

Germaine Catherine Roulet  
**Soccorritore e vittima**

Gli aspetti psicologici  
nello spazio relazionale

*Prefazione di Erik de Soir*

*Saggi e studi*

**FrancoAngeli**

**PSICOLOGIA**



## Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.





I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it) e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

Germaine Catherine Roulet  
**Soccorritore e vittima**

Gli aspetti psicologici  
nello spazio relazionale

*Prefazione di Erik de Soir*

**FrancoAngeli**

PSICOLOGIA

Progetto grafico di copertina di Elena Pellegrini

Copyright © 2018 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

*L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it)*

*A Massimo, che mi ha  
insegnato il valore della vita,  
e a Lina, che me l'ha fatta  
apprezzare nonostante tutto.*





# Indice

<b>Prefazione</b> , di Erik de Soir	pag. 11
<b>Introduzione</b>	» 15
<b>Ringraziamenti</b>	» 21
<b>1. Storia e definizione del concetto di trauma</b>	» 23
1.1. Nascita ed evoluzione del concetto di trauma	» 24
1.2. Definizione di trauma psichico	» 27
1.3. L'evento potenzialmente traumatizzante	» 28
1.4. Stress ed esperienza stressante	» 30
1.5. La Critical Incident Stress Syndrome (CISS)	» 33
1.6. Il Disturbo da Stress Acuto	» 35
1.7. Il Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD)	» 37
1.8. Il trauma può modificare il cervello?	» 42
<b>2. Soccorritore: “vittima n. 2”</b>	» 45
2.1. Motivazioni a diventare soccorritore	» 47
2.2. Le fasi dell'intervento di soccorso	» 48
2.3. Cause di stress per i soccorritori	» 50
2.4. Reazioni allo stress da parte dei soccorritori	» 52
2.5. Mantenere la giusta distanza dalle vittime	» 55
2.6. Reazioni emozionali più frequenti: paura, colpa e rabbia	» 56
2.7. Orientati al benessere anche in situazioni di stress	» 61
<b>3. La resilienza per combattere le emergenze</b>	» 65
3.1. Boris Cyrulnik: la resilienza come modalità di elaborazione del trauma	» 67

3.2. Dalla resilienza individuale a quella comunitaria	pag. 68
3.3. Soccorritori resilienti?	» 69
<b>4. I “rischi del mestiere”: possibili patologie e reazioni al trauma dei soccorritori</b>	» 71
4.1. La traumatizzazione vicaria	» 72
4.2. Trauma pseudosecondario, Trauma secondario e Trauma vicario: definizioni e differenze	» 75
4.3. La traumatizzazione secondaria	» 77
4.4. La Compassion Fatigue	» 80
4.5. Controtransfert, differenze rispetto alle diverse reazioni al trauma	» 83
4.6. Burnout, definizione e differenze con le altre risposte al trauma	» 85
4.7. Compassion Satisfaction	» 88
4.8. Risposte patologiche e non al trauma/stress a confronto	» 90
4.9. Fattori di rischio e fattori di protezione	» 92
4.10. Reazioni psicosomatiche	» 95
4.11. Patologia o fisiologia? Qual è il confine?	» 99
4.12. Spunti di riflessione allargata: aspetti sociali, culturali, politici e giuridici	» 100
<b>5. Strategie di <i>coping</i> e soccorritori</b>	» 103
5.1. Definizione di <i>coping</i>	» 103
5.2. Il rapporto tra <i>coping</i> e sostegno sociale	» 108
5.3. Differenza tra <i>coping</i> e resilienza	» 109
5.4. Studi effettuati sugli stili di coping più utilizzati dai soccorritori	» 110
5.5. Soccorso: stile di lavoro centrato sul fare	» 113
5.6. Strategie di <i>coping</i> e ottimismo	» 114
5.7. L’umorismo come strategia di coping nel lavoro di soccorso	» 115
5.8. Comportamenti non salutari: l’abuso di alcol e i conflitti lavoro-famiglia	» 118
<b>6. Metodi, tecniche e strumenti di lavoro</b>	» 121
6.1. Psicoterapeuta del trauma o psicologo dell’emergenza?	» 122
6.2. Il Critical Incident Stress Management (CISM)	» 124
6.3. Formazione preventiva	» 125
6.4. Il supporto psicologico immediato	» 126
6.5. Il <i>demobilization</i>	» 127
6.6. Il <i>defusing</i>	» 127

6.7. Il <i>debriefing</i> per lo stress da incidenti critici (CISD)	pag. 128
6.8. Il supporto a lungo termine	» 132
6.9. Stress e tecniche di rilassamento	» 134
<b>Conclusioni</b>	» 139
<b>Bibliografia</b>	» 147



## *Prefazione*

La storia del soccorso organizzato è allo stesso tempo stupefacente e sconcertante. Se l'attenzione rivolta alle vittime di eventi traumatici non è recente, sembra si sia dovuto attendere l'ondata degli attentati terroristici nei paesi occidentali perché le medesime preoccupazioni fossero rivolte ai soccorritori e a coloro che intervengono in emergenza. Gli attentati terroristici dell'11 settembre 2001 negli Stati Uniti hanno provocato la morte di trecentoquarantotto pompieri e di sessantadue poliziotti. Successivamente a questo dramma, la comunità mondiale dei soccorritori – vigili del fuoco, poliziotti e talvolta anche militari – si è sentita coinvolta ed è stato chiaro che in occasione di eventi di questa ampiezza, s'imponeva un accompagnamento psicologico. I politici realizzarono alla fine che era necessario creare strutture e reti che consentissero un insieme di attività volte al sostegno medico-psicologico. Ciò nondimeno, questo inquadramento medico-psicologico è spesso dimenticato negli interventi quotidiani, sconvolgenti e traumatizzanti, ma raramente in prima pagina sui media. I quesiti inerenti al soccorritore, alla sofferenza psichica, al trauma e alla morte sono tuttavia onnipresenti nella nostra società e sono terribilmente umani, ma ci piacerebbe che la guarigione, il recupero e il percorso potessero realizzarsi nello spazio razionale tra i soccorritori, da una parte, e le persone coinvolte direttamente e indirettamente dall'altra.

Se il dolore dei soccorritori confrontati con il recupero e il salvataggio delle vittime è oggi ammesso, esso lo è principalmente rispetto alla dimensione psicologica individuale e collettiva nelle unità di soccorso, ma resta un enigma per molti dirigenti e responsabili dei servizi di soccorso e di emergenza. Di quei soccorritori che spesso non chiedono che una cosa, di ritrovare le (famiglie delle) vittime che hanno cercato di salvare o di rianimare.

Questa concezione di sofferenza traumatica nel soccorritore resta troppo spesso sconosciuta e negata. Quanti operatori traumatizzati dal fatto di non

aver potuto salvare una vittima, per la quale avevano tuttavia rischiato la propria vita, hanno poi trascorso dei mesi, anche degli anni di sconvolgimento emotivo, perseguitati dai ricordi dei loro interventi percepiti come degli insuccessi. Alcuni hanno dedicato intere sedute di psicoterapia con un professionista nella speranza di poter convivere con queste emozioni di colpa, di lutto, di vergogna e di angoscia.

C'è qui un paradosso fondamentale che è quello di aspettarsi da un soccorritore traumatizzato, vale a dire psicologicamente ferito e in stato di agonia psichica, che sia capace di elaborare una domanda di aiuto e di trovare le parole per raccontare ciò che per principio è inconcepibile e indicibile. Ci aspettiamo che una persona in arresto cardiaco, incosciente, chieda alle squadre di emergenza di rianimarla? No, le squadre intervengono e cercano di salvarla. È con questa stessa etica che noi, gli “psi dell'emergenza”, dobbiamo mettere in opera la presa in carico dei “feriti psichici”, delle loro famiglie e dei soccorritori, in modo proattivo, intervenendo il più vicino possibile all'evento traumatico con l'idea che un intervento precoce, adattato e realizzato da dei professionisti formati, limiterà gli effetti traumatogeni dell'evento.

Tutto ciò si conosce da tempo e ci siamo già dilungati sulla necessità di cure precoci, ma i recenti attentati terroristici djihadisti hanno violentemente riattivato l'urgenza di mettere in atto dei dispositivi idonei per sostenere coloro che intervengono in emergenza e i membri dei corpi che indossano un'uniforme (vigili del fuoco, poliziotti e militari). Ci sono state troppe conseguenze e siamo a conoscenza degli effetti deleteri e dei fattori di “ipervittimizzazione” successivi, relativi agli operatori che si trovano proiettati sulla scena dell'orrore.

Gli attentati avvenuti di recente in Europa e le migliaia di vittime direttamente e indirettamente coinvolte che hanno causato sono, al di là dell'orrore, anche momenti di riflessione fondamentali per permettere di cambiare lo sguardo portato sugli operatori psichicamente feriti.

Il libro di Germaine C. Roulet è unico nel senso che mira a confrontare tra loro la traumatizzazione vicaria, la (pseudo)traumatizzazione secondaria, la compassion fatigue e il burnout. Il riconoscimento di problemi di ordine psico-emotivo degli operatori dei servizi di soccorso è relativamente nuovo in Europa. Negli Stati Uniti, sono soprattutto Jeffrey Mitchell e John Everly (1983), e in Australia, Raphaël Beverly (1986), che hanno messo in evidenza questo tipo di problematica così come le tecniche d'intervento, sviluppate negli anni, per la presa in carico dei soccorritori.

Questo libro invita all'analisi e alla comprensione delle basi della vittimizzazione, e anche della traumatizzazione, dei primi soccorritori, partendo dal concetto di stress traumatico secondario descritto da Charles Figley nella sua opera “Compassion Fatigue” (1995), passando per lo schema cognitivo

delle figure di aiuto e arrivando alla traumatizzazione vicaria di McCann e Pearlman (1990). Per capire meglio il rischio di traumatizzazione secondaria, è importante analizzare il vissuto del soccorritore rispetto alla propria efficacia e alle reazioni emotive che ha avuto dopo degli interventi sconvolgenti. Bisogna anche essere attenti, in questo stesso contesto, alla differenza esistente tra una “traumatizzazione secondaria” e una “riattivazione di una traumatizzazione primaria”; in quest’ultimo caso, il più recente intervento del soccorritore riattiverà un trauma psicologico esistente e anteriore.

Colui che interviene in tempi di catastrofe o di calamità vive una tensione costante. Il concetto di “tensione” si presta bene alla descrizione dell’operatore in situazione di eccezione; prima, durante e dopo il suo intervento sul campo. Immediatamente dopo la chiamata per partire in intervento, il soccorritore attraversa una sindrome di attivazione in cui l’energia mobilitata in questa fase non potrà più trovare sbocchi verso delle azioni di salvataggio adeguate come, per esempio, la situazione in cui il soccorritore deve abbandonare la sua vittima o smettere un massaggio cardiaco.

Per comprendere realmente il mondo dell’operatore d’emergenza, con le norme e i valori che regnano in questo specifico ambiente professionale, occorre aderire al profilo tipo dell’attore sul campo di un servizio di soccorso o dell’aiuto medico urgente. L’autrice di questo libro soddisfa questo requisito, soprattutto per quel che concerne i soccorritori in alta montagna: sportiva di alto livello, con grande esperienza pratica nello sci di fondo e nella scalata, con conoscenza dell’ambiente specifico, operatrice sul campo (in precedenza impegnata nel Nucleo Psicologico dell’Emergenza della Valle d’Aosta), psicologa e psicoterapeuta. Sopravvivrebbe facilmente nell’ambiente dei soccorritori dell’emergenza, un ambiente eppure essenzialmente virile e maschile. Attitudine che, però, può essere percepita come superficiale e impalpabile come la cartina di una sigaretta. I soccorritori sono diventati infatti degli esperti nella rimozione del dolore, nascondendo spesso i loro reali sentimenti nell’umore nero e nel cinismo. In passato, questo comportamento fu spesso considerato, a torto, come insensibilità.

Il soccorritore è quindi essenzialmente rivolto direttamente verso l’azione, devoto, veramente motivato, ambizioso e pronto a prendere dei rischi misurati. Fallire non fa parte del suo vocabolario. Le vittime che muoiono (o che sono morte) sono sinonimo di “fallimento” (“Siamo arrivati troppo tardi”).

Il profilo prototipico precedentemente descritto rende il soccorritore particolarmente vulnerabile in tempo di crisi: dopo ogni uscita, egli si interroga, avendo come riferimento il criterio della perfezione teorica. Il minimo errore lo fa dubitare delle sue competenze professionali. Nel momento in cui s’identifica con gli errori commessi, perde buona parte delle sue capacità di relativizzare. È possibile che sia proprio questa accresciuta vulnerabilità ad

attualizzare i suoi conflitti personali latenti, facilitando la messa in atto di un trauma psichico con problemi quali i disturbi del sonno, le preoccupazioni intrusive e l'iperattività neurovegetativa.

Il confrontarsi costantemente con vittime (traumatizzate) potrebbe così traumatizzare il soccorritore stesso e portarlo a uno stato di "usura da compassione". Dopo un intervento sconvolgente e potenzialmente traumatizzante, egli non sa più come scappare dalle proprie preoccupazioni e/o ruminazioni mentali, iniziando ad accusare vari sintomi della sindrome da ripetizione, manifestando problemi del sonno, così come numerosi segni di evitamento (di contatti sociali), di diniego e di iperattività neurovegetativa; oppure, il soccorritore può soffrire di tutta una gamma di sintomi di disturbi da stress acuto o da stress post-traumatico (come descritto in questo libro).

Germaine C. Roulet ci ricorda che al di là della sopravvivenza fisica, un soccorritore deve poter sopravvivere psicologicamente nel suo ambiente professionale e cercare di decifrare ciò di cui ha bisogno per condurre al meglio un percorso post-traumatico, dopo un intervento sconvolgente e traumatizzante. L'autrice non regala ricette magiche e nemmeno ricorda delle lezioni già date, ma con la sua esperienza sul campo riunisce i contenuti necessari per comprendere i meccanismi del lavoro di soccorso.

Lei sa meglio di altri, come il nostro mondo può crollare da un momento all'altro e qual è il valore di un processo di guarigione che si gioca nel confronto tra ciò che fa male e l'evitamento che offre l'ossigeno necessario, tanto in senso letterale quanto in senso figurativo, per sopravvivere alla discesa negli inferi e per ritornare da quell'inferno, nel "mondo degli esseri viventi e parlanti".

Un libro vero, utile e da leggere, senza aspettare.

*Erik de Soir*

Psicologo, psicoterapeuta, vigile del fuoco,  
dottore in psicologia e dottore in scienze sociali e militari,  
Leopoldsburg, Belgio



## *Introduzione*

Nella vita può accadere di andare incontro a esperienze che sfidano le abituali capacità di risposta agli eventi, producendo effetti psicosomatici che possono esitare in un adattamento più evoluto, oppure possono portare la persona a sopravvivere con delle limitazioni per il danno subito. Sono tante le circostanze che possono causare stress anche molto intensi: emergenze sociali, catastrofi naturali, gravi incidenti di vita che possono interessare singoli individui, gruppi e famiglie. Tutte queste situazioni sono, però, accomunate dal fatto di mettere a dura prova il senso di sé degli individui coinvolti, la loro continuità e la loro capacità di affrontare perdite di vario tipo. Le reazioni, che tali circostanze possono suscitare nelle persone interessate dall'evento, possono, talvolta, trasformarsi in veri e propri traumi, sconvolgendo non soltanto chi ne è colpito direttamente, ma anche soggetti in stretto rapporto con le vittime (familiari, amici, colleghi di lavoro, ecc.), così come i soccorritori (poliziotti, medici, infermieri, psicologici, guide alpine, vigili del fuoco, professionisti e volontari). Le persone si trovano a vivere una situazione di "emergenza psicologica", un momento di forte perturbazione del proprio equilibrio psichico ed emotivo, dovuto a una o più circostanze scatenanti, tali da richiedere la messa in atto di risorse e strategie psicologiche che permettano di fronteggiare l'evento e meglio adattarsi a esso.

Benché le situazioni possano essere molto stressanti nell'immediato e possano protrarsi o meno nel tempo, non necessariamente si tradurranno in un trauma, in un disagio o in una patologia (con decorso imprevedibile e che può strutturarsi anche a distanza di tempo rispetto al "fuoco" dell'evento e, nei casi di episodi trattati dai media, in tutta la comunità sociale). Per questo motivo, molti autori preferiscono parlare di esperienze "potenzialmente traumatiche" o "traumatogene" (Crocq, 2001), più che di trauma di per sé.

Il titolo di questo libro, "Soccorritore e vittima. Gli aspetti psicologici nello spazio relazionale", vuole mettere in evidenza il tema del trauma e

della sua “localizzazione”: il trauma non si circoscrive, infatti, al singolo soggetto che lo subisce, non si limita alla dimensione intrapsichica della vittima, ma gli effetti che esso provoca, nell’immediato e nel tempo più lungo, possono estendersi anche alla figura dell’operatore di soccorso e alla relazione che egli instaura con la vittima, risuonando, in alcuni casi, nel tessuto sociale più vicino a entrambi.

Se la letteratura scientifica ha adeguatamente indagato il rapporto tra trauma e vittima, anche se ancora c’è da scoprire, la relazione tra trauma e soccorritore, invece, ha avuto finora un oggettivo, minore approfondimento. Negli ultimi tempi, però, gli studi hanno iniziato ad andare anche in questa direzione, sollecitati dalle iniziative che, in modo disomogeneo, si stanno sviluppando nel sistema sanitario nazionale, ma non solo, con la psicologia dell’emergenza.

La psicologia dell’emergenza si sta, infatti, avvalendo, col tempo, di modalità tecniche per intervenire a livello di supporto psicologico sia nei confronti degli individui colpiti da eventi traumatizzanti di vario genere, sia di persone che possono avere vissuto da vicino le conseguenze di tali eventi, sia ancora come supporto per le varie categorie di professionisti e volontari che operano in emergenza. Queste modalità di intervento di tipo strutturato sono venute a colmare un vuoto operativo nei confronti di situazioni un tempo non particolarmente considerate nelle loro conseguenze psicologiche, ma che erano, invece, individuate, soprattutto, in eventi bellici, venendo così classificate come “nevrosi traumatiche” (Oppenheim, 1892), “nevrosi da spavento” (Kraepelin, 1896) o come “nevrosi di guerra” (Crocq, 2001).

La psicologia dell’emergenza è ormai diventata una disciplina a tutti gli effetti all’interno del vasto panorama della psicologia, con tutto il suo “bagaglio” teorico e tecnico ancora in evoluzione. Nonostante ciò, per il momento, un numero ristretto di realtà socio-sanitarie sono in grado di offrire un servizio psicologico di questo tipo.

Come già anticipato, in questo libro si intende porre l’attenzione sulla figura del soccorritore e sugli effetti che il trauma può creare in lui, in rapporto alla contiguità fisica e psichica con la vittima. Il titolo in copertina suggerisce che, nella relazione soccorritore-vittima, il primo, pur distinguendosi dalla seconda per il ruolo, le competenze, il grado, il livello e i tempi di coinvolgimento, si connota per certi aspetti come una seconda vittima di una vasta gamma di stimolazioni emotive, fisiche, interne ed esterne, che di fatto non sono molto dissimili nelle implicazioni e negli effetti psicofisici. La “relazione vittima-soccorritore” induce, dunque, un processo circolare, un flusso di interscambio di emozioni ed energie, talvolta, persino uno scambio di ruoli.

In questo lavoro mi sono, quindi, concentrata sulla possibilità del soccorritore di rimanere traumatizzato, oltre che dalle circostanze di emergenza, di per sé molto stressanti, anche dall’interazione che, in un contesto di soccor-

so, si viene a instaurare con la persona a cui si presta aiuto. Può succedere, infatti, che l'esperienza stressante vissuta dagli operatori, impegnati in prima linea, o in qualità di "ascoltatori empatici" del disagio altrui, o ancora di spettatori impotenti del dolore di vittime di incidenti e catastrofi di varia entità e gravità, possa evolvere in un vero e proprio trauma.

A intervento ultimato, molto spesso, infatti, il soccorritore tende a non sentirsi più come prima, ha un'esperienza e una conoscenza della realtà e di sé differenti. I problemi che l'emergenza sollecita e fa emergere con forza, attengono all'unità della persona che si trova ad affrontare una situazione avversa e, nello stesso tempo, può essere coinvolta in circostanze contraddittorie, che richiedono la sua capacità di scelta.

Nel primo capitolo si è cercato di ripercorrere l'origine e l'evoluzione del concetto di trauma psichico nella letteratura, tenendo conto anche delle ultime importanti scoperte nell'ambito delle neuroscienze, con l'intento di fornire una definizione, differenziandolo dalla nozione di stress, troppo spesso usata erroneamente come sinonimo. È importante, invece, tenere distinti i due concetti, porre i disturbi da stress cronico e quelli da trauma psichico in due categorie diagnostiche differenti, ai fini di una prevenzione primaria in caso di categorie a rischio, di una diagnosi precoce e di un approccio terapeutico specifico e differenziato, in modo da ridurre la percentuale di processi di cronicizzazione dei meccanismi secondari ai disturbi da stress e da trauma, ed eventualmente da impedire la messa in atto di tali meccanismi nocivi.

Nel secondo capitolo, invece, dal titolo un po' provocatorio, "Soccorritore: vittima n. 2", si è cercato dapprima di definire la figura del soccorritore e, in generale, delle *helping professions* nel panorama sociale e culturale attuale. Le molteplici espressioni in inglese utilizzate comunemente in letteratura e dai media per definire il soccorritore ("helper", "protectors", "rescuers", "risk takers", "caretakers", "miracle workers") cercano tutte di definire la figura del professionista impegnato in operazioni di soccorso, a favore delle vittime sopravvissute a disastri o a incidenti, nell'intento di offrire loro un supporto sia fisico che psicologico in circostanze di emergenza.

Come già anticipato, svolgere un'attività di questo genere, in cui si è spesso confrontati con la morte o la minaccia all'integrità della propria persona e dei soggetti aiutati, può mettere a dura prova la resistenza, l'equilibrio, in una parola, il benessere psico-fisico degli operatori di soccorso. Lavorare in condizioni di emergenza presenta delle difficoltà e richiede una mobilitazione di risorse inusuali e importanti sia sul piano fisico sia su quello psichico. Il soccorritore può aver sviluppato una buona soglia alla tolleranza degli eventi traumatici e ha dalla sua la motivazione nei confronti della propria professione, ma può ugualmente andare incontro a una forma di traumatizzazione psichica e presentare disturbi o disagi psicologici di diversa entità, gravità, a breve e lungo termine (Cuzzolaro e Frighi, 1998; Zuliani, 2006).

Sempre nel secondo capitolo, si è cercato di riassumere e descrivere l'ampio ventaglio delle reazioni fisiche, cognitive, emozionali e comportamentali che gli operatori di soccorso, impegnati in situazioni di emergenza, possono manifestare prima, durante e dopo un intervento caratterizzato da forte criticità (Sbattella e Pini, 2004; Di Blasio e Vitali, 2001; Speciale-Bagliacca, 2006). Nel fare ciò, si è voluto sottolineare l'importanza per il personale di soccorso di conoscere i processi psicologici e sociali che si possono innescare in un contesto di lavoro di squadra, dal momento che, per la maggior parte delle volte, i soccorritori si trovano a operare in maniera coordinata con i propri colleghi e devono utilizzare le capacità relazionali per portare a termine i propri compiti di servizio alla società.

Negli anni, i soccorritori hanno dimostrato di avere una soglia di tolleranza agli eventi traumatici più alta rispetto alla maggior parte delle persone che svolgono un altro genere di professione; questo, a mio avviso, oltre che per un'esposizione più frequente a questo tipo di circostanze rispetto al resto della popolazione, anche per un'utilizzo più marcato della resilienza, argomento che verrà affrontato nel terzo capitolo.

Personalmente ritengo che l'operatore di soccorso, al di là dell'aspetto tecnico, non sarebbe dotato di capacità particolari, ma, semplicemente, terrebbe in costante allenamento la propria resilienza, vale a dire quelle abilità di cui siamo in possesso tutti, ma che, per diverse esperienze di vita, sono più o meno conosciute e utilizzate.

Nel quarto capitolo, ho trattato le possibili patologie di cui possono essere affetti i soccorritori e le diverse reazioni di sofferenza psicologica conseguenti al lavorare in situazioni di forte stress, a contatto con vittime di traumi.

Negli anni, in luoghi, tempi e da autori differenti, sono emerse numerose teorie e definizioni di disturbi connessi allo stress lavorativo, legato o meno a situazioni traumatiche; tutti, però, ugualmente attinenti alla medesima problematica. È probabilmente per questa ragione che, in molti casi, si assiste a una sovrapposizione di concetti e spesso una definizione include l'altra.

In questo capitolo, si è dapprima parlato di traumatizzazione vicaria (McCann e Pearlman, 1990; Pearlman e Saakvitne, 1995), riferendosi a quella trasformazione nell'esperienza interna, a quello stato diffuso del lavoratore che opera a contatto con persone traumatizzate. Si tratta di una forma di trauma tipica dei professionisti della salute mentale, impegnati nel difficile lavoro di ascolto e di elaborazione di grandi quantità di contenuti emotivo-relazionali legati a sofferenze di vario genere.

È stato poi presentato il trauma pseudosecondario, il trauma primario del soccorritore che, esposto direttamente ad un evento traumatico, si trova ad assumere lui stesso il ruolo di vittima (Pezzullo, 2001).

Con la definizione di traumatizzazione secondaria (Figley, 1971; Stamm, 1995; Herman, 1992) si è considerato, invece, il trauma che può colpire gli

operatori di soccorso e tutti coloro che interagiscono con le vittime primarie. L'esposizione prolungata a situazioni simili, relazionali e affettive, seppur con ruoli "funzionali" e "superficiali", può agire da stimolo traumatogeno.

La *compassion fatigue* (Joinson, 1992; Figley, 1995) è, invece, una forma di affaticamento, di esaurimento da compartecipazione, un logorio psicologico conseguente a sentimenti di profonda condivisione del disagio altrui e accompagnati da un forte desiderio di alleviarne il dolore o di eliminarne la causa.

Sono stati, successivamente, trattati il controtransfert e il *burnout*, cercando di evidenziarne le differenze in rapporto alle altre reazioni al trauma.

Infine, è stata presentata la *compassion satisfaction* (Steed e Downing, 1998; Stamm, 1998, 2002; Stamm e Pearce, 1995; King, 1998), quella sensazione di soddisfazione e orgoglio che può derivare dal lavorare a contatto con persone traumatizzate e sofferenti. Rispetto alle altre reazioni al trauma citate, questa è l'unica risposta veramente salutare, che deriva dal beneficio che si ottiene in una situazione di dolore, intervenendo a suo favore.

Nel quinto capitolo, si è cercato di definire il concetto *coping*, vale a dire come la persona reagisce alle situazioni, quotidiane e straordinarie, che percepisce come stressanti e minacciose, come si attiva per dominarle e per controllare le proprie emozioni (Lazarus e Folkman, 1984; Endler e Parker, 1990; Lazarus, 1991). Dopo aver brevemente ripercorso la storia di questo originale concetto, e dopo aver definito i diversi stili di fronteggiamento che le persone possono adottare nelle differenti situazioni, ho esaminato il rapporto esistente tra *coping* e sostegno sociale, e la differenza rispetto alla resilienza. Mi sono poi concentrata sugli stili di *coping* più frequentemente utilizzati dai soccorritori; al riguardo, sono state presentate alcune ricerche svolte sull'argomento.

Nel sesto capitolo ho passato in rassegna i principali metodi, strumenti e tecniche di intervento sul trauma utilizzati ad oggi dalla psicologia dell'emergenza, giovane branca della psicologia che sta cercando di seguire la via della rigorosità scientifica, tentando di attrezzarsi da un punto di vista organizzativo, intessendosi il più possibile nel contesto sociale e istituzionale in cui è inserita. Negli anni, si è sentita sempre più l'esigenza di un *Integrated Emergency Management*, cioè di un'interazione funzionale e strutturata fra tutti gli enti e le organizzazioni coinvolti nella gestione delle emergenze (Pezzullo, 2001), al fine di intervenire più efficacemente e velocemente sulla situazione critica. Al riguardo, è stato presentato il protocollo CISM (*Critical Incident Stress Management*) di Mitchell (1983), strutturato in modo da garantire l'integrazione di una serie di attività operative di vario genere (preventive, formative, cliniche, di *counseling*, ecc.), originariamente pensate per un *target* formato di gruppi di soccorritori e, successivamente, adattate e modificate per essere applicate anche alle vittime.