

II Primo Aiuto Psicologico: intervista con il Prof. Robert S. Pynoos

Intervista di Telefono Azzurro a Robert Pynoos, Co-Direttore del Centro Nazionale sullo Stress Traumatico americano.



In occasione del suo intervento al seminario romano “Interventi in situazioni di trauma ed emergenza: quali interventi efficaci?” organizzato il 16 febbraio da Telefono Azzurro nel corso del congresso SOPSI (Società Italiana di Psicopatologia), abbiamo intervistato il professor Robert Pynoos, Co-Direttore del Centro Nazionale sullo Stress Traumatico americano.

Il rinomato psicologo infantile ed esperto nella salute mentale nei disastri si concede una pausa durante una recente visita a Roma per parlare con Telefono Azzurro circa la sua esperienza e i suoi approcci al Primo Aiuto Psicologico (Psychological First Aid, PFA), della modernizzazione della Salute mentale nei disastri e la comprensione del disturbo dello stress post-traumatico (Post-traumatic Stress Disorder, PTSD). Il Prof. Pynoos si trovava in Italia per aiutare il Prof. Ernesto Caffo, Presidente di Telefono Azzurro, a promuovere il lancio della traduzione italiana della Guida al Primo Aiuto Psicologico: un manuale comprensivo del lavoro per la cura della salute mentale nei disastri sviluppato dal Prof. Pynoos e da altri specialisti negli Stati Uniti ed in altri Paesi in tutto il mondo.

Domanda: Quando e perché ha deciso di occuparsi di questo particolare campo scientifico?

Io ho lavorato con bambini traumatizzati a partire dagli ultimi anni '70 quando non si conosceva nemmeno cosa si stava trattando supponendo semplicemente che si potesse parlare direttamente con un bambino in riguardo alle proprie esperienze. Ciò è difficile da immaginare ma è stato solo negli ultimi 30 anni che abbiamo iniziato a parlare con bambini ed adolescenti circa le loro esperienze di vita minacciose, violente o di disastri e, di conseguenza, abbiamo iniziato a capire come aiutarli sia direttamente che tramite i membri delle loro famiglie. Io in prima persona ho fatto parte di un piccolo gruppo che lavorava con bambini testimoni di omicidi, violenze sessuali dei propri genitori, suicidi tentati dai genitori, che erano esposti alla violenza della comunità, sparatorie a scuola ed altri tipi di eventi devastanti. Poi, negli anni '80, ho lavorato con un gruppo straordinario, la Società di Soccorso Armena degli Stati Uniti occidentali, che rispose al terremoto del 1988 a Spitak, in Armenia. Ho lavorato lì negli ultimi 30 anni con il Dott. Armen Goenjian; abbiamo acquisito una grande quantità di informazioni in riguardo al naturale decorso delle guarigioni monitorando e osservando attentamente bambini ed adolescenti per alcuni anni, perfino nei loro cambiamenti ormonali ed endocrini e nel loro sviluppo morale. Ma abbiamo anche imparato come comportarci con bambini ed adolescenti e l'abbiamo osservato quando potevamo aiutarli trattando con loro, anche in un piccolo corso di trattamento come in appena 18 mesi dopo un terremoto che ha ucciso qualcosa come 50.000 persone, distrutto metà delle scuole e ucciso metà dei bambini in ciascuna scuola. Dopo cinque anni abbiamo registrato che i bambini che avevamo aiutato avevano avuto un destino migliore rispetto agli altri che non avevamo potuto trattare. Questo risultato ci ha dato maggiore fiducia nel cercare di andare avanti in questo campo.

Domanda: Quanti disastri reali ha visto ed osservato di persona?

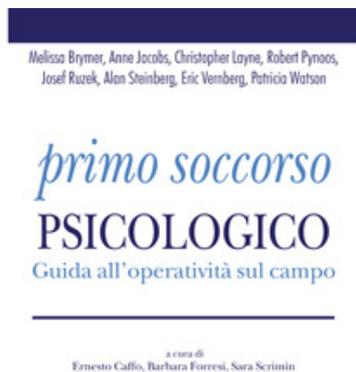
Molti. Così come in Armenia, ho lavorato nel terremoto del 1994 a Northridge in California, i terremoti a Taiwan, in Grecia, in Turchia e in Giappone dove ho lavorato con il Centro per lo stress traumatico di Kobe. Ho aiutato nella risposta al bombardamento di Oklahoma. Poi, ho provveduto all'addestramento professionale nelle regioni intorno all'area colpita dallo Tsunami al margine dell'Oceano Pacifico. Ho anche lavorato per alcuni anni in Bosnia nel programma più importante iniziato dall'UNICEF nel 1993 durante la guerra e poi, dopo il conflitto, per sei anni per sviluppare un livello sistematico di attenzione per gli adolescenti traumatizzati dalla guerra in tutta la Bosnia con la cooperazione dell'UNICEF e del Governo bosniaco. Ho avuto molto lavoro anche dopo l'accaduto del 11 settembre 2001. Il mio lavoro è consistito nell'osservare ed aiutare le nostre reti per le loro risposte a New York, Washington D.C. e Pennsylvania. Ho avuto esperienza di molti eventi di grande portata; alcuni li ho visti di persona, altri attraverso consulti. Molta di questa esperienza si è sviluppata tramite la nostra rete, la Rete nazionale per i bambini afflitti da stress traumatico. Siamo in grado di far uso dell'abilità di professionisti provenienti da tutte le parti degli Stati Uniti, delle loro comunità, delle loro famiglie e rappresentanti che viene in mostra con interventi molto appropriati includendo anche quelli predisposti nelle primissime fasi della risposta al disastro.

Domanda: Riguardo ai suoi metodi, in che modo le vittime di disastri possono essere aiutate?

Esiste un pacchetto di interventi che le persone possono imparare per rendere la propria guarigione piuttosto migliore. Noi insegniamo loro come lottare con i problemi psicologici come i ricordi, come ottenere diversi supporti sociali, come e cosa dire a qualcun altro per alleviare le preoccupazioni. Se si è irritabili con i propri bambini o il proprio coniuge, insegniamo anche come spiegare se stessi ai congiunti. A volte possono essere necessarie anche delle medicazioni. Si ha bisogno di conoscere che esistono differenze in ogni situazione quindi si deve pensare direttamente ad esse ed applicare i metodi appropriati. Non si deve saltare in esse con una serie di principi ma piuttosto si devono adattare tali principi ad ogni caso; non vogliamo solo parlare agli individui e alle comunità circa le loro esperienze ma anche scoprire i tipi di ricordi di cui essi soffrono. Ciò può fare una differenza enorme. Stiamo modernizzando la cura della salute mentale dopo i disastri in molti modi, sia pratici che sistematici; non è solo andare ed applicare qualcosa: è adoperarsi effettivamente per ascoltare, imparare e comprendere i segni del disastro, i ricordi e cosa deve essere fatto per le famiglie e le comunità. Tutto ciò non è per le persone esterne, è per i lavoratori e gli operatori di soccorso che sono presenti sul posto e forniscono i servizi di sostegno. Anche la loro ripresa è importante. All'inizio, ad esempio, parte del nostro lavoro nelle scuole è aiutare i direttori e gli insegnanti perché quando si ricostituisce la comunità scolastica, che non è formata solo da bambini ed adolescenti, è fondamentale aiutare tutte le persone che svolgono funzioni scolastiche.

Domanda: I bambini soffrono gli effetti traumatizzanti dei disastri peggio degli adulti? Che differenze ha individuato in riferimento a ciò?

Pochi anni fa io ed una mia collega, Kathy Nieder, abbiamo sviluppato alcune linee guida per differenti gruppi d'età (dall'età pre-scolare ai bambini in età scolare fino agli adolescenti) in base ai tipi di risposta che essi desidererebbero avere, ai tipi di cose che i genitori dovrebbero essere in grado di fare per aiutarli e cosa guardare affinché questo lavoro possa essere sviluppato man mano secondo la guida. Questi propositi sono stati largamente adottati ed infine inclusi nelle linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Sono stati poi rivisti e migliorati per il Primo Aiuto Psicologico. I bambini non sono necessariamente più vulnerabili degli adulti: essi sono solo vulnerabili in maniera diversa. I bambini fanno affidamento sui propri genitori per quanto riguarda la loro protezione così quando essi falliscono i piccoli avvertono un grande senso di insicurezza; e non richiedono solo protezione: essi chiedono ai genitori anche di regolare sensazioni molto intense come la paura. I bambini di due o tre anni non possono regolarli molto bene perciò hanno bisogno dell'aiuto dei genitori. Perfino i bambini in età scolastica hanno bisogno di qualcuno che li prenda per mano e riesca a rallentare i battiti del loro cuore proprio perché si sentano più calmi. I genitori però possono non conoscere tutto questo. Così i bambini diventano più vulnerabili perché hanno minori risposte mature una volta che avvertono un pericolo o una minaccia o vedono qualcosa che accade ad un membro della propria famiglia, ad un genitore o ad un fratello. La loro debolezza è più importante rispetto a quella di qualcuno adulto, per questo ci sono molte strade diverse che si devono conoscere per aiutare un bambino. Anche gli adolescenti a volte richiedono perfino interventi più immediati perché possono diventare avventati. In una situazione di disastro abbiamo visto alcuni lasciare la scuola, correre attraverso il fuoco cercando di arrivare ai propri genitori, un grande coraggio ma anche un grande rischio; oppure possono scappare via. Perciò, gli adolescenti presentano una sfida differente con rischi differenti. Si ha bisogno di conoscere tutto ciò per ogni diversa fascia d'età e si deve assistere i genitori, i curatori, le persone sotto protezione e le persone in istruzione temporanea per rispondere in maniera appropriata ai vari tipi di bisogni che i ragazzi presentano. Abbiamo bisogno di capire tutto questo per dare una tutela adatta ed immediata; abbiamo bisogno di aiutare i genitori con i disturbi del sonno dei bambini che possono essere delle sfide silenziose. Perciò abbiamo redatto delle linee guida riguardo a cosa fare in questi casi. Capire cosa fare per i diversi gruppi d'età e come lavorare insieme alle famiglie valorizza la cura familiare: un piano familiare è molto importante. Anche gli adulti possono essere molto preoccupati per i propri genitori; a Northridge, in California, abbiamo visto diversi adulti guidare attraverso tutta la città in circostanze pericolose per cercare di raggiungere i loro genitori. A quest'altro capo della fascia d'età si ha bisogno di fornire interventi realmente adeguati e sostegno per i più anziani. Esistono gli stessi principi per tutti i gruppi d'età ma è necessario conoscere come applicarli: essi dovrebbero essere sviluppati e culturalmente appropriati. Ciò significa che ogni operatore non può basarsi sui suoi principi e passi di base: deve integrare la propria conoscenza culturale in modo tale che gli esempi e gli approcci siano appropriati non solo per un Paese ma anche per una regione, una singola comunità e perfino una famiglia.



Domanda: Cosa è esattamente il Primo Aiuto Psicologico (Psychological First Aid, PFA)?

Il Primo Aiuto Psicologico è un suono molto funzionale ma psicologico, un approccio sia di sviluppo che culturale per aiutare individui, famiglie e gruppi con le loro preoccupazioni nell'ambito delle immediate conseguenze di un disastro. Questi soggetti vengono diretti verso migliori risposte immediate nel gestire le reazioni personali, nel processo decisionale necessario, riguardo ai tipi di famiglie e al supporto sociale che si può fornire dopo il disastro. Il livello di attenzione dopo i disastri è realmente aumentato e ottiene una grande considerazione: come realizzare una struttura sistematica e ben pensata intessuta con una buona sorveglianza in modo che si possa conoscere cosa fare e controllare cosa si sta facendo dopo diverso tempo realizzando interventi maggiormente accessibili.

Domanda: Quali sono gli elementi chiave in questo tipo di cure?

Il Primo Aiuto Psicologico è disegnato per le prime settimane ed i primi mesi dopo un disastro per essere amministrato dalle persone nei rifugi. Gli interventi dopo i disastri dovrebbero essere ben pensati attraverso buone testimonianze a sostegno: si può insegnare ad alcune persone, non necessariamente professionisti della salute mentale, ad aiutare gli altri. Abbiamo addestrato circa 200.000 operatori del personale medico del Corpo Medico degli Stati Uniti nel Primo Aiuto Psicologico; abbiamo anche una

versione per il clero, adattato da gruppi ecclesastici interdisciplinari formati da diverse fedi religiose, che si rivolge a questioni di pene spirituali come anche le preoccupazioni psicologiche. Comunque i disastri possono anche non provocare reazioni di sintomatologie post-trauma o depressioni; la perdita di vite umane conduce a dolore e cordoglio, che noi chiamiamo Dolore Traumatico, un tipo specifico di dolore che trattiene la mente focalizzata su come una persona è morta così come sulla sensazione di perdita per essa. Le espressioni di dolore e di lutto, poi, sono molto marcate culturalmente e si ha bisogno di capirle a fondo dovunque ci si trovi nel mondo o chiunque si stia aiutando. Noi addestriamo i professionisti ad insegnare queste capacità ai sopravvissuti ai disastri. Andiamo direttamente all'intero esercizio di risoluzione dei problemi; si analizzano quali sono le loro avversità o difficoltà, alcune persone richiedono un aiuto specifico e se si può aiutarli a risolvere i problemi il loro livello di stress diminuisce. Il passo successivo dopo il Primo Aiuto Psicologico è chiamato Competenze per la Guarigione Psicologica (Skills for Psychological Recovery, SPR): esso ci dice cosa fare due, tre e quattro mesi dopo il trauma. Le persone potrebbero non richiedere un trattamento completo ma si può insegnare loro delle competenze basate sulla forza per costruire la capacità di recupero. E' un tipo di intervento basato sulla competenza che potrebbe essere adottato dal Programma del Consiglio per le Crisi, il maggior programma di risposta negli Stati Uniti. Con le Competenze per la Guarigione Psicologica si aiutano i sopravvissuti a gestire alcune delle loro reazioni e come fare più attività positive come pranzare insieme, esercitarsi o riprendere la propria vita professionale. Dopo il Primo Aiuto Psicologico e le Competenze per la Guarigione Psicologica



potrebbero esserci un trattamento e una cura specifici per alcune persone; ciò sarà posto in essere da professionisti nella salute mentale adeguatamente preparati negli Stati Uniti con un Master o un livello di istruzione superiore. Esiste una continuazione di cure piuttosto che solo un intervento non ripetuto o non riprodotto; queste sono tutte parti degli sforzi realizzati in tutto il mondo per modernizzare e migliorare il sistema pubblico della cura della salute mentale dopo i disastri. Esso è composto da alcuni passi e l'obiettivo è quello di aumentare realmente gli standard in maniera informata, disciplinata e ben preparata ovunque nel mondo. Ci sono alcune persone che descrivono il Primo Aiuto Psicologico come fare cosa dice il senso comune, cosa è sostenibile e aiutare con i problemi materiali. Aiutare con i problemi materiali è una parte ben distinta del Primo Aiuto Psicologico, ma la PFA è definita psicologica. Lasciatemi fare un esempio: se incontriamo una famiglia dell'Abruzzo che ha vissuto il terremoto e un palazzo collassato in cui è morto un membro della famiglia, li ascoltiamo e non possiamo fare altro per aiutarli; invece, un altro membro della famiglia che si trovava a Roma ha avuto notizia del disastro ed è preoccupato riguardo alla sicurezza ed alla protezione della propria famiglia. Queste persone hanno avuto due differenti esperienze del terremoto. Preoccuparsi per qualcuno e non sapere nulla per ore è estremamente stressante e poi continua in seguito. Noi vogliamo aiutare questi soggetti a capire che ogni persona ha avuto un'esperienza diversa e che le loro reazioni non saranno sicuramente le stesse. E' estremamente importante capire e si deve essere rispettosi di ciò che altrimenti le persone in famiglia avvertono in maniera errata e sottovalutano quali causa dei propri problemi. Si tratta di un intervento psicologico che deve essere attuato immediatamente ma riesce ad aiutare una famiglia a funzionare meglio.

Domanda: Lei fa parte della Commissione che lavora con l'Associazione Psichiatrica per supervisionare i criteri diagnostici di identificazione di un Disturbo di Stress Post-Trauma. Quali sono i maggiori punti in discussione in questo dibattito?

Alcune raccomandazioni per delle revisioni sono state proposte recentemente; l'ultima proposta contiene molti fondamenti basilari dei Disturbi di Stress Post-Trauma conosciuti con il nome di Manuale Statistico Diagnostico per Psichiatri (Diagnostic Statistical Manual for Psychiatry, DSMP), versione 4, ma per modernizzarli si vuole includere nuove testimonianze e approcci per l'intervento. Tra i cambiamenti più importanti ora c'è un gruppo che sta lavorando per rendere sicuri tutti i criteri utilizzati per far sì che le diagnosi tengano conto delle differenze di sviluppo e per avere buone informazioni circa le manifestazioni dei sintomi specifici dell'età. Come possono un bambino in età scolare o un adolescente mostrare qualcosa? Il manuale cerca di dare alcune descrizioni di tutto ciò in modo che le persone che lavorano in clinica abbiano una comprensione chiara di come comportarsi quando guardano a bambini di età diversa. Tutto ciò precedentemente era rivolto in misura più limitata, per esempio il comportamento nel Gioco Traumatico che mostravano i bambini aveva qualcosa di invadente sulle loro menti non perché essi lo descrivevano, come invece può fare un adulto, ma perché quando guardavano il loro gioco essi ripetevano qualcosa. Questo è un esempio di una manifestazione specifica dell'età. Così l'idea è quella di fare più di questo e qualcosa è stato già fatto. I criteri diagnostici sono stati ampliati ed approfonditi. Il primo criterio concerne l'esposizione della morte attuale o minacciata, delle gravi ferite o delle violenze sessuali personalmente o apprendendo da cosa è successo a qualcuno vicino all'interessato. Ad esempio, perfino un patologo che ha ripetuto l'esposizione di corpi morti per le conseguenze spiacevoli di un disastro può sperimentare il Manuale Statistico Diagnostico per Psichiatri. Oggi esistono vari modi per identificare tutto questo. Poi, in associazione con gli eventi traumatizzanti, si possono individuare sintomi di intrusione come ricordi, il persistente evitare gli stimoli così come il rifiuto di parlare delle proprie esperienze e, ancora, una nuova categoria di alterazioni negative di cognizioni e umore come sensazioni prolungate di paura, tristezza, colpa e vergogna così come pensieri di auto-incolparsi e di non essere in grado di distinguere in maniera flessibile riguardo alle situazioni della vita reale. Infine, si hanno alterazioni nel risveglio e nella reattività, ad esempio, disturbi del sonno oppure sentirsi spaventati e irritabili e perciò abbiamo aggiunto qualcosa chiamato temerarietà o avventatezza. Come pure diventando timorosi, i bambini e gli adolescenti possono diventare coraggiosi. Abbiamo visto bambini dopo la scuola lanciarsi saltando da tetto a tetto, un comportamento davvero da brividi, fare cose avventate e perfino pericolose. Ora possiamo identificare tutto questo in maniera metodica. La durata di questi disturbi è come minimo un mese e questi disagi causano a livello clinico, significative angosce o indebolimento in molte importanti aree funzionali come quella sociale, occupazionale e varie altre. Abbiamo anche introdotto alcuni provvedimenti per i bambini in età pre-scolare; a causa della loro immaturità e giovinezza, i bambini molto giovani potrebbero non mostrare lo stesso numero di sintomi rispetto ad un adulto o ad un adolescente. Per questo, stiamo realizzando soglie diverse per questi bambini e per gli adulti e gli adolescenti. Anche in termini di ambiente in cui vivono, stiamo guardando alle loro funzionalità sociali, familiari, tra pari e scolastiche. Queste sono tutte cose che potrebbero interferire con le diverse modalità di reazione. I nuovi criteri danno una visuale molto più completa ma hanno bisogno di essere applicati in maniera rigorosa, disciplinata e basata su opportune ricerche in modo che possiamo considerare con sicurezza la soglia e il grado della diagnosi. Qualcosa che non è ancora stato incluso per ora sono i recenti sforzi sulla nostra rete per investigare qualcosa chiamato Sviluppo di un Disturbo da Trauma; i bambini a volte presentano traumi periodici da violenza domestica, ad esempio essi non sperimentano un singolo evento traumatizzante ma spesso testimoniano violenze domestiche e vengono psicologicamente abusati e trascurati per un periodo molto esteso. Essi potrebbero andare avanti a diventare predisposti alla violenza sessuale o da parte della comunità, potrebbero avere perfino un'esperienza di disastro e ciò diventerebbe una situazione davvero molto complessa. Maggiormente si accumulano questi traumi, maggiori difficoltà si presentano per diagnosticarli, per questo, non si deve guardare solo ai sintomi indicati nel Manuale Statistico Diagnostico per Psichiatri ma si deve anche considerare le interferenze con il loro sviluppo normale specialmente in aree particolari come auto-regolamentazione, emozioni e auto-efficacia. A volte il lavoro non consta soltanto di aiutare le persone con i loro sintomi, si ha anche bisogno di aiutarli con alcune di queste competenze sviluppate: cose che essi hanno bisogno di apprendere ma sono ostacolati in ciò dal decorso del trauma. Noi pensiamo che questa struttura di sviluppo andrà ad aiutare nella diagnosi e nella cura di molti dei bambini di cui Telefono Azzurro si occupa, bambini con storie di traumi realmente molto complicati. E' un nuovo approccio che dovrebbe passare attraverso alcuni test per verificare il programma nelle reali condizioni di utilizzo per vedere se esso può essere migliorato con diversi lavori scientifici e testimonianze raccolte; ma è il modo di pensare differente a cui la nostra rete è interessata.

Domanda: Il suo libro è stato tradotto in diverse lingue, incluso l'italiano, e il suo metodo è stato applicato in vari Paesi. Ha notato alcune differenze comparate alla sua esperienza personale?

Quello che facciamo, l'UNICEF sta operando in tal modo proprio ora ad Haiti, è attenerci comunque ai diversi passi consequenziali: il nostro addestramento contiene esempi di cosa si deve fare in ogni fase ed esse possono essere individualizzate all'ambiente, alla cultura e allo sviluppo della situazione, tutte cose che possono cambiare in ogni parte del mondo. Si può utilizzare questo metodo per sviluppare un approccio diverso per la preparazione e la situazione mentre si mantiene comunque la stessa cornice. Ci sono strutture e flessibilità ed è importante fare degli esempi maggiormente appropriati culturalmente, perciò si può tentare di compiere passi di questo tipo all'interno di una cultura o di una comunità. E' qualcosa in cui siamo veramente molto bravi. L'abbiamo posto in essere ad Haiti attualmente e l'abbiamo fatto in Taiwan per alcuni anni dopo un terremoto ed un tifone devastanti. Si personalizza la risposta al disastro, alla cultura, a volte alle differenze religiose e ad alcune questioni di sviluppo locali importanti per la comunità. Tutto ciò richiede notevoli sforzi.

Extra: Primo Aiuto Psicologico e il terremoto in Abruzzo

Sebbene il Prof. Pynoos non abbia visitato L'Aquila, ha parlato con Telefono Azzurro in riguardo alle circostanze specifiche dei sopravvissuti al terremoto in Abruzzo e su come l'approccio di Primo Aiuto Psicologico potrebbe essere benefico per essi.

Domanda: Ha visitato lo scenario del terremoto dell'anno scorso in Abruzzo?

No, non sono andato in Abruzzo in questo viaggio ma spero di recarmi sul posto nella mia prossima visita. Comunque ho visto diversi reportage sul disastro.

Domanda: Quali sono state alcune delle caratteristiche del disastro?

E' importante ricordare che ogni disastro porta una firma sua propria. Alcuni dei sintomi di stimolo (facenti parte del Disturbo dello Stress Post-Traumatico) dei sopravvissuti dell'Abruzzo non sono stati afferrati al meglio; c'era da aspettarselo. Un terremoto è solo l'esperienza iniziale e il dopo-trauma può trattenere il soggetto nel ricordo di ciò che ha provato. Perfino muovere una sedia potrebbe spaventarli. Questo è tutto quello che facciamo con la parte reattiva del loro cervello e si ha bisogno di particolare attenzione in ciò: ad esempio, una tempesta potrebbe essere differente, potrebbe essere il suono o la ferocia del vento a disturbare le persone. L'Aquila, intesa come comunità generale, è anche una città universitaria; il segno di questo terremoto, da quello che ho capito, è che si è avuto un effetto maggiore sull'Università, sugli studenti, sulle facoltà e su tutto lo staff. Ciò richiede un proprio approccio speciale; in aggiunta all'organizzazione di servizi per la comunità, esiste un modo specifico per aiutare le Università a guarire ed offrire cure appropriate agli studenti, alle facoltà ed ai lavoratori che provengono da ogni parte dell'Italia ed oltre e che ora potrebbero essere dispersi.

Domanda: Il metodo del Primo Aiuto Psicologico è stato utilizzato in Abruzzo?

Penso che diversi sforzi compiuti dal Prof. Ernesto Caffo e dal suo gruppo si siano rivolti proprio alla traduzione della nostra guida di Primo Aiuto Psicologico e che alcuni di questi principi siano stati applicati. Ma c'è una differenza tra l'aver questi principi e avere quello che noi chiamiamo Guida alle Operazioni sul Campo, che è un regime di addestramento molto più dettagliato. Questo soltanto sta ora iniziando in Italia. Esso contiene i principi basilari ma stiamo progettando maggiore cooperazione per il futuro in maniera che potremo fornire maggiore preparazione "sul campo". I dottori della Salute Mentale nei Disastri qui hanno un'eccellente livello di addestramento e questa cooperazione può aiutare a migliorare le capacità delle persone perfino ad un grado altissimo. I disastri spesso forniscono l'impulso per l'adozione futura della Guida al Primo Aiuto Psicologico.

Domanda: I recenti reportage dei mass-media hanno sostenuto la presenza della corruzione negli sforzi per la ricostruzione dell'Abruzzo. Quali effetti psicologici può avere ciò sui sopravvissuti?

Un elemento importante della risposta ad un disastro è quello di restituire un buon senso di "contratto sociale": quando una persona passa attraverso un terremoto ne esce distrutta, conosce personalmente cosa vuol dire perdere il senso di protezione (uno "scudo protettivo") a cui la natura ha contribuito. Ricostruire questa sensazione di scudo protettivo include avere fiducia nella risposta del proprio Governo, conoscere come puoi relazionarti con esso, sapere che essi avranno la massima integrità, che non si comporteranno da impostori, sapere che utilizzeranno i giusti servizi e materiali e attueranno ogni miglioramento che sarà necessario. Tutto questo fa parte della guarigione e quindi qualsiasi cosa rappresenti un pericolo è un problema. Allo stesso modo, quando c'è corruzione, questa influenza lo sviluppo morale degli adolescenti che hanno vissuto il disastro. Abbiamo testimoniato in Armenia che essi attraversano un periodo molto vulnerabile del loro sviluppo morale e iniziano a guardare maggiormente allo sviluppo dei punti di vista e dei valori politici degli adulti. Essi guardano ai mercati neri, alle bustarelle e alla corruzione e ciò può avere un effetto distruttivo sulla loro salute. Si ha bisogno di dare agli adolescenti cose sociali positive e costruttive per aiutarli con la loro guarigione.