



MASTER

«Costruire relazioni terapeutiche significative: strategie di comunicazione efficace nella gestione e nella presa in carico dei pazienti nei contesti socio-sanitari»

Dott.ssa Maria Rosaria Mottola

Dott.ssa Mariachiara Di Francesco



TERZA LEZIONE

«La figura dell'operatore sanitario nella gestione degli eventi acuti e traumatici: strategie comunicative e relazionali»

26/10/2024

Dott.ssa Mariachiara Di Francesco

Psicologa – Psicoterapeuta

Esperta in Neuropsicologia

STRUTTURA DELLA LEZIONE

- **PARTE PRATICA 1:** Attività esperienziale bottom-up...
- **PARTE TEORICA 1:** Gli eventi acuti e traumatici: il trauma, le conseguenze e i disturbi, psicologia dell'emergenza e accenni di EMDR.
- **PARTE TEORICA 2:** Le strategie di comunicazione e relazionali nei contesti socio-sanitari con i pazienti traumatizzati.
- **PARTE PRATICA 2:** Esercitazioni sulle strategie comunicative e relazionali nella gestione degli eventi acuti.



ESERCIZIO DI ATTIVAZIONE

Prendi un foglio e scrivi-disegna tutte le parole e/o le immagini che emergono in te se pensi alla definizione «eventi acuti e traumatici»

TEMPO: 10 MINUTI



ESERCIZIO DI ATTIVAZIONE

Su un altro foglio scrivi il titolo di un film, di una canzone o di un libro che per te meglio rappresenta il tema «eventi acuti e traumatici»...



ESERCIZIO DI ATTIVAZIONE

- Guarda il video...
- Scrivi su un foglio le emozioni che ti ha suscitato...
 - Condivisione...



Gli eventi acuti e traumatici

Per esperienza acuta o traumatica intendiamo un evento «stressante» al quale l'individuo non può sottrarsi e che supera la sua capacità di resistenza.

Può trattarsi di eventi che minacciano l'integrità fisica, propria o altrui, oppure l'identità psicologica.





Gli eventi acuti e traumatici

Non tutte le esperienze acute e impattanti sono vissute dal soggetto
come traumatiche!

Alcuni eventi possono essere acuti ma non traumatici poichè la
potenziale traumaticità di un evento è soggettiva.

Le conseguenze saranno, necessariamente, differenti!



Gli eventi acuti e traumatici

Tra gli eventi stressanti troviamo: divorzio, tradimento del coniuge, separazione, sfratto, licenziamento, problemi lavorativi, grave offesa, lutto non traumatico, perdita economica, diagnosi medica, mobbing...

Gli eventi acuti e traumatici

La parola *trauma* deriva dal greco e significa *danneggiare, ledere...*

Contiene un duplice riferimento ad una ferita con lacerazione ed agli effetti di uno shock violento sull'insieme dell'organismo.

Originariamente di pertinenza delle discipline medico-chirurgiche, durante il XVIII sec. il termine è stato usato in psichiatria e psicologia clinica per indicare l'effetto soverchiante di uno stimolo sulle capacità dell'individuo di farvi fronte.



Gli eventi acuti e traumatici

I primi a parlare di *traumatismo* in senso psicologico furono Janet e Charcot.

Secondo il filosofo e psichiatra francese Janet, che ha influenzato ampiamente

la teorizzazione in quest'ambito, il trauma psicologico è un evento che,

per le sue caratteristiche, risulta “non integrabile” nel sistema psichico pregresso

della persona, minacciando di frammentare la coesione mentale.

L'esperienza traumatica può rimanere dissociata dal resto dell'esperienza psichica,

causando una sintomatologia dissociativa.



Gli eventi acuti e traumatici

Charcot, invece, neurologo francese che formulò il termine *Isteria Traumatica*, la attribuì a un forte shock.

Charcot, infatti, notò che la paralisi corporea non era sempre dovuta a lesioni organiche ma che poteva verificarsi anche in assenza di un trauma organico; attribuì quindi a uno shock psichico le paralisi isteriche post-traumatiche.



Gli eventi acuti e traumatici

I traumi possono essere individuali o collettivi.

Tra gli individuali troviamo: furto, rapina, scippo, violenza fisica, violenza sessuale, grave incidente automobilistico, grave incidente sul lavoro, lutto traumatico, diagnosi medica infausta, infarto, essere testimoni di particolari eventi, assistenza protratta ad un malato cronico, interruzione volontaria di gravidanza involontaria o volontaria, trapianti...



Gli eventi acuti e traumatici

I traumi collettivi si dividono in:

- Catastrofi naturali;
- Catastrofi tecnologiche;
- Catastrofi sociali

Gli eventi acuti e traumatici

CATASTROFI NATURALI

- Eventi geologici (terremoti, maremoti, eruzioni vulcaniche, bradisismo, caduta di meteoriti);
- Eventi metereologici (piogge sovrabbondanti, siccità, trombe d'aria, tifoni, uragani, neve, ghiaccio, grandine sovrabbondanti);
- Eventi idrogeologici (alluvioni, esondazioni, frane, valanghe/slavine, collasso di ghiacciai).

Gli eventi acuti e traumatici

CATASTROFI TECNOLOGICHE

- Incidenti di rilievo in attività industriali (rilascio di sostanze inquinanti o tossiche, rilascio di radioattività, esplosioni);
- Incidenti nei trasporti (arei, ferroviari, marittimi, stradali);
- Collasso dei sistemi tecnologici (blackout elettrico, blackout informatico, interruzione del rifornimento idrico, collasso di dighe e bacini)
- Incendi (boschivi, urbani, industriali, tunnel, trafori)
- Crolli di immobili e grandi strutture (palazzi, ospedali, ponti, strutture sopraelevate).

Gli eventi acuti e traumatici

CATASTROFI SOCIALI

- Eventi socio-politici (conflitti armati, atti terroristici, sommosse, impiego di armi: chimiche, biologiche e nucleari);
 - Eventi socio-sanitari (epidemie);
 - Eventi socio-economici (carestie);
- Esodi (migrazioni forzate o volontarie di grandi numeri di persone).



Gli eventi acuti e traumatici

Quali potrebbero essere le conseguenze di un evento traumatico?

Prendi un foglio e scrivi tutte le conseguenze che ti vengono in mente (emozioni, pensieri, immagini, comportamenti, disturbi...) che potrebbero seguire ad un evento acuto e traumatico.



Gli eventi acuti e traumatici

Esperienze traumatiche diverse sono associate a differenti probabilità di sviluppare un disturbo post-traumatico perché l'effetto sulla persona dipende dal tipo e dalla gravità del trauma subito.

Esistono diverse forme di esperienze potenzialmente traumatiche a cui può andare incontro una persona nel corso della vita.

Gli eventi acuti e traumatici

Esistono i «piccoli traumi», «small trauma» o “t”, ovvero quelle esperienze soggettivamente disturbanti che sono caratterizzate da una percezione di pericolo non particolarmente intensa.

Si possono includere in questa categoria eventi come un’umiliazione subita o delle interazioni brusche con delle persone significative durante l’infanzia.

Solitamente, sono traumi difficilmente rintracciabili, complessi da trattare e cumulativi nel tempo: traumi relazionali, sviluppi traumatici, traumi complessi.



Gli eventi acuti e traumatici

Accanto a questi traumi di piccola entità si collocano i traumi T (big trauma), ovvero tutti quegli eventi che portano alla morte o che minacciano l'integrità fisica propria o delle persone care.

A questa categoria appartengono eventi di grande portata, come ad esempio disastri naturali, abusi, incidenti etc.



Gli eventi acuti e traumatici

Nel DSM-5 la diagnosi dei Disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti è l'unica a tenere in considerazione fra i criteri diagnostici l'aspetto eziologico, il trauma appunto.

Tra questi il Disturbo reattivo dell'attaccamento, il Disturbo da impegno sociale disinibito, il Disturbo da Stress Post-Traumatico, il Disturbo da stress acuto, i Disturbi dell'adattamento e altri due disturbi con altra o senza specificazione.

Gli eventi acuti e traumatici

In particolare per lo sviluppo di un PTSD (DSM-5; APA, 2013) è necessario che:

- La persona sia stata esposta a un trauma, quale la morte reale o una minaccia di morte, grave lesione, oppure violenza sessuale (criterio a) facendo un'esperienza diretta o indiretta dell'evento traumatico oppure venendo a conoscenza di un evento traumatico violento o accidentale accaduto ad un membro della famiglia o ad un amico stretto. Traumatica è anche l'esposizione ripetuta o estrema a dettagli crudi dell'evento traumatico come ad esempio succede ai primi soccorritori che raccolgono resti umani o agli agenti di polizia ripetutamente esposti a dettagli di abusi su minori.



Gli eventi acuti e traumatici

- Sintomi intrusivi correlati all'evento traumatico insorgano dopo l'evento traumatico, (criterio b):ricordi, sogni, flashback che possono portare alla completa perdita di consapevolezza dell'ambiente circostante. Può esserci intensa o prolungata sofferenza psicologica e reattività fisiologica in risposta a trigger che simboleggiano o assomigliano al trauma.

Gli eventi acuti e traumatici

- Evitamento persistente degli stimoli associati all'evento traumatico che viene messo in atto dopo l'evento traumatico (criterio c). Interessa sia fattori interni come ricordi spiacevoli, pensieri o sentimenti relativi o strettamente associati all'evento traumatico, che fattori esterni quali persone, luoghi, conversazioni, attività, oggetti e situazioni che possono suscitare ricordi spiacevoli, pensieri o sentimenti relativi o strettamente associati all'evento traumatico.

Gli eventi acuti e traumatici

- Alterazioni negative di pensieri ed emozioni associate all'evento traumatico si manifestano dopo l'evento traumatico (criterio d). La persona può non ricordare qualche aspetto importante dell'evento traumatico, sviluppare persistenti ed esagerate convinzioni o aspettative negative su se stessi, gli altri, o sul mondo. Possono manifestarsi pensieri distorti e persistenti relativi alla causa o alle conseguenze dell'evento traumatico che portano a dare la colpa a se stessi oppure agli altri. Si può inoltre sperimentare uno stato emotivo negativo e provare sentimenti persistenti di paura, orrore, rabbia, colpa o vergogna, una marcata riduzione di interesse o partecipazione ad attività significative, sentimenti di distacco o di estraneità verso gli altri o incapacità di provare emozioni positive come felicità, soddisfazione o sentimenti d'amore.



Gli eventi acuti e traumatici

- Marcate alterazioni dell'arousal e della reattività associati all'evento traumatico si manifestano dopo l'evento traumatico (criterio e) come comportamento irritabile ed esplosioni di rabbia (con minima o nessuna provocazione) tipicamente espressi nella forma di aggressione verbale o fisica nei confronti di persone o oggetti, comportamento spericolato autodistruttivo, ipervigilanza, esagerate risposte di allarme, problemi di concentrazione, difficoltà relative al sonno come difficoltà nell'addormentarsi o nel rimanere addormentati oppure sonno non ristoratore.



Gli eventi acuti e traumatici

- La durata delle alterazioni descritte è superiore ad 1 mese (criterio f).
- Il disturbo causa disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti (criterio G).
- Il disturbo non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza come ad esempio farmaci o alcol o a un'altra condizione medica (criterio H).



Gli eventi acuti e traumatici

A seguito di un evento stressante, oltre a sviluppare un PTSD, si possono manifestare anche SINTOMI DISSOCIATIVI di DEPERSONALIZZAZIONE (sentirsi distaccati dai propri processi mentali come se si fosse un osservatore esterno al proprio corpo) e DEREALIZZAZIONE (persistenti o ricorrenti esperienze di irrealtà dell'ambiente circostante).



Gli eventi acuti e traumatici

Un punto importante su cui si è discusso molto negli ultimi anni è se la dissociazione sia o meno una risposta adattativa al **trauma**, come estrema protezione dall'esperienza dolorosa (Steinberg e Schnall, 2001). Sebbene l'ipotesi più diffusa sia quella che concepisce i sintomi dissociativi come difesa, alcuni autori, fra cui Liotti, sostengono, in maniera piuttosto convincente, che la dissociazione sia “una disgregazione primaria del tessuto della coscienza e dell'intersoggettività, mentre la protezione dal dolore è un aspetto secondario e collaterale che fra l'altro spesso fallisce” (Liotti e Farina, 2011).



Gli eventi acuti e traumatici

La dissociazione non solo non sarebbe una protezione dal dolore, ma un'esperienza al limite dell'annichilimento, dalla quale la mente deve difendersi per non sprofondare nell'abisso. Come un osso che si rompe in mille pezzi in seguito ad un trauma fisico non è il risultato di un meccanismo di difesa del nostro corpo, allo stesso modo la disgregazione delle funzioni integratrici della coscienza conseguente ad un trauma psicologico non sembra essere una difesa della nostra mente, ma un effetto collaterale devastante, con gravi ripercussioni sulla capacità di regolazione emotiva, sulle capacità metacognitive e sull'identità.



Gli eventi acuti e traumatici

Secondo altri (Onno van der Hart, Ellert R.S. Nijenhuis, Kathy Steele) è nella dissociazione strutturale della personalità che risiede l'essenza della traumatizzazione, cioè tutti i disturbi di origine traumatica hanno alla base la dissociazione strutturale della personalità.



Gli eventi acuti e traumatici

Gli autori riprendono l'idea di Pierre Janet (1859-1947) di dissociazione intesa come una divisione della personalità o della coscienza in più parti non integrate fra loro e la ampliano affermando che queste divisioni dissociative riguardano non solo azioni mentali come lo sperimentare affetti, ma anche e soprattutto sistemi basilari della personalità: il sistema orientato alla ricerca e all'avvicinamento a stimoli piacevoli come la compagnia altrui, e quello finalizzato all'evitamento del pericolo e delle minacce alla propria integrità.



Gli eventi acuti e traumatici

Tali sistemi, denominati dagli autori “sistemi d’azione”, hanno la funzione di aiutare l’individuo a distinguere le situazioni e le esperienze utili da quelle nocive in modo da favorire il miglior adattamento possibile dell’individuo al suo ambiente di vita.

I sistemi d’azione implicano determinate tendenze all’azione che a loro volta sono fondamentali per affrontare le sfide ambientali in modo adattivo e comprendono sia azioni mentali, sia azioni comportamentali.



Gli eventi acuti e traumatici

Quando parliamo di eventi acuti e/o traumatici all'interno di un contesto sanitario, ci riferiamo a svariate situazioni: eventi ischemici ed infartuali, traumi fisici e psichici (big trauma e small trauma), incidenti, catastrofi naturali, morte improvvisa/traumatica...

Tutte queste situazioni hanno in comune l'imprevedibilità e il grande impatto sulla persona.



Gli eventi acuti e traumatici

È di fondamentale importanza che l'operatore sanitario che entra in contatto con queste situazioni sia sufficientemente preparato e formato.

La preparazione è fondamentale per chi deve gestire la persona «vittima» del trauma e per chi si occupa dei familiari, anch'essi vittime indirette.

La preparazione per l'operatore è importante poiché il rischio di essere seriamente coinvolto nelle esperienze traumatiche delle persone che soccorre (traumatizzazione vicaria) deve essere tenuto in seria considerazione.



Gli eventi acuti e traumatici

La disciplina che più si occupa di ciò e di formare gli operatori sanitari alla gestione degli eventi impattanti e traumatici è la **PSICOLOGIA DELL'EMERGENZA**.

La psicologia dell'emergenza si rivolge alle persone colpite da una catastrofe, da un lutto, da un trauma, ma anche ai soccorritori, cioè alle persone che intervengono per prime e che, assieme ai sopravvissuti, sperimentano sentimenti di impotenza, angoscia, ansia, disperazione.



Gli eventi acuti e traumatici

PSICOLOGIA DELL'EMERGENZA

L'intervento di soccorso si articola in varie fasi e a ciascuna di queste si associano specifiche reazioni del soccorritore, talvolta anche molto marcate, ma che vanno comunque considerate come reazioni normali a situazioni anomale/straordinarie.



Gli eventi acuti e traumatici

PSICOLOGIA DELL'EMERGENZA

1. Allarme: prende avvio dalla comunicazione di un evento critico grave, in cui bisogna intervenire. Questa fase si può considerare come il primo impatto con l'evento traumatico, ed è caratterizzata dallo stordimento iniziale e dall'ansia, dalla irritabilità e dall'irrequietezza che caratterizzano la maggior parte degli operatori. Non mancano anche soccorritori in cui si determina una reazione più o meno grave di tipo inibitorio.



Gli eventi acuti e traumatici

PSICOLOGIA DELL'EMERGENZA

I soccorritori in questa fase di impatto vivono varie reazioni:

- reazioni fisiche (accelerazione del battito cardiaco, aumento pressorio, difficoltà respiratorie);
- reazioni cognitive (disorientamento, difficoltà nel dare senso alle informazioni ricevute e nel comprendere la gravità dell'evento);
- reazioni emozionali (ansia, stordimento, shock, paura per ciò che si incontrerà sulla scena dell'evento, inibizione in alcuni altri casi);
- reazioni comportamentali (diminuzione dell'efficienza, aumento del livello di attivazione, difficoltà di comunicazione).



Gli eventi acuti e traumatici

PSICOLOGIA DELL'EMERGENZA

2. Mobilitazione: superato l'impatto iniziale gli operatori si preparano all'azione, l'agire aiuta a dissolvere la tensione, si recupera l'autocontrollo.

In questa fase sono presenti, in misura minore, la maggior parte dei vissuti e delle reazioni della fase precedente, ai quali si associano, come preziosi fattori di recupero dell'equilibrio, il trascorrere del tempo, il passaggio all'azione finalizzata e coordinata e l'interazione.



Gli eventi acuti e traumatici

PSICOLOGIA DELL'EMERGENZA

3. Azione: il soccorritore inizia l'intervento di primo soccorso a favore delle vittime. L'operatore è attraversato da emozioni contrastanti: si passa da momenti di euforia (quando si riesce efficacemente a prestare aiuto), fino a sentimenti di delusione, colpa, inadeguatezza (quando l'intervento non ha successo). Il soccorritore vive diverse categorie di reazioni:



Gli eventi acuti e traumatici

PSICOLOGIA DELL'EMERGENZA

- reazioni fisiche (aumento del battito cardiaco, della pressione, della frequenza respiratoria, nausea, sudorazione, tremore, ecc.);
- reazioni cognitive (difficoltà di memoria, disorientamento, confusione, perdita di obiettività, difficoltà di comprensione);
- reazioni emozionali (senso di invulnerabilità, euforia, ansia, rabbia, tristezza, sconforto, apatia, assenza di sentimenti);
- reazioni comportamentali (iperattività, facilità allo scontro verbale o fisico, aumento dell'uso di tabacco, alcol, farmaci, perdita di efficienza ed efficacia nelle azioni di soccorso, ecc.).



Gli eventi acuti e traumatici

PSICOLOGIA DELL'EMERGENZA

4. Lasciarsi andare: è la fase che va dalla fine del servizio, al ritorno alla routine lavorativa o sociale, quindi al rientro dopo l'intervento di emergenza sulla catastrofe.

Due contenuti caratterizzano questa fase:

- Il carico emotivo, che durante l'azione è stato represso, nel ritorno alla quotidianità, riemerge con evidenza;
- Il complesso di vissuti, indotti dalla separazione dagli altri soccorritori con i quali si è vissuto l'intervento, e il ritorno alla vita quotidiana con le relative aspettative rispetto a questo ritorno.



Gli eventi acuti e traumatici

PSICOLOGIA DELL'EMERGENZA

Esistono contenuti psichici negativi inibiti durante la fase di azione, che trovano poi la forza di riemergere e manifestarsi nella fase del *lasciarsi andare*.

Tra questi particolarmente comuni sono: la difficoltà nel distendersi, nel rilassarsi, nell'addormentarsi, la tristezza, la tensione, il riaffiorare di episodi e vissuti particolarmente forti sul piano emotivo, la rabbia.



Gli eventi acuti e traumatici

PSICOLOGIA DELL'EMERGENZA

Gli operatori soggetti ad un maggiore grado di rischio sono:

- Personale medico e paramedico;
 - Personale delle ambulanze;
- Operatori di ricerca e salvataggio superstiti;
 - Medico legale e il suo staff;
 - Forze dell'ordine;
- Volontari che operano sul luogo dell'incidente.



Gli eventi acuti e traumatici

PSICOLOGIA DELL'EMERGENZA

I soccorritori normalmente sviluppano una tolleranza abbastanza elevata nei confronti di queste situazioni, ma il rischio di sviluppare una **traumatizzazione vicaria** va tenuto nella necessaria considerazione.

La traumatizzazione vicaria indica la possibilità che un soccorritore durante il servizio viva in prima persona il trauma, non per esposizione diretta, ma per il contatto con la persona soccorsa. Questo può accadere in particolar modo quando l'operatore è eccessivamente coinvolto con la persona che sta soccorrendo.



Gli eventi acuti e traumatici

PSICOLOGIA DELL'EMERGENZA

Esistono diversi fattori di rischio per lo sviluppo di una traumatizzazione vicaria che possono essere raggruppati in tre classi:

a. Fattori di rischio oggettivi:

- Eventi che comportano gravi danni per neonati e bambini;
- Eventi che coinvolgono molte persone (dall'incidente stradale al terremoto);
- Eventi che causano lesioni gravi, mutilazioni e deformazioni del corpo delle vittime;



Gli eventi acuti e traumatici

PSICOLOGIA DELL'EMERGENZA

- Eventi che causano la morte di colleghi;
- Il fallimento di una missione di soccorso comportante la morte di una o più persone;
- La necessità di compiere scelte difficili e/o inadeguate al proprio ruolo operativo;
- La necessità di prendere decisioni importanti in tempi rapidissimi.



Gli eventi acuti e traumatici

PSICOLOGIA DELL'EMERGENZA

b. Fattori di rischio soggettivi:

- Tendenza eccessiva del soccorritore ad identificarsi con la vittima;
- Bisogno marcato del soccorritore di tenersi a distanza dalle vittime;
- Presenza di significative problematiche psicologiche del soccorritore e/o la presenza di traumi pregressi in elaborati;
- Mancanza di idonee strategie per fronteggiare lo stress e/o la mancanza di adeguate capacità di valutare la propria tolleranza allo stress;
- Scarsa conoscenza della normale risposta fisiologica e psicologica delle persone di fronte allo stress;
- Lesioni personali.



Gli eventi acuti e traumatici

PSICOLOGIA DELL'EMERGENZA

c. Fattori di rischio legati all'organizzazione in cui si presta servizio:

- Ritmi di lavoro eccessivi;
- Inadeguatezze logistiche degli ambienti destinati ai soccorritori;
- Carenze nei processi di comunicazione;
- Conflitti interni all'organizzazione e tra soccorritori;
- Carenze nei processi di selezione e formazione degli operatori;
- Mancanza di programmi di supporto psicologico dei soccorritori.



Gli eventi acuti e traumatici

PSICOLOGIA DELL'EMERGENZA

Mitchell ed Everly (1996) parlano di **critical incident** definendola come *“qualunque situazione affrontata dal personale di emergenza sanitaria, capace di produrre uno stress emotivo insolitamente elevato in grado di interferire sulle abilità dell'operatore di fronte alla scena dell'evento e anche dopo”*.

Esiste una vera e propria sindrome che può colpire i soccorritori, la **“critical incident stress syndrome”** (CISS). È un rischio reale per le persone che sono spesso a contatto con incidenti, tragedie, morti e può causare problemi familiari, perdita di lavoro oltre ad un'elevata sofferenza individuale.



Gli eventi acuti e traumatici

PSICOLOGIA DELL'EMERGENZA

La sindrome può causare effetti e reazioni a vari livelli:

- Reazioni fisiche:** nausea, problemi gastro-intestinali, tremori muscolari, aumento del ritmo respiratorio e della pressione sanguigna, alternanza di iperattività e spossatezza, disturbi del sonno, alimentari e sessuali;
- Reazioni emozionali:** senso di colpa, rabbia, oscillazioni dell'umore, repressione dei sentimenti, angoscia, paura, perdita dell'autostima, depressione;
- Reazioni cognitive:** disorientamento, incapacità a concentrarsi, incapacità di giudizio, difficoltà di memoria, amnesia.



Gli eventi acuti e traumatici

PSICOLOGIA DELL'EMERGENZA

È fondamentale ribadire l'importanza della formazione dell'operatore ma anche il trattamento dello stesso durante la gestione dell'esperienza traumatica.



Gli eventi acuti e traumatici

PSICOLOGIA DELL'EMERGENZA

Insegnamento di semplici e rapide tecniche di rilassamento o di autoipnosi.

Utilizzazione di strategie di **defusing** e **debriefing** (Solomon, Macy, 2003) per gli eventi critici rivolte con regolarità agli operatori al fine di consentire una adeguata condivisione tra colleghi delle tensioni emotive connesse al proprio operato.

Si tratta di specifici gruppi di discussione strutturati e coordinati da un esperto nella gestione degli eventi critici che contribuiscono a ridurre l'impatto emotivo delle esperienze con le quali ci si è confrontati. Interventi di questo tipo sono stati utilizzati, ad esempio, con il personale coinvolto di soccorso in occasione dell'attentato alle torri gemelle di New York del settembre 2001.



Gli eventi acuti e traumatici

PSICOLOGIA DELL'EMERGENZA

Il defusing è una tecnica di gestione dello stress da evento critico e rappresenta, assieme al debriefing, uno dei momenti di maggiore rilievo del programma messo a punto da Jeff Mitchell per la gestione dello stress da evento critico.

Il defusing è un pronto soccorso emotivo ma non è una psicoterapia né una cura.

L'intervento di defusing serve essenzialmente per ridurre il senso di isolamento, attraverso l'appartenenza al gruppo che ha subito il trauma e aiuta il gruppo a ritornare alla normalità fornendo soluzioni a breve termine stabilizzando le emozioni e normalizzando l'esperienza.

Questa tecnica permette di condividere l'esperienza, dando l'opportunità al gruppo di sentirsi una squadra, considerarsi un "tutto" con la piena coesione tra i singoli.



Gli eventi acuti e traumatici

PSICOLOGIA DELL'EMERGENZA

Si tratta di far raccontare ed ascoltare con empatia e a ruota libera, quel che è stato visto e fatto e quel che è successo; si fa attenzione a lasciare esprimere le emozioni dando loro un nome e possibilmente anche localizzandole nel corpo. Questo può essere utile farlo anche senza la presenza di un esperto.



Gli eventi acuti e traumatici

PSICOLOGIA DELL'EMERGENZA

Un altro aspetto molto importante per gli operatori sanitari che si trovano a gestire situazioni traumatiche riguarda gli interventi psicoterapeutici.

Sono state create specifiche strategie di intervento psicoterapeutico per intervenire sull'operatore rimasto altamente coinvolto dagli eventi stressanti e/o nel caso in cui esperienze in emergenza avessero destabilizzato un equilibrio psicologico precario (per una rassegna: Foa, Keane, Friedman, 2000; Giannantonio, 2003). A questo scopo, l'**EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)** e alcune strategie cognitivo-comportamentali hanno dimostrato una buona efficacia.



Gli eventi acuti e traumatici

L'EMDR

L'EMDR è una tecnica psicoterapeutica ideata da Francine Shapiro nel 1989. Questa metodologia, utile per il trattamento di disturbi causati da eventi stressanti o traumatici come il disturbo da stress post-traumatico, sfrutta i movimenti oculari alternati, o altre forme di stimolazione alternata destro/sinistra, per ristabilire l'equilibrio eccitatorio/inibitorio.



Gli eventi acuti e traumatici

L'EMDR

La ricerca ha dimostrato che a seguito di un evento stressante c'è un'interruzione del normale modo di processare l'informazione da parte del cervello.

La patologia in questi casi emerge a causa dell'immagazzinamento disfunzionale delle informazioni correlate all'evento traumatico, con il conseguente disturbo dell'equilibrio eccitatorio/inibitorio necessario per l'elaborazione dell'informazione.



Gli eventi acuti e traumatici

L'EMDR

I movimenti oculari saccadici e ritmici tipici della terapia EMDR, concomitanti con l'individuazione dell'immagine traumatica, delle convinzioni negative ad essa legate e del disagio emotivo, facilitano la rielaborazione dell'informazione, fino alla risoluzione dei condizionamenti emotivi. In questo modo l'esperienza è usata in modo costruttivo dalla persona ed è integrata in uno schema cognitivo ed emotivo non negativo.



Gli eventi acuti e traumatici

L'EMDR

Le tecniche EMDR, come la terapia cognitivo-comportamentale focalizzata sul trauma, seguono le teorie del processamento dell'informazione e si rivolgono alle memorie disturbanti individuali ed ai significati personali dell'evento traumatico e delle sue conseguenze, attivando la rete dei ricordi di paura attraverso la presentazione di informazioni che attivano elementi delle strutture della paura ed introducono informazioni correttive incompatibili con questi elementi.



Gli eventi acuti e traumatici

L'EMDR

L'esposizione immaginativa tipica della terapia cognitivo-comportamentale però guida l'individuo a rivivere ripetutamente l'esperienza traumatica il più vividamente possibile, senza prendere in causa altre memorie o associazioni; questo approccio è basato sulla teoria secondo cui l'ansia è causata dalla paura condizionata ed è rinforzata dall'evitamento.

Al contrario la terapia EMDR procede tramite catene di associazioni, collegate con stati che condividono gli elementi sensoriali, cognitivi o emotivi del trauma. Il metodo adottato non è di tipo direttivo; l'individuo è incoraggiato a 'lasciare accadere qualsiasi cosa avvenga limitandosi a notarla' mentre le memorie liberamente associate entrano nella mente tramite l'esposizione immaginativa, in forma di brevi flash.



IL TRAUMA COMPLESSO O SMALL TRAUMA, «t»

I membri della Developmental Trauma Disorders Taskforce (istituita all'interno del NCTSN – National Child Traumatic Stress Network) hanno identificato un costrutto diagnostico definito “*disturbo traumatico dello sviluppo*” (Developmental Trauma Disorder – DTD) per includere tutti quei sintomi ricorrenti nei bambini che hanno storie traumatiche.



IL TRAUMA COMPLESSO O SMALL TRAUMA, «t»

Diversi clinici e ricercatori esperti di patologie correlate ai traumi hanno proposto varie diagnosi, molto simili fra loro, che permettessero di identificare anche negli adulti gli esiti psicopatologici di traumi relazionali ripetuti e cumulativi subiti nell'infanzia: Disturbo Traumatico dello Sviluppo (Van der Kolk, 2005) e PTSD complesso (Herman, 1992), per citarne alcuni.



IL TRAUMA COMPLESSO O SMALL TRAUMA, «t»

Esperienze traumatiche di abuso (maltrattamento e trascuratezza) all'interno della relazione di attaccamento conducono ad un arousal cronicamente accresciuto o all'alternanza di stati di iper e ipoarousal, mentre esperienze di abbandono portano ad un appiattimento affettivo dovuto al cronico abbassamento dell'arousal.

L'iperattivazione cronica del sistema di difesa che si verifica nel caso di esperienze infantili traumatiche fa sì che esso domini sugli altri sistemi d'azione (come la socialità, l'esplorazione, il gioco, ecc) innescando tendenze automatiche all'azione che perdurano per tutta la vita e possono dunque risultare maladattive in situazioni diverse da quelle (minacciose) che le hanno inizialmente elicitate.



IL TRAUMA COMPLESSO O SMALL TRAUMA, «t»

L'aver subito, durante l'infanzia, esperienze traumatiche nell'ambito della relazione di attaccamento incide in modo diretto sulla formazione dei neuroni specchio; ciò significa che l'attaccamento compromesso da un trauma rappresenta un attacco massivo all'integrazione interpersonale. In altre parole, anche a livello neuronale è possibile constatare come le esperienze traumatiche condizionino negativamente le abilità introspettive e le capacità relazionali del soggetto.



IL TRAUMA COMPLESSO O SMALL TRAUMA, «t»

Una delle conseguenze dell'attaccamento traumatico è che l'interazione sociale non è più fonte di sicurezza: ciò pone le premesse per un atteggiamento conservativo, osservabile nelle persone che hanno subito dei traumi, le quali sono portate ad interpretare le situazioni neutre come situazioni potenzialmente pericolose da cui bisogna difendersi.



STRATEGIE RELAZIONALI E COMUNICATIVE CON I PAZIENTI TRAUMATIZZATI

Un paziente traumatizzato che ha vissuto un evento acuto e stressante
che tipo di sistema motivazionale potrebbe attivare in relazione con
l'altro?

Per entrare in relazione con un paziente traumatizzato è importante
provare a riflettere su questo.



STRATEGIE RELAZIONALI E COMUNICATIVE CON I PAZIENTI TRAUMATIZZATI

Un adulto con un attaccamento di tipo non disorganizzato, probabilmente, potrebbe attivare il sistema dell'attaccamento chiedendo, in questo modo, aiuto, protezione e vicinanza all'altro; altro che, se soddisfa la richiesta, potrebbe, a sua volta, attivare il sistema dell'accudimento fornendo cura e protezione richieste.



STRATEGIE RELAZIONALI E COMUNICATIVE CON I PAZIENTI TRAUMATIZZATI

Nell'attaccamento di tipo disorganizzato vi è, invece, una continua lotta tra due sistemi motivazionali: il sistema di difesa e il sistema dell'attaccamento.

Mentre in condizioni ottimali questi due sistemi funzionano in perfetta armonia (il bambino scappa dal pericolo rifugiandosi dalla mamma, ed essendone confortato disinnesca il sistema di difesa), nell'attaccamento disorganizzato la figura di attaccamento è nello stesso tempo fonte di pericolo e di conforto, generando nel bambino un terrore senza sbocco.



STRATEGIE RELAZIONALI E COMUNICATIVE CON I PAZIENTI TRAUMATIZZATI

La teoria polivagale di Porges aiuta a spiegare come la mancata inibizione del sistema di difesa da parte del sistema di attaccamento una volta che l'evento traumatico sia terminato favorisca la dissociazione: dato che attacco/fuga sono impossibili è probabile che l'unica difesa possibile sia la finta morte, con l'attivazione del nucleo dorsale del vago che ostacola le funzioni integrative superiori della coscienza.



STRATEGIE RELAZIONALI E COMUNICATIVE CON I PAZIENTI TRAUMATIZZATI

Ma come mai non sono così evidenti e frequenti i sintomi dissociativi in bambini con attaccamento disorganizzato? L'ipotesi è che la maggior parte di loro sviluppi delle strategie per controllare i genitori senza attivare l'attaccamento, utilizzando altri sistemi motivazionali, come per esempio il sistema di rango o quello di accudimento. Queste strategie controllanti funzionano bene finché una sollecitazione troppo intensa del sistema di attaccamento non le faccia collassare, facendo emergere il MOI disorganizzato.



STRATEGIE RELAZIONALI E COMUNICATIVE CON I PAZIENTI TRAUMATIZZATI

Il sistema di difesa merita particolare attenzione perché è coinvolto in tutte le esperienze traumatiche. Il trauma per definizione comporta sempre una minaccia alla vita o all'incolumità. Una volta attivato dalla percezione di una tale minaccia, il sistema di difesa si manifesta con una sequenza comportamentale descritta con le quattro "F": Freezing, Flight, Fight, Feigned death. L'attivazione del sistema di difesa

inizia con un'immediata e automatica immobilità (freezing, congelamento) comandata dal sistema ortosimpatico e accompagnata da tachicardia e iperpnea oltre che da un incremento del tono muscolare che ha il fine di preparare alla fuga (flight) o alla lotta (fight).



STRATEGIE RELAZIONALI E COMUNICATIVE CON I PAZIENTI TRAUMATIZZATI

La scelta fra la fuga e la lotta avviene durante la fase di congelamento, ed è legata a operazioni cerebrali che si svolgono a livello del tronco encefalico, essa non richiede dunque l'intervento della coscienza di ordine superiore. Si attua una valutazione puramente percettiva, non concettuale, dei rapporti di forza con l'aggressore o predatore. Se tale valutazione è favorevole all'agredito, al freezing segue l'attacco al predatore, altrimenti la scelta è per la fuga. Se poi la fuga si rivela impossibile, può subentrare una manifestazione estrema, anch'essa automatica, ovvero una variante della sincope vagale nota come finta morte.



STRATEGIE RELAZIONALI E COMUNICATIVE CON I PAZIENTI TRAUMATIZZATI

Questa teorizzazione ha una ricaduta di primaria importanza nella relazione terapeutica con pazienti traumatizzati: un terapeuta troppo accudente potrebbe far emergere i modelli operativi interni disorganizzati, con la fobia dell'attaccamento e la fobia della perdita di attaccamento, favorendo processi dissociativi. Un migliore assetto relazionale è invece garantito, secondo la teoria di Liotti, da una posizione collaborativa, paritetica, fra terapeuta e paziente. La costruzione e la riparazione dell'alleanza terapeutica ancora una volta, sembra essere uno dei principali strumenti del trattamento, soprattutto per pazienti pesantemente traumatizzati.



ATTIVAZIONE

Chi vuole, condivide le parole scritte all'inizio, il film, libro o canzone e
le possibili conseguenze del trauma...



Esercitazione 1

TEMPO: 1 ORA

(20 MIN PRIMA PARTE; 40 MIN SECONDA PARTE)

Ognuno pensa ad un evento traumatico, stressante o impattante, non vissuto in prima persona, ma sentito (da un conoscente, al telegiornale...);

Ci si divide in coppia e ognuno racconta all'altro l'evento; l'altro, nei panni di operatore sanitario alle prese con questo evento, prova a dire come si sente e come agirebbe.



Esercitazione 1

TEMPO: 1 ORA

(20 MIN PRIMA PARTE; 40 MIN SECONDA PARTE)

Nella seconda parte dell'esercizio, si torna nel grande gruppo e ogni coppia condivide quanto emerso.

Bibliografia

1. I sistemi motivazionali nelle relazioni professionali, private e sportive. Luca Sighinolfi. Armando Editore.
2. L'evoluzione delle emozioni e dei sistemi motivazionali. Teoria, ricerca, clinica. Liotti, Fassone, Monticelli. Raffaello Cortina Editore.
3. Sviluppi traumatici. Liotti, Farina. Raffaello Cortina Editore.
4. I sistemi motivazionali nel dialogo clinico. Liotti, Monticelli. Raffaello Cortina Editore.
5. Il corpo accusa il colpo. Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche. B. Van Der Kolk. Raffaello Cortina Editore.
6. Comunicare con il paziente: il metodo END. Massimo Biondi. Alpes.



GRAZIE PER L'ATTENZIONE

Dott.ssa Mariachiara Di Francesco