

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA

Dipartimento di Neuroscienze (DNS)

Direttore Prof. De Caro Raffaele

Corso di Laurea in

EDUCAZIONE PROFESSIONALE

PRESIDENTE PROF.SSA ELENA TENCONI



Tesi di Laurea

**“I disturbi psichiatrici correlati ai vissuti di guerra e pandemia
COVID-19 con le relative strategie educative”**

Relatore: Dott.ssa Tiziana Manna

Laureanda: Erica Vanzini

Matricola: 1204734

Anno Accademico 2020/2021

ABSTRACT

Gli argomenti principali di questa tesi di laurea sono i disturbi psichiatrici insorti come conseguenza di due eventi traumatici e/o stressanti: la guerra e la pandemia da COVID-19.

I primi sintomi di cui si racconta sono quelli dei soldati in guerra, in particolare dei soldati della Prima Guerra Mondiale con diagnosi di “*Shell Shock*”, fino ad arrivare ai Veterani della Guerra del Vietnam con diagnosi di Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD).

Ma non solo chi ha combattuto al fronte durante la guerra è stato affetto da disturbi psichiatrici, ne è una testimonianza l’esempio della psicopatologia di guerra del Kuwait.

Segue la descrizione del periodo pandemico da COVID-19 attraverso l’elenco dei principali fattori di stress per la popolazione e per il personale sanitario e le conseguenze psicologiche correlate.

Infine, viene preso in considerazione il ruolo dell’Educatore Professionale in relazione ad un Disturbo da Stress Post-Traumatico di un Veterano di guerra ed in relazione alle strategie educative attuabili per far fronte allo stress psicologico degli operatori sanitari durante la pandemia COVID-19.

The main topics of this thesis are mental disorders who arose after two traumatic incidents: war and COVID-19 pandemic.

The first symptoms that are discussed are those who affected the soldiers diagnosed with Shell Shock of First World War and Veterans’ Post-Traumatic Stress Disorder.

Furthermore even who didn’t fight was diagnosed with psychiatric disorders such as Kuwait war’s psychopathology.

Next topic concerns the description of COVID-19 pandemic period and examines the main factors of stress for the population and health workers and their psychological consequences.

Finally it’s analysed the Professional Educator part in relation to Veteran’s Post-Traumatic Stress Disorder diagnosis and the educational interventions for the health workers’ psychological stress during COVID-19 pandemic.

PAROLE CHIAVE

Evento traumatico, Disturbo, Guerra, Pandemia COVID-19, Strategie educative

Traumatic incidente, Disorder, War, COVID-19 pandemic, Educational interventions

INDICE

INTRODUZIONE	3
1. Gli eventi traumatici e/o stressanti	5
1.1 Definizione di stress.....	5
1.2 Definizione di trauma e principali eventi traumatici	7
1.3 Disturbi psichiatrici correlati all'evento stressante della pandemia COVID-19	9
1.4 Disturbi psichiatrici correlati al trauma	11
2. PSICOPATOLOGIE DI GUERRA	15
2.1 Storia delle nevrosi di guerra	15
2.2 I Veterani della guerra del Vietnam.....	22
2.3 L'esposizione a morti traumatiche.....	25
2.4 La guerra in Kuwait: un esempio di psicopatologia di guerra	28
3. PSICOPATOLOGIE LEGATE ALLA PANDEMIA DA COVID-19	33
3.1 Le caratteristiche della pandemia.....	33
3.2 Fattori di stress legati alla pandemia e popolazione a rischio psicopatologico	36
3.3 Effetti psicologici della pandemia sulla popolazione generale e sugli operatori sanitari.....	42
3.4 Previsione delle possibili conseguenze psicologiche a lungo termine	50
4. STRATEGIE EDUCATIVE PER FAR FRONTE AI DISTURBI PSICHIATRICI CONSEQUENTI ALLA GUERRA E ALLA PANDEMIA.....	53
4.1 Come può essere inserito l'educatore in un intervento riabilitativo per il Disturbo da Stress Post-Traumatico di un Veterano di guerra	53
4.2 Strategie per fronteggiare la pandemia COVID-19	55
4.3 Essere resilienti e approccio di crescita post-traumatica	62
4.4 Esperienza di un operatore sanitario impegnato in prima linea nel reparto Covid-19 dell'ospedale di Cona a Ferrara e strategie educative per gli operatori sanitari	65
BIBLIOGRAFIA e SITOGRAFIA	69

INTRODUZIONE

Riflettendo sulle caratteristiche della pandemia da COVID-19, ne ho trovate di comuni all'esperienza della guerra, da qui la volontà di unirle in questa unica trattazione.

Sia la Prima Guerra Mondiale che la Seconda Guerra Mondiale hanno coinvolto un gran numero di Stati, allo stesso modo la pandemia COVID-19 da un piccolo epicentro in Cina si è poi diffusa in tutto il mondo.

Sia in pandemia che in guerra viene imposto il coprifuoco ed è diffuso il sentimento della paura per la morte di sé stessi e dei propri cari a causa di un nemico di cui non si ha pieno controllo che rende le strade deserte e le occasioni di incontro rare, in guerra per la paura dei bombardamenti ed in pandemia per la paura del contagio.

L'istituzione scolastica ha subito un profondo mutamento: in pandemia, quando il numero dei contagi era troppo alto, i bambini hanno seguito le lezioni da casa con la didattica a distanza (D.A.D.), durante le guerre mondiali i bambini sono rimasti a casa da scuola privati però di un'istruzione poiché la tecnologia non era così avanzata come lo è attualmente.

A seguito di entrambi gli eventi si è verificata una grave crisi economica, in pandemia ciò è accaduto soprattutto ai settori particolarmente penalizzati.

Dopo l'allarme pandemia dato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.), gli operatori sanitari sono stati chiamati urgentemente "in prima linea", così come sono stati arruolati i soldati "al fronte" al tempo della guerra, con una vestizione integrale da capo a piedi, molto simile alle uniformi di chi combatteva.

Anche i cittadini sono stati chiamati al rispetto di regole e leggi imposte per la loro sicurezza, come se fossero un "fronte interno" che fa parte delle operazioni belliche.

1. Gli eventi traumatici e/o stressanti

1.1 Definizione di stress

“Lo stress traumatico è una forma estrema di distress che si verifica quando l’evento stressante è inatteso e percepito come imprevedibile, quando la persona sperimenta un’assenza di controllo sull’evento, quando l’evento costituisce una minaccia per il proprio benessere e quando vengono a mancare le risorse necessarie per far fronte allo stress a livello individuale ed ambientale.” (Sapolsky, 2014)

Lo stress si caratterizza per essere uno stato di tensione fisica e psicologica conseguente a fattori stressanti di varia natura che, alterando l’equilibrio omeostatico dell’individuo, attivano una risposta, tendenzialmente di attacco (*fight*), di fuga (*flight*) o di immobilizzazione.

Secondo il medico austriaco Hans Selye, la reazione di stress ha un carattere adattivo che consente all’organismo di far fronte a nuove e più impegnative sollecitazioni ambientali, non è quindi una condizione patologica dell’organismo, anche se può arrivare ad esserlo se lo stress viene protratto, così come esplica l’espressione “sindrome generale di adattamento” che si riferisce proprio alla risposta biologica ad uno stress fisico intenso e prolungato.

Grazie allo psicologo Richard S. Lazarus viene introdotto il concetto secondo cui lo stesso evento può avere un significato diverso in base agli individui a cui accade. Soprattutto nel caso di fattori di stress non gravi, le differenze individuali legate alle caratteristiche psicologiche della persona sono cruciali nel rendere stressante qualcosa che per gli altri potrebbe essere indifferente.

Se lo stress genera delle conseguenze sia a livello psicologico che fisiologico, la reazione allo stress può essere considerata come una strategia di fronteggiamento dello stesso.

Con il termine “*coping*” si fa riferimento alle strategie attuate dal soggetto per far fronte alle situazioni problematiche e per gestire le emozioni negative generate dallo stress.

Il “*coping*” è centrato sul problema quando l’individuo agisce per risolverlo e cerca informazioni che ne favoriscano la risoluzione, è centrato sull’emozione quando la persona tenta di diminuire le emozioni negative legate allo stress, mentre è di evitamento quando l’individuo nega l’esistenza di un problema o non agisce per contrastarlo.

A fronte di quei fattori inequivocabilmente stressanti, persone diverse reagiscono con modalità e stili diversi.

Richard S. Lazarus distingue due tipi fondamentali di strategie di reazione:

- strategie focalizzate sul problema: l'individuo intraprende azioni dirette alla soluzione del problema o ricerca informazioni che ne facilitino la soluzione oppure mette a punto un piano per far fronte al problema;
- strategie focalizzate sull'emozione: la persona si sforza di ridurre le reazioni emotive negative, distraendosi, pensando ad altro, cercando conforto in altri, dedicandosi ad attività capaci di indurre forti emozioni positive.

Un adattamento ottimale richiede che le strategie di reazione siano molteplici, flessibili e calibrate sulla specificità dei fattori o eventi stressanti in gioco.

1.2 Definizione di trauma e principali eventi traumatici

“Per trauma, in psicopatologia, si intende un’esperienza minacciosa, estrema, insostenibile, inevitabile, di fronte alla quale un individuo è impotente.” (Hermann, 1992b; Krystal, 1988; Van Der Folk, 1996).

Il trauma psicologico può essere definito come la conseguenza di un evento fortemente negativo e minaccioso per la vita che genera una “frattura” emotiva nell’individuo e/o nella comunità che lo vive, tale da minare il senso di stabilità, di sicurezza, di identità e di continuità fisica e psichica della persona o delle persone che si sono trovate ad affrontarlo. Come riportato nel DSM-5, affinché l’evento sia considerato “traumatico”, il soggetto deve aver vissuto, deve aver assistito o deve essersi confrontato con uno o più eventi che hanno implicato morte o minaccia di morte, gravi lesioni o minaccia all’integrità fisica propria o di altri e la risposta del soggetto deve comprendere paura intensa, sentimenti di impotenza o di orrore. L’esposizione può avvenire per esperienza diretta, assistendo ad un evento traumatico accaduto ad altri o venendo a conoscenza di un evento traumatico accaduto ad una persona con cui si ha una relazione intima (come un componente della propria famiglia o amico stretto), la morte o la minaccia di morte deve essere stata violenta o accidentale e l’esposizione a dettagli crudi dell’evento deve essere estrema o ripetuta.

La maggior parte delle persone esposte ad un trauma si riprenderà, poiché una reazione acuta e di allarme è fisiologica e si esaurisce naturalmente in tempi brevi quando la persona capisce di non trovarsi più in una situazione di pericolo.

In altre persone, invece, non avverrà questa risoluzione e così la loro risposta adattiva persisterà portando allo sviluppo di una sintomatologia post-traumatica.

La diversità di reazioni è dovuta ai fattori di rischio e ai fattori protettivi sia interni che esterni propri del singolo individuo, in altre parole è il frutto di una complessa interazione tra ambiente, eredità biologica e caratteristiche psicologiche a determinare chi svilupperà un disturbo e chi no.

Sebbene non sia una relazione di causa-effetto, ma vada considerata in ottica multifattoriale, esiste una relazione tra alcune esperienze e lo sviluppo di sintomi tipici dei disturbi post-traumatici. Tra queste esperienze vi sono:

- abuso e molestie sessuali: tentativi o effettivi contatti sessuali in mancanza di consenso da parte della persona che li subisce, compresi i casi in cui il consenso non

possa essere espresso. Sono compresi lo stupro, il causare deliberatamente dolore al partner durante il rapporto, l'utilizzo di pratiche umilianti senza il suo consenso, il contagio intenzionale di malattie sessualmente trasmissibili e lo sfruttamento sessuale della persona (obbligo di prostituzione). Sui minori si considerano esperienze traumatiche tutte quelle con richieste e attività sessuali inappropriate ed indesiderate rispetto ai livelli di sviluppo. A volte l'abuso può avvenire anche online tramite chat e/o webcam.

- Abuso fisico e aggressioni: atti intenzionalmente tesi a indurre dolore con o senza presenza di un'arma o un oggetto. Tra le aggressioni sono comprese sia quelle attuate da parte di estranei (furto), sia quelle da parte di partner (violenza domestica).
- Abuso emotivo/maltrattamento psicologico: atti che avrebbero potuto o hanno causato danni alla persona dal punto di vista affettivo, cognitivo e della condotta come abusi verbali, manipolazione emotiva, controllo coercitivo, richieste dirette al bambino di performance e risultati eccessivi, bullismo (svolto da coetanei con lo scopo di isolare e marginalizzare).
- Trascuratezza o *neglect*: fallimento del *caregiver* di provvedere ai bisogni del bambino.
- Gravi incidenti, malattie o procedure chirurgiche: ferite o danni non intenzionali (incidenti stradali, cadute accidentali con conseguenze gravi o permanenti).
- *Disastri naturali o prodotti dall'uomo*: incidenti o disastri di elevata portata, o risultati di agenti naturali (terremoti, inondazioni, trombe d'aria...) o dell'azione dell'uomo (esplosione di reattori nucleari...).
- Trasferimento forzato: abbandono del proprio Paese d'origine per cause di forza maggiore.
- *Guerra, terrorismo e violenza politica*: traumi di natura cumulativa.
- Lutto traumatico: assistere o venire a conoscenza della morte violenta, improvvisa e inaspettata di un genitore, familiare, amico intimo.
- Prigionia e tortura: alterazioni patologiche nella relazione tra vittima e perpetratore nei casi di vittimizzazione prolungata.

La sofferenza psicologica conseguente a questi eventi è molto variabile: si possono manifestare sintomi ansiosi e fobici, anedonici e disforici, di rabbia ed aggressività eterodirette o dissociativi.

1.3 Disturbi psichiatrici correlati all'evento stressante della pandemia COVID-19

L'attuale pandemia da COVID-19 è un evento ad alto impatto emotivo che colpisce la collettività potendo generare reazioni tipiche da stress.

I disturbi psichiatrici riscontrati più frequentemente sono: il Disturbo d'Ansia di malattia, il Disturbo Ossessivo-Compulsivo, Disturbo di Panico, Disturbi Depressivi e Fobia Specifica. Il Disturbo d'Ansia di Malattia si caratterizza per la preoccupazione di avere o di contrarre una malattia grave. L'individuo si allarma facilmente riguardo al proprio stato di salute e questo lo porta ad attuare eccessivi comportamenti (controlli continui sul proprio corpo alla ricerca di segni di malattia) o all'evitamento disadattivo (evita visite mediche ed ospedali). La preoccupazione di malattia è presente da almeno 6 mesi, ma la specifica malattia temuta può cambiare nel corso di questo periodo di tempo.

Il Disturbo Ossessivo-Compulsivo si caratterizza per la presenza di ossessioni e compulsioni. Le ossessioni, intese come pensieri ricorrenti e persistenti, impulsi o immagini mentali, sono esperite come intrusive e non volute; le compulsioni sono invece comportamenti ripetitivi o azioni mentali che un individuo sente di dover attuare in risposta ad un'ossessione o in accordo a regole che devono essere applicate rigidamente e richiedono del tempo (ad es. più di 1 ora per giorno), o causano disagio clinicamente significativo o una compromissione del funzionamento sociale, lavorativo o in altre importanti aree del funzionamento.

In particolare, nel sottotipo *washer/cleaners*, le ossessioni hanno contenuto di contaminazione e sono associate a compulsioni di lavaggio e pulizia correlate a timore di contagio con microorganismi responsabili di malattie infettive. Il timore è di potersi ammalare gravemente, morire o contagiare qualcun altro.

Nel Disturbo di Panico si fa esperienza di attacchi di panico inaspettati e ricorrenti, cui fanno seguito, per un periodo non inferiore ad un mese, persistenti preoccupazioni di poter avere nuovi attacchi e significative alterazioni del proprio comportamento in rapporto a detta preoccupazione. Un attacco di panico consiste nella comparsa improvvisa di paura o disagio intensi che raggiunge un picco in pochi minuti.

I Disturbi Depressivi sono caratterizzati da umore depresso, perdita di iniziativa, ritiro sociale, trascuratezza del proprio aspetto fisico, pensieri suicidari.

I sintomi fisici includono scarsa energia, stanchezza, algie, rallentamento psicomotorio (rallentamento di pensieri e movimenti) o agitazione psicomotoria (difficoltà a rimanere seduti e cammino continuo avanti e indietro, agitando le mani).

Infine, nella Fobia Specifica, vi è paura marcata, persistente, irragionevole o sproporzionata per stimoli precisi o situazioni circoscritte.

Per parlare propriamente di fobia clinicamente significativa è però necessario, da una parte, che l'interessato sia consapevole dell'irragionevolezza della paura, ma non sia in grado di controllarla in modi accettabili, e dall'altra che ricavi dalla fobia significative compromissioni nella propria vita sociale, lavorativa o in sfere per lui importanti: nei confronti degli oggetti fobici vengono messi in atto comportamenti di evitamento.

Il DSM riporta che è possibile sviluppare fobie specifiche a seguito di situazioni traumatiche occorse a sé stessi o ad altri: nel caso delle epidemie, un oggetto fobico frequente è quello dei germi.

1.4 Disturbi psichiatrici correlati al trauma

I principali disturbi che si associano ad un vissuto traumatico sono tutti quei disturbi in cui l'esposizione ad un evento traumatico o stressante è esplicitamente menzionato nei criteri diagnostici. Il DSM-5 riporta i seguenti disturbi:

- Disturbo da Stress Acuto (*Acute Stress Disorder*);
- Disturbo da Stress Post-Traumatico (*Post-Traumatic Stress Disorder*);
- Disturbi dell'adattamento (*Adjustment Disorders*);
- Disturbo reattivo dell'attaccamento (*Reactive Attachment Disorder*);
- Disturbo da impegno sociale disinibito (*Disinhibited Social Engagement Disorder*);

Quando i sintomi esordiscono dai tre giorni a un mese dall'accaduto e si stabilizzano, si configura il Disturbo da Stress Acuto, i cui criteri diagnostici sono:

- esposizione a morte, gravi lesioni o violenza sessuale reali o temute in uno (o più) dei seguenti modi: esperire direttamente l'evento traumatico, essere testimoni in prima persona dell'evento accaduto ad altri, apprendere dell'evento traumatico occorso ad un familiare o amico stretto. Nei casi di morte reale o temuta di un membro della famiglia o di un amico stretto l'evento deve essere stato violento o accidentale.
- Presenza di 9 (o più) dei seguenti sintomi da ognuna delle cinque categorie: intrusione (sintomi intrusivi come ricordi angoscianti, ricorrenti, involontari dell'evento traumatico, sogni ricorrenti angoscianti in cui il contenuto e/o l'affetto del sogno sono connessi all'evento traumatico, *flashback* nel corso del quale l'individuo si sente o agisce come se stesse accadendo l'evento traumatico); umore negativo (persistente incapacità di provare emozioni positive come la felicità, la soddisfazione, o sentimenti di amore); dissociazione (alterato senso della propria realtà circostante o di sé stessi come vedere sé stessi da un'altra prospettiva, essere in uno stato confusionale, rallentamento del senso del tempo, incapacità di ricordare un importante aspetto dell'evento traumatico dovuta ad amnesia dissociativa); evitamento (di ricordi spiacevoli, pensieri o sentimenti relativi o strettamente associati all'evento traumatico, evitamento o sforzi per evitare "richiami" esterni come persone, luoghi, conversazioni, attività, oggetti, situazioni che potrebbero suscitare sensazioni, ricordi dolorosi e pensieri relativi o strettamente associati

all'evento traumatico) e *arousal* (disturbi del sonno come difficoltà ad addormentarsi o a mantenere il sonno, sonno agitato, comportamento irritabile e scoppi di rabbia con minima o nessuna provocazione tipicamente espressi con aggressione verbale o fisica verso persone o oggetti, ipervigilanza, problemi di concentrazione, esagerata risposta di allarme). Tutti questi esordiscono o peggiorano successivamente all'evento traumatico.

Nonostante il Disturbo da Stress Acuto sia temporaneo e passeggero, è un fattore di rischio per lo sviluppo del Disturbo da Stress Post-Traumatico, i cui criteri diagnostici sono:

- l'esposizione a morte o minaccia di morte, grave lesione, oppure violenza sessuale per esperienza diretta dell'evento traumatico, essere testimoni in prima persona dell'evento traumatico accaduto ad altri o venire a conoscenza dell'evento traumatico accaduto ad un familiare o amico stretto. Nei casi di morte reale o minaccia di morte di un membro della famiglia o di un amico, l'evento deve essere stato violento o accidentale o ancora fare esperienza di una ripetuta o estrema esposizione a dettagli crudi dell'evento traumatico.
- Presenza di sintomi intrusivi: ricorrenti, involontari e intrusivi ricordi spiacevoli dell'evento traumatico (nei bambini può verificarsi un gioco ripetitivo in cui vengono espressi temi o aspetti riguardanti l'evento traumatico), ricorrenti sogni spiacevoli in cui il contenuto e/o le emozioni del sogno sono collegati all'evento traumatico (nei bambini vi possono essere sogni spaventosi senza che vi sia un contenuto riconoscibile), reazioni dissociative (flashback) in cui l'individuo sente o agisce come se l'evento traumatico si stesse ripresentando; presenza di sintomi di evitamento: evitamento o tentativi di evitare ricordi spiacevoli, pensieri, o sentimenti relativi o strettamente associati all'evento traumatico, evitamento o tentativi di evitare fattori esterni (persone, luoghi, conversazioni, attività, oggetti, situazioni) che suscitano ricordi spiacevoli, pensieri, o sentimenti relativi o strettamente associati all'evento traumatico; alterazioni negative di pensieri ed emozioni associate all'evento traumatico, che esordiscono o peggiorano dopo l'evento traumatico, come evidenziato da due (o più) dei seguenti: incapacità di ricordare qualche importante aspetto dell'evento traumatico (dovuta ad amnesia dissociativa); persistenti ed esagerate convinzioni o aspettative negative relative a se stessi, gli altri, o al mondo ("Io sono cattivo", "Non ci si può fidare di nessuno", "Il mondo è completamente

pericoloso”, “Il mio intero sistema nervoso è rovinato per sempre”); persistenti pensieri distorti relativi alla causa o alle conseguenze dell’evento traumatico che portano l’individuo ad incolpare sé stesso o gli altri, persistente stato emotivo negativo (paura, orrore, rabbia, colpa, vergogna); marcata riduzione di interesse o partecipazione ad attività significative; sentimenti di distacco o di estraneità dagli altri; persistente incapacità di provare emozioni positive (incapacità di provare felicità, soddisfazione, o sentimenti di amore); alterazioni *arousal* associati all’evento traumatico, iniziate o peggiorate dopo l’evento traumatico, come evidenziato da due (o più) dei seguenti: comportamento irritabile e scoppi di rabbia (con minima o nessuna provocazione) tipicamente espressi nella forma di aggressione verbale o fisica nei confronti di persone o oggetti; comportamento spericolato o auto-distruttivo; ipervigilanza; esagerata risposta di allarme; problemi di concentrazione; disturbi del sonno (difficoltà ad addormentarsi, a rimanere addormentati, sonno agitato, sonno non ristoratore).

- In genere il disturbo esordisce entro 3 mesi dall’evento traumatico, l’espressione è ritardata quando vengono soddisfatti tutti i criteri diagnostici non prima di 6 mesi dall’evento traumatico (alcuni sintomi esordiscono subito, ma la diagnosi piena viene raggiunta successivamente), i sintomi si protraggono per oltre un mese dall’esposizione al trauma ed interferisce significativamente con il funzionamento dell’individuo in ambito lavorativo, sociale ed altre aree importanti.

Il Disturbo dell’adattamento è caratterizzato da sintomi emotivi e comportamentali che insorgono entro 3 mesi dall’evento stressante. E’ presente marcata sofferenza sproporzionata alla gravità o intensità dell’evento stressante, tenendo in considerazione il contesto esterno e i fattori culturali che potrebbero influire sulla gravità dei sintomi e sulla loro presentazione e compromissione significativa del funzionamento in ambito sociale, lavorativo, o in altre importanti aree.

Nel Disturbo Reattivo dell’Attaccamento vi è un modello costante di comportamento inibito, emotivamente ritirato nei confronti dei *caregiver* adulti, che si manifesta con la presenza di entrambi i seguenti:

- il bambino raramente o mai cerca consolazione/conforto quando prova disagio;
- il bambino raramente o mai risponde al conforto quando è a disagio.

Persistenti difficoltà sociali ed emotive caratterizzate da almeno due dei seguenti criteri:

- minima responsività sociale ed emotiva agli altri;
- emozioni positive ridotte;
- episodi di ingiustificata irritabilità, tristezza o timore, che si mostrano evidenti anche durante interazioni non pericolose con *caregiver* adulti.

Infine, nel Disturbo da Impegno Sociale Disinibito il comportamento con cui il bambino si avvicina attivamente ed interagisce con adulti non familiari presenta almeno due dei seguenti:

- ridotta o assente reticenza nell'approcciarsi e nell'interagire con gli adulti non familiari;
- comportamento verbale o fisico eccessivamente familiare (non coerente con i confini sociali stabiliti dalla cultura di riferimento e appropriati all'età);
- diminuito o assente controllo a distanza del *caregiver* dopo che si è avventurato lontano, anche quando si trova in un ambiente non familiare;
- disponibilità ad allontanarsi con un adulto sconosciuto con minima o nessuna esitazione.

2. PSICOPATOLOGIE DI GUERRA

2.1 Storia delle nevrosi di guerra

“L’unica cosa che rende la battaglia psicologicamente tollerabile è la fratellanza tra i soldati.”

(Sebastian Junger)

Tra i primi termini utilizzati per indicare la sofferenza psicologica dei soldati vi furono “cuore del soldato”, “cuore irritabile” (per la convinzione che i sintomi derivassero da una eccessiva stimolazione del cuore) e “sindrome di Da Costa”, dal nome del medico statunitense Jacob Mendez Da Costa, che, al termine della Guerra Civile (1861-1865), studiò i Veterani di guerra scoprendo che molti di loro soffrivano di alcuni problemi fisici non correlati alle ferite, come palpitazioni, respiro affannoso e altri sintomi cardiovascolari (Shorter, 2005).

Ma lo storico Zaretsky, nel 2014, scrisse che fu la Grande Guerra la prima guerra totale a portare tanto scompiglio per lo stallo difensivo che trovò il suo simbolo nella trincea caratterizzata da: cunicoli, esplosione di mine, paura di essere sepolti vivi, rumori e vibrazioni assordanti, insidia del gas, disorientamento, frammentazione, mancanza di riferimenti visivi, cancellazione della differenza tra notte e giorno, identificazione con il nemico e riduzione della coscienza.

Robert Gaupp, noto psichiatra tedesco, riteneva che le cause principali dei disturbi fossero lo spavento e l’ansia provocati dall’esplosione di proiettili e mine nemiche e la vista dei compagni mutilati o morti: “In questi casi non era necessario un danno al corpo per causare questo disturbo ai nervi; erano sufficienti lo shock e spesso l’effetto devastante della vista dei commilitoni morti.” (Gaupp, 2015).

Il trauma della guerra produsse un ampio spettro di reazioni psicologiche inusuali: soldati sottoposti alle stesse atrocità mostravano sintomi differenti quali paralisi, cecità, sordità, tremore costante, crisi frequenti, attacchi di aggressività e depressione grave.

Dopo bombardamenti prolungati e azioni sanguinose, i soldati si trovavano in uno stato confusionale con le gambe e le braccia immobili, non parlavano, non ricordavano, non

sentivano, ma tremavano, avevano incubi sempre uguali e molti soldati traumatizzati replicavano le posizioni che assumevano sotto il fuoco.

Inizialmente le cause di queste reazioni vennero ricondotte a lesioni microscopiche del cervello o del midollo spinale e proprio tale interpretazione organica diede origine al termine “*Shell Shock*” (Shock da Granata) in Gran Bretagna e “nevrosi traumatica” in Germania.

Il caso di James, un ragazzo londinese di venticinque anni di corporatura robusta con capelli castani e occhi azzurri, mise in luce che le atroci esperienze della Prima Guerra Mondiale potevano paralizzare i soldati, sia a livello fisico che mentale, anche in assenza di danno cerebrale e fu la prova che un grave trauma psicologico e la tensione continua al fronte e nelle retroguardie potevano portare all’esaurimento e al crollo nervoso.

James, mitragliere del nono Reggimento dei Fucilieri Reali, si trovava nei campi delle Somme quando il 4 ottobre 1916, lasciò la trincea per andare all’attacco. Per sfuggire ai bombardamenti si nascose insieme ad undici suoi compagni in una fossa sul fronte tedesco, ma l’esplosione di una granata li seppellì. James rimase sepolto per sei ore e fu l’unico a sopravvivere. Quando fu ritrovato era cieco, sordo, intontito e con le gambe paralizzate. Recuperò subito la vista, ma gli altri disturbi permasero, per questo fu necessario il soggiorno al *National Hospital* di *Queen Square* a Londra (istituzione inglese più all’avanguardia per la cura delle malattie neurologiche). Oltre ad essere sordo e muto, camminava a stento in quanto aveva perso sensibilità alle gambe ed il tentativo di muoverle provocava violenti spasmi. Si opponeva agli interventi per il recupero della parola, ma veniva sottoposto ad un duro programma di esercizi fisici e soprattutto all’applicazione della corrente elettrica ad alto voltaggio sulle gambe, in seguito alla quale riprese a camminare. Grazie alla terapia persuasiva (forma di psicoterapia), riacquistò la parola ed il suo umore migliorò.

All’inizio della guerra i medici britannici ricoverarono i soldati con diagnosi di “trauma nervoso” negli stessi reparti ospedalieri in cui si trovavano i soldati con ferite di arma da fuoco, ma ben presto si accorsero che i letti occupati servivano ai soldati gravemente feriti e che l’atmosfera di questi reparti non permetteva la cura dei sintomi nervosi.

Vennero così istituiti degli ospedali adibiti al ricovero dei soldati con diagnosi di “trauma nervoso”. I principali furono: *National Hospital for the Paralysed and Epileptic* di *Queen Square* (ritenuto il tempio della psichiatria inglese), l’ospedale *Charité* di Berlino e l’ospedale di *Jena* sempre in Germania.

Tra il 3 agosto 1914 ed il 31 dicembre 1919 furono ricoverati al *National Hospital* 1.212 militari. 462 pazienti non presentavano patologie organiche identificabili.

Questi casi vennero classificati dai neurologi di *Queen Square* come disturbi disfunzionali, isteria, nevralgia, nevrosi e “*Shell Shock*” (quest’ultimo ebbe l’apice di diffusione nel 1915 quando il 63% di tutti i casi militari all’interno dell’ospedale furono di natura psicologica).

Nel corso del conflitto si stima che i ricoveri per cause nervose e mentali siano stati: 80.000 in Inghilterra, 325.000 in Germania, 98.000 negli Stati Uniti, mentre per l’Italia non esistono dati ufficiali, ma gli storici ipotizzano che i soldati internati per problemi psichici non siano meno di 40.000.

Questo conflitto mondiale rappresentò una sorta di “esperimento psicologico” grazie al quale studiare gli effetti di un estremo stress mentale e fisico sul comportamento umano.

I medici si interrogarono sulla natura fisica o psicologica delle cause e tra i sostenitori della natura organica del fenomeno “*Shell Shock*” vi furono:

- Hermann Oppenheim, il quale descrisse la “nevrosi traumatica” come un disturbo con una relazione causale tra il trauma e i sintomi con implicazione ad una origine organica, ma non immediatamente visibile del disturbo.
- Frederick Walker Mott (illustre neuropatologo e membro della *Royal Society*, la più alta distinzione accademica dell’Impero Britannico, che operò nella sezione neurologica del IV ospedale generale territoriale di Londra e poi nell’ospedale neurologico Maudsley aperto nel gennaio 1916 come centro specializzato nel trattamento e nella ricerca del fenomeno dello “*Shell Shock*”) il cui interesse era focalizzato sullo studio degli effetti degli esplosivi sul sistema nervoso: a suo parere gli effetti fisici dell’esplosione producevano disturbi molecolari nelle cellule nervose, in particolare in quelle responsabili della funzione cardio-respiratoria, che portavano alle alterazioni del ritmo respiratorio ed ipotizzò che le forze risultanti dalla vicinanza ad una esplosione, a loro volta portassero a microscopiche emorragie cerebrali.
- Charles Myers (1873-1946), psicologo e capitano della *Royal Army Medical, Corps*, il quale riconobbe l’interdipendenza tra processi psicologici e fisiologici.

Egli fu il primo ad utilizzare il termine “*Shell Shock*” in un famoso articolo comparso nella rivista “*The Lancet*” nel 1915 per indicare la nevrosi traumatica che si

sviluppara in combattimento con sintomi quali affaticamento, tremore, confusione, incubi e disturbi della vista e dell'udito. I primi casi da lui descritti mostrarono una serie di anomalie percettive, come perdita o compromissione dell'udito, della vista e della sensazione, ansia, incubi, insieme a sintomi fisici come tremore, perdita di equilibrio, mal di testa e affaticamento dopo essere stati esposti a proiettili esplosivi sul campo di battaglia.

Secondo Myers il soldato sotto *shock* aveva tentato di gestire un'esperienza traumatica reprimendo o scindendo qualsiasi ricordo di un evento traumatico. I sintomi come il tremore o la contrattura, erano il prodotto di un processo inconscio progettato per mantenere la dissociazione.

Myers sosteneva che lo "*Shell Shock*" potesse essere curato attraverso la reintegrazione cognitiva e affettiva: l'individuo doveva acquisire il controllo volontario sui ricordi di questi eventi se voleva guarire.

Utilizzando l'ipnosi come mezzo per recuperare un trauma represso, egli affermò che il 26% dei soldati sotto *shock* furono curati dai loro sintomi funzionali e altri 26% mostrarono segni di miglioramento. Ammettendo che le ricadute non fossero rare, concluse che l'ipnosi era solo un primo passo verso il ripristino permanente del pieno funzionamento fisico. Sebbene Myers credesse di poter curare singoli pazienti, il problema più grande era come gestire le vittime psichiatriche di massa che seguirono le grandi offensive. Myers identificò così tre elementi essenziali nel trattamento dello *shock* da proiettile: prontezza d'azione, ambiente adatto e misure psicoterapeutiche, sebbene tali misure fossero spesso limitate all'incoraggiamento e alla rassicurazione.

Anche i primi articoli della stampa medica sembrarono sostenere queste teorie sia perché le indagini post-mortem sui soldati esposti alle esplosioni mostravano emorragie cerebrali sia perché gli esperimenti svizzeri fatti su conigli, pesci e topi esposti ad esplosioni controllate presentavano sanguinamenti cerebrali anche nei casi in cui non vi erano lesioni visibili alla testa.

Tra il 1915 ed il 1917, però, furono avanzate argomentazioni contro l'origine organica talmente convincenti che il Congresso di Neurologia e Psichiatria sulla nevrosi di guerra che si tenne a Monaco nel 1916, mise a tacere il dibattito sull'eziologia delle nevrosi di guerra decretando la sconfitta della tesi di Oppenheim.

Mott, di conseguenza, modificò la sua posizione ed iniziò a considerare l'esplosione delle granate non più come il fattore principale, ma come la scintilla che sprigionava forze di natura psichica a lungo represses. Questo modello causale integrato faceva riferimento sia ai fattori costituzionali intrinseci, che rendevano il sistema nervoso centrale del soldato vulnerabile allo stress e suscettibile al collasso mentale, sia di quelli ambientali estrinseci che comprendevano eventi della vita e cambiamenti organici causati da esplosioni di ordigni ed esposizione a gas nocivi. Egli infine prese consapevolezza del fatto che la maggior parte dei casi non dipendesse da nessun cambiamento patologico nel sistema nervoso centrale riconoscibile attraverso i metodi di indagine microscopica disponibili.

Egli identificò lo “*Shell Shock*” quindi come una reazione psicologica allo stress e ritenne che i sintomi funzionali avessero un significato simbolico e che si manifestassero in quelle parti del corpo che erano state in precedenza colpite da malattia o debolezza.

Appurata la natura di tali disturbi, ci si interrogò su come poter curare questi soldati.

Molteplici furono i metodi utilizzati:

- elettroterapia: sia per guarire che per punire, nel primo caso lo stimolo elettrico produceva sensazioni e movimenti negli arti che avevano perso il movimento e la sensibilità, la contrazione muscolare ed il movimento del corpo ricordava al soldato come usare la parte del corpo paralizzata e dimostrava che i nervi e la funzione muscolare erano intatti. Nel secondo caso poiché i comportamenti considerati anormali;
- metodo psicoanalitico che comportava la possibilità di poter tornare a combattere sebbene fosse ritenuto uno dei trattamenti meno invasivi;
- falsi trattamenti come la suggestione;
- effetto sorpresa: interventi mirati a scuotere, spaventare e sorprendere.

La maggior parte dei medici cercò di consolidare i successi del trattamento progressivo con ricompense quali:

- bagni, massaggi, esercizi e fisioterapia (considerati parte integrante della cura);
- passeggiate in giardino;
- elogi e rassicurazioni;
- premi;
- congedi a casa;
- dimissioni dal servizio militare;

- “psicoterapia razionale”: modificare modelli di pensiero anormali attraverso il ragionamento con lo scopo di accrescere l’autoefficacia nei soldati.

Durante la Seconda Guerra Mondiale britannici e americani descrissero le risposte traumatiche al combattimento come “affaticamento da combattimento” e “reazioni allo stress da combattimento”, termini che riflettevano la convinzione che le condizioni fossero legate ai lunghi schieramenti.

Su consiglio dello psichiatra Frederick Hanson, il 26 aprile 1943 venne emanata una direttiva che stabiliva un periodo di detenzione di 7 giorni per i pazienti psichiatrici presso il “*9th Evacuation Hospital*” e per la prima volta il termine "esaurimento" venne prescritto come diagnosi iniziale per tutti i casi psichiatrici da combattimento.

Grazie al trattamento una percentuale tra il 50% e il 70% delle vittime psichiatriche poterono tornare in servizio.

I sintomi psichiatrici post-traumatici nel personale militare furono segnalati nel 1945 dagli psichiatri americani Grinker e Spiegel che distinsero “le reazioni al combattimento acute” dalle “reazioni dopo il combattimento ritardate” (queste ultime comprendevano la “sindrome da affaticamento operativo nell’aeronautica”).

Altre conseguenze croniche del combattimento includevano stati passivo-dipendenti, stati psicosomatici, colpa e depressione, reazioni aggressive e ostili e stati di tipo psicotico.

Nel 1952 *l’American Psychiatric Association* (APA) aggiunse la “Grossa Reazione allo Stress” al suo primo Manuale Statistico e Diagnostico dei Disturbi Mentali (DSM-I). La diagnosi riguardava problemi psicologici derivanti da eventi traumatici (compresi combattimenti e disastri), sebbene presumesse che i problemi di salute mentale fossero di breve durata: se il problema aveva una durata maggiore ai sei mesi, si pensava non avesse nulla a che fare con il servizio in guerra.

Nel DSM-II, pubblicato nel 1968, *l’American Psychiatric Association* rimosse la diagnosi, ma incluse la "Reazione di Adattamento alla Vita Adulta", che non catturò però in modo efficiente i sintomi simili al Disturbo da Stress Post-Traumatico.

Questa rimozione significò per i Veterani di guerra la mancata ricezione di aiuto psicologico e così, basandosi su ricerche che coinvolsero persone sopravvissute a eventi gravemente traumatici, inclusi i Veterani di guerra, i sopravvissuti all'Olocausto e le vittime di traumi sessuali, *l’American Psychiatric Association* incluse il Disturbo Post-Traumatico da Stress nel DSM-III (1980).

La diagnosi tracciò una chiara distinzione tra eventi traumatici e altri fattori di stress dolorosi, come divorzio, difficoltà finanziarie e malattie gravi che la maggior parte delle persone è in grado di affrontare e non produce gli stessi sintomi.

L'inclusione del Disturbo Post-Traumatico da Stress nel DSM-III rappresentò un'importante accordo tra coloro che avevano elaborato la nomenclatura psichiatrica ed i clinici che avevano assistito i Veterani del Vietnam e che avevano chiesto il riconoscimento di una sindrome post-Vietnam. (Helzer et al. 1987; et al. 1985°, 1985b), ora chiamato Disturbo da Stress Post-Traumatico nell'attuale DSM 5.

2.2 I Veterani della guerra del Vietnam

“Il martedì dopo il week-end del 4 luglio del 1978 è stato il mio primo giorno da psichiatra presso la Boston Veterans Administration Clinic. [...] Un uomo imponente, scarmigliato, con un completo a tre pezzi macchiato e con una copia della rivista *Soldier of Fortune* sotto il braccio, si palesò improvvisamente alla mia porta. Era così agitato e con dei chiari segnali post sbornia, che mi chiesi in che modo potessi realmente essere d’aiuto a quest’individuo grande e goffo. Lo invitai a sedersi e a dirmi cosa potessi fare per lui. Si chiamava Tom. Dieci anni prima era stato nei Marines, prestando servizio in Vietnam. Aveva trascorso il weekend festivo rintanato nel suo studio legale in centro a Boston, bevendo e guardando vecchie fotografie, invece di starsene con la sua famiglia. Sapeva, dagli anni precedenti, che il rumore, i fuochi d’artificio, il caldo, il picnic nel cortile di sua sorella con lo sfondo del fitto fogliame di inizio estate, tutto di ciò che gli ricordava il Vietnam, lo avrebbe fatto impazzire. Quando cominciava a sentirsi agitato aveva paura di stare con la sua famiglia, perché si comportava come un mostro sia con la moglie sia con i due ragazzini. Il vociare dei suoi figli lo angosciava così tanto, da dover uscire di casa infuriato per trattenersi dal fare loro del male. Soltanto bere fino all’oblio o guidare la sua Harley-Davidson a una velocità pericolosamente elevata lo aiutavano a calmarsi.

La notte non gli dava sollievo: il suo sonno era costantemente interrotto da incubi, riguardanti un agguato in una risaia in Vietnam, a seguito del quale tutti i membri del suo plotone erano stati feriti o uccisi. Aveva, inoltre, terribili flashback, in cui vedeva i bambini vietnamiti morti. Gli incubi erano così angoscianti che aveva il terrore di addormentarsi e, così, rimaneva spesso sveglio per il resto della notte, a bere. Al mattino, la moglie lo trovava svenuto sul divano del salotto ed era costretta a camminare in punta di piedi intorno a lui, per poter raggiungere la cucina e preparare la colazione, prima di portare a scuola i ragazzi.”
(Van Der Kolk B. (2014), *Il corpo accusa il colpo*, Raffaello Cortina Editore)

La Guerra del Vietnam iniziò nel 1954 e finì nel 1975. Fu un conflitto prolungato che contrappose il governo comunista del Vietnam del Nord ed i suoi alleati nel Vietnam del Sud, noto come Viet Cong, contro il governo del Vietnam del Sud e il suo principale alleato, gli Stati Uniti.

Questa guerra coinvolse tutti gli strati sociali, dai soldati e i membri della milizia, ai civili: i progetti di legge resero il servizio nell'esercito popolare del Vietnam (V.P.A.) quasi universale per i giovani uomini dagli anni '60 agli anni '80 ed il servizio in tempo di guerra spesso comportava stress da combattimento e schieramenti lunghi e ininterrotti.

Accanto all'esercito popolare del Vietnam, molti uomini, donne e giovani vietnamiti del nord prestarono servizio in gruppi di supporto e difesa paramilitari, come le Brigate d'assalto giovanile, i cui compiti spesso comportavano la partecipazione al combattimento.

Quasi il 32% di tutti i Veterani viventi, ovvero 8,4 milioni, prestò servizio durante l'era della guerra del Vietnam.

Si stima che durante questa guerra almeno 1 milione (Lewy, 1978) e forse fino a 3 milioni di civili e combattenti vietnamiti (Shenon, 1995) siano stati uccisi dal 1965 al 1975 contro i 58.000 militari americani (Coffelt Arnold e Argabrught, 2002) e altri 300.00 furono feriti (Boyle, Decouflé e O'Brien, 1989).

Ricerche sugli eventi traumatici vissuti dai Veterani hanno identificato i fattori di stress raggruppati in quattro categorie:

- attività di combattimento,
- vicinanza alla morte e lesioni gravi,
- lesioni morali,
- condizioni inospitali.

Gli studi sui Veterani americani della guerra del Vietnam indicano che il Disturbo da Stress Post-Traumatico è un meccanismo centrale attraverso il quale il trauma di guerra influenza la salute in età avanzata: tra coloro che sono tornati, circa il 31% ha sviluppato un Disturbo da Stress Post-Traumatico (Kulka et al., 1990), una condizione debilitante caratterizzata dal rivivere il trauma, dall'evitamento, dall'umore negativo e dall'ipereccitazione (*American Psychiatric Association*, 2013).

Le rivisitazioni invadenti di cui soffrono i Veterani includono *flashback*, incubi e rievocazioni di combattimento. I sintomi di intorpidimento ed evitamento includono la

chiusura dei sentimenti e la fuga dai ricordi di una perdita o di un trauma come i film di guerra, i petardi e le battute di caccia. (Solomon, 1993; Wearhers, Litz & Keane, 1995).

Alcuni sintomi, come quelli della sottocategoria dell'ipereccitazione (insonnia, risposta di sussulto esagerato) e come quelli della sottocategoria dell'intrusione (incubi e *flashback*), erano comuni anche ai soldati affetti da "*Shell Shock*". Vi è però una sostanziale differenza: i sintomi dei soldati durante la Prima Guerra Mondiale emergevano nell'immediatezza, quindi erano la conseguenza di una reazione acuta, mentre i sintomi osservati nei Veterani della Guerra del Vietnam non sono stati osservati durante le operazioni di combattimento, ma molti anni dopo come parte di reazioni croniche ritardate.

Le differenze nell'incidenza (acuta e ritardata) e nella prognosi non suggeriscono due malattie "autonome", ma che l'intero modo di elaborare lo *shock* all'interno delle popolazioni occidentali del 1914 erano cambiate nel 1964.

Tuttavia, i confronti tra le reazioni al trauma di entrambe le categorie di soldati indicano una possibile reazione biologica universale allo stress traumatico che si manifesta nei sintomi di ipereccitazione.

Spika et al. (1978) studiarono le esperienze di morte riferite dai Veterani combattenti prima e durante la guerra in Vietnam: i ricercatori trovarono che l'85% dei Veterani aveva partecipato alla morte di qualche loro conoscente e data la frequenza di tale esperienza i soldati stessi si riferivano alla morte definendola un "compagno costante."

Lifton (1973) osservò che i soldati in Vietnam affrontavano due tipi di morte: quella di cui erano testimoni e sopravvivevano e quelle inflitte ai vietnamiti e definì come "impronta della morte" quell'insieme di memorie di morte testimoniata o inflitta.

2.3 L'esposizione a morti traumatiche

“La più grande difficoltà per me era occuparmi di corpi che erano stati feriti da un solo colpo da arma da fuoco. Ci fissavamo sulla faccia di quella persona. [...] Se non c'è una faccia o una testa l'intero punto focale dell'espressione se n'è andato. [...]”

(Cit. di un Veterano, *Disturbo post-traumatico da stress. Le risposte acute e a lungo termine al trauma e al disastro*, Cap. 3 pag. 42, Centro Scientifico Editore).

L'esposizione a morti traumatiche rappresenta un forte stress psicologico (Bolin 1985; Green 1993; Lifton 1967; Sutker et al. 1994^o, 1994b; Ursano e McCarroll 1994).

In guerra i soldati fanno frequentemente da testimoni alla morte o al ferimento di altri combattenti (inclusi i compagni) e vivono sotto la costante minaccia della loro stessa vita. Nei Veterani di guerra l'esposizione ad immagini assurde, particolarmente intrusive, contribuisce significativamente allo sviluppo di sintomi psichiatrici (Green et al. 1989; Laufer et al. 1985; Lifton 1973).

Ursano e McCarroll (1994) studiarono le morti a causa di “*friendly fire*”, le figure di nemici morti, le morti di donne: le morti da “*friendly fire*” erano dovute a incidenti o ad errori dei compagni d'armi, anche se alcune morti possono essere considerate evitabili e doppiamente tragiche, i caduti sono ancora considerati come commilitoni che hanno dato la loro vita a causa della guerra, le morti di donne sono considerate ancora innaturali e si prendono particolari precauzioni nel maneggiare i loro corpi (si mantengono coperte e si tengono sorveglianti donne durante l'autopsia).

La ripetuta esposizione a morti traumatiche espone coloro che prestano soccorso durante i disastri al rischio di sviluppare un Disturbo da Stress Post-Traumatico (Green et al. 1983; Jones 1985; McCarroll et al 1993d; Paton 1994; Raphael 1986; Short 1979; Taylor e Frazer 1982).

Norris (1992) studiò l'impatto di 10 eventi traumatici in un campione di 1000 adulti: la vista di qualcuno ucciso o gravemente ferito è associata al 23,6% dei casi di Disturbo da Stress Post-Traumatico ed è tra gli eventi traumatici che determinano i tassi più alti tra le donne esposte rispetto agli uomini.

Per alcuni, l'aspettativa di un'esposizione a una morte violenta può contribuire a determinare una risposta da stress: lo stress che una persona teme di sentire nel momento in cui lo stress realmente accade è lo stress anticipatorio.

McCarroll et al. (1993c) trovarono differenze di genere e di esperienze tra uomini e donne militari ai quali era chiesto di valutare lo stress che essi pensavano avrebbero potuto provare nel maneggiare morti in 13 situazioni diverse.

Le variabili situazionali si correlavano alle condizioni nelle quali i resti sarebbero stati recuperati (es. nei campi di battaglia), allo stato dei resti umani (es. carbonizzati, in decomposizione) e alle caratteristiche personali dei corpi (qualche conoscente, un bambino, ecc..).

Lo stress anticipato era più elevato nelle persone meno esperte che in quelle più esperte e nelle donne rispetto agli uomini e, ancora, gli uomini e le donne mostravano risposte simili in situazioni associate a uno stress anticipatorio più alto, maneggiando il corpo di un amico, di qualche conoscente o di un bambino.

Il più basso livello di stress era riferito a proposito del recupero del corpo di un soldato nemico.

Le variabili riferite allo stato dei resti (carbonizzati, mutilati, in decomposizione o smembrati) portavano i livelli di stress anticipatorio a valori compresi tra i due estremi. Un'analisi fattoriale dei punteggi dei soggetti mostrava tre elementi fondamentali: orrore dei resti, il "coinvolgimento emozionale" dell'osservatore con i resti e il possibile pericolo di chi tocca i resti umani (McCarroll et al. 1995).

Il fattore orrore giustificava la maggior varianza (60% uomini e donne), il coinvolgimento emozionale giustificava il 9% varianza uomini e 6% donne, fattore pericolo personale giustificava il 7% varianza uomini e 14% varianza donne.

I fattori identificati da McCarroll et al. (1995) sono importanti per lo sviluppo di programmi di prevenzione: addestramento e insegnamento potrebbero essere diretti infatti verso i tre fattori di stress.

Ad esempio un programma di desensibilizzazione che provvede alla "immunizzazione" attraverso la graduale introduzione di materiale malsano e insegnamento di strategie cognitive (evitare di guardare i volti dei morti e trattenersi dall'imparare i loro nomi) per focalizzare attenzione lontano da pensieri orribili (Meichenbaum, 1977) sembra essere un probabile fattore positivo nella riduzione dello stress.

Infatti coloro che maneggiano resti hanno riferito di essere fortemente stressati nel vedere i volti e le mani dei morti e le loro famiglie. (McCarroll et al. 1993d): riducendo la loro esposizione a queste situazioni può diminuire il loro coinvolgimento emozionale.

Insegnare alle persone esposte a morti traumatiche a ridurre la loro identificazione ed il loro coinvolgimento emotivo con le vittime e le famiglie può essere efficace nel prevenire lo stress post-traumatico tra questi individui.

2.4 La guerra in Kuwait: un esempio di psicopatologia di guerra

Uno scenario di psicopatologia di guerra è offerto dalla Guerra del Golfo Persico svoltasi nel biennio 1990-1991 in cui la nazione del Kuwait venne invasa improvvisamente dagli iracheni.

Esiste una scala di valutazione della gravità dell'occupazione di una nazione, ai cui estremi troviamo da una parte l'occupatore che prova ad arruolare la popolazione locale per supportare la sua impresa (sulla base di criteri ideologici, etnici, religiosi o altro), dall'altra vi è il totale assoggettamento della popolazione, genocidi e sterminio di minoranze etniche.

I principali fattori di stress di questa guerra furono:

- perdita della libertà;
- assenza di legislazione;
- minacce all'identità nazionale o etnica;
- oppressione politica;
- rapimenti;
- assassini;
- stupri;
- torture;
- arresti arbitrari e imprigionamenti;
- sparizioni;
- smembramenti di famiglie;
- perdita dei propri cari;
- inosservanza di norme civili;
- servizi segreti e componenti armate e forze militari segrete.

Le fasi della guerra seguirono il seguente schema:

- la pace che precede la guerra: il Kuwait era uno stato sovrano dal 1921 che viveva delle proprie risorse petrolifere e prima dell'invasione irachena si trovava in uno stato di pace con i suoi confinanti;
- la minaccia: l'Iraq inviò attacchi verbali al Kuwait accusandolo di aver rubato petrolio per un valore di 2,4 miliardi di dollari;
- l'attacco: nelle prime ore del mattino del 2 agosto 1990;

- l'invasione: nelle prime 8 ore dall'occupazione erano già state invase tutte le postazioni importanti e avevano l'intero controllo del Paese;
- l'occupazione: durò dal 2 agosto 1990 al 26 febbraio 1991
- la liberazione: 27 febbraio 1991 le truppe dell'Arabia Saudita entrarono a Kuwait city, ma prima dell'arrivo degli alleati furono incendiati e danneggiati tutti i 950 pozzi di petrolio del Kuwait provocando l'inquinamento dell'aria e dell'acqua;
- periodo post-bellico: nel dopoguerra vi fu il rientro dei kuwaitiani che avevano militato nelle forze di liberazione o si erano rifugiati in esilio durante l'occupazione, il fumo nero dei pozzi petroliferi causava problemi respiratori, le istituzioni pubbliche erano disgregate, pochi ospedali funzionavano e molti edifici erano in rovina;
- la pace post-bellica: dopo 3 anni dalla liberazione, il Kuwait non era ancora tornato quello di prima. I fattori che impedivano il ritorno alla normalità erano: le mine anti-uomo lasciate sul terreno, i continui conflitti politici e la persistente minaccia dell'Iraq.

Nel febbraio 1991, le Nazioni Unite attuarono in Kuwait due missioni: una denominata "umanitaria" ed una "salute e rischi della salute" e proprio in quest'ultima si individuò il Disturbo da Stress Post-Traumatico come uno dei problemi a cui prestare attenzione.

A tal scopo venne inviato sul posto un gruppo di cinque membri dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (*World Health Organization, WHO*): tre psichiatri norvegesi specializzati nei problemi legati alla guerra e ai disastri, uno psichiatra egiziano specializzato in cultura araba e islamica e in programmi nazionali per la salute mentale ed un membro dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

La missione ebbe lo scopo di esaminare la natura e la gravità dei problemi di salute mentale conseguenti alla guerra in Kuwait, dare consigli su come poter rafforzare i servizi sanitari e altri settori sociali ed infine suggerire attività per rispondere a questi problemi.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità propose un'indagine epidemiologica per ricercare chi fosse affetto da psicopatologia post-bellica, indagine che sarebbe poi servita per capire quali interventi attuare in quanto l'occupazione durò 208 giorni (7 mesi) e gli studi su vittime di guerra esposte ad eccessivo stress hanno dimostrato che la continua esposizione per più di 6 mesi, in modo particolare quando lo stress è imprevedibile ed incontrollabile, porta ad un aumento della morbilità generale e psichiatrica e ad un aumento della mortalità.

La popolazione del Kuwait non si aspettava una minaccia irachena di tale portata e compì quindi un errore di valutazione che le costò una maggiore vulnerabilità con il rischio aumentato di grave *shock* e di un successivo Disturbo da Stress Post-Traumatico. Anche l'attacco non venne immediatamente percepito come tale: era convinzione diffusa tra la popolazione che i rumori della guerra avvertiti nella notte o alla mattina fossero dovuti ad una esercitazione dell'esercito kuwaitiano.

Un altro fattore di stress fu la separazione dalla propria famiglia che molti vissero all'arrivo degli iracheni invasori.

Gli iracheni esercitarono torture e stupri di ogni tipo sui kuwaitiani, (trauma aggravato dalla religione musulmana del Kuwait) e compirono il processo definito di "*irachenizzazione*": vennero rimossi i simboli nazionali del Kuwait, le patenti di guida vennero sostituite con quelle irachene, nelle scuole gli insegnanti furono obbligati a raccontare la versione irachena dei fatti, venne infine imposto un coprifuoco dal tramonto all'alba. Le conseguenze furono la perdita dell'identità personale e nazionale.

Vennero inoltre interrotti i servizi di nettezza urbana, della distribuzione di alimenti e dei trasporti pubblici, danneggiati i servizi sanitari, ridotti quelli ambulatoriali e di degenza e ridotto il personale medico con conseguente aumento del numero di decessi soprattutto tra la fascia di popolazione più vulnerabile e nelle ultime settimane venne sospesa l'erogazione di acqua e corrente elettrica.

Il quadro psicopatologico dei kuwaitiani si può riassumere come caratterizzato da: incredulità, confusione diffusa, paralisi, fuga da panico, reazioni psicotiche ed i sentimenti più diffusi furono l'angoscia, la rabbia, la disperazione, il terrore e la paura dai quali si creò uno stato di vigilanza costante che indusse i sintomi dello stress.

L'inquinamento atmosferico, in particolare di aria e acqua, fu, secondo i medici, la causa delle manifestazioni fisiche del Disturbo da Stress Post-Traumatico e della sindrome ansiosa compatibile con la sindrome da stress ambientale.

Il trauma della guerra influenzò sul comportamento e sulle emozioni: anche tra gli studenti nelle scuole si constatò una diminuzione del rispetto per la legge e l'autorità ed i medici di famiglia che si trovarono nei centri di prima assistenza sanitaria riportarono un aumento della richiesta di ipnotici e tranquillanti.

Circa il 30% della popolazione riportò che si erano modificati o erano precipitati o ancora aumentati o insorti disturbi legati alla guerra con frequente somatizzazione.

La *United Nations Compensation Commission* (U.N.C.C.) stabilì cinque categorie di traumi di guerra:

- perdita del coniuge, di un bambino o genitore;
- gravi ferite personali;
- aggressioni sessuali e torture;
- essere testimoni di pene premeditate di questi eventi contro coniuge, proprio figlio o genitore;
- essere stato preso in ostaggio o detenuto illegalmente per più di tre giorni con evidente paura certa per la propria vita o paura per essere stato preso in ostaggio o detenuto illegalmente.

I disturbi mentali vennero infine riconosciuti nella categoria dei gravi danni personali e trattati secondo l'ICD-10.

3. Psicopatologie legate alla pandemia da COVID-19

3.1 Le caratteristiche della pandemia

Una pandemia non è solo un fenomeno medico, ma è un fenomeno che colpisce anche gli individui e la società causando disagi, ansia, stress, stigma e xenofobia (l'avversione indiscriminata verso gli stranieri e tutto ciò che viene dall'Estero) (Torales et al. 2020b).

Essa ha un profondo impatto a livello sociale ed economico in quanto crea un clima generalizzato di paura, panico, effetti psicologici ed affettivo-emotivi a livello individuale e di massa.

Il comportamento di un individuo o della comunità però, ha un ruolo importante per gli effetti delle reazioni psicologiche (comportamenti disadattivi, stress emotivo e risposte difensive, comportamenti di evitamento), per gli effetti sul livello di gravità della pandemia e per il grado di diffusione delle conseguenze (Moukaddam, Shah, 2020).

Le reazioni psicologiche, se sono adeguate risposte allo stress, possono aiutare le persone a prestare una giusta attenzione alla pandemia, a prevenirla e a porvi rimedio attivamente, mentre una risposta eccessiva può spingere le persone a esagerare la gravità della pandemia e a vivere nella paura costante.

L'ipervigilanza, ad esempio, può insorgere a causa di paura e ansia e, nei casi più gravi, sfociare in Disturbo da Stress Post-Traumatico e/o Depressione (Perrin et al. 2009).

Diverse recenti indagini sulla popolazione hanno dimostrato che la pandemia COVID-19 ha portato al peggioramento della salute della stessa, con incremento significativo di Disturbi Depressivi e Ansiosi. L'incremento di queste condizioni è a sua volta associato all'incremento del rischio suicidario (Fiorillo et al., 2020; Gonzalez-Sanguino et al., 2020).

La Depressione e il Disturbo d'Ansia Generalizzato sono costantemente associati all'esposizione a eventi di vita stressanti (Kendler e Gardner, 2016; Kendler et al., 2003).

I pensieri intrusivi, i pensieri ansiosi che sono indesiderati, ricorrenti e che spesso emergono all'improvviso, sono stressanti in sé e per sé e sono anche associati a diversi disturbi legati allo stress (ad esempio, Disturbo Ossessivo-Compulsivo, Pascual-Vera et al., 2019; Disturbo da Stress Post-Traumatico, Falsetti et al., 2002).

La paura dell'ignoto, in questo caso la diffusione della malattia e l'impatto su persone, salute, ospedali ed economie, aumentano l'ansia negli individui sani e in quelli con condizioni di salute mentale preesistenti. (Rubin & Wessely 2020).

Ciò che non conosciamo ci mette in uno stato di allerta: ecco perché è più intensa la paura di fronte a malattie sconosciute piuttosto che in relazione a malattie notoriamente gravi ma più familiari.

I sentimenti di perdita di controllo guidano la paura e l'incertezza poiché la traiettoria delle pandemie è in continua evoluzione, così come lo sono i consigli sulle azioni da intraprendere per fermare la diffusione della stessa. Le risposte delle persone alla paura e all'intolleranza dell'incertezza portano a comportamenti sociali negativi (Rubin & Wessely, 2020). L'incertezza aumenta i sentimenti di allarme con conseguenti comportamenti mirati a ridurre le situazioni incontrollabili che le persone temono. Ad esempio, abbiamo visto persone che svuotano gli scaffali dei supermercati con conseguente carenza globale di cibo e beni di prima necessità come la carta igienica (El-Terk, 2020).

Si presume che questo comportamento si verifichi per due motivi: il primo perché la minaccia di COVID-19 è percepita come una minaccia "reale" e si prevede che duri per un po' di tempo ed il secondo perché è come un mezzo per riprendere il controllo (El-Terk, 2020).

Nel caso dell'attuale pandemia la rapida trasmissione da uomo a uomo di COVID-19 ha portato all'applicazione di blocchi regionali per arginare l'ulteriore diffusione della malattia. L'isolamento, l'allontanamento sociale, la chiusura di istituti di istruzione, luoghi di lavoro, luoghi di culto e centri di intrattenimento hanno costretto le persone a rimanere nelle loro case per contribuire a fermare la catena di trasmissione.

Tuttavia, queste misure restrittive hanno indubbiamente influito sulla salute sociale e mentale degli individui: ad esempio, nel mondo occidentale, dominato dall'era della digitalizzazione ed ancora più dei social network, si è passati da un normale flusso di informazioni a vere e proprie forme di contagio virtuale, si parla infatti di "*infodemia*" quando vi è diffusione di un'enorme quantità di informazioni proveniente da fonti diverse e da fonti non sempre verificate.

Il rilascio inappropriato o eccessivo di informazioni che provocano il panico da parte di televisione, radio, giornali, riviste, internet e altre fonti dei media può appunto avere un impatto negativo sulla popolazione.

Dal punto di vista della psicologia della comunicazione, durante questi periodi, si tende ad avere un'affinità per le informazioni negative, minacciose o informali e si tende ad ignorare o a dubitare delle informazioni positive e formali.

Durante la pandemia COVID-19 si è potuto osservare una sindrome peculiare nota come “disturbo da stress del titolo”, caratterizzata da un'elevata risposta emotiva di stress e ansia, dovuta a interminabili notizie dai media, che possono causare sintomi fisici tra cui palpitazioni e insonnia fino ad una possibile ulteriore progressione verso disturbi fisici e mentali.

Secondo una ricerca pubblicata dall'*American Psychological Association*, l'ansia, lo stress e la preoccupazione provocati dal COVID-19 non si limitano alle ore diurne, ma la pandemia starebbe colpendo anche i sogni, infondendo emozioni negative sul virus stesso, in particolare tra i soggetti adulti di sesso femminile.

Altre ricerche hanno suggerito che i nostri sogni spesso riflettono ciò che sta accadendo nella nostra vita da svegli e che altre crisi, tra cui guerre, disastri naturali e attacchi terroristici, hanno portato a un aumento dei sogni ansiosi.

Molti studiosi, infatti attribuiscono la vividezza dei sogni al caos emotivo e fisico che molti stanno vivendo.

Un'altra ipotesi sostenuta dai ricercatori è che sognare in maniera più vivida sia una reazione traumatica allo stress o all'isolamento.

Uno studio del *Kings College* di Londra, pubblicato sulla rivista medica “*The Lancet*” a fine febbraio, ha analizzato l'impatto psicologico della quarantena: la ricerca ha riportato effetti psicologici negativi tra cui sintomi di stress post-traumatico, confusione e rabbia.

Se il rischio che l'autoisolamento e la pandemia possano davvero causare un Disturbo da Stress Post-Traumatico, allora questo potrebbe spiegare, in parte, anche un mondo dei sogni alterati: gli incubi sono infatti una caratteristica di questo disturbo così come il sonno disturbato.

3.2 Fattori di stress legati alla pandemia e popolazione a rischio psicopatologico

Lucio Ghio, Psichiatra, Direttore dell'SC Salute Mentale Distretto 11-SPDC a Galliera, ASL3 Genovese e Direttore del Dipartimento di salute Mentale e Dipendenze, ASL3 Genovese, durante il convegno "*L'impatto della pandemia nella salute mentale: un'occasione per ripensare il futuro*" tenutosi nel 2021 disse: "L'isolamento, le restrizioni, il timore di ammalarsi e le perdite economiche possono in qualche modo essere tollerate per un breve periodo di tempo, ma se perdurano a lungo (per un tempo eccessivo), come è accaduto, possono causare un vero e proprio Disturbo da Stress Post-Traumatico."

I principali fattori di stress tra la popolazione adulta e gli operatori sanitari sono:

- Misure di contenimento a casa: isolamento, quarantena (i periodi di quarantena più lunghi sono associati a sintomi di stress post-traumatico, a comportamenti di evitamento e a frequenti episodi di rabbia) e *Lockdown* nazionale durato mesi.

Queste misure, producono cambiamenti fisiologici e sociali nell'attività fisica, nell'alimentazione, nell'esposizione alla luce solare e nel ritmo sonno-veglia. Secondo Deirdre Leigh Barrett, professoressa di Psicologia presso il Dipartimento di Psichiatria della *Harvard Medical School*, nel periodo di *Lockdown* le persone dormono meno del solito.

Lockdown e isolamento sociale hanno anche incrementato la paura per la violenza domestica, che include abuso fisico, emotivo e sessuale.

27/03/2020 "[...] L'obbligo di arresto e quarantena, infatti, costringe le persone a conteggiare e a patteggiare con una realtà assolutamente nuova, sconosciuta, ma soprattutto inaspettata, e che non riguarda solo il mondo esterno, circumnavigato da un invisibile virus: è anche il mondo interno, alimentato da stress, frustrazione ed impotenza, che necessita di ridisegnare le proprie capacità di adattamento. Non si tratta solo di cambiare insieme a qualcosa che varia inevitabilmente: è l'adattamento al mondo interno e alle mutazioni che subisce a mettere la persona di fronte a quell'inspiegabile sentimento di vuoto oppure di grande opportunità generativa. Entra in campo la resilienza, ossia la capacità di affrontare gli urti, la sublimazione, qui intesa come abilità nell'individuare altre forme di piacere alternative a quelle consuete, l'imprigionamento, che costringe ad usufruire di un solo spazio

nel quale mettere in ballo tutto ciò che di costruttivo e ricreativo siamo in grado di realizzare. [...]” (Ferrone Y. (2021), *Psicovid. Gli effetti psicologici del Coronavirus*, Cap. 3 pag. 23, Edizioni Si)

- Auto-isolamento degli operatori sanitari: nella rubrica “Lettere al direttore”, pubblicata su “Quotidiano Sanità.it” il 19 marzo 2020, emerge che siano proprio la quarantena, l’isolamento auto-inflitto e lo stigma ad essi associato a contribuire per il possibile sviluppo di un Disturbo da Stress Post-Traumatico.

Si legge: “La paura e la preoccupazione di contagio per sé e per i propri familiari possono condurre l’operatore sanitario ad un vero e proprio auto-isolamento.

Lo stigma e il rifiuto sociale legati a fantasmi di possibile infezione verso gli operatori della salute da parte della popolazione vengono generalmente alimentati anche dagli abituali conoscenti, dalle persone dello stesso quartiere d’appartenenza. [...] Frequenti i sintomi di disagio emotivo, intenso distress psicologico, ansia, depressione, paura e nervosismo, irritabilità, insonnia persistente e sintomi riferibili a Disturbo da Stress Post-Traumatico, insieme a penosi sentimenti di colpa e tristezza”.

- Paura ossessiva di essere contaminati e contagiati: l’espansione della pandemia ha avuto la possibilità di creare paure irrazionali per cui non basta ascoltare le fonti informative affidabili, né l’essere a conoscenza delle misure di sicurezza semplici e necessarie (lavarsi le mani, mantenere il metro di distanza, rimanere a casa se si ha qualche linea di febbre o sintomi specifici), poiché con il tempo è possibile aver sviluppato paure sempre più infondate, come il timore irrazionale che l’infezione possa provenire dagli alimenti che mangiamo, oppure che possa essere trasmessa dai nostri animali domestici e questo può aver scatenato veri e propri sintomi ossessivo-compulsivi. Alcune persone mostrano un maggiore desiderio di pulizia, come lavarsi ripetutamente le mani, eccessiva sensibilità ai cambiamenti corporei, eccessiva dipendenza dal personale medico, maggiore irritabilità e violenza, irrequietezza, insonnia, palpitazioni, tremori, minzione frequente e altri sintomi neurologici.

Alcuni sperimentano anche la paura della morte per se’ stessi e per gli altri: alcune persone possono soffrire di un’esagerazione patologica nei confronti dei pericoli della malattia e perdere la fiducia nel trattamento, così come nella società, altri scrivono note di suicidio e altri ancora addirittura si suicidano.

In particolare la paura di contagiare è presente soprattutto tra gli operatori sanitari: “l’incertezza su quando l’epidemia sarà sotto controllo” e “la preoccupazione di contagiare con il COVID-19 la famiglia” erano in cima alla lista quando ai professionisti medici sono state chieste le cose più stressanti nella loro vita quotidiana o al lavoro durante la pandemia.

- Incertezza sull’andamento della pandemia come emerge dalle parole di Yari Ferrone: 3/04 “[...] La proliferazione incontrollabile, la virulenza ancora di più: come se stesse lì a ricordarci che avere qualcosa in comune in realtà è molto più semplice del previsto e che l’essere umano non è poi così forte e invincibile. Un virus che ci tiene distanti, ma che subdolamente fa del suo meglio per uguagliarci, per metterci tutta sulla stessa barca, perché sembra sia sempre dietro l’angolo e pronto ad infettarci. Invisibilmente potente, per certi versi come fosse un’arma nucleare, ma questa volta di ignota provenienza. [...] Psicologicamente, l’incomprensibilità del fenomeno che stiamo vivendo è distruttiva tanto quanto il virus che fisicamente può far cessare un respiro eterno. [...]” (Ferrone Y. (2021), *Psicovid. Gli effetti psicologici del Coronavirus*, Cap. 5, pag. 29, Edizioni Sì)
- Noia e frustrazione: l’assenza prolungata di vita sociale e l’incapacità di mantenere il proprio stile di vita e la propria libertà di movimento (sia fisica che mentale) possono scatenare sintomi depressivi.
- Cambiamenti del modo di lavorare: *smart-working*, licenziamenti, condizioni di lavoro molto stressanti (ad esempio nel caso degli operatori sanitari) che portano al rischio di *burnout*.

Jaimie Gradus, una professoressa associata specializzata in questa materia presso la *Boston University School of Public Health* ritiene che i licenziamenti, la perdita della propria casa e le ingenti spese sanitarie possano essere tutte forme di stress o traumi.

- Bombardamento di *fake news* su tv, giornali, social media: il caso dell’infodemia
- Controllo dei propri spostamenti
- L’attenzione continua ai dispositivi di protezione individuale (D.P.I.)
- Prendere decisioni eticamente difficili può portare gli operatori sanitari a sviluppare depressione, ansia, Disturbo da Stress Post-Traumatico e idee suicidarie

- Mantenere un equilibrio tra le proprie esigenze di assistenza fisica e mentale e quella dei pazienti può portare gli operatori sanitari all'insorgenza di depressione, ansia, Disturbo da Stress Post-Traumatico, idee suicidarie.
- La similitudine tra i sintomi del virus COVID-19 ed altre patologie come l'influenza abituale.
- Necessità di fornire assistenza con risorse limitate o inadeguate può portare gli operatori sanitari a soffrire di depressione, ansia, Disturbo da Stress Post-Traumatico, idee suicidarie.
- Prognosi incerte una volta contratta la malattia.
- Gestione del lutto: già dal momento in cui il malato viene trasportato in ambulanza, all'interno delle barelle per il bio-contenimento, i familiari sanno che potrebbe essere l'ultima volta che lo vedono in quanto è loro preclusa la possibilità di fargli visita in ospedale e questo li porta a sentirsi pervasi dal senso di colpa per la sensazione di aver abbandonato un proprio caro.

La comunicazione del decesso avviene solitamente tramite una telefonata e da quel momento si interrompe il processo di elaborazione del lutto a causa dell'impossibilità di organizzare una veglia funebre o funerale, ma anche di raccogliere amici e parenti per ricordare il defunto.

Viene a mancare l'aspetto di ritualità e manca anche un corpo su cui piangere.

Se si aggiunge anche la possibilità di lutti multipli vi è il rischio di Disturbo da Lutto Persistente Complicato.

- Adattamento e nuove tecnologie: ad esempio tra gli operatori sanitari con C-pap, telemedicina.
- Colpa e stigma tra il personale sanitario nei casi di rifiuto a prendersi cura di pazienti COVID positivi, denigrazione da parte di media, social, a volte istituzioni e amministrazioni sanitarie.

I potenziali fattori di stress per bambini e adolescenti durante questo periodo difficile includono:

- maggiore isolamento sociale: interruzione dei livelli di attività fisica (Chan et al., 2020) e cambiamento nelle abitudini alimentari dei bambini (Rundle et al., 2020; Wang, Zhang, et al., 2020) con conseguenze quali depressione, ansia o sintomi

somatici, crisi psicotiche, pensieri suicidi, dipendenza e disturbi del pensiero, solitudine, disagio psicologico, rabbia, irritabilità, noia, paura e stress;

- maggiori preoccupazioni per la sicurezza e la salute: essere malati può innescare paura della morte, ansia, depressione e persino stigma in coloro che sono in quarantena, infatti gli studi rivelano che, durante la pandemia di COVID-19, la sensazione di paura, nervosismo, tristezza e insonnia correlate all'ansia è maggiore nei bambini e negli adolescenti in quarantena rispetto ai loro coetanei non messi in quarantena;
- aumento dello stress dei genitori e *careviger* (per impatti lavorativi, finanziari o di altro genere) e aumento del conflitto familiare, conflitto genitore-figlio e/o abusi sui minori;
- perdita di attività prosociali (scuola, sport, attività sociali, *hobby*): mentre l'istruzione e le amicizie dei bambini vengono interrotte, molti sperimentano vere ansia e paura (Hadley, 2020).

La chiusura delle scuole colpisce i bambini con bisogni speciali, che non potranno progredire nelle loro competenze essenziali e le loro famiglie che dovranno accudirli a casa senza il supporto degli educatori e del doposcuola.

- Aumento del tempo davanti allo schermo dei dispositivi elettronici e della sedentarietà.
- Adeguamento ai processi e alle richieste della scuola online.

C'è un fattore, infine, che accomuna tutti: il pensiero catastrofico, con cui si intende la tendenza ad anticipare sempre il peggio, come che si perderà il lavoro, che le cose non torneranno come prima, che si finirà in ospedale, che qualche persona a noi cara non ce la farà, che l'economia crollerà, che non ci saranno vie di uscita alla situazione, ecc.

Anziché aiutare, questi pensieri non fanno altro che complicare la realtà che stiamo vivendo, rendendola più faticosa e sicuramente meno piacevole o rassicurante.

I principali soggetti a rischio psicopatologico sono coloro che riportano le seguenti caratteristiche:

- giovane età;
- sesso femminile (soprattutto per depressione e Disturbo da Stress Post-Traumatico);
- essere single;
- presenza di fattori socio-economico concomitanti (minori in carico a casa, avere problemi economici, insicurezza riguardo al proprio impiego);

- migrazione;
- ruolo infermieristico.

3.3 Effetti psicologici della pandemia sulla popolazione generale e sugli operatori sanitari

Un team dell'Università del *Queensland* in Australia ha fatto una stima per il 2020.

Se la pandemia non fosse avvenuta, il modello utilizzato dai ricercatori ha stimato che ci sarebbero stati:

- 193 milioni di casi di Disturbo Depressivo Maggiore in tutto il mondo, mentre si stima che si siano effettivamente verificati 246 milioni di casi: 53 milioni di casi in più (+28 per cento).
- 298 milioni di casi di Disturbi d'Ansia, ma potrebbero esserci stati 374 milioni di casi effettivi: 75 milioni di casi in più (+26 per cento).

Le cifre sia per la depressione che per l'ansia di solito rimangono stabili di anno in anno, tali forti rialzi non possono essere considerati fluttuazioni di routine: "Questo è sicuramente uno *shock* per il sistema da quello che siamo abituati a vedere quando si tratta della prevalenza di questi disturbi", come dice Santomauro D., l'autore principale, dal *Queensland* Centro per la ricerca sulla salute mentale, Scuola di sanità pubblica presso l'Università del *Queensland*. (Stix G. (2021), *Pandemic Year One Saw a Dramatic Global Rise in Anxiety and Depression. In hindsight, 2020 witnessed a disproportionate mental health burden on women and young people*, Scientific American).

Al fine di studiare in modo più specifico le conseguenze psicologiche negative del COVID-19 e le sue conseguenze sociali, la società di ricerche di mercato Ipsos MORI è stata incaricata dall'*Academy of Medical Sciences* (A.M.S.) e dall'ente benefico per la ricerca sulla salute mentale *Transforming mental health* (M.Q.) di condurre un sondaggio tra la popolazione in tutta la Gran Bretagna per esplorare quali sono le preoccupazioni delle persone riguardo all'impatto dell'attuale pandemia di COVID-19 sul loro benessere mentale e cosa hanno fatto per sostenere il loro benessere mentale in questo periodo.

Le domande sono state poste *online* e hanno partecipato 1.099 adulti di età compresa tra i 16 e i 75 anni; il sondaggio è stato condotto nella settimana successiva all'annuncio del blocco in tutto il Regno Unito, con un lavoro anche sul campo svolto tra giovedì 26 marzo e lunedì 30 marzo 2020. Le domande sono state poste a risposta libera, e successivamente codificate e quantificate.

I risultati sono stati utilizzati per sviluppare un documento firmato da 24 esperti di spicco che è stato pubblicato su *“Lancet Psychiatry”* mercoledì 15 aprile (Holmes et al., 2020).

I principali risultati dell'indagine Ipsos MORI (2020) sono stati i seguenti:

- il 21% dei partecipanti ha manifestato preoccupazione per l'isolamento, compreso il fatto di non poter uscire in generale (18%) e di stare in isolamento per un lungo periodo (2%);
- il 13% ha manifestato preoccupazione per il distanziamento sociale, compresa la mancanza di contatto sociale (5%) e la solitudine (4%);
- il 20% dei partecipanti ha manifestato preoccupazione per lo sviluppo di disturbi psicologici;
- il 13% ha riportato la presenza di sentimenti negativi;
- il 10% ha manifestato preoccupazione per la gestione degli aspetti pratici della vita (ad esempio finanze e occupazione);
- il 7% ha avuto preoccupazioni per la possibilità di contrarre il virus COVID-19.

Ci sono differenze tra uomini e donne in molte delle preoccupazioni identificate: le donne hanno manifestato maggiori probabilità, rispetto agli uomini, di essere preoccupate per l'isolamento, l'allontanamento sociale, la salute mentale e la malattia fisica.

Ad esempio il 28% delle donne è preoccupato per lo sviluppo di disturbi psicologici durante l'attuale pandemia, rispetto al 13% degli uomini.

Per affrontare queste problematiche psicologiche un quarto delle persone (24%) afferma di aver utilizzato vari tipi di intrattenimento tra cui:

- la lettura (8%),
- il fai da te e l'artigianato (4%),
- l'ascolto di musica (3%),
- Il 22% rimanendo in contatto con la famiglia e gli amici,
- il 19% utilizzo di canali di comunicazione specifici (ad esempio social media e videochiamate),
- l'attività fisica per 18%,
- lavorare da casa per il 15%.

Altre attività in grado di aumentare il benessere mentale delle persone sono risultate:

- fare le faccende domestiche (12%),
- apprezzare la natura o uscire (10%),

- l'utilizzo di tecniche di rilassamento (9%).

(Cantelmi T., Cecchetti S., Lambiase E., Laselva P. e Pensavalli M. (2020), *COVID-19: impatto sulla salute mentale e supporto psicosociale*. FrancoAngeli)

L'epidemia potrebbe causare seri cambiamenti nello stile di vita della popolazione pediatrica. (Filipova et al., 2020; Hadley, 2020), ma anche i giovani adulti e gli adolescenti possono essere particolarmente vulnerabili alle conseguenze sulla salute mentale della pandemia di COVID-19 (Gruber et al., 2020).

Per i bambini e gli adolescenti in Italia, la pandemia di COVID-19 rappresenta il primo grande evento stressante della comunità: è la prima volta che il governo impone la chiusura di scuole, parchi pubblici, luoghi di ritrovo, attività ricreative e sportive a livello nazionale e i bambini e gli adolescenti devono fare i conti con la paura di ammalarsi, ma anche con la perdita dei propri cari.

Inoltre, hanno percepito le eventuali perdite economiche e lo stress dei loro genitori che generano crescenti sensazioni di incertezza ed umore depresso.

Durante questo periodo i bambini sono costantemente esposti alle notizie sulla pandemia (Guan et al., 2020) e ciò porta ad un aumento dei livelli di ansia e stress.

Sarebbe consigliabile per i genitori limitare il tempo che bambini e adolescenti trascorrono utilizzando Internet e sarebbe auspicabile modellare comportamenti di *coping* positivi per ridurre lo stress, incoraggiando i bambini a svolgere altre attività, ad esempio ascoltare musica, leggere insieme e giocare insieme a giochi da tavolo.

In un campione di bambini asiatici lo stato di studenti e l'età più giovane sono stati associati a una salute mentale peggiore durante il COVID-19 (Huang & Zhao, 2020; Wang et al., 2020), dati che è importante tenere in considerazione in quanto è noto che eventi stressanti nella prima infanzia possono portare a un crollo psichiatrico.

In particolare, diversi disturbi psichici aumentano durante l'adolescenza quando lo stato della personalità si sta sviluppando.

La meta-analisi dell'Università di Calgary riunisce i dati di 29 studi separati provenienti da tutto il mondo, inclusi 80.879 giovani a livello globale.

I risultati emersi mostrano che i sintomi di depressione e ansia sono raddoppiati nei bambini e negli adolescenti rispetto ai tempi pre-pandemici.

"Le stime mostrano che un giovane su quattro a livello globale sta vivendo sintomi di depressione clinicamente elevati, mentre uno su cinque ha sintomi di ansia clinicamente elevati", afferma la dott.ssa Nicole Racine, associata post-dottorato, psicologa clinica e autrice principale dell'articolo.

Lo studio dell'Università di Calgary che comprende 16 studi dall'Asia orientale, quattro dall'Europa, sei dal Nord America, due dall'America centrale e meridionale e uno dal Medio Oriente, mostra anche che gli adolescenti e le ragazze più grandi stanno vivendo i livelli più alti di depressione e ansia.

"Quando è iniziato il COVID-19, la maggior parte delle persone pensava che sarebbe stato difficile all'inizio, ma che i bambini sarebbero stati meglio nel tempo, man mano che si adattavano e tornavano a scuola. Ma quando la pandemia è persistita, i giovani hanno perso molte pietre miliari nelle loro vite. È andato avanti per oltre un anno e per i giovani è stato un periodo davvero importante della loro vita", afferma la dott.ssa Sheri Madigan, coautrice dell'articolo, psicologa clinica dell'Università di Calgary e Canada *Research Chair in Determinants of Child Sviluppo*.

Gli adolescenti più grandi, in particolare, hanno perso importanti eventi della vita come lauree, eventi sportivi e momenti di transizione che segnano il passaggio con l'età adulta.

"Questi ragazzi non immaginavano che una volta diplomati, non avrebbero mai potuto dire addio alla loro scuola, ai loro insegnanti o ai loro amici, e ora stanno passando qualcosa di nuovo, senza chiusura. C'è un processo di lutto associato a questo". Afferma Racine (University of Calgary (2021), *Youth, the pandemic and a global mental health crisis. Depression and anxiety symptoms have doubled, help needed, warn clinical psychologists*, ScienceDaily).

Durante le pandemie, mentre il resto del mondo affronta l'arresto ed il rallentamento delle attività quotidiane, gli operatori sanitari seguono la direzione opposta: a causa dell'aumento esponenziale della domanda di assistenza sanitaria, gli operatori sanitari affrontano lunghi turni di lavoro, spesso con poche risorse e infrastrutture precarie, e con la necessità di indossare Dispositivi di Protezione Individuale che possono causare disagio fisico e difficoltà respiratorie.

Molti professionisti possono sentirsi impreparati ad effettuare l'intervento clinico di pazienti infettati da un nuovo virus di cui si sa poco e per i quali non esistono protocolli clinici o trattamenti consolidati.

Anche la sofferenza psichica può portare a difficoltà sul luogo di lavoro, impedendo agli operatori sanitari di prendere decisioni adeguate dovute a pressioni interne (paura, incapacità di affrontare la sofferenza, mancanza di conoscenza) o esterne (pressione gerarchica, problemi di comunicazione e organizzativi, mancanza di risorse e supporto di altro servizi). Questi professionisti della cura hanno vissuto tutto ciò in maniera repentina, dai disagi organizzativi, fisici e psicologici alla rapidità con cui l'emergenza sanitaria si è diffusa, dall'impatto generato sulla salute di tutti i cittadini, alla scarsità di risorse professionali, fino ai presidi che garantiscano la sicurezza del personale e di adeguati ed attrezzati luoghi di cura, il tutto aggravato dal loro perdurare nel tempo.

Tutti loro sono stati a stretto contatto con quella “elevata mortalità” di cui la popolazione generale ha sentito solo parlare al telegiornale, assistendo a molti lutti anche durante la stessa giornata, si sono presi cura dei pazienti in isolamento sapendo di essere l'unico contatto con il mondo esterno e comunque sempre con addosso i dispositivi di protezione.

C'è anche chi ha vissuto la morte dei colleghi: allarmante il dato dell'Organizzazione Mondiale della Sanità di Maggio 2021 che ha stimato oltre 110.000 morti tra gli operatori sanitari, 365 medici in Italia da inizio pandemia.

Giulia Piccinini, Psichiatra, dirigente Medico presso S.P.D.C. dell'EO Galliera, ASL 3 Genovese, Genova, durante il convegno dal titolo “*L'impatto della pandemia nella salute mentale: un'occasione per ripensare il futuro*”, dice che in risposta allo stress legato alla pandemia gli operatori sanitari si possano sviluppare un *range* di alterazioni comportamentali (legate alle performance), reazioni fisiche (cefalea, disturbi gastroenterici), e psicologiche (riduzione della motivazione, anedonia, pensieri e sintomi depressivi, isolamento).

Questo perché per mesi gli operatori sanitari in prima linea hanno dovuto affrontare circostanze simili alla guerra: sofferenze prolungate, più morti del solito e, in molti casi, mancanza di risorse adeguate per rispondere.

Gli psicologi che seguono questi lavoratori hanno osservato depressione, panico, paranoia e tendenze suicidarie. Sono emersi casi di Disturbo da Stress Acuto e indicatori precoci di

Disturbo da Stress Post-Traumatico, anche se alcuni ritengono che sia troppo presto per fare tale diagnosi.

Diversi mesi dopo l'inizio della pandemia, anche gli operatori sanitari hanno mostrato segni di esaurimento, difficoltà cognitive, irascibilità ed errori sul lavoro, afferma la psicologa clinica Lauren DeCaporale-Ryan, assistente professore presso l'Università di Medicina di Rochester.

Con il termine “*burnout*” si intende l’insieme di sintomi psico-fisici e atteggiamenti negativi nei confronti del lavoro i cui fattori prevalenti sono esaurimento emotivo, continua tensione, inaridimento emotivo, depersonalizzazione intorpidimento emozionale e sensoriale, sensazione di essere un automa che perde contatto con le proprie e le altrui emozioni.

E’ un processo transazionale composto da 3 fasi:

- squilibrio tra risorse disponibili e richiesta;
- immediata risposta emotiva allo squilibrio, caratterizzata da ansietà, tensione, affaticamento ed esaurimento;
- cambiamenti nel comportamento e nell’atteggiamento.

Il primo studio che ha analizzato direttamente il personale sanitario coinvolto con il COVID-19 è quello di Lai e colleghi (2020), pubblicato sul *Journal of American Medical Association*, basato su un’indagine svolta dal 29 gennaio al 3 febbraio 2020, su 1.257 operatori sanitari, relativi a 34 ospedali della Cina.

I risultati non sono confortanti, gran parte di loro riferisce di sperimentare sintomi di:

- depressione (634 che corrisponde al 50%),
- ansia (560 che corrisponde al 45%),
- insonnia (427 che corrisponde al 34%),
- distress (899 ovvero il 71,5%).

Gli operatori in prima linea e quelli di *Wuhan*, epicentro originario dell’epidemia, hanno manifestato un carico psicologico maggiore rispetto agli operatori sanitari cinesi più lontani dall’epicentro.

I dati riportati evidenziano che l’evento COVID-19 costituisce un fattore di rischio per la salute mentale negli operatori sanitari e che in particolare il meccanismo psicopatologico è da ascrivere al trauma e alle conseguenze sintomatiche ad espressività post-traumatica.

Tali conseguenze negative si sono manifestate anche dopo pochi giorni dall’inizio delle restrizioni sociali e dell’emergenza medica, e sono proseguite anche molto tempo dopo.

In particolare le donne, rispetto agli uomini, hanno mostrato livelli più gravi di ansia, depressione e angoscia, che possono essere considerati fattori di rischio per lo sviluppo di problemi di salute mentale.

(Cantelmi T., Cecchetti S., Lambiase E., Laselva P. e Pensavalli M. (2020), *COVID-19: impatto sulla salute mentale e supporto psicosociale*. FrancoAngeli).

Il seguente studio è stato sottoposto a 731 operatori sanitari dell'ospedale Galliera e di 3 nuovi ospedali dell'A.S.L.3 ed è stato compilato tra il 30 luglio 2020 e il 30 settembre 2020. Il 92% ha avuto esposizione diretta al COVID-19 ed il 68% ha lavorato con pazienti COVID-19 positivi:

- il 62% ha percepito un impatto diretto sul proprio benessere a causa del lavoro,
- il 40% ha sentito il bisogno di supporto psicologico,
- il 21% ha fatto uso di sonniferi,
- il 20% ha fatto uso di ansiolitici,
- il 32% ha aumentato l'uso di alcolici.

Gli aspetti psicopatologici emersi sono:

- 62% sintomi depressivi,
- 61% sintomi ansiosi, 48% insonnia,
- 34% sintomi di Disturbo da Stress Post-Traumatico,
- più della metà dei partecipanti mostrava segni di *burnout*.

Le conclusioni che si possono trarre sono che il COVID-19 ha rappresentato un evento stressante di portata enorme, causando alti livelli di *burnout* e sofferenza psicologica nei lavoratori sanitari, già gravati da un rischio biologico importante, il *burnout* è un fattore di rischio di ulteriore sofferenza psicopatologica e la pandemia è un'occasione per ripensare strategie che supportino il benessere degli operatori sanitari, poiché lavorare sul benessere degli operatori sanitari permette di mantenere standard di cura elevati.

(Piccinini G., 2021, Psichiatra, dirigente Medico presso S.P.D.C. dell'EO Galliera, ASL 3 Genovese, relazione presentata nel corso del Convegno “*L'impatto della pandemia nella salute mentale: un'occasione per ripensare il futuro*”.)

In segno di gratitudine e apprezzamento per la dedizione del personale sanitario, il 2021 è stato designato Anno internazionale dei lavoratori sanitari e assistenziali (*YHCW: Year of*

the Health and Care Workers) e gli stessi operatori sanitari sono stati anche candidati al Premio Nobel per la Pace, su proposta dalla Fondazione Gorbachev (che ha la sua attività più caratterizzante nell'organizzazione dei Summit Mondiali dei Premi Nobel per la Pace): l'alto merito andrebbe riconosciuto ai medici, infermieri, farmacisti, psicologi, fisioterapisti, biologi, tecnici, operatori civili e militari tutti, che hanno affrontato in situazioni spesso drammatiche e proibitive l'emergenza COVID-19 con straordinaria abnegazione, molti dei quali sacrificando la propria vita per preservare quella degli altri e per contenere la diffusione della pandemia.

3.4 Previsione delle possibili conseguenze psicologiche a lungo termine

Uno studio condotto dagli scienziati dell'*University Utah Health* informa che più della metà dei medici, infermieri e soccorritori coinvolti nella cura del COVID-19 potrebbe essere a rischio per uno o più problemi di salute mentale, inclusi stress traumatico acuto, depressione, ansia, consumo problematico di alcol e insonnia.

I ricercatori hanno scoperto che il rischio di sviluppare questi disturbi era paragonabile ai tassi osservati durante i disastri naturali come l'uragano *Katrina* o come l'attentato terroristico dell'11 settembre.

Sebbene la maggior parte degli operatori sanitari e dei soccorritori non svilupperà necessariamente un Disturbo da Stress Post-Traumatico, alcuni saranno soggetti a una serie di conseguenze sulla salute mentale legate allo stress.

I ricercatori hanno intervistato 571 operatori sanitari, tra cui 473 soccorritori (vigili del fuoco, polizia, paramedici) e 98 del personale ospedaliero (medici, infermieri), nel *Mountain West* tra il 1° aprile e il 7 maggio 2020:

- il 56% degli intervistati è stato sottoposto a *screening* positivo per almeno un disturbo di salute mentale;
- la prevalenza per ogni disturbo specifico variava dal 15% al 30% degli intervistati con uso problematico di alcol, insonnia e depressione in cima alla lista;
- l'abuso di alcol era un'altra area di preoccupazione: circa il 36% degli operatori sanitari ha segnalato un consumo di alcol a rischio.

(Penasso M. (2021), *Operatori sanitari e salute mentale durante la pandemia: fattori protettivi e interventi di supporto*, DoRS Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute.)

Le previsioni della crisi economica di alcuni settori lavorativi dovuta al COVID-19 suggeriscono che i tassi di depressione e suicidio potrebbero aumentare nel tempo ed il distanziamento fisico, sebbene sia importante per proteggere dalle malattie fisiche, spesso si traduce in isolamento sociale e solitudine, soprattutto per i soggetti vulnerabili ed è noto che l'isolamento sociale ha un effetto dannoso sugli esiti della salute mentale. Infatti sia la vita da soli che i sentimenti di solitudine sono stati associati ad un aumento dell'ideazione suicidaria e del tentativo di suicidio.

Molte scuole e asili nido hanno anche chiuso fisicamente a tempo indeterminato, costringendo le famiglie con bambini a prendersi del tempo libero dal lavoro per fornire assistenza all'infanzia e assumersi l'onere aggiuntivo di assistere con l'apprendimento virtuale.

4. Strategie educative per far fronte ai disturbi psichiatrici conseguenti alla guerra e alla pandemia

4.1 Come può essere inserito l'educatore in un intervento riabilitativo per il Disturbo da Stress Post-Traumatico di un Veterano di guerra

“Se vuoi venirme fuori devi passarci nel mezzo”

(Robert Frost)

Secondo Riccardo Massa, filosofo dell'educazione e pedagogista, l'educazione è l'insieme delle varie attività, intenzionali e non, che incidono sulla modalità di essere del soggetto. Tali attività non sono unicamente didattiche e istruttive, bensì volte a ristabilire i presupposti idonei a rendere di nuovo abili gli individui con difficoltà psicologiche, sociali e sanitarie. Educare significa gestire l'esperienza assimilata, accrescere le conoscenze e facilitare cambiamenti e mutamenti evolutivi.

L'educatore deve collaborare con lo psicologo per raggiungere finalità comuni contribuendo il più possibile a:

- favorire modelli di autenticità, spontaneità e naturalezza insegnando a non temere di raccontare le proprie verità;
- costruire l'autostima;
- sostenere la costruzione dell'identità;
- aiutare a temere il meno possibile il futuro, non favorendo le illusioni, ma le speranze fondate su valutazioni realistiche;
- valorizzare gli utenti nei comportamenti corretti.

In tale ottica riabilitativa, tra le possibili attività che l'educatore può svolgere con un Veterano di guerra affetto da un Disturbo da Stress Post-Traumatico vi sono i gruppi di mediazione corporea come quello della *psicomotricità* volto a migliorare la consapevolezza del proprio corpo, la conoscenza di sé attraverso la motilità, il recupero del valore affettivo del corpo, il recupero del rapporto con l'ambiente ed il superamento della scissione tra l'avere e l'essere del corpo.

Le fasi della psicomotricità sono: accoglimento, spiegazione degli esercizi e conseguente verbalizzazione dei vissuti.

Un'altra attività possibile è quella definita "*biblioterapia*", di sottotipo "creativo". Con il termine "*biblioterapia*" si intende una tecnica psicoeducativa che si avvale dell'utilizzo di libri, racconti o materiale informativo.

In particolare con il sottotipo di lettura "creativa", si fa riferimento ad una forma di terapia espressiva in cui la letteratura, soprattutto quella di finzione, viene utilizzata come "linguaggio" attraverso il quale facilitare l'elaborazione dell'esperienza del paziente.

Alcuni utenti traggono anche beneficio dalle storie autobiografiche.

Si compone di tre fasi principali che sono: identificazione, catarsi ed introspezione.

Gli obiettivi principali sono: la consapevolezza di sé, l'autostima, l'assertività e la capacità di comunicazione e di adattamento.

Questo metodo di lettura è efficace sugli adulti poiché porta ad esprimere emozioni represses, avendo come scopo quello di produrre cambiamenti affettivi e cognitivi e promuovere la crescita e lo sviluppo personale del paziente.

4.2 Strategie per fronteggiare la pandemia COVID-19

Il COVID-19 produrrà nuova morbilità e potrebbe anche precipitare o esacerbare le malattie psichiatriche esistenti, in quanto lo stress dovuto alla pandemia può produrre paura e preoccupazione per la propria salute e quella dei parenti, cambiamenti nel sonno o nei modelli alimentari, difficoltà di concentrazione, potrebbe peggiorare di problemi di salute cronici, maggiore uso di alcool, tabacco o altre droghe.

Tra le principali strategie che si possono attuare per fronteggiare al meglio questa situazione vi sono:

- Limitare l'uso dei *media*: rimanere sufficientemente informati, ma senza esagerare, per capire correttamente ed avere informazioni sanitarie precise e aggiornate;
- Continuare a lavorare attivamente sia nei soliti luoghi di lavoro sia a casa
- Praticare esercizio fisico
- adottare misure di prevenzione (igiene delle mani, indossare la mascherina): così facendo l'impatto psicologico della pandemia è minore, con livelli di stress, ansia e depressione ridotti;
- scegliere l'ottimismo: relazioni strette (anche se virtuali) ottimismo sociale e fiducia nella società sono mediatori significativi tra benessere e depressione;
- quarantena come scelta consapevole e non obbligata: la maggior parte dei fattori negativi sulla salute mentale delle persone proviene dall'imposizione delle restrizioni e limitazioni delle libertà da parte dei governi e delle istituzioni. Invece, la quarantena volontaria sarebbe associata a meno stress e meno complicanze a lungo termine, motivo per cui l'auto-isolamento dovrebbe essere promosso dalle istituzioni.

Molto importante è *psico-educare* ancora prima di curare, nasce quindi la necessità di servizi di supporto che entrino nella vita di tutti i giorni senza stigmatizzarne la richiesta, ma anzi, normalizzandola: non c'è bisogno di essere malati per trarre beneficio da un supporto che aiuti a gestire meglio le reazioni emotive.

Questi servizi di supporto dovrebbero includere risposte a domande su come gestire ed affrontare:

- i fattori di stress correlati alla pandemia di COVID-19 (come l'esposizione a fonti infette, i familiari infetti, la perdita dei propri cari e l'allontanamento fisico);
- le avversità secondarie (es. perdita economica);

- le sindromi specifiche (come depressione, ansia, disturbi psicosomatici, insonnia, aumento dell'uso di sostanze e violenza domestica);
- gli indicatori di vulnerabilità (come le condizioni fisiche o psicologiche preesistenti).

Particolare attenzione andrebbe prestata alla situazione psicologica degli operatori sanitari, concentrandosi sul potenziamento dei fattori di resilienza che possono promuovere il loro benessere psicologico, professionale, lavorativo e sociale.

A questo proposito sono state segnalate una serie di misure messe in atto per affrontare le sfide della salute mentale durante le precedenti epidemie, in particolare attraverso la moderazione dei livelli di stress, l'addestramento e il supporto sul posto di lavoro.

Le strategie possono essere adattate ai contesti locali, alle condizioni variabili e essere ridimensionate a seconda delle esigenze degli operatori sanitari nel corso del tempo.

La *Psychological First Aid* (P.F.A.), il protocollo tecnico di supporto psicologico immediato in caso di eventi critici o traumatici, può fornire supporto ai sopravvissuti a seguito di un grave evento di crisi per ridurre il disagio iniziale causato dall'evento traumatico, migliorando il funzionamento adattivo e affrontando lo stress straordinario.

A marzo 2020 Dors ha pubblicato i risultati di un intervento di supporto psicologico in situazioni di epidemia condotto in Cina.

Le caratteristiche sono: dinamicità, tempestività e sviluppo per "fasi" (durante e dopo).

La risposta di tipo psicologico deve prevedere due linee di attività simultanee, oltre che tempestive:

- contrasto della paura della malattia (realizzata da medici e psicologi);
- rinforzo per chi ha difficoltà di adattamento (a cura di operatori sociali).

Per quanto riguarda "il dopo emergenza", sembra indispensabile un'attenzione particolare alle persone che sono state sottoposte a quarantena e al personale medico/infermieristico che si è occupato di loro, in termini di specifici interventi di supporto psicosociale. Una revisione sistematica, condotta a ottobre 2020 da Vizheh M. et al. ha individuato, attraverso un'analisi della letteratura, gli interventi che dovrebbero essere sviluppati per migliorare la salute mentale degli operatori sanitari:

- Interventi di supporto: fornire supporto agli operatori sanitari principalmente attraverso familiari, governo, società/comunità, organizzazioni, colleghi e supervisori: fornire un sistema di supporto tra pari; assegnazione di équipe

professionali di psicoterapia; dedicare attenzione alle opinioni e alle idee del personale su varie questioni relative alla pandemia tramite una serie di canali di input e *feedback*; fornitura del supporto per bisogni emotivi e psicologici; fornitura di servizi psicologici online, nonché interventi per crisi psicologiche face to face; essere sicuri di ricevere tempestivamente cure e cure per i propri familiari infetti.

- Interventi di incoraggiamento e motivazione: riconoscendo gli sforzi del personale sanitario da parte dei dirigenti ospedalieri, del governo e della società; attivare il senso di responsabilità e di intenti e risvegliare lo spirito di attività degli stessi da parte di dirigenti e supervisori; incoraggiare gli operatori sanitari a impegnarsi in tecniche di rilassamento come yoga, meditazione e altre tecniche; fornire la visita dei terapisti per curare le loro sofferenze psicologiche e frustrazioni.
- Interventi protettivi: questi interventi includono la fornitura di dispositivi di protezione adeguati ed efficaci; affrontare le esigenze fisiche degli operatori sanitari come l'accesso a pasti sani e idratazione, considerando pause di riposo regolari; progettare un luogo sicuro per il loro riposo; considerare orari di lavoro più brevi e turni a rotazione soprattutto per coloro che lavorano in reparti ad alto rischio; alloggio per il personale che lavora in aree ad alto rischio e per coloro che effettuano turni rapidi che non vivono nelle immediate vicinanze dell'ospedale; fornire sostegno per le esigenze di custodia dei bambini; invio di squadre mediche da altre aree con un numero inferiore di pazienti; continuare a monitorare e controllare il benessere fisico e mentale degli operatori sanitari; identificare il personale che è esaurito o ha disagio psicologico.
- *Interventi educativi e formativi*: fornire educazione psicologica e sulla salute mentale online tramite programmi di comunicazione; sviluppare e pubblicare le linee guida pertinenti, libri, manuali, direttive e documenti, articoli/video educativi online; fornitura della gestione dello stress da incidente critico; addestramento alla consapevolezza; formazione all'assertività; formazione alla consapevolezza di sé; e formazione sulla protezione.
- Uso della piattaforma tecnologica e dei servizi online per ridurre le visite non necessarie, diminuire il rischio di infezione degli operatori sanitari, ridurre il loro carico di lavoro e ottimizzare il loro tempo per assistere i pazienti con condizioni acute. Questa tecnologia è implementata utilizzando piattaforme di videoconferenza,

social media e telefoni cellulari. Una delle tecnologie pratiche che possono essere utilizzate per ridurre al minimo la pressione lavorativa del personale sanitario è la *mHealth (mobile health)*. Viene utilizzata per le notifiche e i promemoria, l'educazione alla salute mentale online e la consulenza psicologica. La tecnologia di intelligenza artificiale è un'altra tecnologia che può essere applicata in queste circostanze. Può essere utilizzata per riconoscere le persone e il personale medico in pericolo di suicidio o altre crisi. Il programma *AI Tree Holes Rescue* con la valutazione dei messaggi psicologici in spazi come *Tree Holes*, può calcolare la possibilità di suicidio nelle persone e fornire gli allarmi necessari. Pertanto, queste tecnologie possono facilitare la fornitura di interventi psicologici agli operatori sanitari.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità, il *Center For The Study Of Traumatic Stres*, l'INAIL, e l'Istituto Superiore di Sanità hanno stilato delle indicazioni per prevenire lo stress tra gli operatori sanitari:

- promuovere il lavoro in team (*Buddy system*): organizzare il lavoro in coppia così da divenire responsabili della sicurezza personale l'uno dell'altro, permettendo confronto e supporto nella reciproca capacità di affrontare circostanze avverse;
- facilitare l'accesso ai servizi di supporto psicologico (linee telefoniche, ecc);
- organizzare il lavoro mantenendo un monte ore ragionevole e facendo delle pause: fondamentali gli "spazi tregua" nella fase acuta dell'emergenza per riposare e riflettere sull'esperienza che si sta vivendo;
- utilizzare strategie individuali di gestione e adeguamento alle difficoltà (*coping*) già utilizzate ed efficaci;
- stimolare il confronto con i colleghi e la corretta comunicazione;
- mantenere stili di vita salutari (alimentazione corretta, esercizio fisico, cura del sonno, limitazione di fumo e alcolici, pause e riposo adeguati);
- rimanere in contatto con la famiglia, amici, persone di cui ci si fida per parlare e ricevere sostegno, anche a distanza.

“Garantire attività fisiche quotidiane, anche se per alcuni di noi nei confini della nostra casa, ha un impatto positivo sulla nostra salute mentale.” (Deslandes et al., 2009)

Le tecniche di rilassamento aiutano nella gestione e/o riduzione dei livelli di ansia, alleggeriscono dalla tensione e ristabiliscono un equilibrio psico-fisiologico.

Le tecniche di rilassamento si suddividono in 2 categorie:

- *Bottom up (body to mind)*: tecniche che partono dall'attivazione del corpo periferico per arrivare all'attivazione delle risorse cerebrali e cognitive, come il rilassamento muscolare progressivo di Jacobson. Secondo questo chirurgo statunitense il pensiero e lo stato emotivo possono essere influenzati dall'attività muscolare, evidenziando una relazione tra muscolo, pensiero ed emozioni. L'essenza della tecnica consiste nel mettere in tensione in tempi predefiniti alcune parti del corpo ed in seguito rilassarle. Il presupposto è che se il corpo si rilassa, anche la mente lo fa di conseguenza.
- *Top-down (mind to body)*: tecniche che partono dall'attivazione cognitiva centrale per arrivare alla regolazione e al miglioramento del funzionamento corporeo, come il rilassamento frazionato di Vogt ed il training autogeno TA di Schultz. Sono una serie di esercizi mentali basati sull'ascolto e sulla contemplazione di ciò che accade spontaneamente sul proprio corpo e sulla propria mente. Tende a far rilassare i muscoli percorrendoli mentalmente e lentamente uno dopo l'altro: prima i piedi, poi le gambe fino a raggiungere la decontrazione totale. Il pensiero deve essere rilassato e tranquillo, come se si assistesse agli avvenimenti a distanza.

La *Mindfulness* è lo stato di consapevolezza e attenzione focalizzata, è l'autoregolazione dell'attenzione nel momento presente con l'accettazione e la curiosità (Bishop et al., 2004).

Jon Kabat-Zinn, il suo pioniere in ambito terapeutico, la descrive come la consapevolezza che emerge prestando intenzionalmente attenzione, nel momento presente, al dispiegarsi dell'esperienza, momento per momento e in modo non giudicante.

Insegna a portare l'attenzione sul qui e ora, consentendo alla persona di essere più consapevole del momento presente, ripristinando il proprio senso di autodeterminazione e controllo su sé stessa e sull'ambiente circostante, senza avvalersi di repertori comportamentali impulsivi, automatizzati, ma procedendo con consapevolezza, scegliendo, se necessario, una vigile non azione.

E' importante perché la consapevolezza aiuta le persone a comprendere i propri pensieri ed emozioni e ad avvicinarsi a loro con maggiore obiettività (Teasdale et al., 2002).

Essa è associata a una maggiore qualità della vita e a un minore disagio emotivo e fisico (Grossman, Niemann, Schmidt e Walach, 2004), compresa una minor gravità dei sintomi del Disturbo da Stress Post-Traumatico tra i veterani (Berstein, Tanay e Vujanovic, 2011). L'auto-compassione si riferisce a come ci si relaziona con sé stessi quando il momento presente è doloroso.

Neff (2003b) definisce l'auto-compassione come avente tre componenti interagenti: consapevolezza consapevole della sofferenza (contro l'eccessiva identificazione), gentilezza verso sé stessi (contro l'auto-giudizio) e un senso di umanità comune (contro l'isolamento). L'auto-compassione implica riconoscere la difficoltà dell'esperienza, rispondere interiormente con gentilezza e sostegno e ricordare che la sofferenza fa parte dell'esperienza umana condivisa. L'auto-compassione è associata al benessere in più ambiti della vita (Neff, 2012) e negativamente associata a una serie di psicopatologie (MacBeth & Grumley, 2012), inclusa la gravità dei sintomi del Disturbo da Stress Post-Traumatico nei veterani di guerra dopo aver tenuto conto del livello di esposizione al combattimento (Hiraoka et al., 2015).

La consapevolezza e l'auto-compassione si sovrappongono in quanto la consapevolezza consapevole è un aspetto dell'auto-compassione; tuttavia, ci sono importanti distinzioni tra due costrutti (Neff & Dahm, in corso di stampa). La componente di consapevolezza dell'auto-compassione enfatizza in particolare la consapevolezza equilibrata del disagio emotivo; mentre la consapevolezza si riferisce generalmente alla consapevolezza del momento presente di qualsiasi esperienza.

Originariamente basati su antiche tradizioni contemplative, i moderni interventi di *Mindfulness* combinano pratiche di rilassamento e meditazione in un training strutturato, talvolta incorporando ulteriori elementi di terapia cognitivo-comportamentale.

Mentre implementazioni specifiche di pratiche di consapevolezza differiscono, queste tecniche di solito comportano la pratica ripetuta di osservazione non giudicante, al fine di raggiungere stabilità e uno stato di consapevolezza caratterizzato da vigilanza rilassata per le distrazioni.

Inoltre, gli interventi basati sulla consapevolezza riducono lo stress psicologico favorendo la resilienza allo stress e sono efficaci alla riduzione del disturbo d'ansia sociale.

Gli interventi basati sulla consapevolezza non sono efficaci solo sulle popolazioni cliniche, ma anche sugli individui sani per ridurre i sintomi di angoscia, depressione, ansia

e lo stress: è uno strumento di promozione della consapevolezza e dell'autoregolazione emotiva.

In ambito clinico viene utilizzato il protocollo MBSR *Mindfulness-Based Stress Reduction* che porterebbe ad uno sviluppo dell'attitudine caratterizzata da accettazione, apertura, sospensione del giudizio, autocompassione e riduzione delle ruminazioni mentali.

Sono stati riscontrati effetti benefici nella riduzione dello stress, nella gestione dell'ansia, nel contrastare la depressione e nell'aumentare il livello di empatia verso gli altri, migliorando le doti umane in generale.

Sembra dunque essere particolarmente indicato per chi ha vissuto un'esperienza traumatica come quella pandemica in cui è necessario sviluppare un adattamento veloce, efficace e flessibile.

4.3 Essere resilienti e approccio di crescita post-traumatica

Ci sono diverse definizioni di resilienza, tra cui quella che la identifica come la capacità delle singole persone di orientarsi verso le risorse psicologiche, sociali, culturali e fisiche che sostengono il loro benessere e la loro capacità di negoziare a livello individuale e collettivo affinché queste risorse siano rese disponibili, vissute e condivise in modalità ritenute significative dal proprio contesto culturale di appartenenza. (Ungar, 2011)

Altre definizioni la descrivono come l'insieme di capacità, attributi e abilità che consentono agli individui di adattarsi a disagi, difficoltà e sfide (Alvord & Grados, 2005, pag. 238), oppure le capacità degli individui di affrontare con successo cambiamenti, avversità o rischi significativi (Lee & Cranford, 2008, pag. 213), o ancora il processo dinamico che comprende l'adattamento positivo nel contesto di avversità significative (Luthar et al., 2000, pag. 543), la capacità di un sistema dinamico di resistere e riprendersi da sfide significative che minacciano la sua stabilità, possibilità di sopravvivenza o sviluppo (Masten, 2011, pag. 494), il processo di adattamento, capacità o risultato di successo nonostante le difficoltà o circostanze minacciose (Masten, Best, & Garmezy, 1990, pag. 426), i modelli di adattamento positivo nel contesto di rischi o avversità significativi (Masten & Powell, 2003, pag. 4), la ridotta vulnerabilità alle esperienze di rischio che provengono dall'ambientale, al superamento di uno stress o avversità o un risultato relativamente buono nonostante le esperienze di rischio (Rutter, 2012, pag. 336).

Negli ultimi decenni è stata proposta la possibilità di guardare ai periodi di criticità come a opportunità di crescita. Questa nuova ottica viene definita "*salutogenica*", in cui il focus principale è sui fattori che producono benessere, su cui investire e si propone un pensiero positivo che porta l'individuo a confrontarsi con l'evento critico e a considerarlo un'occasione per mettersi alla prova e da cui trarre insegnamenti per crescere. Nascono così i modelli transazionali secondo cui ogni situazione di crisi (pandemie comprese) abbia un potenziale stressogeno, ma che a seconda di come l'individuo stesso interpreta la situazione ci saranno esiti differenti sulla qualità della vita, infatti la risposta alla crisi dipende dal significato che l'individuo attribuisce alla situazione stessa.

I passi sono:

- strategie di *coping*: secondo Lazarus e Folkman sono quel processo adattivo che impegna il soggetto nel superamento di una situazione stressante in modo da

eliminare, ridurre o tollerare la situazione stessa. Viene così interrotta la catena evento stressante-stress e si introduce un anello mediatore che appunto influisce sulla risposta allo stress.

- Resilienza: in fisica indica la capacità di un materiale di resistere ad un forte urto improvviso, a sopportare sforzi senza rompersi e deteriorarsi o propagare incrinature. La psicologia ha mutuato questo concetto intendendo un insieme di processi che facilitano un adattamento efficace e promuovono lo sviluppo della persona anche in contesti di vita stressanti. Essere resilienti significa saper mettere in campo delle risorse interne individuali ed esterne derivanti dal contesto sociale che permettono di non crollare di fronte a queste situazioni di crisi.
- Crescita post traumatica: segue un trauma ed è un cambiamento psicologico positivo vissuto come il risultato di una lotta ingaggiata nei confronti di circostanze di vita altamente sfidanti e vincolanti.

“Man mano che la distanza fisica l'uno dall'altro aumenta, trovare modi per mantenere la nostra connessione sociale è fondamentale. La mancanza di attaccamenti interpersonali è collegata a una cattiva salute fisica, emotiva e mentale” (Baumeister & Leary 1995). La crescita post-traumatica indica la tendenza a riferire cambiamenti positivi a livello personale e sociale dopo aver vissuto un trauma.

In letteratura vi sono diversi modelli teorici fra cui il modello delle crisi di vita di Schaefer e Moos (1998) in cui si ipotizza che determinate risorse personali e ambientali associate a una particolare valutazione dell'evento possano facilitare una crescita dopo un'avversità.

Inoltre, il sistema ambientale e personale influenza le crisi e le transizioni della vita, le quali a loro volta influenzano la possibilità di esiti positivi sia direttamente, sia con la mediazione della valutazione cognitiva e delle risposte di *coping*. Il *coping* attivo riguarda i tentativi di analizzare il problema in maniera logica, la rielaborazione positiva, la ricerca di supporto e l'intraprendere attività allo scopo di risolvere il problema. Il *coping* di evitamento riguarda i tentativi di minimizzare il problema, di concludere che niente può essere fatto, di ricercare ricompense alternative, di sfogare le emozioni.

Il sistema personale comprende le caratteristiche demografiche e le risorse personali come autoefficacia, resilienza disposizionale, ottimismo, fiducia in sé, motivazione, stato di salute ed esperienze precedenti.

Il sistema ambientale comprende le relazioni della persona, il supporto sociale dalla famiglia, amici e colleghi, aspetti finanziari, l'abitazione e la situazione della comunità. I fattori relativi all'evento corrispondono alla gravità, alla durata, al momento di comparsa, alla portata (individuale o gruppale).

4.4 Esperienza di un operatore sanitario impegnato in prima linea nel reparto Covid-19 dell'ospedale di Cona a Ferrara e strategie educative per gli operatori sanitari

C. è una donna di 60 anni che svolge la professione di operatore sanitario con passione da molti anni.

A Marzo 2020 ha iniziato a lavorare nel primo reparto COVID-19 aperto nell'ospedale Sant'Anna di Cona (Ferrara), rimanendo fino a Dicembre 2020, per un totale di 10 mesi.

Inizialmente, alla notizia dei turni nel nuovo reparto, non si è sentita particolarmente preoccupata, ma già dal primo giorno di lavoro, che ricorda essere stato un sabato, qualcosa in lei ha iniziato a cambiare: ha iniziato a sentirsi travolta in una situazione imprevedibile che non pensava le sarebbe mai accaduta, in un reparto che non era quello a cui era abituata, con colleghi che non conosceva e che faticava a riconoscere persino negli spogliatoi poiché doveva orientarsi solo con il timbro di voce ed il taglio degli occhi, uniche cose che riusciva a cogliere attraverso i dispositivi di protezione individuale.

Ha iniziato ad avvertire uno stato di ansia e panico caratterizzato da tachicardia, soffocamento e sensazione di non farcela soprattutto nel momento della vestizione che precedeva l'entrata in reparto.

Ricorda di aver provato angoscia quando aveva necessità di prendere una boccata d'aria o di andare in bagno perché temeva che qualcuno potesse avere bisogno di lei durante il momento della svestizione e questo la portava a non soddisfare i suoi bisogni la maggior parte delle volte.

Inoltre ricorda di aver provato particolare sofferenza alla vista del cospicuo numero di morti, a cui non aveva mai assistito e che ora invece quotidianamente doveva arrotolare in un lenzuolo con un cartellino al petto e che venivano poi mandati in camera mortuaria senza neanche essere visti dai parenti.

Ciò che la faceva stare bene era il momento della svestizione, a fine turno, che rappresentava il momento di distacco dal lavoro per andare a fare una doccia e godersi un po' di silenzio non pensando più a ciò che aveva vissuto durante il turno.

Tutt'ora, nonostante sia passato molto tempo dal suo servizio in quel reparto, la vista dei colleghi con dispositivi di protezione individuale tipici del reparto COVID-19 le crea una sensazione di soffocamento e di fame d'aria come se rivivesse i momenti in cui era al posto loro.

Anche il momento della spesa che prima era piacevole, ora lo vive in maniera sbrigativa per il senso di disagio nel trovarsi in un posto chiuso con molta gente, se prima trovava piacere nello scegliere con calma i prodotti e rimaneva nel supermercato anche due ore, ora non sembra più fattibile ed il tutto si consuma nel giro di una quarantina di minuti di tensione. Questa è solamente il racconto di uno dei tanti operatori sanitari che hanno vissuto le stesse difficoltà e proprio per questo è importante il coinvolgimento della figura dell'educatore professionale come sostegno agli operatori sanitari per informare, per prevenire e per riabilitare.

Si possono quindi individuare dei bisogni generali degli operatori sanitari:

- formazione/informazione: strumenti grazie ai quali capire e riconoscere i sintomi causati dallo stress psicologico in modo da prenderne consapevolezza;
- sostegno emotivo;
- condivisione di esperienze per facilitare il racconto di sé al fine di creare un racconto comune sul malessere provato nella stessa situazione;
- implementazione del benessere psico-fisico.

Tra le strategie educative attuabili volte a soddisfare tali bisogni vi sono:

- colloqui educativi grazie ai quali si acquisiscono nozioni apprese tramite video, libri o articoli volti ad informare sullo stress psicologico;
- colloqui motivazionali volti al rinforzo dell'autostima e dell'autoefficacia;
- rete di supporto concretizzata in gruppi di ascolto che facilitino il racconto delle proprie esperienze che normalizzino il bisogno di aiuto e sostegno in situazioni di stress;
- strategie di rilassamento come la *Mindfulness* ed il Rilassamento muscolare progressivo di Jacobson.

RINGRAZIAMENTI

I miei più grandi ringraziamenti vanno a mia madre Rita, anche lei infermiera nel reparto COVID-19 dell'ospedale Sant'Anna (Ferrara) ad inizio pandemia, dalla quale ho ereditato la sensibilità e la dedizione volte alla cura dell'altro soprattutto verso chi si trova in situazione di vulnerabilità e fragilità.

Grazie a tutta la mia famiglia che mi ha sempre sostenuta ed incoraggiata ad essere la "Dottoressa" della famiglia: zii, cugini ed un grazie di cuore ai nonni materni che non ci sono più e che non sapevano quale strada avrei scelto, ma che di sicuro l'avrebbero condivisa.

Un grazie speciale al mio fidanzato Thomas, per avermi supportata e sopportata durante questo percorso, credendo in me quando nemmeno io riuscivo a farlo.

Un grazie speciale a tutte le amiche che mi sono state vicine (Beatrice, Rahma, Alice, Ester) e ai miei compagni di corso con cui ho sentito molte affinità tanto da riconoscere me stessa in loro (Sara, Anastasia, Darko, Matilde).

Grazie ai tutor di tirocinio che ho avuto, dai quali ho imparato moltissimo e grazie a tutti gli utenti delle strutture che si sono raccontati a me e relazionati con me.

Ringrazio anche le sfortune, gli insuccessi, le difficoltà per avermi resa quella che sono e per avermi insegnato tanto.

Un immenso grazie all'operatrice sanitaria C., che si è prestata a raccontarmi la sua esperienza nel reparto COVID-19 dell'ospedale di Cona a Ferrara.

Un grazie enorme a me stessa, per non aver mai mollato.

Grazie a tutti gli operatori sanitari per quello che hanno fatto per noi e per quello che continuano e continueranno a fare. Vorrei che la mia tesi fosse un tributo a tutti voi, ma anche un contributo per normalizzare i problemi legati alla salute mentale ed il bisogno di aiuto, di sostegno psicologico o educativo nei momenti di difficoltà.

BIBLIOGRAFIA

Abrams Z. (2020), *As COVID-19 cases increase, so does trauma among health providers*, American Psychological Association.

Acierno R., Frueh C. & Richardson L.K. (2010), *Prevalence Estimates of Combat-Related PTSD: A Critical Review*, Aust N Z J Psychiatry;44(1):4-19, doi: 10.3109/00048670903393597, PubMed.

Agrusta M., Caggiano G., Indelicato L. & Lastretti M. (2020), *Stress e burnout ai tempi del Covid 19. Stress and burnout in the time of Covid 19*. Gruppo di Studio Psicologia e Diabete AMD. Coord. Naz. Gruppo Psicologia SID. Coord. Osservatorio di Psicologia in Cronicità, Ordine Psicologi del Lazio. Psicologo Lavoro e Organizzazioni, Ordine Psicologi Lazio. JAMD, The Journal of Amd, VOL. 23, N°3.

Ahorsu D.K., Chen P.L., Chen Y.P., Kukreti S., Ko N.Y., Ko W. C., Kuo Y.J., Lin C.Y., Lin Y.H., Lu M.Y. & Strong C. (2021), *The Prevalence of Post-traumatic Stress Disorder Symptoms, Sleep Problems and Psychological Distress Among COVID-19 Frontline Healthcare Workers in Taiwan*, Front. Psychiatry.

Antonicelli T., Barbaro F. M.G., Capriati E., Laforgia A., Porcelli R. & Sgaramella A. (2020), *Emergenza COVID-19: aspetti psicosociali e buone prassi per promuovere il benessere psicologico*, Associazione Italiana di Psicoterapia Cognitiva, (AIPC) Bari U.O.S.D. Psicologia Azienda Ospedaliera Policlinico Giovanni XXIII Bari, Direttore Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva AIPC sede di Bari, Psicoterapeuti in formazione.

Arango C., De Pablo G.S., Franco M., Fusar-Poli P., Moreno C., Panchal U. & Parellada M. (2021), *The impact of COVID-19 lockdown on child and adolescent mental health: systematic review*, Eur Child Adolesc Psychiatry 18;1-27. doi: 10.1007/s00787-021-01856-w. PubMed.

Barrett D., De Cicco T.L., Schredl M. & Sommantico M. (2020), *COVID-19 Spurs Anxious, Upsetting Dreams*, American Psychological Association.

Beckham J.C., Calhoun P.S., Dennis M.F., Dennis N.M., Dennis P.A. & Van Voorhees E.E. (2017), *Moral Transgression during the Vietnam War: A Path Analysis of the Psychological*

Impact of Veterans' Involvement in Wartime Atrocities, Anxiety Stress Coping; 30(2):188-201. doi: 10.1080/10615806.2016.1230669. PubMed.

Bell A. K.C., Han R.H., Miller T.L., Schmidt M.N. & Waits W.M. (2020), *Planning for Mental Health Needs During COVID-19*, *Curr Psychiatry Rep.* 8;22(12):66. doi: 10.1007/s11920-020-01189-6, PubMed.

Biolcati R., Pani R. & Sagliaschi S. (2009), *Psicologia clinica e psicopatologia per l'educazione e la formazione*, il Mulino Manuali.

Bonomi C. (2000), *La psicologizzazione del trauma. Nascita e tramonto della diagnosi di nevrosi traumatica (1870-1920 ca)*, *Teoria & Modelli*, n.s., 5 (1-2):125-161.

Borzì R. & Montano A. con prefazione di Fernandez I. (2019), *Manuale di intervento sul trauma. Comprendere, valutare e curare il PTSD semplice e complesso*, Centro Studi Erikson.

Cantelmi T., Cecchetti S., Lambiase E., Laselva P. & Pensavalli M. (2020), *COVID-19: impatto sulla salute mentale e supporto psicosociale*. FrancoAngeli

Capelli F., Carai M., Carnaghi G., Di Bernardo A., Faleri S., Pacitti F., Socci V., Talevi D. & Trebbi E. (2020), *Mental health outcomes of the Covid-19 pandemic*, *Rivista di Psichiatria* 55(3):137-144.

Carraresi C. (2020), *Stress e resilienza in tempi di pandemia*, IPSICO (Istituto di Psicologia e Psicoterapia Comportamentale e Cognitiva. Psicologia, Psichiatria, Psicoterapia).

Casciano S., Matarese M., Palombi M. & Peghetti A. (2020), *Prevalenza di ansia, depressione ed insonnia tra gli operatori sanitari durante la pandemia Covid-19*, CECRI Evidence-based practice group for Nursing Scholarship: A Joanna Briggs Institute Affiliated Group.

Chen M. Y., Feng J., Sahakian B. J., Schülke R., Vatansever D., Wang S., Xi D., Xie X., Yan J., Zhao H. & Zhu J.L. (2021), *Mindfulness practice for protecting mental health during the COVID-19 pandemic*, volume 11, Article number: 329, *Translational Psychiatry*.

Colombo G. (2018), *Elementi di Psichiatria*, CLEUP

Cook J., Kaiser A.P., Moye J. & Pietrzak R.H. (2021), *Post-traumatic Stress Disorder in Older U.S. Military Veterans: Prevalence, Characteristics and Psychiatric and Functional Burden*, Am J Geriatr Psychiatry; S1064-7481(21)00520-0. doi: 10.1016/j.jagp.2021.10.011 PubMed.

Cornoldi C. & Sanavio E. (2001), *Psicologia clinica. Terza edizione aggiornata al DSM-5*, il Mulino.

Chwartzmann Halpern S., Corrêa de Magalhães Narvaez J., Paim Kessler F. H. & Ornell F. (2020), *The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare professionals*, Cad. Saude Publica 36 (4), SCIELO Brazil Public Health.

Corso R. & Zanda G. (2014), *La psicoanalisi delle nevrosi e delle psicosi di guerra, congresso di Budapest*, SpiWeb Società Psicoanalitica Italiana.

Crocq L. & Crocq M.A. (2000), *From Shell Shock and war neurosis to posttraumatic stress disorder: a history of psychotraumatology*, Dialogues Clin Neurosci; 2(1): 47–55, doi: 10.31887/DCNS.2000.2.1/macrocq, PubMed.

Dahm K.A., Gulliver S.B., Kimbrel N.A., Meyer E.C., Morissette S.B. & Neff K. (2015), *Mindfulness, Self-Compassion Posttraumatic Stress Disorder Symptoms and Functional Disability in U.S. Iraq and Afghanistan War Veterans*, J Trauma Stress; 28(5): 460–464. doi: 10.1002/jts.22045, PubMed.

Demartini B., Ferrucci R., Priori A., Reitano M.R. & Ruggiero F. (2021), *Durante un'epidemia. Aspetti psicologici e psicopatologici legati alla pandemia di Covid-19*, Centro Studi Erikson.

Deolmi M. & Pisani F. (2020), *Psychological and psychiatric impact of COVID-19 pandemic among children and adolescents*, Acta Biomed, 10;91(4):e2020149. doi: 10.23750/abm.v91i4.10870, PubMed.

Di Lorenzo G., Di Marco A., Mensi S., Niolu C., Pacitti F., Rossi A., Rossi R., Siracusano A., Succi V. & Talevi D (2020), *COVID-19 Pandemic and Lockdown Measures Impact on Mental health Among the General Population in Italy*, Front Psychiatry, 7;11:790. doi: 10.3389/fpsy.2020.00790, PubMed.

- Elhai J.D., Frueh B.C. & Grubaugh A.L., traduttore Penati V. (2013), *Disturbo post-traumatico da stress: diagnosi e trattamento*, Editore Ferrari Siniboldi
- Ferrone Y. (2021), *Psicovid. Gli effetti psicologici del Coronavirus*, Edizioni Sì.
- Fullerton C.S. & Ursano R.J. (2001), *Disturbo post-traumatico da stress. Le risposte acute a lungo termine al trauma e al disastro*, Centro Scientifico Editore.
- Hajcak G., Hawes M.T., Klein D.N., Nelson B.D. & Szenczy A.K. (2021), *Increases in depression and anxiety symptoms in adolescents and young adults during the COVID-19 pandemic*, 13;1-9. doi: 10.1017/S0033291720005358, Psychol Med.
- Ius M. (2021), *Progettare resiliente con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità*, Padova University Press.
- Jones E. (2012), *Shell Shocked*, American Psychological Association.
- Jones E. (2014), *An atmosphere of cure': Frederick Mott, shell shock and the Maudsley*, Hist Psychiatry;25(4):412-21. doi: 10.1177/0957154X14544262. PubMed.
- Jones E. & Wessely S. (2015), *Shell Shock to PTSD: Military Psychiatry from 1900 to the Gulf War*, Taylor&Francis Ltd.
- Kaplick P.M. & Skinner R. (2017), *Cultural shift in mental illness: a comparison of stress responses in World War I and the Vietnam War*, JRSM Open 4;8(12):2054270417746061. doi: 10.1177/2054270417746061, PubMed.
- Korinek Z., Toan T.K., Young Y. & Korinek K. (2021), *Assessing exposure to war-related traumatic events in older Vietnamese war survivors*, Conflict and Health volume 15, Article number: 14, BMC.
- Lange K.W. (2021), *Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and global mental health*, Global Health, Journal Volume 5 Issue 1, Pages 31-36.
- Linden S. con saggio introduttivo di Gibelli A. (2021), *La guerra dei nervi. Soldati traumatizzati sul fronte occidentale 1914/1918*, Guida editori.
- Marroquín B., Morgan R. & Vine V. (2020), *Mental health during the COVID-19 pandemic: Effects of stay-at-home policies, social distancing behavior, and social resources*, Psychiatry Research volume 293.

Morin C.M. (2021), *The acute effects of the COVID-19 pandemic on insomnia and psychological symptoms*; 77: 346–347. doi: 10.1016/j.sleep.2020.06.005, Sleep Med.

Penasso M. (2021), *Operatori sanitari e salute mentale durante la pandemia: fattori protettivi e interventi di supporto*, DoRS Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute.

Prati G. (2007), *Fattori che promuovono il processo di crescita post-traumatica: una meta analisi*, Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale, Vol. 13, n. 1, Research Gate.

Reid F. (2014), *His nerves gave way: Shell shock, history and the memory of the First World War in Britain*, Endeavour, Volume 38, Issue 2, Pages 91-100.

Stix G. (2020), *Zoom Psychiatrists Prep for COVID-19's Endless Ride*, Scientific American.

Stix G. (2020), *An epidemiologist points to new stresses in the U.S. mental health system that may persist from the novel coronavirus pandemic*, Scientific American.

Stix G. (2021), *Pandemic Year One Saw a Dramatic Global Rise in Anxiety and Depression. In hindsight, 2020 witnessed a disproportionate mental health burden on women and young people*, Scientific American.

Stopani E. (2020), *Conseguenze psicologiche del Coronavirus*, IPSICO (Istituto di Psicologia e Psicoterapia Comportamentale e Cognitiva. Psicologia, Psichiatria, Psicoterapia).

Taddeo D & Zurlo V. (2020), *Eventi avversi da COVID-19 per gli operatori sanitari: è emergenza stress*, Rivista Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) n.3, vol. 27.

Tenconi E. (2021), *Il Covid-19 e la salute mentale. Una riflessione sull'impatto della pandemia sulla popolazione e sugli operatori sanitari*, Journal of Health Care Education in Practice (Nov 2021) Scientific article - DOI: 10.14658/pupj-jhcep-2021-2-2.

Tumolo J. (2021), *More than half of COVID-19 health care workers at risk for mental health problems*, University of Utah Health.

Ungar, M. (2011), *The social ecology of resilience: addressing contextual and cultural ambiguity of a nascent construct*. The American Journal of Orthopsychiatry. 81, 1, Pp. 1–17

University of Calgary (2021), *Youth, the pandemic and a global mental health crisis. Depression and anxiety symptoms have doubled, help needed, warn clinical psychologists*, ScienceDaily.

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

Vicneliöglu E., Yayan E.H. & Zengin M. (2021), *The effects of the COVID-19 pandemic on children's lifestyles and anxiety levels*, J Child Adolesc Psychiatr Nurs;34(3):236-242. doi: 10.1111/jcap.12316, PubMed.

Wang J., Wang J.X. & Yang G.S. (2020), *The Psychological Impact of COVID-19 on Chinese Individuals*, Yonsei Med J., 1; 61(5): 438–440, doi: 10.3349/ymj.2020.61.5.438, PubMed.

SITOGRAFIA

Centro Studi Riccardo Massa. “Riccardo Massa. Una nota biografica.”

<https://www.centrostudiriccardomassa.it/index.php/2-non-categorizzato?start=5>

Fratlicelli C. (Psichiatra, Direttore Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze ASST Lariana), Ghio L. & Piccinini G. (Psichiatra, dirigente Medico presso SPDC dell'EO Galliera, ASL 3 Genovese, Genova) (2021), relazione presentata nel corso del Convegno “L'impatto della pandemia nella salute mentale: un'occasione per ripensare il futuro” organizzato da SIP LIGURIA.

Youtube:

https://www.youtube.com/watch?v=Iajb2GWi_Kg

<https://www.youtube.com/watch?v=U3kc0n-YtF4>

<https://www.youtube.com/watch?v=lkmVM20z9ik>

Rai Play (2007), *La follia nelle trincee*, <https://www.raipaly.it/video/2018/05/Quando-la-Radio-b7016cae-fdd4-46e3-bb4a-1d4e49983068.html>

Spector R.H. *Vietnam war. 1954-1975*. <https://www.britannica.com/event/Vietnam-War/French-rule-ended-Vietnam-divided>

Zanda G. (2014), *Dallo Shell Shock al Disturbo da Stress Post-Traumatico. Note storiche e psicoanalitiche.* <https://www.psichiatrigiusepezanda.com/shellshockposttraumatico/>