

Anno 6 n. 16  
Ottobre 2009  
Registrazione del Tribunale di  
Vicenza n° 1114 del 02.09.2005  
Redazione: Via De Mori, 17  
36100 Vicenza  
tel. 338.3396987  
fax 0444.505717

# PdE

## Rivista di psicologia applicata all'emergenza, alla sicurezza e all'ambiente

---

Sommario:

Editoriale

pag. 1

La valutazione  
dell'alessitimia nel  
personale di soccorso

pag. 2

Caratteristiche e sviluppi  
dell'alessitimia

pag. 4

Famiglia e colleghi come  
fonte di supporto in seguito  
ad eventi critici

pag. 8

### **PdE**

*Direttore responsabile*

Mauro Zamberlan

*Direttore scientifico*

Antonio Zuliani

*Redazione:*

Lucia De Antoni, Roberto De  
Filippo.

## **EDITORIALE**

Gentili lettori,

nei primi anni '70 P.E. Sifneos coniò il termine 'alessitimia', dal greco *a* = mancanza, *léxis* = parola e *thimos* = emozione: letteralmente significa *emozioni senza parole* o *mancanza di parole per le emozioni*. Ci troviamo quindi di fronte a un deficit nella capacità di elaborare gli affetti sul piano sia cognitivo che esperienziale, e i primi due contributi di questo numero vertono proprio sull'alessitimia.

Nel numero 11 avevamo affrontato il possibile ruolo della valutazione dell'alessitimia nella selezione del personale chiamato ad operare in situazioni di emergenza. Ora, oltre ad approfondire il concetto dal punto di vista teorico, abbiamo analizzato alcune ricerche italiane che confermano la bontà delle nostre tesi. Non solo, ma si aprono nuovi sentieri di ricerca che StudioZuliani, in collaborazione con l'Associazione Psicologi Liberi Professionisti, cercherà di approfondire attraverso un'indagine su scala nazionale. E ovviamente PdE sarà uno dei canali privilegiati attraverso cui saranno presentati i primi risultati.

Che cosa evidenziano queste ricerche? La plausibilità che la valutazione dell'alessitimia rappresenti un utile strumento orientativo rispetto a decisioni che le persone possono prendere in merito al loro futuro professionale. Nella scelta della propria attività professionale un individuo, inconsapevolmente, valuta il fatto che certi lavori implicherebbero per lui dei livelli di sofferenza difficilmente tollerabili, causati dall'incontro con i disagi psicologici delle persone con cui entrerebbe in contatto svolgendo le proprie mansioni.

Anche l'ultimo intervento fa riferimento a tre ricerche alle quali il nostro studio ha collaborato: i dati emersi hanno evidenziato come le persone, che si trovano ad affrontare un evento critico nella loro vita lavorativa, ricercano un supporto emotivo in famiglia o presso i colleghi. Ma questi sono preparati ad affrontare la cosa? Cosa può comportare, per gli equilibri famigliari, trovarsi a gestire le sofferenze di un suo membro, frutto di un evento traumatico vissuto per motivi professionali? L'articolo vuole essere un primo passo verso un'ulteriore analisi di aspetti meritevoli di attenzione, ma complessi e delicati.

Buona lettura

Antonio Zuliani

## LA VALUTAZIONE DELL'ALESSITIMIA NEL PERSONALE DI SOCCORSO

DI ANTONIO ZULIANI E ALESSIA LEONARDI

*Alcune ricerche confermano l'importanza che può avere la valutazione dell'alessitimia nella selezione del personale chiamato a svolgere la propria attività in situazioni di emergenza.*

Nel numero 11 di PdE avevamo affrontato il tema del ruolo che poteva assumere la valutazione dell'Alessitimia nella selezione del personale impiegato in situazioni di emergenza. I risultati di alcune ricerche italiane non solo confermano le nostre tesi, ma arrivano a indicare nuove importanti campi di ricerca.

### Le ricerche

Nelle ricerche prese in esame\*, al fine di valutare il livello di alessitimia dei soggetti esaminati, è stato utilizzata la "Toronto

Alexthymia Scale (TAS 20)" predisposta dal gruppo di lavoro guidato da Green Taylor, e che nasce dal tentativo di superare le limitazioni degli strumenti già esistenti e dalla necessità di prove

empiriche per la validazione del costrutto. Si tratta di un questionario di autovalutazione composto di 20 affermazioni (Bressi e al., 1996) alle quali il soggetto viene chiesto di rispondere, utilizzando una scala Likert, circa il fatto che sia d'accordo o meno con ciascuna di esse. Nella valutazione dei dati si possono differenziare tre aspetti salienti: la difficoltà nell'identificare i sentimenti, la difficoltà nel comunicare i sentimenti e la presenza di un pensiero orientato all'esterno (pensiero operatorio). E' necessario

precisare che si tratta sempre di un test di autovalutazione che richiede una qualche capacità di introspezione psicologica che nelle persone alessitimiche è molto deficitaria, così come è deficitaria la comunicazione emotiva a livello intra e interpersonale.

Rimandando all'articolo di approfondimento scientifico contenuto in questo stesso numero della rivista le valutazioni più puntuali, vogliamo ricordare che persone con alessitimia alta hanno (Caretta V., La Barbera D., 2005):

"difficoltà a discriminare le emozioni le une dalle altre e distinguerle dalle sensazioni somatiche, un vocabolario emotivo limitato, che comporta una notevole difficoltà a comunicare verbalmente le proprie emozioni agli altri, attività fantasmatica deficitaria o assente, uno stile cognitivo orientato all'esterno".

I risultati ottenuti attraverso la somministrazione della "TAS 20" vengono suddivisi in tre

categorie.

*Alessitimia bassa* con punteggio inferiore a 51.

*Alessitimia Incerta* con punteggio tra 51 e 61.

*Alessitimia alta* con punteggio uguale o superiore a 61.

Nella tabella n.1 sono riportati, per ogni ricerca, il numero di soggetti esaminati, la media ottenuta nella misurazione dell'alessitimia e la relativa deviazione standard.

	Numero soggetti	Media	Deviazione standard
Soccorritori CRI	415	42,41	9,52
Studenti di Psicologia	283	43,52	10,61
Studenti di Medicina	191	45,56	10,61
Impiegati di banca	150	50,31	9,13
Studenti di Economia e Commercio	68	51,69	9,7

Tab. n.1 livello di alessitimia misurato

Come si può osservare la media generale va da 42,41 dei soccorritori CRI fino al 51,69 presentato dagli studenti di Economia e Commercio, che si colloca nell'area borderline dell'alessitimia

Entrando maggiormente nel merito dell'analisi dei dati abbiamo considerato quanti soggetti per ogni gruppo presentassero una situazione di alessitimia bassa, incerta o alta. Nella tabella n. 2 sono riportati i risultati emersi, che confermano quanto già visto nella tabella n. 1.

non elaborazione personale di tale

	Alessitimia bassa	Alessitimia incerta	Alessitimia alta
Soccorritori CRI	77,35%	19,04%	3,61%
Studenti di Psicologia	72,4%	20,5%	7,1%
Studenti di Medicina	63,4%	27,2%	9,4%
Impiegati di banca	55,33%	33,33%	11,3%
Studenti di Economia e Commercio	41,2%	38,2%	20,6%

Tab. n. 2 distribuzione dei soggetti alessitimici dei campioni

### Commenti

Alla luce di questi dati si può rilevare come i gruppi di soggetti che svolgono, o si preparano a svolgere, attività che li metteranno in contatto con le proprie emozioni e con quelle degli altri presentano un percentuale più bassa di soggetti alessitimici nelle loro file. Questa situazione muta per i soggetti orientati verso materie e professioni che non implicano un contatto altrettanto ravvicinato. Una conferma in questa direzione la si può individuare constatando che gli indici di alessitimia presentati dai bancari e dagli studenti di economia e commercio sono più elevati di quelli presentati dagli studenti di psicologia e dai soccorritori CRI.

Da questo punto di vista si può ritenere che le scelte di studio o professione siano adeguate. La persona sembra compierle sulla base di una valutazione, del tutto inconsapevole, circa il fatto che determinati lavori implicherebbero livelli di sofferenza difficilmente tollerabili, e che il contatto con il disagio psicologico altrui metterebbe in scacco la risposta alessitimica che implica la

sofferenza.

Si potrebbe pensare che l'alessitimia dipenda più che da un aspetto strutturale della personalità, dalle esperienze vissute dal soggetto nel suo stesso lavoro. Tale prospettiva, oltre che essere superata dalle più recenti ricerche cliniche, appare improbabile anche dai dati che emergono dalla ricerca sulle reazioni psicologiche dei bancari che hanno subito una rapina.

	Livello medio di alessitimia
Bancari mai rapinati	50,60
Bancari oggetti indiretti di una rapina	49,00
Bancari direttamente rapinati	50,27

Tab. n. 3 livello di alessitimia nel campione di bancari

Come si può osservare nella tabella n. 3 l'alessitimia misurata tra i soggetti mai rapinati (50,60), che hanno assistito alla rapina senza esserne direttamente coinvolti (49,00) e oggetto diretto della rapina (50,27) è sullo stesso livello. Ciò conferma che un evento potenzialmente traumatico come una rapina non influisce significativamente sul livello di alessitimia del soggetto.

### Conclusioni

Alla luce di questi dati ci sembra sempre più ipotizzabile che la valutazione dell'alessitimia rappresenti un utile strumento orientativo circa le decisioni che le persone possono compiere rispetto al loro futuro professionale. Tale aspetto appare decisivo in modo

particolare per coloro che nell'espletamento delle mansioni professionali incontrerebbero inevitabilmente le sofferenze emotive dei soggetti con cui possono entrare in contatto.

Al fine di approfondire ulteriormente la materia StudioZuliani, in collaborazione con l'Associazione Psicologi Liberi Professionisti, ha avviato una ricerca su scala nazionale.

\* I dati discussi nell'articolo sono tratti da: Hoffmann C., Formica I., Di Maria F. (2007). Caregivers in formazione: un'indagine empirica su un campione di studenti dell'Università di Palermo, in *Giornale di Psicologia*, vol. 1, n. 1, 2007.

Zuliani A. (2009), Selezione del personale volontario per le Squadre di Soccorso per l'Emergenza Psicologia della CRI.

Zuliani A., Varalta C. (2009) Ricerca sulle conseguenze psicologiche dei bancari rapinati. In press

## Bibliografia

Bressi a el, (1996), "Cross validation of the factor structure of 20 Item Toronto Alexthymia Scale: an Italian multicenter study", in *Journal of Psychosomatic Research*, 41.

Caretti V., La Barbera D., (2005) (a cura di), "Alessitimia", Casa Editrice Astrolabio, Roma.

---

# CARATTERISTICHE E SVILUPPO DELL'ALESSITIMIA

DI ALESSIA LEONARDI

*Le ricerche sul concetto di alessitimia hanno compiuto numerosi progressi in ambito clinico sulla relazione mente-corpo. Molti concetti psicoanalitici sono stati revisionati e la regolazione affettiva e il suo importantissimo ruolo nella salute e nella malattia sono stati concettualizzati in modi nuovi.*

La scoperta dell'alessitimia quale dimensione psicopatologica trae origine dalle osservazioni cliniche effettuate su pazienti affetti da malattie psicosomatiche classiche: ulcera, asma, colite ulcerosa, eczema, ipertensione, ecc. Nel 1970 P. Sifneos e J. Nemiah coniarono il termine 'alessitimia' (dal greco *a* = mancanza, *lèxis* = parola, *thimos* = emozione) che, tradotto letteralmente, significa: emozioni senza parole o mancanza di parole per le emozioni, e che descrive un insieme di deficit della capacità di elaborare gli affetti sul piano sia cognitivo sia esperienziale.

Nemiah e Sifneos hanno concepito l'alessitimia come un deficit della componente psicologica degli affetti. I soggetti alessitimici non sono senza emozioni, ma la loro limitata capacità di elaborare le emozioni li predispone cognitivamente ad avere stati affettivi

indifferenziati e scarsamente regolati. Essi non sarebbero, per esempio, capaci di distinguere l'angoscia dalla depressione, la paura dal fastidio, l'eccitazione dalla stanchezza, la collera dalla fame. Il meccanismo della somatizzazione è primitivo, la scarica attraverso il corpo è pre-simbolica, non passa attraverso le emozioni, colpisce il sistema somatico più primitivo e deputato alle funzioni vitali (neurovegetative, muscolatura liscia), e può portare a lungo termine a vere e proprie lesioni d'organo. Tali limitazioni possono essere spiegate da fattori ambientali precoci quali, in particolare, la scarsa maturazione della funzione riflessiva e della capacità di sintonizzazione emotiva da parte dei *caregiver* primari, unita all'incapacità di facilitare un pattern di attaccamento sicuro nei propri figli. L'analisi di queste esperienze porta talvolta alla luce traumi precoci risalenti alla prima

infanzia, che hanno lasciato il bambino privo di risorse interne adeguate per dominare l'irrompere delle emozioni (mancanza di un forte oggetto introiettato; viene cioè a mancare la rappresentazione interna della madre come dispensatore di cure e di protezione).

La McDougall (1990) usa il termine *désaffectation* come sinonimo di pensiero operatorio, alessitimia, nevrosi di comportamento: il prefisso 'dis' (che contiene un'idea di separazione o di perdita) può suggerire, metaforicamente, che certi individui sono psichicamente 'separati' dalle loro emozioni e possono aver 'perduto' la capacità di restare in contatto con le loro realtà psichiche.

Sintomo psicosomatico inteso dunque come "sacca vuota di pensiero", come baluardo di un preferibile 'sentire' al posto di un intollerabile 'pensare' (Giaconia, 1987).

Questo 'sentire' non ha niente a che fare con i sentimenti, ma è un'area di non pensabilità, "buco" irrapresentabile, di non significazione affettiva, connessa ad aree fallimentari della relazione arcaica dove vige "un'assenza di validazione delle esperienze traumatiche". Sono quelle esperienze di perdita che non comportano rappresentazioni di sorta e che si possono solo vivere come dolore fisico: sintomo corporeo dunque come puro malessere somatico che annulla o si contrappone al dolore e alle angosce insostenibili, dove la separazione viene sperimentata come una perdita di una parte di Sé.

Il pensiero, per raggiungere il contenuto simbolico, deve affrontare la separazione dall'esperienza percettiva, altrimenti non può esistere: la capacità raggiunta o meno di tollerare la perdita e la separatezza sono il nucleo centrale dal quale origina la sofferenza psicosomatica. *Il processo separativo resta il nodo da sciogliere.*

Questi soggetti hanno fatto precocemente l'esperienza di emozioni intense che minacciavano il loro sentimento di integrità e di identità, e per sopravvivere psichicamente è stato loro necessario innalzare un sistema molto solido, una struttura ermeticamente

chiusa, per prevenire il ritorno del loro vissuto traumatico, portatore di una minaccia e di annientamento.

Il mondo psichico interno, il continente dell'affetto, assume in questi casi il ruolo di un'Atlantide: l'azione nel corpo sostituisce il pensiero impraticabile e gli affetti che lo colorano.

Si apre così la porta a una disfunzione psicosomatica in risposta al segnale primitivo proveniente da quella parte della psiche che non ha parole per isolare e tenere a freno questi fantasmi terrificanti. *"Quando le parole non assolvono a questa funzione, la psiche è costretta a emettere segnali di aiuto di tipo presimbolico, aggirando con ciò i legami costruttivi del linguaggio, e con un rischio considerevole di suscitare risposte somatiche più che psichiche, di fronte ad una angoscia indicibile: l'affetto in questi casi verrebbe congelato e la rappresentazione verbale che lo connota polverizzata"* (McDougall, 1990, p. 108).

Alla luce dei risultati di numerose ricerche si può ipotizzare che le caratteristiche strutturali dell'alessitimia possono modulare le risposte individuali allo stress in modo disfunzionale, attraverso l'utilizzo della dissociazione per regolare i propri stati affettivi: questo si può tradurre in una modalità per alterare gli stati di coscienza. Questa difesa può essere adattiva se l'allontanamento che ne deriva dalla realtà risulta parziale e temporaneo, ma sorgono dei problemi quando l'allontanamento diventa una modalità ricorsiva per mezzo della quale gestire i fatti della vita e la tensione nelle relazioni. La dissociazione, infatti, impedisce la formazione di espressioni verbali dell'esperienza e questo coincide con la difficoltà di accedere al proprio mondo interno, ai sogni e alle fantasie, e di poterle regolare, utilizzare e scambiare nelle relazioni interpersonali.

Il soggetto alessitimico che utilizza la dissociazione per regolare gli affetti non è in grado quindi di simbolizzare e ciò produce di conseguenza un deficit della funzione riflessiva, ovvero della capacità di mentalizzare (Fonagy, 2001), considerata necessaria per la regolazione e il controllo

degli affetti. Fonagy e Target (1997) sostengono che l'acquisizione da parte dell'infante della funzione riflessiva richiede un sistema intersoggettivo 'sicuro' garantito dalla capacità del caregiver di contenere le emozioni, proiettategli dal bambino per mezzo dell'identificazione proiettiva, dotandole di significato. La comprensione che il caregiver ha della mente del bambino quindi incoraggia quest'ultimo a servirsi della mente del genitore per poter esplorare e comprendere la natura meramente rappresentazionale dei propri stati mentali e sviluppare così quelle capacità meta-cognitive che lo renderanno in grado di differenziare ciò che è apparente da ciò che è reale. Di contro, laddove l'esplorazione della mente del genitore viene sentita come traumatica o persecutoria, viene incoraggiato l'abbandono della funzione riflessiva a favore di un ritiro difensivo nella modalità 'far finta', col rischio, nei casi gravi, di compromettere seriamente la capacità di essere consapevole della natura degli stati mentali in se stesso e negli altri, e di saper differenziare l'interno dall'esterno, la fantasia dalla realtà, la realtà psichica da quella fisica. Secondo Fonagy i bambini che vengono maltrattati contrastano difensivamente la capacità di rappresentare gli stati mentali propri e altrui, creando così un vuoto affettivo e cognitivo. L'esperienza traumatica indebolisce la funzione riflessiva: per il bambino riconoscere lo stato mentale dell'altro risulta pericoloso per lo sviluppo del Sé, perché il bambino che riconosce l'odio del genitore abusante è costretto a vedere se stesso come persona senza valore o indegna di amore. Questa modalità distorta con il genitore porta il bambino a sviluppare delle rappresentazioni degli stati mentali rigide o inappropriate, favorendo l'utilizzo della scissione della rappresentazione dell'altro. In definitiva, il genitore che non riesce a pensare all'esperienza mentale del bambino priva quest'ultimo della base emotivo-cognitiva per la costruzione e lo sviluppo di un 'sano' senso del Sé.

L'impatto e le conseguenze di una situazione stressante dipendono dal suo significato per

il soggetto e dalla miriade di fantasie e di difese che stimolano, nonché dalle sue capacità e condizioni di sperimentare in maniera non catastrofica la solitudine e i vissuti di separazione (vissuti luttuosi) dall'oggetto. Tale capacità è dovuta ad un mondo interno contrassegnato come abbiamo visto in precedenza dall'interiorizzazione di buone relazioni oggettuali, che stanno alla base dell'autostima e della sensazione di benessere che ogni individuo sperimenta ogni volta che ha a che fare con un caregiver capace di sostenere lo svilupparsi di quella che Fonagy ha definito la capacità riflessiva, ovvero la capacità di saper leggere la mente dell'altro e di riflettere su se stesso. All'interno della teoria dell'attaccamento i risultati sembrano avvalorare l'ipotesi dell'esistenza di una relazione tra il funzionamento Alessitimico e un profilo di attaccamento segnato da tendenziale insicurezza e caratterizzato prevalentemente dal disagio nelle relazioni intime e dalla tendenza a enfatizzare il successo personale, svalutando l'importanza delle relazioni. Mentre i bambini sicuri appaiono in grado di ricercare e ricevere aiuto (contenimento, denominazione, trasformazione rispetto a emozioni violente) e quindi di esprimere l'intera gamma di emozioni, i bambini classificati come disorganizzati mostrano il più alto livello di disregolazione affettiva nel loro alternarsi di reazioni contraddittorie ansiose ed evitanti: in particolare nell'attaccamento insicuro viene a mancare una integrazione tra informazione cognitiva e affettiva.

Come abbiamo visto, l'alessitimia si può ritenere un disturbo non specifico dell'elaborazione e della percezione delle emozioni, che produce una vita soggettiva molto ben diversa da quella delle persone nevrotiche o normali. Gli individui Alessitimici possono non manifestare una psicopatologia misurabile, ma la regolazione dei loro stati emotivi interni e del funzionamento fisiologico è piuttosto precaria. Invece di sviluppare sintomi nevrotici in condizioni di stress, è più probabile che queste persone eccedano con il cibo, l'alcol o le droghe,

provino un disagio fisico vago e difficilmente descrivibile o sviluppino una malattia corporea con alterazioni tessutali; *tendono cioè ad intraprendere l'azione impulsivamente e l'azione stessa sembra il modo di vivere predominante*. Questi soggetti sono costantemente tesi verso il 'fare' piuttosto che verso l' 'essere', un disperdere i sentimenti impegnandosi nell'una o nell'altra forma di azione ed espellere così un'insopportabile eccitazione affettiva. Questo ricorrere all'oggetto o alla sostanza da cui si dipende al minimo segnale di stress, mostra ancora una volta come manchi in questi soggetti la rappresentazione interna di un buon oggetto introiettato, dispensatore di cure, in cui costoro potrebbero identificarsi in situazioni di tensione o di conflitto e che forse in prima infanzia li aveva lasciati privi di risorse interne adeguate per dominare, nominare e differenziare l'irrompere delle emozioni. Emerge dunque in primo piano la necessità di reagire con *l'azione*: la tensione deve essere *espulsa* in modo da non lasciare alcun pensiero di esperienze traumatiche. L'obiettivo viene raggiunto: nel primo caso le esperienze emozionali si disperdono in azioni, nel secondo vengono immediatamente espresse nel linguaggio corporeo.

In entrambi i casi il soggetto è tagliato fuori da ogni accesso alla mentalizzazione e questo ci porta a trovare nella *traccia* motoria esterna dei primi e somatica viscerale degli altri, *ciò che resta* di quel 'buco' iniziale non rappresentabile, impensabile e indicibile che però lascia il suo segno.

Lo studio psicoanalitico di pazienti più gravemente disturbati e lo spostamento dell'accento dai conflitti nevrotici alla patologia prenevrotica hanno prodotto una crescente consapevolezza del fatto che *la psicopatologia connessa con la malattia fisica può essere scissa e incapsulata in una parte psicotica (o primitiva distruttiva) della personalità*, portando a cercare il nucleo psicotico che frequentemente sta dietro alla nevrosi e che sembra contribuire alla patogenesi della *malattia corporea*. Anche Sperling (1955) ha parlato *dello 'strato*

*psicotico' della personalità di molti pazienti somaticamente malati*.

L'alessitimia sembra essere una difesa straordinariamente forte contro il dolore psichico e angosce psicotiche. Il dolore mentale viene sentito solo come dolore fisico: la malattia fisica ha la funzione di bloccare l'angoscia e vengono utilizzati i farmaci per la cura del sintomo fisico, invece di utilizzare le proprie emozioni come segnali.

Ma sappiamo che gli affetti comprendono componenti sia psicologiche che fisiologiche. Il fatto che gli elementi psicologici vengano soffocati permette a quelli fisiologici di ritornare ancora una volta dominanti, proprio come nella prima infanzia, quando il corpo non fa ancora parte del sé. Una malattia psicosomatica potrebbe avere quindi una funzione protettiva, nella misura in cui tiene l'individuo completamente all'oscuro di qualsiasi minaccia psicologica: vi sarebbe un'antitesi nel senso che la psicosi proteggerebbe dalla malattia somatica e viceversa la malattia psicosomatica proteggerebbe dalla psicosi. In alcuni casi è stata sostenuta la cosiddetta "teoria della bilancia".

Un collegamento in questa direzione va fatto quindi anche alla luce dei risultati emersi da ultime ricerche in ambito lavorativo, dai quali si può pensare che i soggetti si orientino verso la professione anche sulla base di alcuni tratti di personalità e, tra questi, l'alessitimia sembra avere un ruolo significativo.

Tutto questo fa pensare ad una modalità di difesa soggettiva che protegge i soggetti dal rischio di esporsi a situazioni potenzialmente dolorose e a indirizzarli verso scelte, anche lavorative, più idonee a questo tratto della loro personalità.

## Bibliografia

FONAGY, P. (2001), "Psicoanalisi e teoria dell'attaccamento", Raffaello Cortina, Milano.

FONAGY, P., TARGET, M. (1997), "Attaccamento e funzione riflessiva", Raffaello Cortina, Milano.

GIACONIA, G. (1987) "Comunicazione nel corso di un gruppo di studio sul simbolo", Università di Padova.

McDOUGALL, J. (1990) "Teatri del corpo", Raffaello Cortina Editore.

NEMIAH, J., SIFNEOS, P. (1970) "Affects and fantasy in patients with psychosomatic disorders". In: *Modern Trends in*

*Psychosomatic Medicine*. Butterworth, London, vol.2.

SPERLING, M. (1955) "Psychosis and psychosomatic illness", *Internat. J. Psycho-Anal.*, 36, pp. 320-327.

---

## FAMIGLIA E COLLEGHI COME FONTE DI SUPPORTO IN SEGUITO AD EVENTI CRITICI

DI ANTONIO ZULIANI E LUCIA DE ANTONI

*Cosa può comportare per gli equilibri familiari trovarsi a gestire le sofferenze emotive di un suo membro che ha vissuto, per motivi professionali, un evento traumatico?*

In questi anni tre ricerche alla quali ha collaborato StudioZuliani hanno evidenziato come le persone che si trovano ad affrontare un evento critico nel corso della loro vita lavorativa poggino la ricerca di un supporto emotivo sulla famiglia e sui colleghi.

### Le ricerche

All'interno dell'indagine condotta sulla percezione dell'organizzazione e della salute psicofisica nei luoghi di lavoro del Corpo nazionale dei Vigili del Fuoco sono state raccolte strategie utilizzate dal personale per far fronte alle diverse situazioni che si presentano nel corso del lavoro. All'indagine hanno partecipato 1.620 soggetti dei Comandi provinciali di Catania, Roma e Venezia.

Nelle situazioni di emergenza, quali:

- eventi che comportano gravi danni per neonati e bambini;
- eventi che coinvolgono diverse persone (dall'incidente stradale al terremoto);
- eventi che causano lesioni gravi, mutilazioni e deformazioni del corpo delle vittime;
- eventi che causano il coinvolgimento fisico (ferimento o morte) di colleghi;

- fallimento di un intervento di soccorso comportante la morte di una o più persone;

il 57,12 % degli intervistati afferma che la strategia principale per affrontare gli aspetti emotivi della situazione è parlarne con i colleghi e il 34,42% con i familiari.

Un'analoga domanda è stata posta all'interno della ricerca condotta tra gli apprendenti alla Polizia Locale. Qui le percentuali emerse sono del 49,39% in riferimento alla famiglia e del 41,47% ai colleghi, nei casi in cui nell'evento fosse implicato il ferimento o addirittura la morte di un collega. Se il fatto tragico riguardava il ferimento o la morte di una persona soccorsa, punto di riferimento per il 45,98% degli intervistati è la famiglia, per il 38,34% sono i colleghi

Rimarchevole il fatto che nella prima circostanza ben il 34,92 dichiara di poter fare affidamento solo su se stesso. Percentuale che rimane del 37,52% anche nel secondo caso esaminato.

Un'ultima ricerca ha esaminato le strategie utilizzate dagli impiegati di banca che hanno subito un rapina. In questo caso 54 su 57 intervistati dichiarano di riferirsi ai colleghi e alla famiglia per parlare dell'evento critico.

## Riflessioni

Una prima riflessione risulta evidente: i colleghi e le famiglie sono preparati a ciò? In particolare cosa può comportare per gli equilibri familiari trovarsi a gestire le sofferenze emotive di un suo membro che ha vissuto, per motivi professionali, un evento traumatico?

E' bene ricordare che per "evento critico" si intende ciascun evento in grado di mettere a rischio le abilità di coping della persona e che produce reazioni emotive, cognitive o comportamentali. Un incidente critico può anche costituire un momento in cui i professionisti di queste categorie mettono in dubbio la loro capacità di reggere e gestire successive situazioni in cui si troveranno ad intervenire. Il modo in cui ciascuna persona reagisce a questi eventi, il significato che attribuisce al suo comportamento, può realmente causare una crisi a livello psicologico. E' sempre importante sottolineare come un "incidente" non può essere definito critico nei termini dell'evento stesso, ma piuttosto nella misura dell'impatto che ha sul singolo individuo.

L'eventuale crisi a livello psicologico può mettere quindi in discussione ciò in cui crede la persona. Può anche modificare la valutazione che la persona ha sempre fatto circa le sue competenze e mettere quindi in dubbio la sua visione delle cose e del mondo intero.

Il cercare supporto all'interno della propria famiglia significa trasferire questo tipo di sentimenti, paure, reazioni, consapevoli o meno, all'interno di un microsistema che già di per sé si trova ad affrontare, nel corso della sua storia, eventi stressanti. Questi eventi stressanti comportano un processo di riorganizzazione di compiti, di ruoli e crisi di transizione. Il sistema famiglia è soggetto a riorganizzarsi nel corso del tempo, talvolta anche con cambiamenti strutturali forti, prodotti però da un'evoluzione graduale e continua. E ciò sia a causa di eventi imprevedibili, sia in seguito ai normali eventi del ciclo familiare che comportano un

processo di continua ristrutturazione della trama dei rapporti tra i membri della famiglia. E' necessario distinguere tra eventi "prevedibili e attesi" e che segnano il ciclo di vita della famiglia, come le nascite, i matrimoni e le morti, che determinano sensibili cambiamenti, ed eventi "non prevedibili e non attesi", come le situazioni oggetto di questo articolo. Costituiscono una serie di avvenimenti non scelti e che, proprio per questo, possono mettere a dura prova l'equilibrio familiare. La famiglia si trova quindi a dover affrontare una ulteriore situazione di forte stress, e può diventare una sorta di vittima secondaria, anche se lo stress, a sua volta, può rappresentare un elemento di possibile rinforzo delle risorse degli individui e della famiglia, lasciando ampio spazio anche alle potenzialità auto-organizzative della famiglia stessa. Caratteristiche che possono o meno far parte del sistema familiare, e che possono fungere da mediatori dello stress, sono la vicinanza emotiva, la flessibilità, l'adattabilità, la buona comunicazione, la qualità degli stili di problem solving, e ancora, la capacità di tollerare l'incertezza, la fiducia ed il sentimento di positività verso il futuro. Ogni famiglia dispone di capacità di reazione proprie e uniche all'evento stressante, e non è il singolo professionista che si trova a vivere una situazione particolarmente difficile, ma tutti i membri della famiglia possono risentire delle conseguenze. Vengono modificati in maniera significativa i ritmi, le abitudini di vita quotidiana, e il tessuto familiare che tiene uniti tutti i suoi membri viene intaccato. L'evento può richiedere l'attivazione di risorse eccedenti la capacità della famiglia, specialmente se in quel momento la famiglia si trova già ad affrontare quegli "eventi critici normativi" che fanno di per sé parte del ciclo di vita.

La ricerca di sostegno fra i colleghi di lavoro può probabilmente apparire meno rischiosa, perché si tratta di persone che lavorano nel medesimo settore, che hanno una familiarità con questi specifici ambienti di lavoro. Ciò può permettere di stabilire più facilmente dei

rapporti in grado di fornire un supporto efficace.

La comunicazione fra colleghi rappresenta un fattore di protezione nei confronti dello stress, in particolare per quanto attiene lo stress acuto da eventi critici. Nei contesti di criticità il supporto tra pari gioca un ruolo importante, specialmente se questi, o alcuni di questi, sono stati adeguatamente formati. Chi condivide la stessa situazione lavorativa con i conseguenti vissuti emotivi, può comprendere meglio i problemi che ne possono derivare e in tal modo essere maggiormente di aiuto al collega. Utilizzare una sorta di "linguaggio comune" a livello di termini e di esperienze lavorative consente di evitare, o almeno limitare, fraintendimenti pericolosi.

Ricerare il supporto fra i colleghi o all'interno della propria famiglia costituiscono due strategie non necessariamente distanti fra di loro. Possono invece intrecciarsi e favorire, insieme, il buon esito della situazione. Il poter parlare di ciò che è accaduto con i colleghi, può permettere di riportare i propri sentimenti e i propri vissuti in famiglia in maniera più "sana", sia per se stessi che per tutto il nucleo familiare. Queste considerazioni non intendono essere esaustive dell'argomento, ma vogliono costituire solo un primo passo verso più ampie riflessioni che StudioZuliani desidera approfondire.

## Bibliografia

Cambiaso G. (2004), "Il sistema famiglia tra ordine e caos", Tratto da: *Child Development and Disabilities*, "Le relazioni Familiari tra ricerca e intervento", parte I, vol.XXX, n. 4, pp. 47.

Campanini A.(2002), *L'intervento sistemico*, Carocci, Roma.

Edwin D. Boudreaux, Bhrett McCabe M. (2000), "Emergency Psychiatry Critical Incident Stress Management: Interventions and Effectiveness", in *PSYCHIATRIC SERVICES*, September, 51, 9.

Everly GS, Mitchell JT. (1999), *Critical Incident Stress Management (CISM): A New Era and Standard of Care in Crisis Intervention.*, Ellicott City, Md, Chevron Publishing.

Reese, J.T. (1987), "Coping with stress: it's your job. Behavioral Science in Law Enforcement", *Quantico*, VI, FBI.

Scabini E., Cigoli V. (2000), *Il familiare. Legami, simboli e transizioni*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

Scabini E., Iafrate R. (2003), *Psicologia dei legami familiari*, Il Mulino.

Söndergaard Hans Peter (2008), "The work environment, critical incidents, debriefing and psychological functioning—a study of trade union members in Sweden", in *SJWEH Suppl*, 6, pp. 111–116.