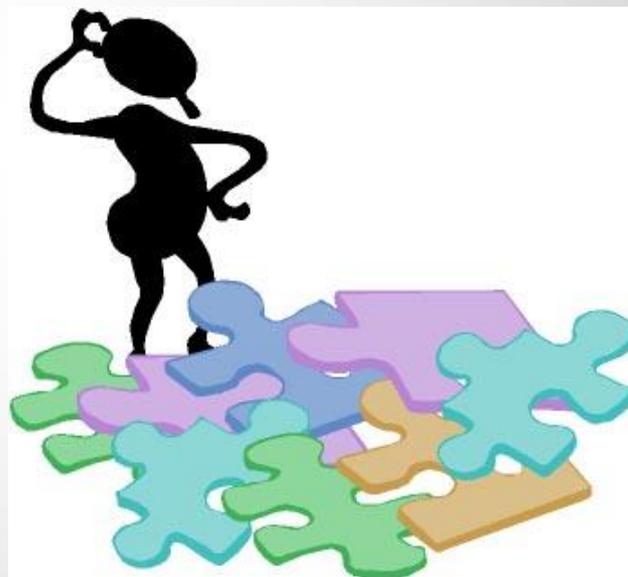


Possibilità d'intervento in Psicologia dell'Emergenza CISM e EMDR



dott.ssa Giada Maslovaric
Psicologa Psicoterapeuta
Centro di Ricerca e Studi in Psicotraumatologia (MI)
Associazione EMDR Italia
dott.ssa Stefania Sacchezin

Psicologa Specializzata in psicologia dell'emergenza e Psicotraumatologia

- CISM & EMDR in emergenza -

Psicologia dell'emergenza, EFPA

Incremento dell'attenzione sulle emergenze psicologiche:

- Servizio di cronaca in televisione
- Focus sugli aspetti psicologici degli eventi critici
- Coinvolgimento superstiti nella pianificazione di risposte future a possibili disastri
- Riconoscimento del Disturbo Post Traumatico da Stress (PTSD) nel 1980

Psicologia dell'Emergenza

Ha ampliato e approfondito gli aspetti psicologici correlati ai contesti di emergenza e post-emergenza

- USA, 1983: Critical Incident Stress Management (Mitchell et al.)
- Europa, 1997: costituzione della task force della European Federation of Psychologists Associations (EFPA) di Psicologia dei Disastri e della Crisi
- Italia, 13 giugno 2006: Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri sui criteri di massima sugli interventi psico-sociali da attuare nelle catastrofi. (Scheda di triage psicologico)

LE DIMENSIONI

Temporale: Quando si interviene?

Spaziale: Dove si interviene?

Destinatari: Chi necessita di un intervento?

Modalità: Come si interviene?

Finalità: Perché si interviene?

DOVE si INTERVIENE

- CISM & EMDR in emergenza -

LO PSICOLOGO IN EMERGENZA



- CISM & EMDR in emergenza -

QUANDO SI INTERVIENE

- CISM & EMDR in emergenza -

REAZIONI

Quando si interviene

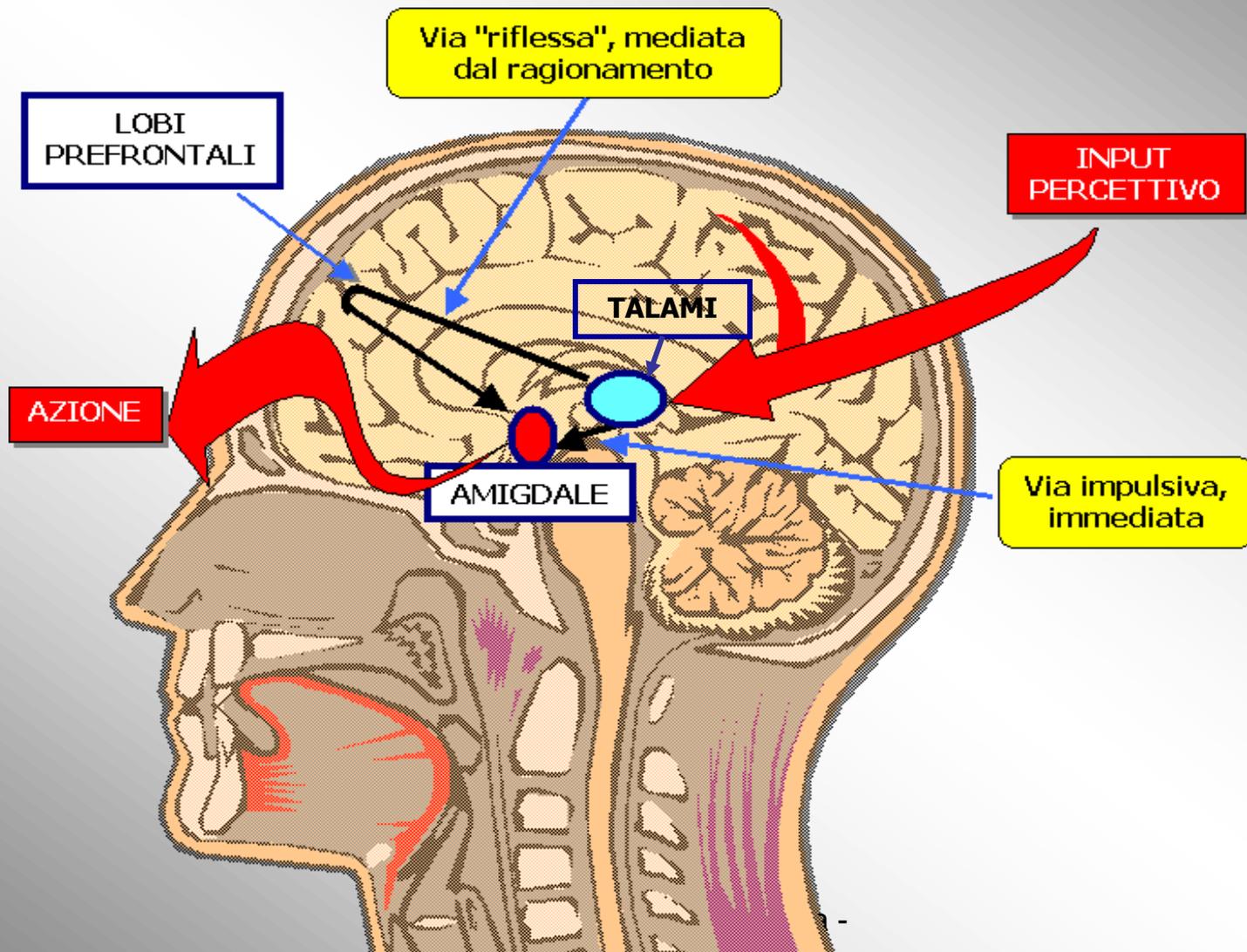
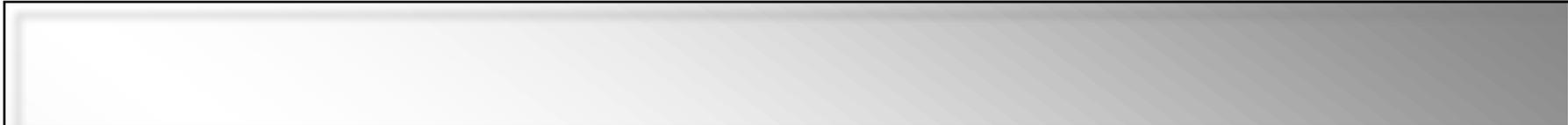
- Fase eroica (da qualche ora a qualche giorno): altissimi livelli di energia, impegno nelle attività di salvataggio, aiuto, accoglienza
- Fase della luna di miele (da una settimana ad 1 anno): ottimismo dei superstiti e della comunità. Afflusso alto di risorse, attenzione mass media, vip, solidarietà
- Fase di disillusione (da 2 mesi a 1-2 anni dopo l'impatto): senso di tradimento, abbandono, ingiustizia, incompetenze, intoppi burocratici. I sintomi da stress post traumatico si intensificano.
- Fase di ricostruzione: iniziano i cambiamenti osservabili dei programmi a lungo termine connessi alle calamità



LE FASI DELLA RISOLUZIONE



1. La situazione esplode: il corpo si attiva e la mente si attiva per elaborare informazioni
2. Shock:
 - disorganizzazione mentale, confusione, perdita di concentrazione
 - reazione da stress (tremori, freddo, pianto, nausea)
 - negazione o dissociazione (incredulità, non si ricorda, non si capisce il significato)
 - arousal emotivo (rabbia, tristezza, paura, eccitazione per essere sopravvissuto)



Reazioni di sopravvivenza

F i g h t



F l i g h t



F r e e z e



- CISM & EMDR in emergenza -

FREEZE



- CISM & EMDR in emergenza -

3. Impatto emotivo:

incubi, isolamento, depressione, colpa, rabbia, ansia, flashback, pensieri intrusivi, marchio di Caino, aumento sensazione di pericolo, abuso di alcool/droghe ...



4. Coping: affrontare, capire, rielaborare (cosa sarebbe successo se? Perché a me? La prossima volta?)



5. Accettazione/risoluzione: Formulazione di pensieri adattivi. (E' passato, è la realtà. Sono vulnerabile ma non sono impotente. Non posso controllare tutto, ma posso controllare la mia risposta)
6. Imparare a convivere: Anniversario, esperienze simili



COME SI INTERVIENE

- Analisi della situazione: caratteristiche dell'evento, numero vittime e feriti, ubicazione feriti e sfollati, strutture e operatori dell'emergenza in campo, strutture di assistenza psicosociale sul territorio, ecc.
- Screening: analisi e aggiornamento dei dati raccolti direttamente e indirettamente sui sopravvissuti
- Outreaching: procedure dell'operatore per entrare in contatto con le vittime senza aspettare una richiesta esplicita da parte dei superstiti (roaming, visite a domicilio, ecc.)
- Referring: prime 24-48 ore master list sulle strutture territoriali di assistenza psicologica per gli invii di trattamenti a medio-lungo termine
- Attività informative/formative: al fine di normalizzare le reazioni da stress post traumatico (incontri psicoeducazionali)
- Sostegno psicologico individuale o di gruppo (CISM)
- Psicoterapia incentrata sul trauma (EMDR, CBT)

Task Force Psicologia dei Disastri e della Crisi (EFPA) PERCHE' SI INTERVIENE

Incidenza del PTSD a seguito di un evento traumatico:

- Breslau et al. (1991): 13% degli uomini e il 30% delle donne sviluppa un PTSD dopo un evento traumatico;
- Tra il 20 e il 30% dei bambini sopravvissuti ad un incidente stradale sviluppa PTSD;
- La maggior parte delle persone sviluppa il PTSD nel primo mese successivo all'esposizione dell'evento traumatico (15% insorgenza ritardata)
- Morgan et al. (2003): tra i sopravvissuti ad un disastro in cui molti bambini furono uccisi nella loro scuola, il 29% soffre ancora di PTSD dopo 33 anni dall'evento

CATEGORIE DIAGNOSTICHE

- Disturbo Acuto da Stress

(3 o più sintomi dissociativi, durata da 2 giorni a 4 settimane, entro 4 settimane dall'evento)

- Disturbo Post Traumatico da Stress (acuto: durata sintomi inferiore a 3 mesi; cronico: durata sintomi superiore a 3 mesi; ad esordio ritardato: 6 mesi dopo l'evento)
- Disturbo Psicotico Breve con rilevante fattore di stress (almeno 1 giorno ma meno di un mese; almeno 1 sintomo positivo psicotico)
- Disturbo dell'Adattamento (acuto: durata inferiore ai 6 mesi; cronico: durata superiore ai 6 mesi)
- Disturbo d'Ansia di Separazione (esordio: prima dei 18 anni; durata: almeno 4 settimane)

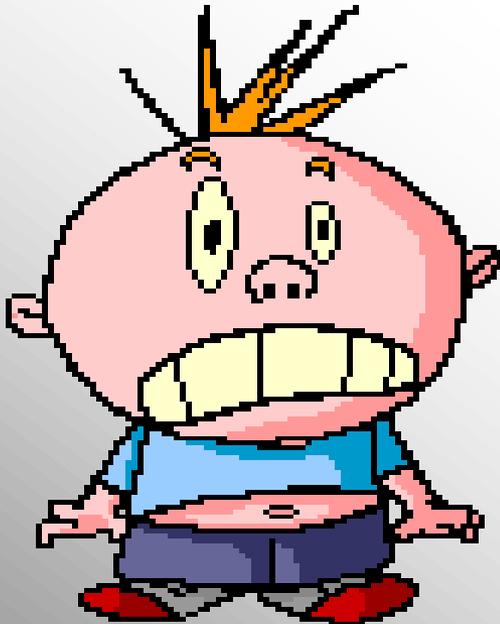
CATEGORIE DIAGNOSTICHE NON UFFICIALI

- PTSD Complesso (Herman, 1992): traumi severi, prolungati e ripetuti, soprattutto di natura interpersonale (prigionia, abuso infantile cronico, ecc.). Sintomi PTSD e: dissociazione, somatizzazione, instabilità affettiva, disturbi dell'identità, comportamenti autolesionistici, comportamento sessuale impulsivo a rischio, difficoltà nella modulazione della rabbia e degli affetti, coinvolgimento cronico in relazioni disfunzionali e frustranti, sintomi intrusivi di particolare gravità. (Asse II)

- PTSD in Remissione Parziale e Sottosoglia (Maercker, 1999): non è presente tutta la costellazione sintomatologica del PTSD o è presente in diversa misura rispetto ai 3 cluster sintomatologici.

Destinatari Psicologia dell'Emergenza

Chi necessita di un intervento?



VITTIME (Taylor, Frazer 1981)

- Vittime di I° tipo: chi direttamente subisce l'impatto dell'evento
- Vittime di II° tipo: parenti o persone care dei defunti o dei superstiti
- Vittime di III° tipo: i soccorritori , operatori dell'emergenza/urgenza
- Vittime di IV° tipo: La comunità coinvolta nel disastro
- Vittime di V° tipo: chi per caratteristiche pre-critiche può reagire sviluppando un disturbo psicologico a breve o a lungo termine
- Vittime di VI° tipo: chi avrebbe potuto essere una vittima del primo tipo o chi si sente coinvolto per motivi indiretti



“Affogò perché si vergognava a gridare aiuto”.

Marcello Marchesi





- CISM & EMDR in emergenza -

Gestione Globale dello Stress

negli Incidenti Critici (**CISM**)

- Un programma sistematico globale per l'attenuazione dello stress legato ad incidenti critici
- Il **CISM** affronta le circostanze attuali, non le situazioni personali
- Il **CISM** è una branca del campo dell'intervento in caso di crisi per gruppi ad alto rischio Es: soccorritori, militari, ecc.

Gestione Globale dello Stress negli Incidenti Critici (**CISM**)

Il CISM si sviluppa attraverso una serie di interventi differenziati nel tempo e basati sullo sviluppo delle fasi di normalizzazione delle reazioni emotive e dello stress post-traumatico

C I S M: fasi

Come intervenire?

- ✓ Istruzione/Informazione (fase pre-critica)
- ✓ Smobilitazione (terminato l'intervento di soccorso)
 - ✓ Defusing (8-12 ore dopo)
- ✓ Debriefing (da 24-72 ore a settimane dopo l'evento)
 - ✓ Supporto Individuale/Familiare
 - ✓ Reti di invio
 - ✓ Sessioni individuali/ EMDR

Critical Incident Stress Debriefing

Adapted from Critical Incident Stress Debriefing: An Operations Manual; Jeff Mitchell, Ph.D. and George Everly, Ph.D., 1996)

Un gruppo di debriefing è un trattamento psicologico ed educativo che:

- Mitiga l'impatto di un incidente critico
- Accelera il normale recupero di persone Normali con reazioni Normali in un Normale periodo di tempo ad un evento Anormale

CISD

Quando: Il debriefing non dovrebbe essere fatto meno di 24 ore dopo l'incidente e spesso viene condotto più tardi, in base alle circostanze, alla durata dell'incidente, alle questioni investigative, al livello di traumatizzazione, alla reazione della comunità e alle considerazioni logistiche.

Da chi: Professionisti della salute mentale, psicologi e/o psicoterapeuti formati al CISM

A chi: Gruppi omogenei di vittime. Livelli simili di esposizione all'evento, perdite subite. Vittime di I-II-III-VI tipo. Minimo: 3 partecipanti, massimo: 20 (?)

CISD

Dove: Ci si adegua alle possibilità logistiche. Preferibilmente stanza chiusa, senza possibili interruzioni (telefoniche o fisiche), sedie disposte in cerchio (conduttore e co-conduttore seduti di fronte), disponibilità di bevande e cibo a fine incontro.

Come: Attinenza al protocollo per riuscire ad ottenere un “andamento ad U”

Perchè: per normalizzare le reazioni emotive, rompere l’isolamento, aiutare ad identificare risorse personali e strategie di coping, aumentare la coesione di gruppo e ottimizzare il supporto sociale, fare uno screening iniziale dei soggetti maggiormente a rischio di eventuali sviluppi psicopatologici

CISD fasi

- L'introduzione Cognitivo
- Il fatto Cognitivo
- Il pensiero Cognitivo - Emotivo
- La reazione Emotiva
- Il sintomo Emotivo - Cognitivo
- La formazione Cognitivo
- Il reinserimento Cognitivo

Lo svolgimento è strutturato in un processo ad “U”



FASE 1: INTRODUZIONE

Io sono....., mi occupo di
Psicologia dell'Emergenza.

Siamo qui per fare un incontro di gruppo chiamato debriefing, perché
avete appena vissuto un evento
drammatico.....

L'obiettivo è quello di mitigare lo stress che state vivendo, di attenuare
l'impatto emotivo scaturito da questo evento così critico e aiutarvi a
riprendervi e a ritornare alla vostra vita normale sentendovi
nuovamente al sicuro.

Siamo qui per voi e perché le istituzioni (118, ASL, Comune di, ecc.) ci
tengono che abbiate tutto il supporto psicologico necessario.

Non faremo un processo a quello che è successo, non cerchiamo
responsabilità in questa sede (e non valuteremo le scelte tecniche
dell'intervento) ma vogliamo avere soltanto l'opportunità di parlare di
quella che è stata la vostra esperienza, i vostri pensieri e le vostre
reazioni prima, durante e dopo l'evento critico.

Questa è la mia collega....., lei
collaborerà con me durante questo incontro

Fase 1: LE REGOLE

Ancora alcune precisazioni prima di lasciarvi la parola. Per tutelare ognuno di voi durante e dopo questo incontro è importante che si seguano alcune semplici regole.

- Tutto è confidenziale, è importante che quello che accade e sentite durante questo incontro non esca da questa stanza. Potete riportare quello che voi avete detto ma vi chiedo di tutelare la riservatezza delle altre persone. Siete d'accordo?
- Vi chiederemo di parlare di voi stessi, delle vostre reazioni, dei vostri pensieri e delle vostre emozioni, non di quelle di altre persone.
- Si parla uno per volta
- Se qualcuno non se la sente di intervenire è libero di non farlo, può comunque rimanere nel gruppo e ascoltare gli altri. Anche il solo ascoltare può essere d'aiuto.
- Dimenticatevi temporaneamente il vostro grado e livello gerarchico, in questa sede parliamo come persone colpite da una tragedia
- Assicuratevi di avere spento il cellulare
- Non ci saranno registrazioni o appunti durante l'incontro
- L'incontro durerà all'incirca 90 minuti. Vi chiediamo di rimanere tutti fino alla fine. A fine incontro io e la mia collega rimarremo a vostra disposizione per chiarimenti o necessità individuali

FASE 2: IL FATTO

E' il momento di lasciare la parola a voi. Vi chiedo di dirmi i vostri nomi di battesimo e quale è stato il vostro ruolo durante l'evento. Vi chiedo inoltre di descrivere cosa è accaduto dal vostro punto di vista

FASE 3: IL PENSIERO

Quali sono stati i vostri primi pensieri quando vi siete resi conto di quanto stava succedendo? I pensieri durante l'evento critico? E nei giorni successivi?

FASE 4: EMOZIONE

Qual è stato il momento peggiore per Lei?
Quale aspetto la disturba maggiormente?

FASE 5: LA REAZIONE

Quali sono state le reazioni e i sintomi provati durante e dopo l'evento critico? Vi è capitato nei giorni successivi di avere difficoltà a dormire, problemi di appetito, fare fatica a concentrarvi, sentirvi più irritabili o altre reazioni subentrate dopo l'evento?

FASE 6: LA FORMAZIONE

Tutte le reazioni che avete descritto sono reazioni normali di persone normali ad un evento anormale. (fase della formazione e psicoeducazione riprendendo quanto emerso dal gruppo)

Queste reazioni, conosciute come reazioni da stress post traumatico, possono perdurare qualche giorno o settimana. Alcune le avete già citate, altri sintomi che normalmente le persone possono avere dopo un evento critico sono le seguenti:

- sintomi cognitivi (problemi di memoria, concentrazione, difficoltà a risolvere problemi, negazione, senso di irrealtà o ovattamento)
- sintomi emotivi (impotenza, rabbia, tristezza, ansia, depressione, appiattimento emotivo, irritabilità, ecc.)
- sintomi comportamentali (chiusura/isolamento, evitamento, aggressività, cambiamenti nelle abitudini alimentari, automedicazione, difficoltà ad addormentarsi o mantenere il sonno, ecc.)

FASE 6: LA FORMAZIONE

- Cosa vi ha aiutato ad affrontare l'evento? Ci sono stati momenti di forza? Nelle ore e nei giorni successivi cosa vi ha procurato un po' di sollievo e di aiuto?
- Ognuno di noi ha sviluppato e affinato nel tempo delle strategie personali per ridurre lo stress nei momenti critici della propria vita. Quali strategie vi sono state utili in passato nei momenti difficili?

FASE 6: LA FORMAZIONE PSICOEDUCAZIONE

Altre strategie utili per ridurre lo stress sono:

- Comprendere gli effetti psicologici e fisici dello stress e delle emozioni, riconoscere i propri campanelli d'allarme
- Mantenere un archivio mentale dei successi passati
- Fare prove mentali ed esercitazioni pratiche
- Evitare i "perché" o "se io avessi...."
- Mangiare, dormire bene
- Hobby/Svaghi
- Cercare gli altri e l'aiuto necessario
- Scrivere / Parlare di come ci sentiamo, con amici, colleghi, ecc.
- Darsi tempo a sufficienza
- Fare esercizi fisici e rilassamento per liberarsi dallo stress che si accumula nel corpo
- Periodi alternati di esercizio e di rilassamento profondo possono contribuire all'eliminazione delle sostanze chimiche legate allo stress ed aiutare a dormire meglio
- Tornare alla routine quotidiana ai compiti abituali, organizzare cose da fare

FASE 7: REINSERIMENTO

Ora, liberamente, qualcuno vuole aggiungere qualcosa a quanto emerso o chiederci qualcosa?

Vi ringraziamo per avere partecipato e avere condiviso con noi questo momento della vostra vita così privato e denso di sofferenza. Noi rimaniamo a disposizione a fine incontro anche per dei colloqui individuali. Se siete d'accordo ci incontreremo nuovamente fra due settimane per confrontarci ancora su come state e come si stanno evolvendo le vostre reazioni.

Un'ultima cosa, come abbiamo detto le vostre reazioni sono normali, ma se persistono, se non vanno via, se si accentuano nel tempo, noi rimaniamo disponibili per aiutarvi nel processo di recupero. Potete contattarci direttamente al numero di telefono

Ci sono delle bibite e qualcosa da mangiare per continuare a stare insieme e chiacchierare ancora un po' di minuti.

DALLA TEORIA ALLA PRATICA



- CISM & EMDR in emergenza -

RISULTATI NEGATIVI

- Gruppo dominato da un solo membro
- Apertura di conflitti – colpevolizzazioni, capri espiatori
- Elicitazioni di reazioni non volute o materiale personale

RISULTATI NEGATIVI

- Utilizzo inappropriato di informazioni condivise fuori dal debriefing
- Gestire male i processi di gruppo
- Non indirizzare adeguatamente i sentimenti residui dall'incidente
- Andare avanti e indietro tra le fasi e non completarle adeguatamente

EMDR: Evidenze empiriche

Linee guida

- American Psychological Association: efficacia per il PTSD
- ISTSS: revisione studi controllati con significatività statistica su vari gruppi
- Veterans Health Affairs e Ministero della Difesa U.S.A.
- American Psychiatric Association
- National Institute for Clinical Excellence (NICE)



Eye Movement Desensitization and Reprocessing

- ✓ Nuovo sviluppo in psicoterapia legato all'elaborazione dell'informazione per facilitare nuovi apprendimenti. Si basa sul processo fisiologico naturale
- ✓ Metodo clinico strutturato e complesso. E' un metodo articolato (8 fasi)
- ✓ La desensibilizzazione e la ristrutturazione cognitiva sono il risultato dell'elaborazione adattiva a livello neurofisiologico
- ✓ Offre un nuovo modo di vedere la patologia: informazione immagazzinata in modo non funzionale. Si focalizza sul ricordo vero e proprio, non sulla reazione o sulla patologia

EMDR: Adaptive Information Processing

(Shapiro, 1995)

L'informazione legata a esperienze traumatiche o stressanti non è elaborata completamente, le percezioni iniziali saranno immagazzinate essenzialmente come sono state nell'input, insieme con pensieri distorti o percezioni sperimentate al momento dell'evento.

EMDR e Emergenza: quali sinergie?

- CISM & EMDR in emergenza -



EMERGENZA ED EMDR

L'EMDR è l'approccio psicoterapeutico meglio integrabile ed adattabile ai contesti di post-emergenza. Il contributo dell'EMDR in tali circostanze si dispiega in varie dimensioni:

- Posto al Sicuro: per stabilizzare la persona, farle esperire una sensazione di sollievo, fornirle una tecnica di rilassamento semplice e immediata
- EMDR sulla situazione: permette una rielaborazione adattiva dell'informazione immagazzinata in maniera disfunzionale. In caso di DAS, PTSD e Disturbo dell'Adattamento l'EMDR accompagna verso la remissione dei sintomi. In caso di stress post-traumatico non diagnosticabile coi criteri del DSM IV-R, comporta comunque sollievo e facilita la Crescita Post Traumatica

Psicologia dell'Emergenza e EMDR

- EMDR sui traumi precedenti irrisolti. Spesso le situazioni d'emergenza fungono da trigger per traumi precedenti non elaborati adeguatamente. Con l'EMDR si affronta tutta la storia di vita della persona e se situazioni precedenti all'emergenza bloccano l'elaborazione adattiva della stessa, con l'EMDR si affrontano tutti i nodi precedenti;
- Installazione di Risorse: per sviluppare la resilienza e la crescita post-traumatica.

Perché l'EMDR nella post-emergenza

- Ridurre la sofferenza
- Facilitare il processo di auto-guarigione
- Prevenire il precipitare di altre problematiche o disturbi mentali
- Prevenire il consolidarsi di sintomi post-traumatici
- Curare la sintomatologia post-traumatica
- Rafforzare le capacità di resilienza della persona

Ciclo EMDR

- 3-6 sedute: 77-100% remissione di PTSD in vittime di traumi singoli
- 12 sedute: vittime di traumi multipli

EMDR

in tutte le fasi d'emergenza

(Gary Quinn, 2009)

- Emergency Response Procedure (ERP): immediatamente dopo l'evento traumatico
- EMD: ore e giorni successivi al trauma
- Recent Event Protocol: primo mese dopo il trauma
- R-TEP (The Recent Traumatic Episode Protocol): da giorni a settimane successive al trauma
- EMDR: oltre le settimane

EMDR in fase acuta (0-3 mesi)

- Permette la rielaborazione adattiva dei frammenti sensoriali traumatici (boato, polvere, centrifuga, rumori di vetri rotti, ecc.)
- Rielaborazione della Colpa del sopravvissuto (responsabilità/controllo ecc.)
- Permette una riduzione significativa ed ecologica dell'iperarousal. Questo permette una consolidazione migliore dei ricordi "traumatici", senza l'iperconsolidarsi dei frammenti percettivi. (IMPORTANTISSIMO quando il trauma è in progress come nei disastri collettivi)

EMDR in fase acuta (0-3 mesi)

- Il sollievo immediato emotivo/corporeo con l'EMDR “insegna” che si può tornare a stare bene
- NON E' NECESSARIA UNA DIAGNOSI. Importante lavorare a livello PREVENTIVO perché alla base del PTSD ci sono i ricordi traumatici basati sulle schegge sensoriali/percettive impazzite, il processo di significazione si blocca su colpa/paura di morire/perdita/non essere al sicuro, a specchio famiglia e comunità sono traumatizzati (saltano molti tutori di resilienza), contemporaneamente continuano i T e i t.

EMDR in fase acuta (0-3 mesi)

- Ruolo del posto al sicuro, installazione delle risorse e ricordi positivi (evitare la frammentazione tra passato-trauma-presente/non futuro)
- Fare l'EMDR in questa fase permette l'accesso ai ricordi e alle emozioni NON alimentando l'evitamento e non "girando a vuoto" con una narrativa (intrusività)

EMDR in fase acuta (0-3 mesi)

Integrazione tra storia passato-evento traumatico-futuro (evitamento non permette questo processo)



“Stay hungry, stay foolish”

Steve Jobs



- CISM & EMDR in emergenza -