van de Vijver, F., & Hambleton, RK (1996). Test di traduzione: alcune linee guida pratiche. *Psicologo europeo*, 1(2), 89-99.

Vanistendael, S. e Lecomte, J. (2000). *Le bonheur est toujours possible*. Parigi: Bayard.

Vincent, JP, Friedman LC, Nugent, J. e Messerly, L. (1979). Caratteristiche della domanda in osservazioni sull'interazione coniugale. *Giornale di consulenza e psicologia clinica*, 47,

557-566.

- Vrana, SR, Spence, EL e Lang, PJ (1988). La risposta della sonda allarmante: una nuova misura di emozione? *Giornale di psicologia anormale*, 97, 487-491.
- Wagnild, GM e Young, HM (1993). Sviluppo e valutazione psicométrica del scala di resilienza. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165-178.
- Wallbott, HG (1998). Espressione corporea dell'emozione. *Giornale europeo del sociale Psicologia*, 28, 879-896.
- Waller, MA (2001). La resilienza nel contesto ecosistemico: Evoluzione del concetto americano *Giornale di Ortopsichiatria*, 71, 1-8.
- Watson, D. (1988). Le vicissitudini della misurazione dell'umore: effetti di descrittori variabili, tempi e formati di risposta sulle misure dell'affetto positivo e negativo. *rivista di Personalità e Psicologia Sociale*, 55, 128-141.
- Watson, D., Clark, LA e Tellegen, A. (1984). Convergenza interculturale nella struttura of mood: una replica giapponese e un confronto con US Findings. *Giornale di Personalità e psicologia sociale*, 47, 127-144.
- Watson, D., Clark, LA e Tellegen, A. (1988). Sviluppo e validazione del brief misure di affetto positivo e negativo: le scale di panas. *Giornale della personalità e Psicologia sociale*, 54, 1063-1070.
- Watson, D. e Tellegen, A. (1985). Verso una struttura consensuale dell'umore. *Psicologico Bollettino*, 98, 219-235.
- Waugh, CE, Wager, TD, Fredrickson, BL, Noll, DC e Taylor, SF ((in corso di stampa)). Testa che corre: correlati neurali della resilienza.
- Weinberger, DA (1990). La validità del costrutto dello stile di coping repressivo. In JL Singer (a cura di), *Repressione e dissociazione: implicazioni per la teoria della personalità, psicopatologia e salute* (pp. 337-386). Chicago: University of Chicago Press.
- Weinberger, DA e Davidson, MN (1994). Stili di inibizione dell'espressione emotiva: Distinguere il coping repressivo dalla gestione delle impressioni. *Giornale di Personalità*, 62, 587-613.
- Werner, E. (1993). Resilienza al rischio e recupero: prospettive dal kauai longitudinale studia. *Sviluppo e psicopatologia*, 5, 503-515.
- Werner, E. e Smith, RS (1992). *Superare le probabilità: bambini ad alto rischio per la nascita adulthood*. Itaca (NY): Cornell University Press.
- Wiener, M., & Mehrabian, A. (1968). *Lingua nella lingua: canale Immediacrya a comunicazione verbale*. New York: Appleton Century Crofts.
- Wolin, L. (1997). *Il sé della resilienza: come si elevano i supervisori di famiglie in difficoltà avversità*. Città: Villard Book.
- Wolin, SJ e Wolin, S. (1993). *Il sé resiliente* (Edizione Italiana Jaca Book Milano 2001 ed.).

New York: Villard.  
Wolpe, J. (1969). La pratica della terapia comportamentale. New York: Pergamon.  
Yawkey, TD e Johnson, JE (1988). Processi integrativi e socializzazione: Early to infanzia centrale.Hillsdale, NJ: Erlbaum.  
Yu, X. e Zhang, J. (2007). L'analisi fattoriale e la valutazione psicometrica del connor-davidson resilience scale (cd-risc) con popolo il cinese. 35(1), 19-30.  
Zani, B., & Cicognani, E. (1999). Le vie del benessere. Eventi di vita e strategie di coping.Roma: Carocci.  
Zevon, MA, & Tellegen, A. (1982). La struttura del cambiamento d'umore: An Analisi idiografica/nomotetica. Giornale di personalità e psicologia sociale, 43, 111 -122



Erasmus+



# psychological resilience

for Emergency Responders

Erasmus+ Programme – Strategic Partnership

Project Title: *“Psychological Resilience for Emergency Responders”*

Project # 2020-1-RO01-KA202-079773