Psicologia dell'emergenza

Fermignano 14 aprile 2015

Dott.ssa GIORGIA GIACANI
V.d.S. Comitato locale Fermignano

Obiettivo

Dal “A me non servirà mai”

Al

“Potrebbe essermi utile”

PSICOLOGIA

MATERIA

COSA FA

A COSA SERVE

PSICOLOGIA

OGGETTO DI STUDIO

- Percezione
- Emozioni
- Linguaggio
- Coscienza
- Memoria
- Attenzione
- Apprendimento
- Pensiero
- Comunicazione

INDIVIDUO

Come singolo
Parte di un gruppo sociale

SCIENZA VS ARTE

Validazioni delle ipotesi diagnostiche attraverso i test e approccio al soggetto tramite metodo scientifico.

PSICOLOGIA
VS
EMERGENZA

EMERGENZA

VS

URGENZA

Noi sta sera parleremo di

persone e non di pazienti.

Perché si diventa paziente nel momento in cui ci si affida alla curedell'altro. Si è sempre e comunque persone perché proviamo emozioni, anche quando non crediamo di riconoscerle, anche quando crediamo di non provarle.

luoghi:

nel mio studio attuo il setting che preferisco, in emergenza il setting viene deciso dall' evento. Il mio compito rimane comunque quello di far sentire a proprio agio il sogg. Garantendogli protezione, privacy, cura e accoglienza.

VS

PORTATORE DI UN SINTOMO, DISAGIO, PATOLOGIA STRUTURATA

“STO MALE MA NON SO IL PERCHE’!”

PERSONA

NON C’E SINTOMO, NON C’E’ PATOLOGIA C’E’ SOLO SOFFERENZA

“HO PERSO TUTTO”

VS

SETTING

c’è tutto il tempo per fornire i mezzi al pz per districarsi nel labirinto dei suoi pensieri

- Applicazione dei protocolli,
- rapidità di azione
- Ridurre il tempo

NORMALI REAZIONI INDIVIDUALI DI FRONTE AD UN EVENTO A- NORMALE

RABBIA
URLA
PIANTO
APATIA
ASSENZA

DISPERAZIONE

REAZIONE ALLA SOPRAFFAZIONE DELL' EVENTO CRITICO SULLA QUOTIDIANITA'

PSICOLOGIA DELL' EMERGENZA

INDIVIDUALE

MICRO - EMERGENZA

COLLETTIVA

MACRO – EMERGENZA

Riassumendo

- L’ intervento psicologico in emergenza è rivolto a ripristinare le capacità adattive e l’ equilibrio psichico del soggetto vittima dell’ evento critico : cerca di attribuire un significato alle sofferenze del presente; e progettare strategie per evitare che si possa instaurare un disturbo mentale successivo. La caratteristica peculiare del lavoro in emergenza è la tempestività dell’ intervento.

- il fine della Psicologia dell’emergenza è di prevenire il disagio psichico, e lì dove è già esistente, assistere e supportare psicologicamente tutte le vittime coinvolte in forti eventi traumatici: il recupero della normalità e del ritorno alla quotidianità delle popolazioni colpite dall'evento traumatico aiutandole a recuperare la consapevolezza di poter gestire da soli le proprie difficoltà.

2)EVENTO CRITICO

EVENTO AL DI FUORI DELLA PROPRIA ROUTINE. SCOMPENSA L' INDIVIDUO E LA SUA ROUTINE. E' QUALCOSA DI NON PROGRAMMABILE.

LA ROUTINE HA LA FUNZIONE DI PROTEGGERE E SEMPLIFICARE LA REALTA' DEL SOGG. ATTRAVERSO GLI SCHEMI COGNITIVI NOI CATEGORIZZIAMO LA REALTA' E LA RENDIAMO PREVEDIBILE.

EVENTO CRITICO

TRAUMA

evento vissuto al di fuori della norma, estremo, violento, lesivo, che minaccia o ferisce l'integrità fisica e/o psichica dell'individuo e, in genere, richiede uno sforzo inusuale per essere superato. Ovvero un' attivazione psico- somatica che comporta modificazioni sia sul piano fisico che psichico

RIPERCUSSIONI PSICOLOGICHE

processo di adattamento non scevro da sofferenza; poiché comporta una serie di scompensi alla vita dell' individuo

REAZIONI DI STRESS TRAUMATICO TRANSITORIO
ASSOLUTAMENTE NORMALE

VITTIME

Taylor, Frazer: ***SEI TIPI DI VITTIME***

SOSTEGNO PSICOLOGICO

FASE ACUTA

Agire sulle reazioni, spesso transitorie, di disagio cercando di evitare lo strutturarsi di patologie mentali

MESI SUCCESSIVI

Sindromi da stress post traumatiche che si sono strutturate

“Le vittime dell’ evento critico”:
(A. ZULIANI 2007)

- *Vittime del primo tipo*: tutte quelle persone che hanno vissuto direttamente la situazione di emergenza

- *Vittime del secondo tipo*: Parenti e persone care della vittima

- *Vittime del terzo tipo*: Soccorritori

- *Vittime del quarto tipo*: Comunità coinvolta nell’ evento

- *Vittime del quinto tipo*: Persone non direttamente coinvolte, ma che, in qualche modo si identificano con coloro che si trovano al centro dell’ evento: ad esempio chi è stato vittima a sua volta di un evento disastroso e ne conserva una traccia psichica e l’ evento critico le riporta alla memoria.

- *Vittime del sesto tipo*: quelle persone che ordinariamente avrebbero dovuto essere in quel posto ma che per motivi indipendenti dalla loro volontà si trovavano altrove.

NEL DETERMINARE O MENO LA COMPARSA DI UNA SINDROME POST TRAUMATICA HA UNO SPECIFICO RILIEVO LA PERSONALITA' DI BASE DEL SOGGETTO (PERSONALIA' PRE-TRAUMATICA) E LE VULNERABILITA' CHE COSTITUISCONO UN FATTORE PREDISPONENTE ALLA PATOLOGIA POST TRAUMATICA.

IL TRAUMA PSICHICO E' QUALCOSA DI COMPLESSO CHE COMPORTA UN CROLLO DELL' ORGANIZZAZIONE DEL MONDO DEI SIGNIFICATI.

Riassumendo:

Sia per i soccorritori che per le vittime possiamo affermare che:

- la maggior parte delle reazioni cognitive ed emotive che seguono un evento critico non sono da considerarsi, di per sé, patologiche, e non richiedono di norma un trattamento psicologico specifico. **Si tratta, invece, di reazioni pienamente giustificate dagli eventi.**
- alcune persone, che sono state travolte da un evento critico, presentano sintomi emotivi e cognitivi che si potrebbero sviluppare in patologie anche croniche e necessitano quindi di un adeguato trattamento specialistico a livello individuale,
- **le persone coinvolte vanno, in ogni caso, considerate come capaci di reagire attivamente, e non vittime passive.** Ciò pone al centro dell'intervento ogni strategia atta a valorizzare le risorse individuali e della comunità,
- l'intervento di sostegno psicosociale è disegnato e sviluppato in un costante dialogo con la comunità che ha subito la catastrofe, **con l'obiettivo primario di reintegrare le persone e le loro famiglie all'interno della comunità di appartenenza,**

è data particolare attenzione alle caratteristiche anche eterogenee della comunità, ed alla promozione del naturale processo di fiducia reciproco e dei tipici processi sociali di mutuo soccorso.

Riassumendo:

DISAGIO

- **FISICO**
- **PSICHICO**
- **COMPORTAMENTALE**

È DA CONSIDERARSI ASSOLUTAMENTE NORMALE A FRONTE DELL' ESPOSIZIONE AD UN EVENTO TRAUMATICO. QUESTE REAZIONI DURANO QUALCHE GIORNO O AL MAX QUALCHE SETTIMANA FINO A DIMINUIRE GRADATAMENTE E POI SCOMPARIRE.

ALCUNE VOLTE PERO' PUO' ACCADERE CHE QUESTI SINTOMI PERSISTANO NEL TEMPO E SI ESTENDANO A TUTTE LE SFERE DELLA VITA DEL SOGGETTO (8% della popolazione)

PARLIAMO DI NOI

SECONDO LA CLASSIFICAZIONE DI TAYLOR E FRAZER E DI ZULIANI I SOCCORRITORI SI TROVANO AL TERZO POSTO COME POSSIBILI VITTIME DI UN EVENTO CRITICO

RESCUE

- **VOI VI RICONOSCETE COME POSSIBILI VITTIME DI UN EVENTO CRITICO?**

- **QUALI DIFFERENZE ESISTONO TRA VOI SOCCORRITORI E LE VITTIME DI PRIMO TIPO?**

VITTIMA: *si trova INVOLONTARIAMENTE travolto dall' evento, non è tecnicamente preparato per poterlo affrontare. L' evento critico apre le porte ad un cammino di disagio , di sofferenza, di ricostruzione*

SOCCORRITORE: *è tecnicamente preparato per affrontare l' evento a cui decide di partecipare volontariamente. Alla conclusione della sua "missione" farà ritorno alla sua vita quotidiana non scevra di conseguenze addebitabili all' evento critico*

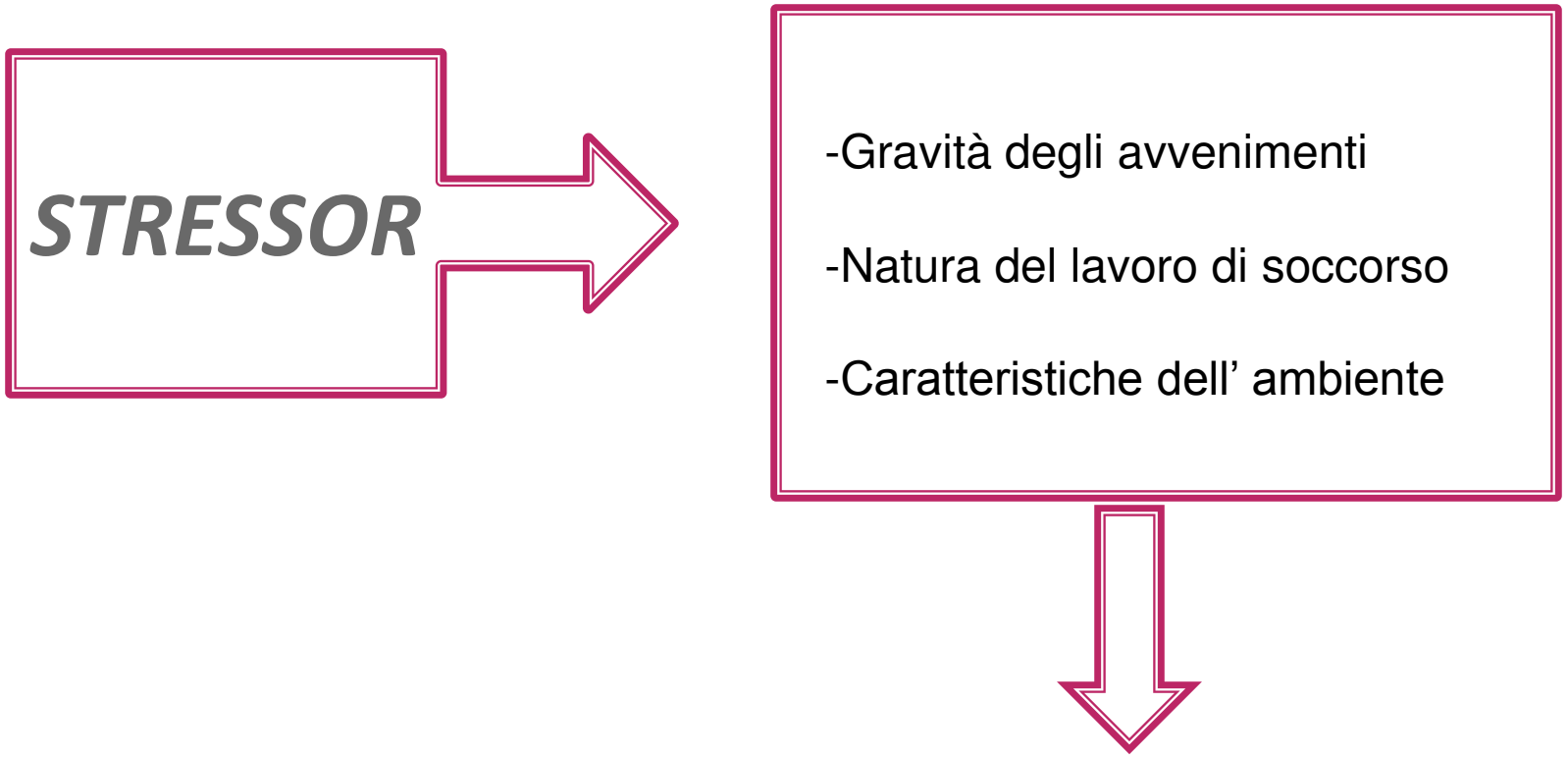
A. ZULIANI

" Manuale di psicologia dell' emergenza"

SOCCORRITORE

-CONTATTO QUOTIDIANO CON EVENTI DI GRANDI E PICCOLE DIMENSIONI
- CRESCITA PERSONALE
-SVILUPPO ABILITA' DI LAVORARE IN GRUPPO
-PRENDERE DECISIONI IN MODO VELOCE E RAZIONALE

RISCHIO DI UN CROLLO PSICOLOGICO PERO' E' DIETRO L' ANGOLO A CAUSA DEGLI EVENTI A CUI SI ASSISTE E AGLI STRESSOR TIPICI DI QUESTO LAVORO



Le reazioni fisiche, psicologiche e al livello comportamentale individuale e sociale, devono essere considerate normali e inevitabili in un contesto di esposizione ad un avvenimento estremamente stressante come un disastro. Normalmente queste reazioni durano qualche settimana o qualche mese, e si fermano con il tempo. Talvolta però l'avvenimento può essere stato così traumatizzante per i soccorritori che non sparisce da solo.

SOCCORRITORE

EVENTO CRITICO

SOTTOPONE A STRESS FISICO E PSICOLOGICO

APPRENDIMENTO TEORICO- PRATICO

COPING

RESILIENZA

TRANSITORIO

SINDROMI POST TRAUMATICHE DA STRESS STRUTTURATE

SINDROMI POST TRAUMATICHE DA STRESS

-TRAUMATIZZAZIONE PRIMARIA

-TRAUMATIZZAZIONE VICARIA E COMPASSION FATIGUE

-BURN OUT

-DISTURBO POST TRAUMATICO DA STRESS

TRAUMATIZZAZIONE PRIMARIA

è lo specifico trauma che colpisce il soccorritore esposto direttamente ad eventi traumatici e stressanti: spesso il ruolo di soccorritore e quello di vittima si confondono in quanto entrambi sono esposti a stimoli incontrollabili, violenti.

TRAUMATIZZAZIONE VICARIA

(C. FIGLEY)

“reazione comportamentale ed emotiva alla conoscenza di eventi traumatici sperimentati da altri o in seguito all’aiuto o al tentativo di aiuto di persone traumatizzate”.

COMPASSION FATIGUE

"stanchezza della compassione" intendendo come compassione quel sentimento di profonda partecipazione e comprensione per qualcuno colpito da sofferenza , accompagnato da un forte desiderio di alleviare questa sofferenza o eliminarne la causa.

È una sorta di "contagio psichico" che comporta vere e proprie modificazioni strutturali nell' identità della persona sia a livello personale che professionale.

BURN OUT

(Christina Maslach)

Definisce il particolare atteggiamento di svuotamento emotivo e professionale tipico di quegli operatori sanitari che per anni si sono dedicati agli altri. È un disagio che si manifesta in quei soggetti che si gettano con più entusiasmo nel lavoro, che rimangono per troppo tempo esposti a situazioni nelle quali vi è un forte squilibrio tra richieste e risorse.

La sindrome di Burn out è uno stato di stress, che nasce dall' interazione soccorritore/ vittima causato dal coinvolgimento a lungo in situazioni emotivamente stressanti, indica una modalità di risposta allo stress lavorativo

Il burnout colpisce con i suoi effetti negativi sia il soccorritore che la vittima:

il soccorritore va incontro ad un deterioramento fisico e psicologico; si evidenziano sintomi psicosomatici, insonnia, depressione, bassa stima di sé, abuso di alcool o di farmaci;

- la vittima ha un servizio inadeguato e un trattamento meno umano.

La sindrome di burnout si differenzia dai precedenti disturbi legati al trauma poiché non è caratterizzato da un'insorgenza acuta e improvvisa ma si sviluppa gradualmente ed è derivato maggiormente da fonti di stress occupazionali come il carico di lavoro, la pressione temporale, e difficoltà nella relazione con un'utenza portatrice di disagio ma non necessariamente traumatizzata.

esaurimento emotivo: sensazione di essere in continua tensione, inaridimento dal rapporto con gli altri, non essere più in grado di entrare in empatia.
Depersonalizzazione: identifica una risposta negativa e sgarbata nei confronti delle persone che richiedono o che ricevono la prestazione professionale, il servizio o la cura.
Ridotta realizzazione professionale: è la sensazione che, nel lavoro a contatto con gli altri, la propria competenza e il proprio desiderio di successo stiano venendo meno.

DISTURBO POST TRAUMATICO DA STRESS

aver vissuto in modo diretto o indiretto un evento traumatico; i sintomi sono raggruppati in tre categorie principali e la diagnosi richiede che questi sintomi permangano per più di un mese:

SINTOMI → Rivivere l' esperienza traumatica

→ sintomi di evitamento e attenuazione della reattività generale: i luoghi e gli elementi che possono riattualizzare le emozioni vengono allontanati

→ aumento dell' attivazione fisiologica: difficoltà di addormentarsi, difficoltà di concentrazione, ipervigilanza, esagerate risposte di allarme.

“stress traumatico secondario” → sviluppo del disagio è dovuto ad una esposizione indiretta al trauma

Vs

“disturbo post traumatico da stress” → Sviluppo del disagio è dovuta ad un’ esposizione diretta al trauma

QUALI SONO GLI STRUMENTI IN NOSTRO POSSESSO PER FRONTEGGIARE LO STRESS?

FRONTEGGIARE
LO
STRESS

-APPRENDIMENTO TEORICO – PRATICO

-STRATEGIE DI COPING

-RESILIENZA

APPRENDIMENTO TEORICO- PRATICO

-Corsi di formazione e di aggiornamento indispensabili per conoscere e saper mettere in pratica i protocolli

- esercitazioni e simulazioni che mettono alla prova le abilità e le tecniche dei soccorritori

La conoscenza dei protocolli da applicare è molto utile per proteggersi dall' ansia e le simulazioni ed esercitazioni possono metterci in contatto con le nostre emozioni

COPING

(Lazarus, 1991; Lazarus e Folkman 1984)

- Strategie adattive che il soggetto mette in atto quando percepisce una situazione come stressante,

-Le strategie di coping funzionano in modo ottimale fintanto che devono far fronte ad eventi ordinari ma quando devono contenere tutta la sofferenza che deriva da eventi straordinari potrebbero non funzionare in modo ottimale.

- il fine di queste strategie è quello di controllare l' impatto negativo dell' evento stressante nel soggetto.

-Il coping è un processo di valutazione a più fasi su cui influiscono sia le risorse personali sia il supporto sociale offerto al soggetto.

RESILIENZA
(Grotberg)

-termine mutuato dall' ingegneria → indica la proprietà che alcuni materiali hanno di conservare la propria struttura o di riacquistare la forma originaria dopo essere stati sottoposti a schiacciamento o deformazione.

- In psicologia → la capacità umana di affrontare le avversità della vita, superarle e uscirne rinforzato o, addirittura, trasformato cioè la capacità delle persone di far fronte agli eventi stressanti e di riorganizzare in maniera positiva la propria vita dinanzi a quell' avvenimento

CRITICAL INCIDENT STRESS MANAGEMENT (CISD)

-INCONTRO STRUTTURATO E ORGANIZZATO PER FORNIRE LA POSSIBILITA' ALLE VITTIME DI EVENTI STRESSANTI DI ESTERNALIZZARE I PROPRI PENSIERI, RICORDI, EMOZIONI INTRUSIVE E CONFRONTARLI CON QUELLO DEGLI ALTRI

-E' UNA TECNICA DI GESTIONE DELLO STRESS CHE SI ARTICOLA IN DUE MOMENTI

Obiettivi del CISD:

-riduzione dello stress traumatico, causa principale di gravi disturbi e alterazioni nei rapporti interpersonali;

-rassicurazione;

-fornire informazioni utili alla comprensione delle proprie reazioni nei confronti del trauma

-fornire informazioni utili per la gestione autonoma dello stress;

creare legami interpersonali che combattono l'isolamento sociale spesso seguente a gravi stress;

creare un rapporto positivo con le istituzioni sanitarie per eventuali future necessità;

-aumentare la collaborazione tra organizzazioni che lavorano in sinergia.