

# **Corso di base di *Psicologia dell'Emergenza***

***Form-AUPI***

***Ordine degli Psicologi della Sardegna***



Presentazione: dott.ssa Giada Maslovaric  
Centro di Ricerca e Studi in Psicotraumatologia (MI)  
Riabilitazione Specialistica Mariano Comense (CO)  
118 Sant'Anna (CO)  
Associazione EMDR Italia

*Arborea, Venerdì 1 Ottobre 2010*

# Psicologia dell'emergenza, EFPA

Negli ultimi 25 anni c'è stato un incremento di consapevolezza dell'impatto dei disastri sulla popolazione civile. Alcune delle possibili spiegazioni:

- + Servizio di cronaca attivo 24 h in televisione
- + Focus attento 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

Negli ultimi decenni la Psicologia 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.

# Psicologia dell'emergenza

La Psicologia dell'emergenza è il settore della psicologia che si occupa degli interventi clinici e sociali in situazioni di calamità, disastri ed emergenza/urgenza. E' la disciplina che studia il comportamento individuale, gruppale e comunitario in situazioni di crisi.

# Le dimensioni della Psicologia dell'Emergenza

*Temporale*: Quando si interviene?

*Spaziale*: Dove si interviene?

*Destinatari*: Chi necessita di un intervento?

*Modalità*: Come si interviene?

*Finalità*: Perché si interviene?

# ***Lo psicologo dell'emergenza in azione.....***



# Le **fasi** della risoluzione del trauma

## Quando intervenire?

1. La situazione esplode:
  - » il corpo si attiva e si mobilita
  - » la mente si attiva per elaborare informazioni
2. Shock:
  - (prime 24-72 h e oltre)
  - » 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**ight

(combattimento)

**F**light

(fuga)

**F**reeze

(congelamento)



# Le **fasi** della risoluzione del trauma

3. Impatto emotivo: » incubi, isolamento, depressione, colpa, rabbia, ansia, flashback, pensieri intrusivi, marchio di Caino, aumento sensazione di pericolo, abuso di alcool/droghe, ecc.
4. Coping: » affrontare, capire, rielaborare (cosa sarebbe successo se..? Perché a me? e la prossima volta?)
5. Accettazione/risoluzione: » è passato, è la realtà. Sono vulnerabile ma non sono impotente. Non posso controllare tutto, ma posso controllare la mia risposta

# 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



# Disturbo Post-traumatico da Stress

- Definito per la prima volta nel DSM III, 1980
- Disturbo d'ansia
- Diagnosi dopo 30 giorni
- Forma ritardata, dopo 6 mesi di latenza

# IL TRAUMA PSICHICO

- Due componenti del trauma: 1) evento oggettivo  
2) vissuto soggettivo
- 1980, DSM III: Disturbo Post Traumatico da Stress. 1) La persona ha vissuto, assistito o si è confrontata con un evento/i che hanno implicato morte o minaccia di morte o gravi lesioni proprie o altrui (**evento oggettivo**); 2) la risposta della persona comprende paura intensa, sentimenti di impotenza o di orrore (**vissuto soggettivo**).

# Traumi singoli

Interesse crescente sugli effetti delle “*crisi quotidiane*” e dei *traumi* su individui, famiglie e gruppi. Importanza di adeguate risposte psicologiche a eventi quali:

- Stupri
- Suicidi/Omicidi
- Rapine
- Violenze
- Perdite improvvise
- Ecc.

# Traumi collettivi

“Il solo fatto che tu abbia vissuto un disastro non significa che ne verrai danneggiato, ma che sarai cambiato da questo”

(Weaver, 1995)



# Task Force Psicologia dei Disastri e della Crisi (EFPA)

## Perché intervenire?

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.

# SPETTRO POST-TRAUMATICO

## DISTURBI CORRELABILI AD EVENTI TRAUMATICI



# 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.

# Quali possono essere gli Incidenti Critici negli **operatori** dell'**emergenza?**



# Incidenti Critici

- ✓ Morte o ferimento grave in servizio
- ✓ Suicidio di soccorritori
- ✓ Incidenti con molte vittime
- ✓ Sparatorie, ferimento/uccisione di persone nel corso di operazioni
- ✓ Eventi importanti che coinvolgono bambini
- ✓ Casi in cui la vittima è un parente o conoscente del soccorritore
- ✓ Fallimento della missione dopo notevoli sforzi
- ✓ Errori umani
- ✓ Eccessivo interesse dei media
- ✓ Lesioni gravi, mutilazioni o deformazione del corpo delle vittime

# **Caratteristiche degli Incidenti Critici**

- ❖ IMPROVVISI ED INASPETTATI
- ❖ TRAVOLGONO LA NOSTRA SENSAZIONE  
DI CONTROLLO
- ❖ PERCEZIONE DI MINACCIA
- ❖ COMPRENDONO PERDITE  
EMOTIVE O FISICHE

# FATTORI CHE INFLUISCONO SULL'**ENTITA'** DELLA RISPOSTA EMOTIVA

- Livello di coinvolgimento
- Livello del controllo
- Livello della minaccia o perdita
- Livello di assurdità
- Livello di preavviso
- Vicinanza: fisica - psicologica
- Livello di stress nella propria vita
- Natura e grado di supporto sociale subito dopo l'evento
- Supporto di colleghi e amici
- Supporto di familiari e possibilità di comunicazione



# Supporto Psicologico 118, Ospedale Sant'Anna Como

## ATTIVITA' 2008

- 10 maggio: debriefing equipaggio CRI Mozzate (intervento su un neonato, morte bianca) (4 partecipanti)
- 3 giugno: debriefing Pronto Soccorso (incidente automedica, autista e dottore in coma) (3 partecipanti)
- 3 giugno: debriefing equipaggio CRI Menaggio (3 partecipanti) (incidente automedica 118)
- 10 giugno: follow-up equipaggio CRI Mozzate (4 partecipanti)
- 1 luglio: Debriefing RIA I (2 bambini in RIA, situazioni complesse, aggressività genitori) (3 partecipanti)
- 1 luglio: follow-up PS (3 partecipanti)
- 1 luglio: Colloquio individuale vittima incidente automedica (autista)
- 8 luglio Debriefing RIA I (3 partecipanti) (interventi su bambini in RIA)
- 8 luglio: Debriefing RIA I (3 partecipanti) (interventi in RIA su bambini)
- 15 luglio: follow-up CRI Menaggio (3 partecipanti)
- 15 luglio: 4 Colloqui individuale vittima (autista)
- 16 luglio: Debriefing 118-PS-vds, 4 partecipanti (bambina 2 anni schiacciata cancello)
- 18 luglio: Debriefing PS, 5 partecipanti (bambina 2 anni schiacciata dal cancello)
- 22 luglio: Colloquio individuale familiare vittima primaria (incidente automedica)
- 28 ottobre: Debriefing CRI Menaggio (3 partecipanti, soccorritori), 2 infermieri (118 e PS). Incidente mortale moto, ragazzo 24 anni.
- 6 novembre: Colloquio individuale vds Menaggio
- 6 lezioni di 4 ore "La Comunicazione in emergenza" al personale del 118.



# Supporto Psicologico 118 Como

## ATTIVITA' 2009

- 13 gennaio 2009: 2 debriefing vds Mariano Comense (tentato omicidio con arma da fuoco, moglie della vittima vds Mariano)
- 19 gennaio 2009: 3 colloqui individuali figlie (17 e 20 anni) e nipote (8 anni) del superstite tentato omicidio (testimoni oculari)
- Ciclo di 4 sedute EMDR (3 componenti famiglia superstite), Mariano Comense.
- Ciclo di 8 sedute EMDR: 2 familiari superstite omicidio
- Colloquio individuale moglie, superstite omicidio
- Febbraio/Maggio: 3 incontri di formazione personale RIA II: Principi di una comunicazione efficace in ambito ospedaliero: rapporti con utenza e familiari in terapia intensiva.
- 27 gennaio e 3 febbraio: Corso preparatorio alla formazione su campo Ospedale Buzzi per Infermieri RIA
- Da febbraio a luglio: colloqui individuali con ogni infermiere al rientro dall'ospedale Buzzi (rianimazione pediatrica)
- 3 febbraio 2009: 2 debriefing di follow-up vds Croce Bianca Mariano Comense
- 11 febbraio 2009: debriefing vds Gravedona (4 componenti). Incidente 2 mamme decedute.
- 2 marzo 2009: debriefing vds Dongo (4 partecipanti). Incidente stradale violento, decesso (deformazione corpo)
- 17 marzo 2009: colloquio individuale con vds di Gravedona a seguito di Incidente Critico
- 23 marzo 2009: supervisione su campo telefonata 118 bambino con padre deceduto (e madre un mese prima) (3 partecipanti)
- 23 marzo 2009: debriefing operatori vlv e vds (sul caso di cui sopra, 4 partecipanti)
- 22 luglio 2009: debriefing personale presente all'emergenza esondazione fiume presso Comunità Asso (10 partecipanti)
- 22 luglio 2009: colloqui individuali 3 vittime primarie Asso (EMDR), 1 colloquio bambino residente in comunità (EMDR)
- 27 luglio: follow up debriefing Asso (10 partecipanti), colloqui individuali 3 vittime primarie (EMDR)
- 31 Agosto 2009: debriefing vds Porlezza (3 partecipanti). Morte in culla bambina 6 mesi.
- 8 Settembre 2009: debriefing vds San Fedele (3 partecipanti), infermiere, tecnico CNSAS e medico Elisoccorso (Omicidio di Laino)

# Primo Soccorso Psicologico

- Proteggere dal pericolo, in particolare se le persone sono in stato di shock (sicurezza)
- Focalizzarsi sulle cure fisiche e materiali (sicurezza)
- Essere direttivi, attivi e rimanere calmi (calma e sicurezza)
- Focalizzarsi sul qui ed ora (calmare)

# Primo Soccorso Psicologico

- Fornire in maniera continuativa informazioni
- Ascoltare le persone, non giudicare e non forzare le persone ad aprirsi. E' il momento in cui devono parlare le vittime non chi porta aiuto
- Aspettarsi ed accettare reazioni intense – non dire alle persone di calmarsi o di non preoccuparsi
- Rendere attivi i sopravvissuti
- Ricongiungere le famiglie

# Fornire Supporto Psicologico

- Focalizzarsi sui punti di forza e la resilienza
  - \* Enfatizzare come le persone hanno reagito e come hanno già iniziato ad utilizzare strategie per andare avanti
  - \* Incoraggiare le persone ad implementare soluzioni e strategie che probabilmente possono essere d'aiuto (auto-efficacia)

# Non Fare

- Non forzare le persone a condividere le proprie storie con te, soprattutto i dettagli personali (questo potrebbe diminuire la tranquillità nelle persone che non sono ancora pronte a condividere le proprie esperienze)
- Non dare rassicurazioni semplicistiche come “Andrà tutto bene” o “Alla fine sei sopravvissuto” (questa tipologia di affermazioni riduce la calma)

# Non Fare

- Non fare promesse che non possono essere mantenute (promesse mancate diminuiscono la speranza)
- Non criticare i servizi esistenti o le attività di assistenza davanti alle persone che necessitano di questi servizi (diminuisce la speranza e la tranquillità)

# Supporto sulla scena: obiettivi

- Ristabilire un senso di sicurezza
- Proteggere le vittime da ulteriori danni psicologici
- Guidare: molte vittime sono scioccate, confuse o disorientate nell'immediata post-emergenza, per cui
  - ✓ Riorientare i sopravvissuti coinvolgendoli nei soccorsi
  - ✓ Le persone sono suggestionabili e rispondono bene alle direttive

# Supporto sulla scena

- Proteggere: proteggere le persone da danni ulteriori. Proteggere da ulteriori esposizioni a stimoli traumatici, fornire un riparo e provvedere ai bisogni di base
- Collegare: collegare gli individui con l'assistenza e le risorse di cui hanno bisogno, sia sulla scena che in futuro. Mettere in collegamento le persone le une con le altre e con le risorse disponibili



# I tre temi principali che in genere ci troviamo ad affrontare sono:

- + Responsabilità di ciò che è accaduto
- + Senso di vulnerabilità e mancanza di sicurezza
- + Problemi relativi al controllo e all'auto-efficacia



# COMUNICAZIONE DELLE “BAD NEWS”

## Modello ABCDE

### ADVANCE PREPARATION (Preparazione preliminare)

- La comunicazione delle Bad News dovrebbe essere fatta **in privato solo con il paziente**. Eventualmente con la presenza del compagno/a e dello staff medico.
- Lasciare un **tempo adeguato** affinché il paziente possa formulare tutte le domande che ritiene necessarie e per rispondervi esaurientemente.
- Dove è possibile cercare/creare un **luogo privato** evitando il più possibile qualsiasi forma di interruzione.
- Conoscere le **informazioni cliniche rilevanti** e saper fornire le informazioni circa la prognosi e le possibilità di cura.
- **Prepararsi mentalmente** individuando le parole/frasi da usare e quelle da evitare.
- **Prepararsi emotivamente**

## **BUILD A THERAPEUTIC ENVIRONMENT/RELATIONSHIP**

(Costruire la relazione e l'ambiente terapeutico)

- Determinare **quanto e cosa il paziente vuole conoscere.**
- **A discrezione del paziente** è possibile che siano presenti **familiari e amici.**
- **Presentarsi** a tutti chiedendo loro il nome e il tipo di relazione che hanno con il paziente.
- **Preparare il paziente** al fatto che sta per ricevere una **bad news.**
- Usare il **contatto fisico** se ritenuto appropriato rispettando le differenze culturali e le preferenze individuali.
- **Evitare i commenti ironici e inappropriati.**
- Fissare **appuntamenti successivi** di follow-up.

# COMMUNICATE WELL (Comunicare bene)

- Chiedere **che cosa** il paziente o la famiglia **già conosce**
- **Parlare con franchezza** ma con **partecipazione emotiva** evitando eufemismi e il gergo medico.
- **Lasciare spazio al silenzio e alle lacrime.**
- **Assicurarsi che il paziente abbia compreso** quanto gli è stato detto incoraggiando la formulazione di domande.
- Lasciare tempo per **rispondere alle domande**, scriverle usando schemi e ripetere le informazioni chiave.

# **DEAL WITH PATIENT AND FAMILY REACTIONS**

(Trattare con le reazioni del paziente e dei familiari)

- **Valutare le reazioni emotive**, in particolare fare attenzione alle strategie cognitive di coping utilizzate dal paziente (ad esempio negazione, intellettualizzazione)
- Negli incontri successivi **valutare lo stato emozionale** del paziente.
- Essere **empatico**
- **Non criticare** i colleghi.

# ENCOURAGE AND VALIDATE EMOTIONS

(Incoraggiare e sostenere le emozioni)

- Indagare **che cosa significa** per il paziente la notizia
- **Indagare i bisogni emozionali** del paziente e le **risorse** che ha a disposizione per soddisfarli.
- Offrire al paziente una **speranza realistica.**
- Ricorrere a **servizi e risorse interdisciplinari.**

# Mail ai dipendenti IEO

Il tragico incidente che ha causato il decesso del collega Luigi Martano all'interno dello IEO ha suscitato reazioni intense e faticose da fronteggiare in ognuno di noi. A seguito di questo drammatico evento come responsabili delle Risorse Umane dell'Istituto abbiamo deciso di offrirvi il supporto psicologico necessario. Nei prossimi giorni si effettueranno degli incontri di gruppo, chiamati debriefing, con degli esperti di Psicologia dell'Emergenza e Psicotraumatologia. Questi incontri di supporto psicologico si svolgono con persone normali che hanno reazioni normali ad un evento anormale e inaspettato come il decesso di Luigi. Per questo invitiamo ognuno di voi a partecipare in quanto persone coinvolte, a diverso livello, in una situazione in cui le criticità sono tali da suscitare reazioni emotive particolarmente intense. L'obiettivo di questi incontri è quello di mitigare lo stress che state vivendo, confrontarsi insieme per sentirsi meno soli nella sofferenza e aiutarvi a riprendervi e a ritornare alla vostra vita normale e lavorativa sentendovi nuovamente al sicuro. Un'altra modalità di supporto psicologico che vi verrà offerta è quella di effettuare colloqui individuali con professionisti esperti nell'intervento precoce in situazioni di crisi.

Aggiornamenti specifici sui luoghi e gli orari degli interventi vi verranno forniti nelle prossime ore e nei prossimi giorni.

*Comune di Roseto degli Abruzzi, Asl di Teramo*

# **AIUTIAMOCI AD AIUTARE I NOSTRI BAMBINI: indicazioni per genitori**

Dopo il tragico terremoto che ha colpito tutti noi, le domande e le preoccupazioni su come stanno reagendo i nostri bambini possono essere molteplici.

- Quali sono le reazioni da stress nei bambini?
  - Come posso affrontarle?
- Quanto tempo ci vuole per superare tutto questo? I bambini possono riuscirci?
  - I bambini reagiscono tutti allo stesso modo?
- Come possiamo mettere in atto le strategie migliori per alleviare il loro disagio?
  - Come posso proteggerli da ulteriori danni?

Incontriamoci per confrontarci insieme su questi argomenti con psicologi esperti in interventi in contesti d'emergenza .

*L'incontro avverrà venerdì 24 Aprile Alle ore 21 Presso il Camping Lido d'Abruzzo, Viale Makarska n.1.*

Si richiede di non fare partecipare i bambini all'incontro, per qualsiasi richiesta di supporto ai vostri figli di tipo psicologico rimaniamo a disposizione dopo l'incontro stesso per fissare eventuali appuntamenti.

Per facilitare la partecipazione all'incontro, dalle 21 un gruppo di animatori aquilani si occuperanno di intrattenere e divertire i vostri figli.

Informazioni: 085.89453682



# **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.

# **La base dell'EMDR:**

la stimolazione alternata dei due emisferi  
cerebrali

L'uso contemporaneo della:

*immagine traumatica*

*cognizione negativa*

*emozioni disturbanti*

*sensazioni fisiche*

+

*stimolazione bilaterale*

**doppia focalizzazione**

**(dual focus)**

# Psicologia dell'Emergenza e 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 traumatica: 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

L'Aquila, terremoto 6 Aprile 2009: trauma singolo o trauma multiplo?



# **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: da settimane a.....

# *Il trauma infantile*

Vedere un bambino soffrire è disarmante. L'istinto è quello di proteggere i "cuccioli d'uomo", fare da scudo per loro quando la vita minaccia di ferirli. Potendo scegliere la maggioranza di noi adulti si accollerebbe ogni dolore dei bambini, fisico o emotivo che sia. L'istinto non ci inganna. I bambini sono maggiormente vulnerabili alle esperienze dolorose e hanno un bisogno "vitale" di adulti di riferimento che siano in grado di proteggerli e accompagnarli verso la guarigione delle ferite (...) Non possiamo impedire ad un bambino di cadere e provare dolore (...), così come non possiamo impedire ad un bambino di provare tristezza e rabbia (...). Però possiamo fare moltissimo per aiutarli a cicatrizzare ogni tipo di ferita, fisica o emotiva, per aiutarli a conoscere il dolore e sviluppare le risorse necessarie per attraversarlo, crescendo. Infatti, se è vero che i bambini sono molto più vulnerabili ai traumi, è altrettanto vero che quando sono ben supportati dai genitori e da altre figure di riferimento, hanno una capacità di recupero straordinariamente più veloce degli adulti." (Fernandez I., Maslovaric G. in stampa)

# **PICCOLE VITIME DI GRANDI DISASTRI**

Trattamento di bambini, superstiti di disastri naturali e artificiali, con EMDR in fase acuta

**752 BAMBINI E ADOLESCENTI**

# **INTERVENTO CON EMDR**

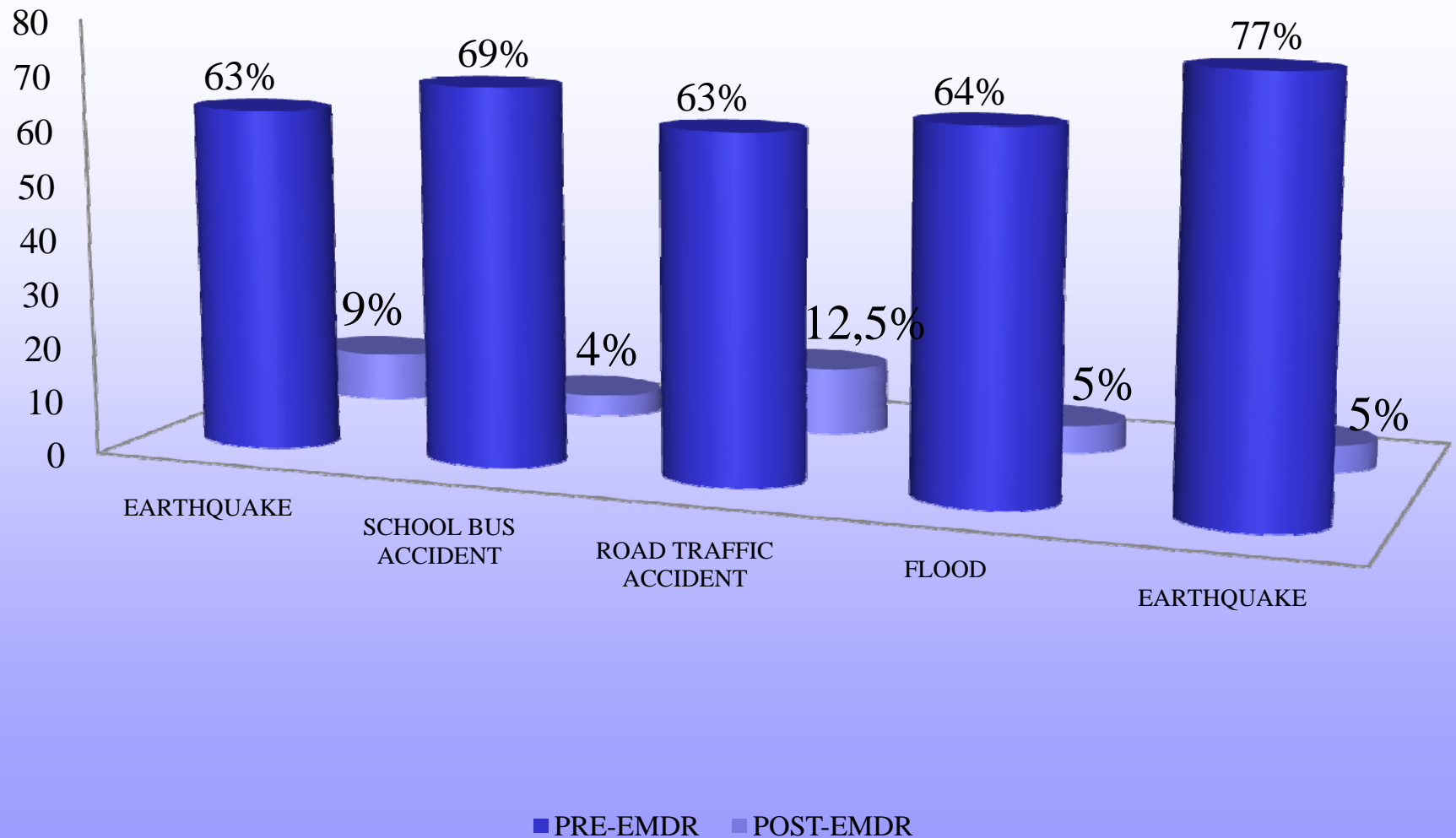
## **OBIETTIVI**

- **Comprendere e misurare le reazioni di stress nei bambini durante disastri di massa (remissione spontanea?)**
- **Determinare la percentuale di PTSD conclamati e sottosoglia**
- **Indagare i risultati del trattamento EMDR nelle fasi acute e croniche del trauma (dopo uno e 3 mesi) nei bambini**
- **Monitorare la sintomatologia post-traumatica entro un anno**
- **Verificare se i risultati EMDR venivano mantenuti**
- **Identificare i soggetti che avevano bisogno di ulteriore trattamento allo scopo di inviarli al Servizio di Salute Nazionale.**

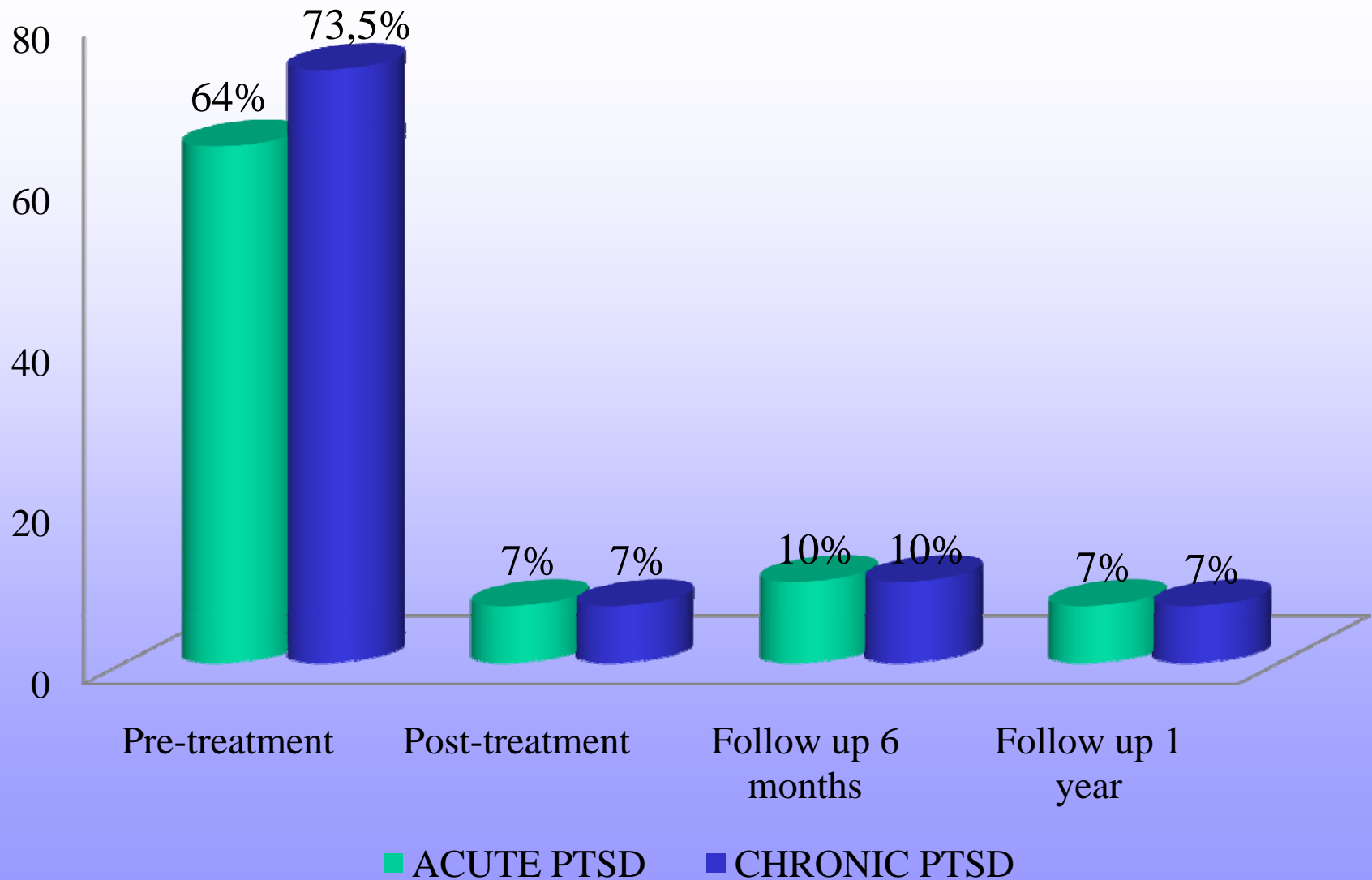
## *TRATTAMENTO EMDR: STUDI SUI BAMBINI VITTIME DI DISASTRI COLLETTIVI*

- ❖ Un terremoto nel 2002  
(27 bambini morti in una scuola)
- ❖ Un incidente aereo sopra un edificio scolastico nel 2002
- ❖ Un incidente stradale di un bus durante una gita scolastica nel 2007 (2 bambini morti, molti feriti gravi)
- ❖ Un incidente di macchina in centro città nel 2007  
(1 ragazza morta e molti seriamente feriti)
- ❖ Un'inondazione nel 2008
- ❖ Terremoto dell'Aquila nel 2009

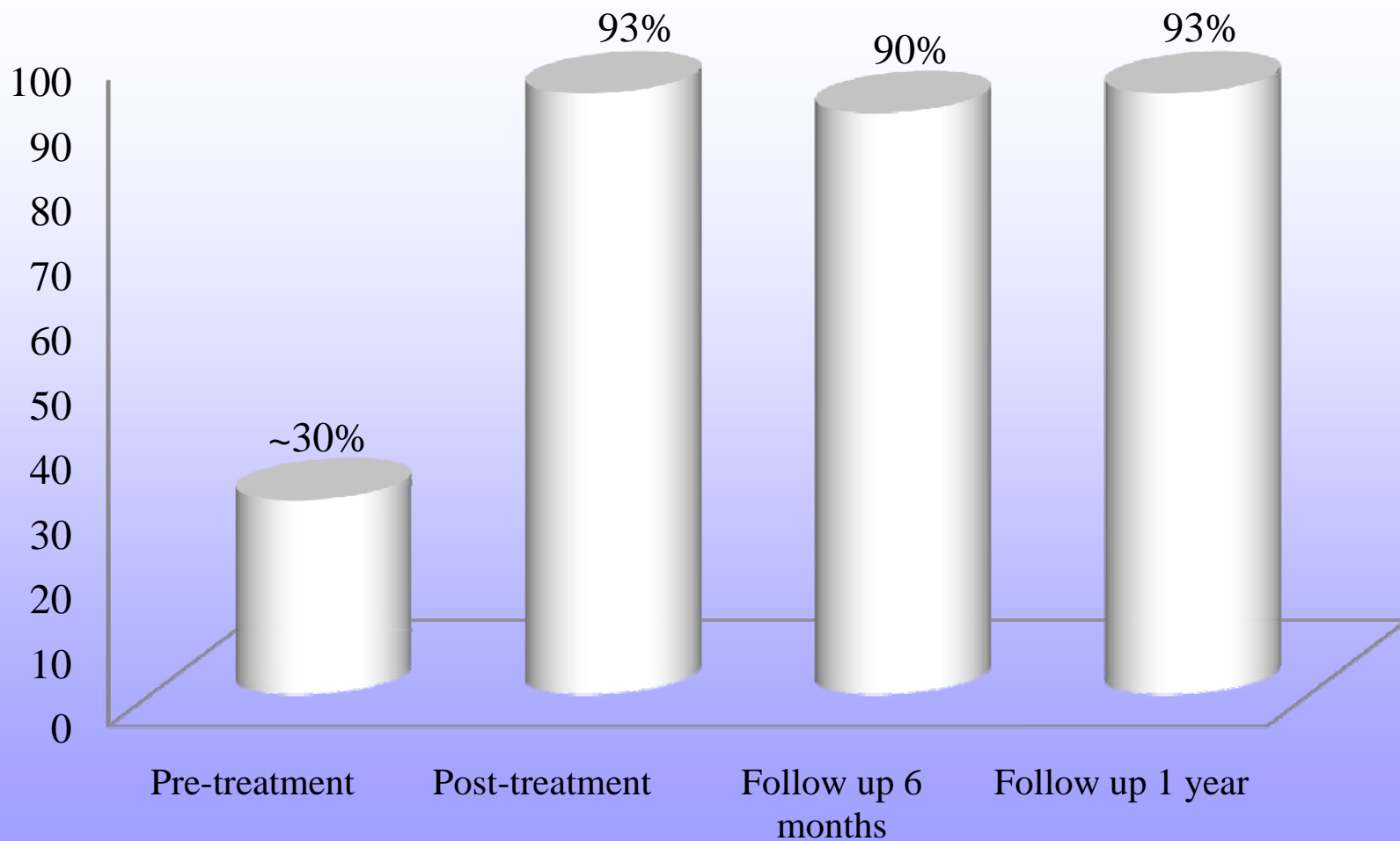
# PRE AND POST-EMDR TREATMENT



# EFFICACIA DELL'EMDR IN UN ANNO FOLLOW UP



# Alcuni/nessun sintomo





# Resilienza

La resilienza è la capacità di far fronte in maniera positiva agli eventi traumatici, di riorganizzare positivamente la propria vita dinanzi alle difficoltà

# Crescita Post-traumatica

## Post-traumatic Growth

Possibilità di arricchirsi e di trasformare un episodio negativo di vita in una trasformazione positiva, in uno stimolo al miglioramento, attraverso a delle capacità che sembrano svilupparsi in stretta connessione con la riscoperta di una capacità di fronteggiare eventi anche molto critici.

Selene Frattura scuola  
II<sup>a</sup> A Toruione (AQ)



## SPERANZA

Comune nata con una agina che è di Bologna  
BITA INEROCIATE, MELE LAVATE

speranza

speranza

speranza

MACCHINA PAREHEGGIATA, TERREMOTO  
SCAMPATO

speranza

speranza

speranza

L'AQUILA DI STRUTTA, BOLOGNA ANCORA  
INTATA

speranza

speranza

speranza di dimenticare i giorni brutti

Selene Frattura  
II<sup>a</sup> A Scuola Toruione (AQ)



# RACE

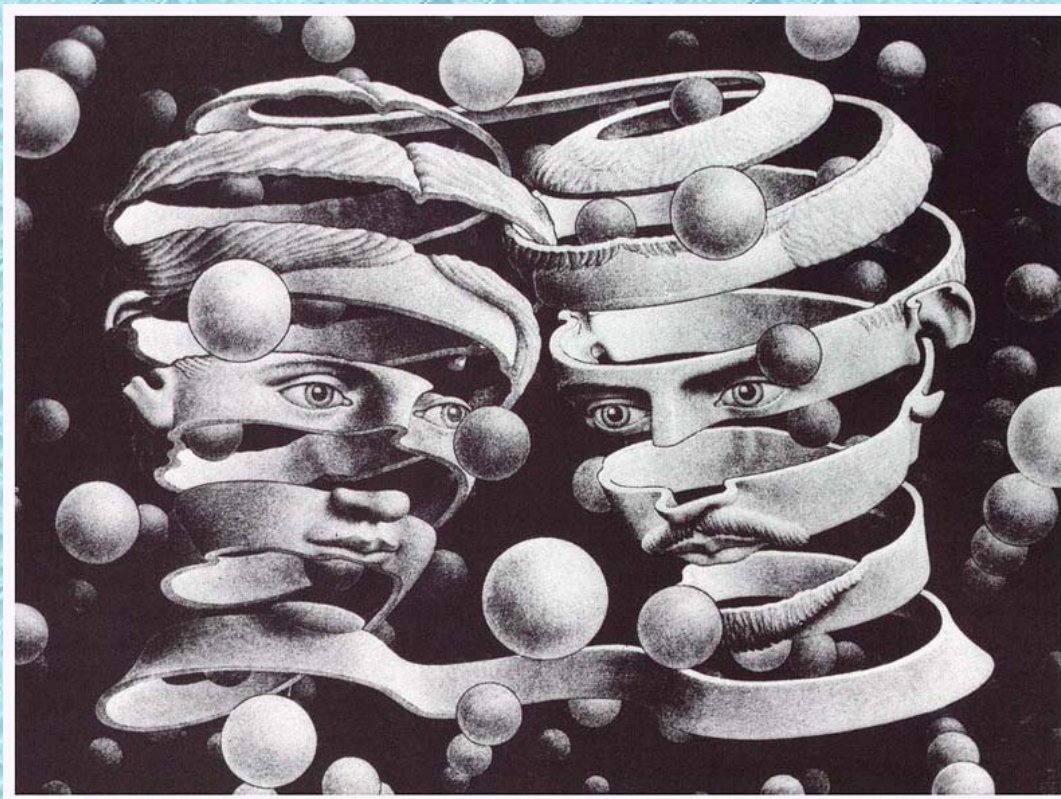
Io mi chiamo Alessia vengo da L'Aquila  
E oggi ringrazio tutta la protezione civile  
e anche Gesù perché sono viva.



FIRMA

Alessia,

# Grazie per l'attenzione!!



Dott.ssa Giada Maslovaric  
[giada@emdritalia.it](mailto:giada@emdritalia.it)