

PSICOLOGIA DELL'EMERGENZA E PSICOTRAUMATOLOGIA: DALLE MACRO ALLE MICRO-EMERGENZE

Gruppo di Lavoro di Psicologia dell'Emergenza e Psicotraumatologia

"Il gruppo si sviluppa quando apprende dall'esperienza" (Bion, 1962).

INTRODUZIONE

Il Gruppo di Lavoro di Psicologia dell'Emergenza e Psicotraumatologia ha focalizzato la sua attenzione su eventi (furti, rapine, incidenti stradali e persone scomparse) che, come chiarito dalla legge 225/1992 (Istituzione del Servizio Nazionale della Protezione Civile), indicano avvenimenti quotidiani capaci di stravolgere e traumatizzare vittime, familiari e operatori.

La legge, infatti, indica le situazioni in cui l'emergenza richiede l'attivazione di risorse per il soccorso fuori dall'ordinario (art. 5) e opera una distinzione precisa tra incidenti semplici, complessi e catastrofi (art.2):

- Incidente semplice è quello cui possono fare fronte le squadre di soccorso competenti per territorio (es. piccola frana, incidente stradale, incendio circoscritto, ecc.).
- Incidente complesso è quello che vede coinvolte contemporaneamente molte persone e che può essere gestito solo attraverso l'intervento coordinato di più Enti e/o Amministrazioni (es. incidente stradale o industriale con decine di vittime). Non è intaccata la rete di comunicazione o di trasporti.
- Catastrofe o disastro è la situazione in cui, indipendentemente dal numero di vittime, viene intaccata la rete delle infrastrutture e delle comunicazioni e il sistema sociale viene sconvolto.

1. CHIARIMENTI CONCETTUALI

In un precedente articolo comparso su *Psicologia Toscana* (2013), il Gruppo di Lavoro in Psicologia dell'Emergenza attivo nella precedente consiliatura, ha definito ruolo e competenze dello psicologo delle emergenze, specificando il contesto normativo e operativo entro cui si trova ad intervenire. In particolare, l'articolo definiva ruoli e competenze dello psicologo delle emergenze in un contesto prevalentemente di maxi-emergenza e Protezione Civile. Con questo articolo intendiamo riprendere il discorso estendendolo alle emergenze quotidiane e quindi riteniamo importante precisare ulteriormente il senso psicologico di "emergenza", per evitare fraintendimenti e il rischio di indicare eventi e vissuti non completamente affini. Non abbiamo la pretesa di affermare che esistono confini rigidi tra campi del sapere e dell'agire psicologico, ma cerchiamo di indicare territori che,

sebbene contigui, presentano differenze rilevanti che implicano scelte metodologiche ed operative diverse.

A tal proposito, la dimensione sociologica dei concetti di “emergenza” e “rischio” non può essere ignorata: *“L'emergenza è la situazione comune del tempo presente: non evenienza rara e straordinaria, che necessita di una risposta rapida ed eccezionale, ma situazione ordinaria, tessuto stesso delle ore e dei giorni, cui occorre comunque, e con sempre maggiore pressione, fornire una risposta rapida e eccezionale. L'emergenza non è lo stato eccezionale della circostanza, ma il grado minimo dell'accadere (...) emergenza è sinonimo di paura organizzata. Nell'epoca della massima diffusione dei beni materiali e dei medicinali e delle più basse statistiche storiche sulla criminalità, la chiamata all'erta contro la violenza nelle città, le malattie che incombono da ogni lato e la possibilità di pauperizzazione è massiccia, capillare e quotidiana; nessuna notizia si conclude in se stessa, ciascuna chiama a misure di contrasto che devono essere straordinarie oppure sarà apocalisse”* (Consigliere, 2004, p. 198). Tutto questo impone alcuni interrogativi sul ruolo degli psicologi: quanto la percezione dell'emergenza è anche in taluni casi una costruzione sociale, legata a processi che trascendono la sfera psicologica (individuale e sociale) e perciò di competenza anche di altre discipline (si pensi alla sociologia del rischio ed all'antropologia dei disastri, per non parlare della politica e delle sue scelte)? Quanto (e soprattutto, come) la partecipazione degli psicologi al discorso può contribuire a costruire una concettualizzazione dell'emergenza intesa come dimensione pervasiva dell'esistere contemporaneo? Che conseguenze psicosociali ha una visione di questo genere? In che misura questa visione può autoalimentarsi, in un processo in cui descrivere tutto come “emergenza” impone azioni, pensieri e sentimenti congruenti, ma che non fanno altro che ampliare la percezione d'insicurezza? Quanto è alto il rischio di ridurre l'emergenza (nella sua accezione pervasiva) ad un sintomo di una società impaurita ed impotente (quando invece è un fenomeno ben più complesso e multifattoriale), proponendo coerentemente come soluzione generalista l'intervento psicologico (sulle vittime di qualsivoglia livello), quando quest'ultimo dovrebbe essere riservato ad alcune situazioni ben definite, nel quadro di un discorso più articolato, dove gli psicologi devono sicuramente avere un ruolo ma non sono gli unici esperti? Quanto questo occulta gli altri fattori che hanno un peso rilevante nel determinare la percezione di una “società del rischio”? Quanto, infine, questo contrasta pesantemente con il principio di *empowerment* delle vittime, che sottende tutte le linee guida di psicologia dell'emergenza riconosciute a livello internazionale? Questo ovviamente senza negare la specificità e la necessità del contributo degli psicologi, ma proprio per rivendicarne la peculiarità: il presidio del pensare, della riflessività (anche ad un livello che trascende lo specifico disciplinare e che lo situa nel contesto più ampio) in una dimensione dove il fare è una premessa prepotente.

Dopo questa necessaria sebbene parziale digressione, seguendo Sbattella (2009), ci preme sottolineare come la dimensione psicologica di un contesto emergenziale sia contraddistinta dai seguenti aspetti:

- una situazione interattiva;

- caratterizzata dalla presenza di una minaccia;
- una richiesta di attivazione rapida e di rapide decisioni;
- percezione di una sproporzione improvvisa tra bisogno (cresciuto per intensità, ampiezza, numerosità, ritmo) e potenziale di risposta attivabile dalle risorse immediatamente disponibili;
- un clima emotivo congruente¹

La definizione di Sbattella pone l'enfasi sulla dimensione sistemica dell'emergenza e presenta una specificità concettuale: quella di *sproporzione improvvisa* (cioè a rapida insorgenza) tra bisogno e potenziale di risposta attivabile. Esemplicando: intervenire come psicologi a favore di una vittima d'incidente stradale all'interno del contesto del pronto soccorso presenta requisiti di emergenza da un punto di vista psicologico (se non altro perché il contesto spesso non consente di allestire un *setting* ideale), mentre intervenire per la stessa vittima stabilizzata, dopo il ricovero in terapia intensiva e dopo aver concordato le modalità del nostro operato con i curanti e con i familiari, non si può considerare un intervento di psicologia dell'emergenza, piuttosto un intervento clinico con eventuali valenze psicotraumatologiche.

Un'altra definizione che può essere utile per un ulteriore approfondimento è quella contenuta in Axia (2006), secondo la quale dal punto di vista psicologico uno stato di emergenza è caratterizzato dalla percezione che la nostra sopravvivenza è a rischio, o quando capiamo che è a rischio la vita delle persone che ci sono care. Prosegue sottolineando come la nostra condizione ordinaria è quella secondo cui viviamo protetti dall'illusione che non moriremo mai e che nessuna delle persone a cui vogliamo bene potrà morire, sebbene la nostra razionalità ci faccia capire come questo non sia assolutamente realistico². Il punto centrale della definizione contenuta in Axia è rappresentato dal *rischio della vita* propria o di persone che in qualche modo sentiamo a noi vicine. Uno stato psichico di emergenza, quindi, si presenta a cospetto della morte.

Se dovessimo applicare rigorosamente tale definizione, alcuni eventi che trattiamo nel presente articolo apparentemente non ricadrebbero nella voce "emergenza": ad esempio un furto in casa – per quanto compiuto quando nessuno è nell'abitazione – mette l'interessato di fronte alla possibilità che la propria vita, la propria intimità, siano minacciate al punto di sentirle vulnerabili. Psicologicamente tale evento è già una "rottura" del diaframma tra conoscenza astratta e realtà concreta ed emotiva, evidenziando la fragilità della nostra vita. Questo è tema di sicura pertinenza psicotraumatologica. Questo quadro di Gustav Klimt, rappresenta molto bene quanto esposto da Axia.

1 Sbattella (2009), p. 21.

2 Axia (2006), p. 12.



Gustav Klimt, *Vita e Morte*, 1908-1911 (olio su tela, 178 cm × 198 cm)

Sulla destra un'umanità dormiente, sognante. Sulla sinistra la Morte, che incombe sempre e sembra attendere il momento per colpire. In mezzo uno spazio che può essere percepito come quella barriera che viene a cadere quando la vita (propria e altrui) è minacciata. Infine ricordiamo la definizione di psicologia dell'emergenza indicata dal Gruppo di Lavoro della precedente consiliatura: *“È la branca della psicologia che si occupa di applicare strumenti conoscitivi ed applicativi della psicologia a contesti d'emergenza, sia in chiave preventiva che d'intervento post-evento. In particolare, la psicologia dell'emergenza studia le reazioni umane ad eventi avversi, minacciosi per l'incolumità degli individui e dei gruppi, instauratisi in modo repentino e che richiedono – al momento del loro verificarsi – un'attivazione di una risposta superiore alle risorse disponibili. Studia le strategie d'intervento e di prevenzione dei danni psicologici, di promozione della resilienza, di formazione a procedure di coping efficaci in contesti d'emergenza”*. Si noti come il concetto di *minaccia all'incolumità* stabilisca la qualità della minaccia e si apra ad uno scenario più ampio rispetto alla definizione ricca ma più circoscritta data da Axia. Ad ogni modo, a qualunque definizione di emergenza in termini psicologici ci si riferisca, il punto cruciale è indicato dalla condizione che l'emergenza è un tempo che deve essere ridotto al minimo e soprattutto superato: riducendo la sproporzione tra risorse, bisogni e senso di minaccia, facendo leva soprattutto sulla resilienza delle vittime.

2. STORIA E STORIE, TEORIE, LINEE GUIDA, TECNICHE...

Centinaia di colleghi da almeno due decenni si occupano di psicologia dell'emergenza ed esiste un'ottima manualistica di riferimento (abbiamo già citato Sbattella, 2009; Axia, 2006, ma aggiungiamo anche Stanulovic, 2005 e Pietrantoni & Prati, 2009).

Fenoglio (2005) ha delineato una storia di questa particolare branca della nostra disciplina e di come sia cresciuta in Italia. Sarebbe interessante ed utile approfondire questi studi perché riteniamo sempre valida la raccomandazione di Legrenzi e Luccio (1994) sul perché vada studiata la storia della nostra disciplina, principalmente per dare un significato più profondo alle nostre costruzioni teoriche attuali, poiché i costrutti della psicologia sono anche il frutto dell'esperienza storica di una comunità di studiosi che li ha generati. In più, poiché la psicologia dell'emergenza è un settore relativamente nuovo della nostra disciplina, forse è utile studiare la storia di questa branca per evitare di dover riscoprire l'acqua calda in ogni momento³.

Ciò che si evince dal bel testo di Fenoglio (2005) è che la psicologia dell'emergenza in Italia, nell'esperienza dei "pionieri", "si fa" fuori dalle Università direttamente nei contesti d'intervento, confrontandosi fin da subito con sofferenze, incertezze e carenze enormi e con la difficoltà di costruire un *setting* dove sembra non sia possibile crearlo. Si ricorda comunque tra i primi interventi il lavoro psicologico del Prof. Guido Petter e dei suoi studenti dell'Università di Padova nel terremoto del Friuli del 1976. Fenoglio (2005) segnala che la possibile data di nascita ufficiale della psicologia dell'emergenza in Italia potrebbe essere il 10 ottobre 1997, quando il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi ha sancito l'attivazione degli psicologi come categoria professionale per rispondere ai bisogni conseguenti al terremoto di Umbria e Marche. Ciò non toglie che prima di quella data esistessero già esperienze di singoli colleghi, documentate anch'esse nel libro di Fenoglio.

La psicologia dell'emergenza nasce "applicata" e "civile". A tutt'oggi, ci sentiamo d'ipotizzare che almeno alcune delle premesse profonde che "colorano" la psicologia dell'emergenza siano ancora potentemente queste e crediamo che di ciò si debba tenere conto quando si analizzano le teorizzazioni e l'agire degli psicologi dell'emergenza.

Da un punto di vista concettuale è utile distinguere tra teoria, linee guida e tecniche dell'intervento in emergenza. La teoria fornisce strumenti di lettura della realtà, serve ad ipotizzare un intervento e fonda le linee guida, le quali afferiscono ad un livello logico più generale delle tecniche. Tra teoria, linee guida e tecniche possiamo immaginare un rapporto di ricorsività: la teoria fornisce i principi generali, le linee guida forniscono la cornice generale entro cui le tecniche si muovono, l'utilizzo pratico delle tecniche può dar luogo a modifiche e/o integrazioni nelle linee guida e nella teoria.

3 Legrenzi & Luccio (1994), p. 9

Le prime linee guida italiane dell'intervento in emergenza risalgono al 2003 e sono frutto della riflessione e del lavoro sul campo di Luigi Ranzato ed Elvira Venturella (consultabili al link <http://www.psicologiperipopoli.it/Vision.html>).

Il manifesto di Carcassonne offre i seguenti otto punti su cui basare un intervento:

1. La sofferenza non è una malattia
2. Il lutto deve fare il suo percorso
3. Un po' di pudore da parte dei mass media
4. Riattivare l'iniziativa della comunità colpita
5. Valorizzare le risorse delle persone di ogni età
6. Il soccorritore deve prendersi cura di se stesso
7. L'intervento psicologico indiretto e integrato
8. L'intervento psicologico diretto dei professionisti.

Per fornire un esempio della ricorsività tra teoria, linee guida e tecniche prenderemo come spunto la linea guida: "Il lutto deve fare il suo percorso". La teoria di base è che il lutto di per sé non è un fenomeno patologico, sebbene lo possa divenire. A tal proposito il manifesto di Carcassonne raccomanda di *"favorire il recupero immediato delle modalità più consone alle tradizioni religiose e culturali del luogo per celebrare i riti del lutto, favorendo successivamente l'attivazione di gruppi di auto mutuo aiuto e di elaborazione psicologica anche con esperti della psiche"*. Non dice espressamente quali tecniche utilizzare, poiché questo viene lasciato alla competenza ed alla valutazione dello psicologo che interviene. Peraltro esistono molteplici tecniche per facilitare l'elaborazione del lutto e – in linea con un altro principio del manifesto, "Riattivare l'iniziativa della comunità colpita" - dovremmo favorire e supportare le tecniche tradizionali e più familiari al vissuto delle vittime.

A livello internazionale esistono altri esempi di linee guida che riteniamo necessario siano conosciute da uno psicologo che si occupa di emergenza: a) Inter-Agency Standing Committee (IASC, 2007)⁴, che fanno capo alla World Health Organization, b) European Guideline for Target group Oriented Psychosocial Aftercare (EUTOPA)⁵, stilate da un gruppo di enti tedeschi, olandesi e spagnoli tramite un finanziamento della Commissione Europea, c) Sphere Project⁶, sviluppato e gestito da un gruppo di ONG e associazioni internazionali operanti nell'ambito delle emergenze umanitarie.

4 http://www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_june_2007.pdf

5 <http://eutopa-info.eu/>

6 <http://www.sphereproject.org/>

Le linee guida hanno una doppia valenza: fornire una cornice entro cui dare senso agli interventi e agire come bussola per intervenire utilizzando al meglio le competenze già possedute.

Conoscere le linee guida più importanti a livello internazionale non è sufficiente per lavorare in emergenza. Esse forniscono sicuramente un valido aiuto a strutturare mentalmente un *setting* in contesti dove è estremamente difficile riuscire a farlo se ci si appoggia esclusivamente alle tradizionali linee guida di derivazione psicologico-clinica, ma riteniamo necessario ricordare che sono anche altre le competenze richieste, soprattutto a livello personale (vedi Psicologia Toscana, 2013; Sbattella, 2005).

Concludiamo questa sezione ricordando come – nelle parole di Luigi Ranzato – la psicologia dell'emergenza vada considerata non tanto come una branca specifica della psicologia, ma come una “psicologia in azione”, che si nutre e si compone degli apporti che vengono tanto dalla psicologia clinica che dalla psicologia sociale. Vanno aggiunti contributi che provengono da: psicologia generale (in particolare per quanto riguarda i processi decisionali e la neuropsicologia), psicologia della salute, psicologia delle organizzazioni, psicologia di comunità⁷, psicologia dello sviluppo e dell'educazione, psicologia delle funzioni psichiche, psicologia della comunicazione, psicologia delle dinamiche di gruppo, psicologia clinica, psicologia culturale e interculturale. Una psicologia, quindi, che richiede e utilizza risorse multiformi, necessariamente consapevole che non può e non deve essere ridotta a nessuna di esse, ma anzi, richiede al massimo la competenza trasversale d'integrarle e coordinarle tra loro.

3. DALLE MACRO ALLE MICRO-EMERGENZE

Ancora un po' di storia: i colleghi che circa vent'anni fa iniziarono ad associarsi, studiare ed occuparsi di emergenza, lo fecero quasi tutti a partire da “grandi eventi”, principalmente calamità naturali, disastri tecnologici più o meno legati a errori umani, violenze di massa (guerre, terrorismo, ecc.). In quei contesti si rivolsero anche ad altre “vittime”: cioè i soccorritori (medici, infermieri, vigili del fuoco, forze dell'ordine, volontari). Da lì un primo interesse per le emergenze quotidiane,

7 Per sottolineare la preminenza e la crucialità dell'ottica comunitaria in emergenza – Fenoglio (2006) rimarca: “Nonostante fin dai tempi delle alluvioni del Polesine, del terremoto del Belice e dei disastri successivi (basti pensare alla alluvione di Firenze, all'Irpinia, al Vajont, al Friuli, e al più recente Molise) fosse diffusa la percezione che la calamità avesse determinato non solo lutti individuali ma anche la trasformazione epocale di intere comunità, tale constatazione non veniva (e non viene a tutt'oggi) pienamente assunta da una visione degli aiuti che assuma le vicende della comunità nel suo complesso e in un lungo lasso temporale, sia da un punto di vista delle dinamiche sociali che da quello delle componenti psicologiche coinvolte” (p. 7). Si dovrebbe riflettere sulla necessità di un'ottica relazionale e temporale molto ampia, che consenta di accompagnare una comunità nella rielaborazione di un trauma che richiede tempi e spazi talvolta molto lunghi, proprio perché l'evento emergenziale può determinare sconvolgimenti che coinvolgono strutture comunitarie che affondano le proprie radici nei secoli e nei millenni precedenti.

principalmente di natura sanitaria e a tal proposito si segnala il testo di Cannizzaro & Casali (2011), che raccoglie riflessioni di psicologi e operatori del 118⁸.

Nel Gruppo di Lavoro attivo nell'attuale consiliatura, stiamo riflettendo su come la psicologia dell'emergenza possa rispondere a bisogni riguardanti ambiti diversi da quelli delle maxi-emergenze come, ad esempio, incidenti stradali, furti, rapine e persone scomparse. Va ricordato che il nostro intervento deve essere rivolto non solo alle vittime dirette, ma anche agli operatori sanitari e delle Forze dell'Ordine ed ai familiari delle vittime.

4. CONFINI PSICOEMERGENZA – PSICOTRAUMATOLOGIA

Nel corso dei lavori del gruppo ci è sembrato importante confrontarci e definire i temi utili per il professionista che si trova ad operare in quest'ambito. Così come il soccorritore valuta attentamente la scena di intervento, affinché sia sicura per l'intervento, anche nel caso del soccorso psicologico lo psicologo indica i presidi indispensabili per la "sicurezza psicologica" dell'operatore. In un processo che sta portando, all'interno della psicologia, a definire e perfezionare le branche dell'intervento specialistico nei diversi ambiti di applicazione, ci è sembrato utile evidenziare gli strumenti che non possono mancare nella "**cassetta degli attrezzi**" dello psicologo dell'emergenza e che dovrebbero anche connotarne le mansioni professionali.

Risulta essenziale **un'accurata conoscenza delle norme e delle procedure** inerenti agli attori implicati nell'emergenza affinché l'operatore psicologico possa orientarsi ed eventualmente contribuire alla funzione di orientamento. Tuttavia, in un contesto dove urgenza temporale e variabilità delle richieste innalzano il gradiente di complessità vi è la necessità di poter fornire, nel rispetto delle procedure, una risposta flessibile ed efficace.

La conoscenza delle norme e delle procedure conserva una notevole importanza sia nei contesti "maxi", dove il riferimento va al sistema della protezione civile (leggi di riferimento, sistemi organizzativi, ruoli del personale, risorse funzionali e strutturali), sia quando le situazioni si manifestano su una scala "mini" e si deve fare riferimento agli operatori coinvolti nell'ambito dell'ordine pubblico e al pronto soccorso sanitario. Si tratta di una enorme mole di informazioni che necessitano di essere assimilate e trasferite nelle azioni pratiche con fluidità e accuratezza.

Una modalità che consente questa integrazione è la formazione continua sugli aspetti normativi e la partecipazione alle esercitazioni pratiche che gli Enti che si occupano di emergenza realizzano periodicamente per testare il personale e i materiali dedicati. Inoltre è necessario maturare una capacità di lavorare fianco a fianco con altre figure professionali all'interno di gruppi operativi multidisciplinari con provenienze sia dagli enti del volontariato che da quelli istituzionali in modo da stabilire codici comunicativi condivisi e facilitare il passaggio delle informazioni.

8 A tal proposito si segnala che per alcuni anni (dal 2006 al 2012) la rivista di emergenza sanitaria N&A ha pubblicato una rivista dedicata alla psicologia dell'emergenza. Ad oggi, la rivista N&A pubblica articoli specifici di psicologia dell'emergenza.

Altro "attrezzo" fondamentale riguarda lo sviluppo di una **capacità di autovalutazione personale** alla quale fare riferimento costantemente e con maggiore attenzione durante gli eventi critici. Tale autovalutazione concerne sia il perfezionamento delle proprie competenze professionali che la capacità di monitorare e gestire gli stati interni personali e di riconoscerne in modo consapevole i limiti in concomitanza all'approccio al contesto (traumatico) a cui si dedica l'attività di soccorso. Questo permetterebbe così al soccorritore di poter accedere con facilità a un "automonitoraggio", che si potrebbe attivare direttamente sul campo di fronte alle situazioni di particolare impatto emotivo e non incorrere nel rischio di soccombere egli stesso. Bisogna ricordare che il concetto di *setting* assume nell'ambito dell'emergenza dei connotati di variabilità che impongono ancora di più l'importanza dei riferimenti interni dell'operatore al fine di non compromettere le competenze decisionali e autoregatorie richieste negli interventi.

Nella sopracitata "cassetta degli attrezzi" il gruppo ha deciso di includere anche **ciò che serve per prevenire ed affrontare il trauma psicologico**. È stato appositamente scelto di lasciare uno spazio d'interesse alla dimensione del trauma psicologico. Anche se è minima l'incidenza in termini percentuali dello sviluppo di sintomatologia sulla popolazione che subisce gli eventi, questa risulta molto significativa per le azioni specialistiche di consulenza e di cura dello psicologo il quale può e deve mettere in atto nello specifico. Per perseguire questa finalità può essere utile mantenere uno sguardo attento sugli sviluppi avvenuti nel campo della ricerca e delle applicazioni della **psicotraumatologia** che, Michele Giannantonio ha definito come la disciplina che si occupa della *"natura dei traumi, il loro effetto sulla salute delle persone singole e sulle masse, ed il modo di intervenire sugli effetti, talora devastanti, dei traumi stessi"*⁹.

Negli ultimi anni la ricerca scientifica sul trauma ha avuto un grande impulso grazie al perfezionamento delle tecnologie di *neuroimaging*. La rilevanza delle conoscenze che sono emerse sta riscrivendo il lessico psicologico creando la possibilità di affinare strumenti valutativi e di cura in modo trasversale nelle diverse metodologie psicoterapeutiche. Probabilmente anche per questo, nell'ultima edizione del DSM è stato dedicato un raggruppamento specifico per i disturbi correlati ad eventi traumatici e stressanti. All'interno del quale viene ribadito che *"...la sofferenza psicologica che segue l'esposizione ad eventi catastrofici o avversi è molto variabile" (...)"* molti individui esposti a tali eventi mostrano un fenotipo in cui, piuttosto che sintomi basati sull'ansia o sulla paura, le caratteristiche cliniche più evidenti sono sintomi anedonici e disforici, sintomi di rabbia e aggressività esternalizzate, oppure sintomi dissociativi" (American Psychiatric Association, 2014, p. 197).

Per quanto concerne il disturbo da stress post-traumatico (DSPT) l'insorgenza *"...si può manifestare qualsiasi età, fin dal primo anno di vita. I sintomi in genere nei primi 3 mesi dopo il trauma, sebbene possa esservi un ritardo di mesi, o anche di anni, prima che siano soddisfatti i criteri*

9 Giannantonio M., <http://www.psicotraumatologia.com/cosa.htm> Recuperato 20 Maggio 2016

per una diagnosi. Vi sono abbondanti evidenze per ciò che il DSM-5 ha definito 'esordio ritardato' e che adesso è definito 'espressione ritardata'..."(American Psychiatric Association, 2014, p. 320). Per quanto riguarda le stime sulla prevalenza annuale per il DSPT nella popolazione adulta degli Stati Uniti è di circa 3,5% (ottenuta con i criteri del DSM-IV), mentre in Europa e nel resto del mondo mentre sono state rilevate stime inferiori con percentuali intorno a 0,5 – 1%.

Nel caso del disturbo da stress acuto, fermo restando il criterio di diagnosi dopo i 3 giorni, la risposta allo stress può essere transitoria e si risolve entro 1 mese a meno che non sviluppi un DSPT. *"Circa la metà degli individui che sviluppano eventualmente un DSPT presenta inizialmente un disturbo da stress acuto. Può verificarsi un peggioramento dei sintomi durante il primo mese, spesso come risultato di fattori stressanti della vita quotidiana o di ulteriori eventi traumatici" (...)* *"La prevalenza da stress acuto in popolazioni che sono state esposte di recente ad un trauma, varia in base alla natura dell'evento e al contesto in cui esso si è verificato" (...)* *"Sia nella popolazione statunitense sia in altre, il disturbo da stress acuto viene riconosciuto nel 13-21% degli incidenti stradali, nel 14% dei lievi danni cerebrali da trauma, nel 19% delle aggressioni, nel 10% di gravi incidenti e nel 6-12% di incidenti industriali. Tassi più elevati (20-50%) sono stati riportati a seguito di eventi traumatici interpersonali, compresa aggressione, stupro e l'aver assistito a d un'uccisione di massa"* (American Psychiatric Association, 2014, p. 329).

E' riconosciuto che l'evento o gli eventi traumatici esercitano il loro potenziale patogeno alterando la reciproca e armonica connessione tra differenti strutture cerebrali, alterando innanzi tutto le capacità auto-regolatorie del sistema nervoso sia centrale che autonomo. *"La disregolazione degli stati di arousal è uno dei segni più chiari di avvenuta traumatizzazione. L'evento traumatico acuto causa un sovraccarico imponente e patogeno (meccanismo del "troppo in troppo poco tempo") per i sistemi neurobiologici di regolazione, mediante le note caratteristiche di situazione soverchiante, minacciosa per la vita e che causa impotenza. Anche sistemi biologicamente sani e maturi hanno un punto di rottura: ovvero ogni persona è potenzialmente traumatizzabile all'aumentare dell'intensità dell'evento traumatico"* (Tagliavini, 2011, p. 62).

Secondo le conoscenze della neurofisiologia classica il sistema nervoso autonomo viene suddiviso in sistema ortosimpatico e sistema parasimpatico. In questo modello i due sistemi hanno funzioni antagoniste e che si equilibrano tra loro, come i due piatti di una bilancia. L'ormai noto modello polivagale introdotto nel 1994 da Porges ha ampliato enormemente queste conoscenze con un'enfasi sul nervo vago mielinizzato che, con funzioni sociali, funge da sistema di regolazione. *"L'autore infatti sostiene che: da un punto di vista filogenetico, nei mammiferi si è formato un sistema gerarchico di regolazione della risposta allo stress che non si basa solo sui ben conosciuti sistemi di attivazione simpatico-surrenale e di inibizione parasimpatico-vagale, ma questi sistemi sono modificati dal nervo vago mielinizzato e dai nervi cranici che regolano le espressioni facciali che sono alla base del sistema di ingaggio sociale. Quindi, nella filogenesi, lo sviluppo dell'autoregolazione parte da un sistema primitivo di inibizione del comportamento, si affina nel corso dell'evoluzione con il*

sistema di attacco-fuga e negli umani (e altri primati) culmina in un sistema sofisticato di ingaggio sociale mediato dalle espressioni facciali e dalle vocalizzazioni” (Van der Kolk, prefazione a Porges, 2014). L'autore individuando i tre circuiti neuronali del nervo vago ne ha anche definito gli aspetti funzionali (nel corso della filogenesi) e le corrispondenze comportamentali. La mappa che ha perfezionato è molto accurata e offre utilissimi riferimenti per decodificare gli stati interni. Ci è sembrato utile citarne brevemente alcuni e rimandare ai riferimenti bibliografici per gli opportuni approfondimenti.

Il circuito filogeneticamente più antico è il Dorso Vagale e non è mielinizzato. Si attiva in situazioni di pericolo di vita quando le strategie di attacco/fuga non sono utilizzabili perché la minaccia è soverchiante e insormontabile. Si manifesta attraverso l'immobilizzazione (evitamento passivo, fino a immobilità tonica), riduce l'apporto di ossigeno e genera bradicardia neurogena. È la tipica strategia di difesa dei rettili. In uno stadio della filogenesi successivo si è sviluppato il Sistema Nervoso Simpatico, che in una situazione di ambiente insicuro facilita le reazioni di evitamento attivo attraverso l'attacco/fuga, tipica strategia di difesa dei mammiferi.

Il più recente è il circuito Ventro Vagale che si attiva in situazioni di ambiente sicuro, quando non sono necessarie reazioni di evitamento né passive né attive e il mediatore fondamentale della modulazione autonoma è l'interazione sociale. È tipico dell'uomo e permette l'immobilizzazione senza paura (stare fermi e rilassati). Questo circuito ha una componente visceromotoria che regola il cuore e gli organi al di sopra del diaframma; la seconda somatomotoria regola i muscoli del collo, del volto e della testa modulando le espressioni facciali, il contatto oculare, la vocalizzazione e l'ascolto. Nel complesso tutte funzioni essenziali per la comunicazione e il coinvolgimento sociale verso cui l'essere umano è orientato e da cui derivano a sua volta sicurezza regolazione e benessere.

Queste conoscenze stanno contribuendo allo sviluppo di metodologie applicative che accumulano dati di efficacia, basati sull'evidenza, (molto promettenti nella comunità psicologica internazionale) e si diffondono nella pratica clinica di molti colleghi del territorio nazionale. Le mappe provenienti dalle neuroscienze mettono a disposizione mappe dettagliate del funzionamento dei processi psicologici e permettono il perfezionamento degli interventi “*bottom-up*”.

5. FURTI E RAPINE, INCIDENTI STRADALI E PERSONE SCOMPARE: UN CONVEGNO PER COMPRENDERE E CONOSCERSI

Furti e rapine, incidenti stradali e persone scomparse sono alcune delle emergenze quotidiane su cui il Gruppo di Lavoro ha scelto di focalizzare la propria attenzione, in quanto rappresentano degli eventi traumatici in cui ci imbattiamo ripetutamente ogni giorno e di cui tutti possiamo essere indistintamente delle vittime. Testimone in tal senso è il cospicuo spazio che accadimenti del genere occupano sulle pagine di cronaca di quotidiani e Tg locali e nazionali o trasmissioni specifiche. L'improcrastinabile dato di fatto che situazioni come quelle elencate possano rappresentare una vera

e propria esperienza traumatica, seppur in diversa gravità e intensità, per chi ne è vittima ci ha stimolato ad aprire una riflessione su tali realtà.

Al fine di dare una visibilità ai bisogni “emergenziali” legati a questo tipo di avvenimenti, che spesso impattano nella vita quotidiana individuale causando sofferenza psicologica, il Gruppo di Lavoro ha organizzato a Maggio 2015 il convegno “**Emozioni, Pensieri e Comportamenti nelle Emergenze Quotidiane: Esperienze a Confronto**”. L’idea che ha guidato la realizzazione è stata quella di far incontrare la domanda delle vittime di eventi lesivi e degli operatori, che sono preposti al primo intervento, con le competenze proprie della nostra professione in modo che possa svilupparsi una cultura della prevenzione e della cura psicologica adeguata a queste esigenze. Nell’ottica di gettare le basi per un’azione condivisa, al fine di potenziare abilità interpersonali e sviluppare nuove modalità relazionali e comunicative, durante il convegno oltre alle testimonianze degli operatori e delle vittime, sono stati condotti tre *workshops* paralleli per dialogare e trarre riflessioni sui temi delle emergenze quotidiane.

Concludiamo con una breve descrizione degli argomenti, mentre per gli Atti del Convegno (attualmente in corso di pubblicazione) si rimanda al sito dell’Ordine degli Psicologi della Toscana.

Gli ultimi dati Istat disponibili sono tutt’altro che rassicuranti se si pensa che in Italia, non più tardi di due anni fa, il numero di morti coinvolti in incidenti automobilistici ammontava a 3.385, mentre quello dei feriti a 257.421, con lesioni di diversa gravità, alcune delle quali permanenti. Sebbene in calo rispetto a tempi più recenti, sono numeri impressionanti, soprattutto se si tiene conto dei drammatici sconvolgimenti a cui intere famiglie possono andare incontro. Basti pensare, ad esempio, che gli incidenti stradali rappresentano la prima causa di morte per i giovani con meno di trent’anni e che vengono indicati come la causa più frequente di trauma nella popolazione civile (Norris, 1992; Kessler et al., 1995).

Non meno allarmanti si presentano le statistiche inerenti scippi, furti, rapine in banca e violenze fisiche, fenomeni in netto aumento rispetto agli anni passati come riportato dal rapporto BES 2014 dell’Istat¹⁰. L’essere vittima di un’azione criminale può essere vissuto come una violazione, un’intrusione inaccettabile della propria sfera privata, una minaccia alla propria integrità fisica che, in alcuni casi, innesca gravi contraccolpi non solo a livello economico, ma anche psicologico e causa di elevato disagio in chi la subisce. Un vasto numero di studi in letteratura si è occupato, ad esempio, degli effetti che le rapine in banca hanno sugli impiegati che vi lavorano, evidenziando come tali eventi possano influire sulla vita delle vittime, favorendo l’insorgenza di disturbi psicologici e come eventi più minacciosi siano associati a esiti psicologici ben più gravi (Kamphuis & Emmelkamp, 1998; Miller-Burke et al., 1999).

10 http://www.istat.it/it/files/2014/06/07_Sicurezza-Bes2014-5.pdf

Oggi sappiamo che le reazioni psicologiche ad avvenimenti di questo tipo appaiono del tutto sovrapponibili a quelle che si possono verificare in scenari di crisi allargata (Sbattella, 2009 pp.19-20), con l'unica differenza che il contesto di vita e la comunità circostante rimangono immutati. Circostanze simili possono costituire per il singolo individuo, per la sua famiglia e per gli operatori che intervengono, un'esperienza dolorosa e di difficile gestione. L'impatto di un evento del genere deriva dall'interpretazione che viene data all'evento stesso, alle emozioni e ai pensieri che evoca, che a loro volta appaiono collegati allo sviluppo e al vissuto dell'individuo nonché alla sua rete relazionale. In quest'ottica, avvenimenti di vita quotidiana possono rappresentare esperienze traumatizzanti per chi le vive, mettendo in crisi e indebolendo gli assunti di base e le credenze e inducendo un senso di vulnerabilità, di paura e di impotenza. Una sorta di "catastrofe" personale con evidenti ripercussioni di disorientamento e incertezza, che può arrivare a favorire l'insorgenza di disturbi psicopatologici. Numerose ricerche mettono, ad esempio, in evidenza come le vittime di incidenti stradali siano a rischio di sviluppare patologie tra cui DSPT, depressione, disturbi d'ansia e fobia per la guida (Mayou et al., 1993; Mayou & Bryant, 1994; Blanchard et al., 1995; Blanchard et al., 2004).

Vittime indirette dell'evento sono anche i familiari delle persone decedute o disperse poiché sperimentano un'esperienza simile ad un lutto traumatico. Pensiamo, ad esempio, alla perdita di un congiunto in un incidente automobilistico, evento di per sé imprevedibile prematuro ed evitabile. Le responsabilità possono essere di tipo diretto o indiretto; caratteristiche che rendono la perdita non naturale e pertanto difficile da spiegare. In questi casi, la difficoltà di dare un senso all'accaduto risulta essere un mediatore fra la perdita per morte non naturale e le possibili complicazioni del lutto in cui i dettagli dell'episodio si fissano nella memoria apportando emozioni di terrore e disperazione che verranno portati dietro per tutta la vita (Pietrantonio & Prati, 2009).

Episodi del genere sono fonte di stress anche per chi sta dall'altra parte della barricata, come gli operatori sanitari o gli appartenenti alle Forze dell'Ordine, che nel loro lavoro sono talvolta costretti a scontrarsi con quelli che vengono indicati come "*eventi critici di servizio*". Interventi che emergono dalla routine consueta possono travolgere la normale sensazione di controllo sulla realtà e le strategie di *coping* messe in atto. Ne sono esempi il compiere rilievi sul luogo di un incidente mortale e comunicare il decesso ai parenti della vittima per gli agenti di Polizia Municipale (Lori & Battaglia, 2012). La continua esposizione a questo tipo di interventi rende gli operatori, sanitari e non, più facilmente vulnerabili allo sviluppo di disturbi posttraumatici e alla *traumatizzazione vicaria*, condizione per cui un soccorritore durante il servizio vive in prima persona il trauma non per esposizione diretta, ma a causa dell'identificazione empatica con la persona soccorsa.

Per quanto riguarda le persone scomparse a partire dal 1 Gennaio 1974 fino al 31 Dicembre 2014 queste risultano essere in Italia 29.763. Dal 2007 (anno in cui è stato istituito l'Ufficio del Commissario Straordinario del Governo per le Persone Scomparse) al Dicembre 2014 sono stati aperti 7.178 fascicoli di persone scomparse tra minorenni e maggiorenni). Di queste persone 1.400 (minorenni) e 2.567 (maggiorenni) sono state ritrovate in vita e un totale tra maggiorenni e minorenni

di 520 sono stati ritrovati deceduti. Gli altri non sono stati ancora ritrovati (2.691). Il 40% è dovuto ad allontanamenti volontari (minorenni e maggiorenni), il 30% circa si è allontanato da istituti (di cui la maggior parte sono minorenni), il 21% dei dispersi soffre di disturbi psicologici (di cui gran parte sono maggiorenni), il restante 8% è rappresentato da casi di sottrazione del coniuge (3%), possibili vittime di eventi accidentali (2%) e/o vittime di reato (2,09%) o di Alzheimer (0,90%). Il convegno che si è svolto a Roma nell'Ottobre 2014 - *La scomparsa di persone: una sfida per i paesi UE* – organizzato dal Commissario Straordinario per il Governo per le persone scomparse, è stato organizzato proprio con lo scopo di confrontare le istituzioni e le associazioni italiane ed europee rispetto alla tematica degli scomparsi.

In merito a questo l'Ordine degli Psicologi della Toscana insieme all'Associazione Psicologi per i Popoli si sta impegnando per:

1) Coadiuvare i rapporti con le istituzioni e le associazioni che si occupano del fenomeno, nell'ottica importante di agire in un continuo armonico.

2) Favorire la conoscenza del fenomeno, che seppur meno noto di altre emergenze, non può essere ignorato.

4) Promuovere incontri, momenti di scambio, revisione e formazione per chi si trova a confrontarsi con realtà tanto complesse, di modo che gli operatori non si trovino ad essere soli neppure nel post emergenza.

5) Valutare come il nostro ruolo possa essere di supporto anche per le figure di soccorso.

La nostra molteplice funzione come psicologi deve essere garantita da un'adeguata formazione e dalla possibilità di confronto continuo tra chi si occupa di *profiling* piuttosto che del sostegno ai familiari di persone scomparse. Da un punto di vista psicologico, confrontarsi con un familiare di una persona scomparsa, significa confrontarsi con l'assenza di chi è andato via e con la ricerca di una spiegazione nel vuoto della mancanza. Si tratta di gestire emozioni quali: rabbia, senso di colpa, dolore, frustrazione, paura, vergogna, senso di smarrimento e confusione. E' fondamentale prima di tutto comprendere il tipo di allontanamento, se è volontario o meno, dovuto a scontri, conflitti, difficoltà interne alla famiglia, oppure a problematiche di tipo psichico o di salute medica, od ancora rapimenti ed allontanamenti di tipo coatto. Non è pertinenza di noi psicologi occuparci, in questo caso, di problematiche che riguardano l'autorità giudiziaria, in cui quindi anche la prefettura non è coinvolta. Inoltre siamo chiamati a svolgere una funzione nella gestione del tempo dell'attesa e del dubbio per il familiare, abbiamo il compito di raccordarci con i servizi sanitari locali e di sostegno verso i soccorritori coinvolti nella ricerca, oltre che della comunicazione nel supporto di *bad news* (ritrovamento della salma e comunicazione di morte).

Nell'emergenza si evidenziano spesso anche le problematiche legate alla situazione precedente alla scomparsa, quindi il ruolo dello psicologo appare particolarmente delicato. Questi aspetti si muovono in un tempo che va dalla prima emergenza a quella dei mesi successivi, in cui lo

psicologo può essere presente e può accompagnare la famiglia in un percorso mutevole. Supportare il familiare di uno scomparso vuol dire entrare in contatto con un mondo psichico di profonda incertezza, cercare di affrontare ansie e paure che emergono in modo continuo e quindi affrontare anche profonde parti di sé, come psicologi, che hanno a che fare con l'incerto. (Sbattella, 2011). In sintesi l'intervento psicologico sul familiare dello scomparso è teso a ricreare uno spazio sicuro che permetta ai familiari di essere sostenuti emotivamente, di elaborare la scomparsa e l'eventuale perdita, di ricontattare le risorse di cui si dispongono per poter fare *coping* con la situazione presente. All'interno dell'intervento psicologico nel caso della scomparsa di persone merita senz'altro di essere approfondito anche l'aspetto del supporto ai soccorritori, che spesso si trovano a sostenere ricerche emotivamente onerose, con forte senso di responsabilità per il ruolo ricoperto e con la possibilità di confronto, ad operazione conclusa, che non sempre si avvera. In questi termini sarebbe auspicabile creare uno spazio psicologico di condivisione di gruppo che possa fare da ammortizzatore al peso delle operazioni, talvolta particolarmente strazianti per il tipo di ricerca svolta (ricerca minore, persona con problemi psichici o demenza), molto spesso con il tempo che scorre veloce, in turni lunghi e complessi, dove figure istituzionali diverse si interfacciano e si devono accordare, generando dinamiche di gruppo non sempre facilmente gestibili dai singoli soccorritori.

CONCLUSIONI

Furti, rapine, incidenti stradali, persone scomparse rappresentano eventi individuali potenzialmente traumatici che possono far insorgere nella vittima, nel familiare, nel soccorritore, una patologia della sfera emotiva che se non arginata può degenerare in disturbi ben più gravi (ad esempio DSPT). Il ruolo dello psicologo in questo tipo di emergenze si estrinseca nella capacità di creare un *setting* in una situazione non ordinaria, operare in un ambiente spesso caotico e non strutturato (come in un incidente stradale), valutare i bisogni psicologici post-evento, integrarsi con il sistema di risposta all'emergenza e quindi collaborare con le forze in campo, fornire sostegno alle vittime tutte (compresi familiari, soccorritori e comunità locale). Assume fondamentale importanza l'aspetto della formazione e della prevenzione: l'intervento dello psicologo dell'emergenza ha lo scopo di preparare le persone a fronteggiare l'evento prima che possa accadere, fornendo loro strumenti utili nella gestione dello *stress* e conoscenze sulle possibili reazioni psicologiche al trauma e all'emergenza. Tutto ciò con l'obiettivo di prevenire ulteriori danni psicologici e di promuovere, quando possibile, un ritorno più veloce e completo al livello di funzionamento precedente l'incidente e, allo stesso tempo, semplificare l'intervento dei soccorritori contenendo o evitando reazioni di panico. La psicologia delle emergenze quotidiane, così come il nostro Gruppo di Lavoro le ha definite, rappresenta da una parte una nuova sfida, dall'altra un'opportunità per tutti gli attori coinvolti di formare una squadra di lavoro dove ognuno porta la sua "cassetta degli attrezzi".

Bibliografia

American Psychiatric Association (2014). *DSM-5, manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Quinta edizione*. Milano: Raffaello Cortina.

Axia, V. (2006). *Emergenza e psicologia*. Bologna: Il Mulino.

Bion, W.R. (1962). *Apprendere da un'esperienza*. Roma: Armando.

Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Freidenberg, B. M., Malta, L. S., Kuhn, E., & Sykes, M. A. (2004). Two studies of psychiatric morbidity among motor vehicle accident survivors 1 year after the crash. *Behaviour research and therapy*, 42(5), 569-583.

Blanchard, E.B., Hickling, E.J., Taylor, A.E., & Loos, W. (1995). Psychiatric morbidity associated with motor vehicle accidents. *The Journal of nervous and mental disease*, 183(8), 495-504.

Boon S., Steele K., & Van der Hart O. (2013). *La dissociazione traumatica: Comprenderla e affrontarla*. Milano: Mimesis.

Cannizzaro, G., & Casali R. (2011). *Psicologia dell'emergenza sanitaria 118*. Milano: Franco Angeli.

Consigliere, S. (2004). *Sul piacere e sul dolore. Sintomi della mancanza di felicità*. Roma: DeriveApprodi.

Fenoglio, M. T. (2005). *Psicologi di frontiera: la storia e le storie della psicologia dell'emergenza in Italia*. Trento: Associazione Psicologi per i Popoli.

Fenoglio, M. T. (2006). La comunità nei disastri: una prospettiva psicosociale. *Rivista di psicologia dell'emergenza e dell'assistenza sanitaria (0)*, 6-23.

Giannantonio M. (2009). *Psicotraumatologia. Fondamenti e strumenti operativi*. Milano: Centro Scientifico.

Gruppo di Lavoro in Psicologia delle emergenze (2013). Lo psicologo nel contesto emergenziale: ruolo e profilo di competenze. *Psicologia Toscana (1)*, 19-23.

Kamphuis, J.H., & Emmelkamp, P. M. (1998). Crime-related trauma: Psychological distress in victims of bankrobbery. *Journal of anxiety disorders*, 12(3), 199-208.

Kapor Stanulovic, N. (2005). *Psicologia dell'emergenza. L'intervento coi bambini e gli adolescenti*. Roma: Carocci.

- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Study. *Archives of general psychiatry*, 52(12), 1048-1060.
- Lanius, R. A., Vermetten E., & Pain C. (Eds.). (2012). *L'impatto del trauma infantile sulla salute e sulla malattia. L'epidemia nascosta*. Roma: Giovanni Fioriti.
- Nijenhuis, E. R. S. (2007). *La dissociazione somatoforme. Elementi teorico-clinici e strumenti di misurazione*. Roma: Astrolabio.
- Legrenzi, P., & Luccio, R. (1994). *Immagini della psicologia*. Bologna: Il Mulino
- Lori, G., & Battaglia F. (Eds.). (2012). *Lo stress del lavoro in Polizia*. Firenze: Cerchio Blu.
- Mayou, R. A., & Bryant, B. M. (1994). Effects of road traffic accidents on travel. *Injury*, 25(7), 457-460.
- Mayou, R., Bryant, B., Duthie, R. (1993). Psychiatric consequences of road traffic accidents. *Bmj*, 307(6905), 647-651.
- Miller-Burke, J., Attridge, M., & Fass, P. M. (1999). Impact of traumatic events and organizational response: A study of bank robberies. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 41(2), 73-83.
- Norris, F.H. (1992). Epidemiology of trauma: frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(3), 409-418.
- Panksepp, J., & Biven L. (2014). *Archeologia della mente. Origini neuroevolutive delle emozioni umane*. Milano: Raffaello Cortina.
- Pietrantonio, L. & Prati, G. (2009). *Psicologia dell'emergenza*. Bologna: Il Mulino.
- Porges, S. W. (2014). *La teoria polivagale. Fondamenti neurofisiologici dell'emozioni, dell'attaccamento, della comunicazione e dell'autoregolazione*. Roma: Giovanni Fioriti.
- Ranzato, L. (2002). Psicologia dell'emergenza, emergenza della psicologia? (in http://www.counselling-care.it/pdf/pdf_psico/Psicotrauma34.pdf). Recuperato 20 Giugno 2016
- Sbattella, F. (2005). Competenze psicologiche nelle emergenze: verso una definizione di ruoli e saperi. *Nuove tendenze della psicologia*, (3), 261-280.
- Sbattella, F. (2009). *Manuale di psicologia dell'emergenza*. Milano: Franco Angeli.
- Sbattella, F. (2011). Persone Disperse: aspetti psicologici della ricerca. *Psicologia dell'emergenza e dell'assistenza umanitaria*, 5.

Tagliavini, G. (2011). Modulazione dell'arousal, memoria procedurale ed elaborazione del trauma. *Cognitivismo clinico*, 8(1), 3-17.

Van der Hart O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele K. (2011). *Fantasmî del sé. Trauma e trattamento della dissociazione strutturale*. Milano: Raffaello Cortina.

Van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C., & Weisaeth L. (2005). *Stress traumatico: Gli effetti sulla mente, sul corpo e sulla società delle esperienze intollerabili*. Roma: Magi.

Van der Kolk, B. (2015). *Il corpo accusa il colpo. Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche*. Milano: Raffaello Cortina.