

L'APPLICAZIONE DELL'EMDR NEL TERREMOTO IN EMILIA DEL MAGGIO 2012

ASSOCIAZIONE EMDR ITALIA

La psicologia dell'emergenza.

Il bisogno di mantenere il controllo in ogni situazione caratterizza lo stile di pensiero tipico dell'uomo occidentale. Questa credenza, tuttavia, si scontra con la realtà in particolare in occasione di disastri (che siano questi naturali o causati dall'uomo).

La storia delle emergenze (disastri naturali, guerre, carestie ed epidemia) si affianca da sempre a quella dell'uomo e sono diverse le fonti che documentano le riflessioni sulle loro cause e conseguenze. Le considerazioni che attualmente ruotano ai contesti d'emergenza si stanno arricchendo anche grazie al contributo della Psicologia, sia in quanto scienza che dal punto di vista dell'intervento clinico (Fernandez I. et al, 2011).

Le conseguenze psicologiche dei traumi dovuti a incidenti, disastri, catastrofi, possono impedire il ritorno alla normalità. Per questo motivo è necessario che nei programmi di assistenza alle vittime vengano inclusi anche programmi di assistenza psicologica adeguata alla cultura dei luoghi di appartenenza (United Nations General Assembly Economic and Social Council, 2000).

La psicologia dell'emergenza studia il comportamento umano (e animale) in presenza di sollecitazioni che hanno caratteristiche di minaccia e di urgenza. Riguarda quindi le risposte e le risorse individuali in situazioni critiche (Rovetto e Moderato, 2006).

La Psicologia dell'Emergenza, quindi, si propone di studiare innanzitutto le reazioni delle vittime, degli operatori e della comunità per quanto riguarda le reazioni emotive, comportamentali e cognitive. Per quanto riguarda l'intervento clinico, la Psicologia dell'Emergenza opera su due fronti: da una parte la prevenzione dello sviluppo dei disturbi psicologici che potrebbero insorgere e dall'altra la terapia dei sintomi o disturbi correlati a stress post-traumatici.

Pertanto, la Psicologia dell'Emergenza può essere considerata come una disciplina che si occupa degli interventi clinici e sociali in situazioni di calamità, disastri ed emergenza. Studia, cioè, il comportamento degli individui, del gruppo e della comunità nel momento in cui si verifica una situazione di crisi (Fernandez I. et al, 2011).

L'intervento psicologico si struttura attraverso fasi successive. Se nelle fasi preliminari il focus è principalmente sugli aspetti gestionali, nelle fasi che seguono l'attenzione è focalizzata sugli aspetti personali: la competenza comunicativa dei soccorritori rappresenta un ponte tra i bisogni individuali e le esigenze della collettività (Rovetto e Moderato, 2006). Gli interventi successivi a un evento che si configura come potenzialmente stressante sono quindi diretti, da un lato, a realizzare un clima e un contesto accogliente allo scopo prestare attenzione e conforto, riducendo così la condizione di ipervigilanza e, dall'altro, a fornire informazioni alle persone coinvolte (Fernandez et al. 2011). Sono necessario, perciò, competenze empatiche e di pensiero strategico, congiuntamente all'addestramento a lavorare in gruppi.

L'intervento dell'Associazione per l'EMDR Italia in Emilia.

L'Associazione per l'EMDR in Italia nel corso degli anni è intervenuta in varie situazioni di disastri a livello nazionale, attraverso delle task force di professionisti che si occupa di interventi in Emergenza con adulti e bambini. Gli interventi sono stati realizzati in modo totalmente volontario da psicoterapeuti dell'Associazione. Le prime esperienze sul campo possono essere fatte risalire a una decina di anni fa, in occasione dell'esplosione di gas di Via Ventotene (Roma, dicembre 2001), in cui si offrì supporto alle vittime e ai soccorritori coinvolti. Nell'aprile 2002 l'Associazione è intervenuta con i sopravvissuti all'incidente aereo del grattacielo Pirelli di Milano (Fernandez I. et al, 2005), fornendo supporto alla popolazione e ai 263 bambini della scuola elementare ubicata nelle vicinanze del Palazzo Pirelli. Nell'ottobre 2002, invece, è stato realizzato un importante

progetto di intervento diretto agli alunni della scuola elementare di San Giuliano in Molise sopravvissuti al crollo della scuola in seguito al terremoto, in cui persero la vita numerosi bambini. Nel 2007, a seguito dell'incidente di un pullman che portava gli alunni della scuola elementare di Stroppiana (VC) in gita scolastica, in cui persero la vita due bambini di 7 anni, è stato richiesto l'intervento dell'Associazione, come per un altro incidente mortale del 2008 a Viggìù (VA) dove, in occasione della festa di paese, un'automobile ha travolto una parte della popolazione. Nell'ottobre 2008 è stato realizzato uno degli interventi più completi e articolati: l'intera popolazione scolastica di Cappotterà (CA) è stata presa in carico in seguito a un'alluvione che ha distrutto una vasta area.

In Emilia è stato realizzato un importante intervento che ha visto coinvolti 100 terapeuti EMDR, inviati dal 2 giugno fino al 30 agosto, che hanno trattato quasi 2089 persone delle zone colpite. Il 61% degli interventi totale svolti dalle associazioni in Emilia è stato effettuato dall'associazione EMDR Italia. L'intervento è stato realizzato in collaborazione e a supporto del Servizio di Psicologia dell'AUSL di Modena.

La ASL ha fornito inizialmente un servizio a livello di comunicazione per quanto riguarda le reazioni post-traumatiche, effettuando quindi un primo intervento di psicoeducazione e rendendo disponibili i contatti a cui rivolgersi per fare richiesta di supporto. Anche i soccorritori e i sindaci, inoltre, erano a conoscenza del servizio di assistenza psicologica reso attivo a partire dal primo giugno, a ridosso della scossa che ha colpito il territorio il 29 maggio.

Le persone sono quindi arrivate a partire dal primo giugno, con un'affluenza progressiva nei giorni e mesi successivi. Questo dato è una prova dell'esistenza di differenze individuali nell'elaborazione di uno stesso evento traumatico, il cui impatto colpisce in modo differente ogni persona coinvolta e gli individui possono prendere atto di aver bisogno di supporto con tempistiche differenti. Inoltre, l'affluenza scaglionata dei soggetti che richiedano aiuto psicologico è stata dovuta (come riportato dalle persone stesse) al passaparola innescato da coloro che già avevano cominciato il trattamento EMDR e ne avevano constatato l'efficacia in prima persona.

L'importanza di intervenire tempestivamente sul campo in situazioni di emergenza come quella avvenuta in Emilia non è rappresentata solo dalla possibilità di prevenire l'insorgenza di eventuali disturbi successivi acuti o cronici e di rinforzare le risorse delle persone che si trovano ad affrontare una situazione oggettivamente complessa e stressante (cioè, dal servizio offerto), ma anche dall'opportunità di poter osservare sul campo le reazioni dei sopravvissuti a un disastro come quello del terremoto. Questo ultimo aspetto può configurarsi come un'occasione determinante nello sviluppo e nel perfezionamento dei progetti di intervento in emergenza, fornendo appunto un feedback agli operatori e al team impegnati nelle operazioni di soccorso, ma anche all'intera rete di servizi coinvolti nel territorio.

Il presente intervento, quindi, si presta ad essere anche come field study e come strumento per raccogliere dati pre e post trattamento a fini clinici e di ricerca.

Per quanto riguarda i dati raccolti dalla ASL, si è rilevato che il 35% dei soggetti presi in carico viveva ancora nella propria abitazione, il 22% era ospite nelle tendopoli mentre il 41% alloggiava fuori dal campo (molti sfollati, infatti, non sono stati ospiti dei campi allestiti ufficialmente dalla protezione civile, bensì si trovavano anche in altri campi "improvvisati" e attrezzati senza l'aiuto delle organizzazioni intervenute a livello ufficiale, oppure erano ospiti di parenti e/o amici, o alloggiavano in case di proprietà o in albergo). Questo dato porta a riflettere sull'esigenza di un'organizzazione più massiccia e capillare sia per quanto riguarda la realizzazione di campi d'emergenza da parte della Protezione Civile sia, a livello generale, di un progetto di intervento ben strutturato e applicabile tempestivamente, che possa coprire l'intera zona interessata in modo capillare e che si possa facilmente adattare alla situazione particolare di un determinato territorio, considerando le esigenze e le problematiche che si possono trovare di volta in volta.

L'Italia è, infatti, un Paese particolarmente esposto ai disastri naturali, quali i terremoti, innanzitutto a causa della sua collocazione geografica, ma anche per il fatto che molti edifici sia pubblici che privati non sono stati costruiti considerando il pericolo di eventuali disastri naturali (questo per diversi motivi che non verranno approfonditi in quanto non è questo l'obiettivo della relazione).

L'applicazione del Protocollo episodi recenti (EPI) nel terremoto in Emilia.

Il campo degli interventi psicologici recenti (EPI) a seguito di eventi traumatici è oggetto di crescente attenzione per i ricercatori negli ultimi anni. Le situazioni particolari di interventi recenti richiede lo sviluppo di un distinto corpo di conoscenza.

Reazioni al trauma.

Sebbene la maggior parte di quelli che sono esposti a situazioni traumatiche non sviluppino il PTSD, un terzo significativo rimane sintomatico per circa 3 anni o più con il maggior rischio di complicazioni secondarie. La ricerca sull'EPI di ridurre la sofferenza derivante da stress traumatico e di prevenire lo sviluppo del PTSD cronico ha portato in anni recenti a focalizzare l'attenzione sull'identificazione di alti fattori di rischio. In aggiunta, è da notare che il PTSD è solo uno dei disturbi che può sviluppare indipendentemente o in comorbilità al trauma. Per esempio a distanza di 12 mesi: il PTSD è stato rilevato nel 10% di coloro i quali sono stati esposti al trauma, mentre il 16% ha avuto un disturbo di depressione maggiore, l'11% disturbo d'ansia generalizzata, 10% abuso di sostanze, 9% agorafobia, 7% fobia sociale, 6% disturbo di panico, 6% fobia specifica e 4% hanno manifestato disturbo ossessivo compulsivo (Bryant, 2011). Una delle maggiori sfide nel campo dello stress traumatico è stato l'osservare che molti individui che hanno affrontato in modo positivo al tempo della loro esposizione traumatica hanno manifestato dei sintomi in un momento successivo" (McFarlane, 2009). Nel tentativo di spiegare questi fenomeni di attacchi ritardati McFarlane pone l'attenzione sui ricordi traumatici e il tempo necessario alla sensibilizzazione in cui sintomi recenti sotto soglia a breve termine possono diventare disturbanti in modo consistente nel tempo. Lo stress traumatico ed i ricordi traumatici possono essere in generale fattori di rischio di psicopatologia dati gli effetti di re-traumatizzazione sulla sensibilizzazione con il rischio di PTSD, che cresce con il numero di esposizioni ai traumi.

Data la comprensibile difficoltà di condurre ricerche in situazioni di catastrofi ci sono sorprendentemente poche pubblicazioni dirette all'intervento precoce in emergenza. Poiché l'EMDR non dipende dalla comunicazione verbale come altri approcci, ha i vantaggi in situazioni di stress acuto e multi-culturale. Francine Shapiro sviluppò il protocollo eventi recenti (RTE) come un'applicazione del protocollo standard dell'EMDR quando si lavora con vittime subito dopo un evento traumatico, dato che nei primi giorni o settimane l'evento traumatico è un'esperienza frammentata che non è ancora stata consolidata e non c'è un'immagine capace di rappresentare l'intero evento. È quindi necessario elaborare un numero di targets, che sono aspetti o parti dell'evento in modo tale da facilitare l'integrazione e il consolidamento adattivo (Shapiro, 1995, 2001).

Persino in assenza di sintomi ritenuti significativi a livello clinico, l'EMDR può svolgere un ruolo di prevenzione: prevenire l'accumulo di ricordi traumatici che contribuiscono all'insorgenza successiva di disturbi. Dalla prospettiva dell'EMDR, articolata nel modello AIP, i ricordi sono preventivamente elaborati in modo adattivo per evitare che diventino dei ricordi immagazzinati in modo disfunzionale che sottostanno a molti disturbi. Inoltre essi possono consolidare le più lontane associazioni a reti di memoria in forma adattiva, quindi promuovere resilienza. Il PTSD può essere visto come un'informazione che comporta implicazioni aldilà del PTSD: "PTSD è una condizione di sfida, poiché le persone vengono catturate dalle loro esperienze passate e hanno difficoltà a relazionarsi con il presente. Al centro di questa condizione vi è il ruolo dei ricordi traumatici, che orientano la consapevolezza e la reattività degli individui ai ricordi legati all'evento

traumatico. Questo ha importanti implicazioni per l'applicazione dell'EMDR come un trattamento per i disturbi sopra e oltre il PTSD (McFarlane, 2010a). La terapia dell'EMDR, fornendo abilità per una rapida elaborazione dei ricordi disturbanti, è un approccio efficace per gli interventi recenti.

Se l'EMDR può aiutare a riattivare il sistema dell'AIP quando le cose non sono andate bene con l'immagazzinamento funzionale dei vecchi ricordi angoscianti attraverso l'elaborazione adattiva degli stessi, può essere anche una misura preventiva impiegata durante la vulnerabile fase acuta dopo un trauma, per fare in modo che l'informazione viene elaborata in modo adattivo mentre il ricordo è ancora da consolidare, come una misura preventiva.

Gli elementi dell'EMDR, in particolare la stimolazione bilaterale insieme alla messa in sicurezza e alle cognizioni positive sono stati utilizzati persino ore dopo un incidente critico per le persone che non hanno reagito oppure hanno altri tipi di risposte insolite. I loro obiettivi sono finalizzati a calmare, stabilire comunicazione oppure ridurre l'angoscia delle intrusioni. Sono noti gli studi sull'evidenza empirica di riduzione dell'attivazione e di altri effetti psicofisiologici della stimolazione bilaterale.

Gli interventi iniziali quindi dovrebbero considerare il primo aiuto psicologico (Psychological First Aid). PFA sono stati ampiamente ritenuti negli ultimi anni come un'alternativa più sicura al debriefing ma non vi è ancora un'evidenza empirica (Bryant, 2011; Roberts et al., 2009). Esso può essere utilizzato dai para-professionisti poiché include risposte per consolidare il senso di sicurezza, soddisfare i bisogni primari, ridurre le reazioni, promuovere le capacità di risoluzione dei problemi e un'iniziale screening per quelli che hanno bisogno di un trattamento più in là nel tempo.

È noto che la natura frammentata del ricordo del trauma recente richiede un protocollo diverso da quello standard dell'EMDR. L'insieme di eventi traumatici restano non verbali, frammentati, intrusivi e decontestualizzati (Brewin et al., 1996). "Individui con PTSD hanno anche maggiori difficoltà con il loro orientamento su di sé, essi continuano ad utilizzare le reti di memoria visuo-spaziale più che il linguaggio basati su sistemi per il trattamento dell'area verbale; problemi con l'elaborazione delle aree di memoria verbale. L'EMDR, in quanto trattamento, può avere un vantaggio, poiché esso non è così dipendente dalle rappresentazioni verbali delle esperienze traumatiche come invece altri approcci al trattamento (McFarlane, 2010 a, b).

Subito dopo gli incidenti traumatici molte persone sono inclini a sperimentare un alto livello di attivazione e possono essere facilmente riattivati all'interno di esperienze già vissute stati emotivi intensi. Sono necessarie misure aggiuntive all'interno dei protocolli per la stabilizzazione e la regolazione al fine di contenere e tenerli al sicuro. Altri possono divenire apatici o evitanti così da essere considerati calmi e non bisognosi di cure.

Il protocollo sugli episodi traumatici recenti (R-TEP)

L'R-TEP è un protocollo completo per EEI che include ed estende i protocolli dell'EMDR esistenti per gli eventi recenti insieme alle misure aggiuntive di contenimento e sicurezza. L'R-TEP di solito richiede 2-4 sessioni che possono in modo opzionale essere condotti nei giorni successivi.

Episodio traumatico (T-episode)

L'incidente traumatico originale insieme alle sue conseguenze è visto come un continuum nel procedere del trauma mentre le esperienze non sono ancora elaborate in modo adattivo. T-episode racchiude targets molteplici del disturbo. Questi frammenti del target vengono riferiti come punti di disturbo (Point of disturbance), dall'incidente originale fino ad oggi.

Narrazione dell'episodio

La narrazione dell'episodio è il racconto della storia dell'episodio traumatico ad alta voce con la continua stimolazione bilaterale (BLS). Ciò aiuta a restare radicati nella realtà e a contenere l'emozione mentre il paziente inizia ad elaborare. Usare una metafora di distanziamento, come per esempio lo schermo TV , può offrire un ulteriore contenimento in caso di bisogno.

Ricerca in Google (G-search) o scan

Il G-search è un meccanismo utilizzato per identificare i target disturbanti all'interno dell'Episodio Traumatico (T-Episode) senza parlare, insieme alla BLS.

Elaborazione telescopica

L'approccio di tre strategie (EMD-> EMDr-> EMDR). Il termine "elaborazione telescopica " viene usato per riflettere le tre modalità opzionali dell'estensione del focus delle associazioni che si adattano al livello a cui l'elaborazione dell'informazione può aderire (zoom avanti e indietro).

L'incidente traumatico originale insieme alle sue conseguenze è visto come un continuum nel procedere del trauma mentre le esperienze non sono ancora elaborate in modo adattivo. T-episode racchiude targets molteplici delle immagini disturbanti oppure dati sensoriali, eventi, altre esperienze, dall'incidente originale (o persino prima) fino al presente (includendo pensieri circa il futuro), che hanno bisogno di essere integrati. La terapia contratta l'inizio con il focus su un evento (T-episode) che sia il più remoto. L'apertura di altri problemi clinici, se necessario, richiede la revisione del contratto terapeutico. L'R-TEP adatta la buona pratica della struttura a otto fasi della terapia dell'EMDR, applicandola a interventi recenti:

- Storia clinica (informazioni raccolte sufficienti a non essere in grado di un breve giudizio clinico)
- Preparazione del cliente (Stabilizzazione, preparazione all'inizio dell'elaborazione); identificati i frammenti del target);
- Desensibilizzazione (elaborare la rete di memoria del target)
- Installazione (elaborazione e aumento delle associazioni per le reti cognitive positive)
- Scansione corporea
- Chiusura
- Rivalutazione

EMDR-protocollo del trattamento di gruppo integrativo (EMDR-IGTP)

EMDR-IGTP è stato sviluppato dai membri dell'Associazione Messicana per il Supporto alla Salute Mentale in situazioni di Crisi, come accadde con l'uragano Pauline nella costa occidentale in 1997. Questo protocollo è stato utilizzato nel suo formato originale o con adattamenti a seconda delle situazioni in numerosi contesti nel mondo (Gelbach and Davis, 2007; Maxfield, 2008). Studi di casi e sul campo hanno rilevato la sua efficacia con bambini e adulti a seguito di una catastrofe naturale o per opera dell'uomo o in traumi da guerra. (Adúriz et al., 2009; Jarero and Artigas, 2009; Jarero et al., 1999, 2006, 2008; Zaghrou-Hodali et al., 2008). Questo protocollo è anche noto come il protocollo abbraccio a farfalla di gruppo, il protocollo di gruppo dell'EMDR e il protocollo di gruppo dell'EMDR con i bambini.

Il protocollo integra le otto fasi del trattamento EMDR standard (Shapiro, 1995, 2001) con un modello di terapia di gruppo e una forma di arte terapia e utilizza l'abbraccio a farfalla ideato da Artigas come una forma di stimolazione bilaterale auto-somministrata (Artigas et al., 2000; Artigas and Jarero, 2009; Boel, 1999). Il protocollo inizialmente è stato creato per lavorare con bambini, successivamente è stato applicato anche agli adulti. L'EMDR-IGTP deve essere parte di un programma comunitario di risposta al trauma che fornisce un continuum di presa in carico nel trattamento e la gestione di reazioni individuali e di gruppo a fronte di eventi traumatici (Macy et al., 2004).

L'EMDR-IGTP è applicato da un clinico EMDR che conduce il gruppo e che è supportato da altri clinici o figure professionali. Questi ultimi sono chiamati " Gruppo di protezione emotiva (EPT)". Gli insegnanti possono essere di gran supporto, aiutando i bambini a scrivere il loro nome, l'età, e i livelli del disturbo soggettivo (SUD). L'esperienza sul campo ha evidenziato che l'applicazione del protocollo richiede un tempo dai 50 ai 60 minuti. È consigliabile un gruppo di 8-10 bambini per

ogni professionista della salute mentale. Un gruppo di 5 clinici può trattare 40-50 bambini, un totale di 160-200 bambini in 4 ore.

Ci sono numerosi vantaggi nell'utilizzare questo protocollo. Innanzitutto è possibile coinvolgere ampie sezioni della comunità che ha subito l'evento e raggiungere più persone in un minor tempo. Il protocollo può essere adattato ad un'ampia fascia di età. È efficiente in termini di tempo, risorse, costi e risultati; può essere utilizzato in settings non privati come spazi clinici all'aria aperta ed è efficace nelle catastrofi di massa. I pazienti nel gruppo non hanno verbalizzato informazioni sul trauma e il trattamento sembra essere ben tollerato in situazioni di esposizione a eventi critici. Il trattamento consente di identificare individui con sintomi più importanti che possono richiedere un sostegno individuale. L'intervento dell'EMDR su episodi recenti ha preso posto nel Crisis Intervention e nel Disaster Mental Health Continuum of Care Context e può rappresentare la chiave per gli interventi recenti come una modalità di trattamento breve (Jarero et al., 2011). Osservazioni cliniche e studi sul campo evidenziano che l'EMDR può essere benefico per alleviare angosce eccessive e prevenire complicazioni nelle settimane e mesi successivi agli eventi traumatici (Silver et al., 2005). Esso può rappresentare un ruolo chiave di profilassi con gli interventi su episodi recenti come trattamento relativamente breve nell'elaborazione adattiva dei ricordi traumatici e può prevenire la sensibilizzazione e l'accumulo di associazioni negative, fino a promuovere la salute mentale e la resilienza, riducendo la sofferenza e future complicazioni (Shapiro, 2009 a).

Intervento in Emilia: analisi e discussione dei dati

Tipologia del campione.

L'intervento in Emilia ha visto coinvolti 2089 persone che hanno beneficiato del trattamento di cui femmine 1522 ovvero il 73,2% mentre maschi 557 ossia il 26,8%. Di questi i minorenni sono 340, quindi il 16,7% mentre maggiorenni 1692 l'83,3% (57 casi non è nota l'età). Per quanto concerne l'etnia dei pazienti trattati i dati rilevati indicano che la provenienza è: italiana in 1844 persone (89,9%), Est Europa 45 (2,2%), Nord Africa 119 (5,8%), Africa 4 (0,2%), India 7 (0,3%), Pakistan 16 (0,8%), Cina 2 (0,1%), altri asiatici 1 (0,0%), centro America 5 (0,2%), Sudamerica 4 (0,2%), altro 4 (0,2%); di 38 soggetti non è nota l'etnia.

Dati sulla tipologia di disagi psicologici

Da uno screening atto a evidenziare la presenza e l'intensità dei livelli di ansia e depressione, è emerso che: per l'ansia assente in 150 persone (8,0%), lieve in 763 (40,6%), grave in 443 (23,6%), media in 524 (27,9%) mentre non è noto in 209 persone (A tal proposito c'è da chiedersi come andrà a risolversi in quanto, anche se lieve, è pur sempre uno stato fisiologico e, pertanto, sarebbe opportuno prestare particolare attenzione a questi soggetti allo scopo di monitorare l'andamento di questo lieve stato ansioso); per la depressione, è assente in 1200 (64,0%), lieve in 430 (22,9%), grave in 102 (5,4%), media in 142 (7,6%), di 215 soggetti non è stato rilevato.

I dati rivelano inoltre un mantenimento del funzionamento quotidiano, che risulterebbe quindi non compromesso. Infatti, ben il 66,4 % non ha subito scompensi in seguito al trauma, il 24,1 % dei soggetti ha manifestato un lieve scompenso e il 9,4 % ha riportato uno scompenso grave.

Dai dati emerge anche che il 67 % dei soggetti non aveva precedenti sanitari, mentre il 23 % ha riportato difficoltà psicologiche pregresse e il 5,4 % difficoltà psichiatriche.

Il 78,7 % dei soggetti ha concluso il proprio percorso senza aver bisogno di essere inviati ai servizi territoriali, evidenziando l'importanza di un intervento mirato e tempestivo per prevenire e risolvere eventuali problematiche psicologiche e psichiatriche non solo da un punto di vista della salute mentale, ma anche per ottimizzare le risorse.

È stata inoltre somministrata la scala IES (Impact of Event Scale) ai soggetti e sono stati sommati i valori. Tra la valutazione pre-intervento e quella post-intervento si è riscontrato un dimezzamento

delle reazioni tipiche da stress post-traumatico. Inoltre, dai dati emerge che, complessivamente, i cluster che hanno risposto meglio all'intervento sono quelli dell'iperarousal e dell'intrusività, mentre le difficoltà maggiori si sono riscontrate con i sintomi di evitamento: l'intrusività, l'evitamento e l'iperarousal pre-trattamento erano, rispettivamente, al 18,67 %, al 13,22 % e al 14,19%, in seguito al trattamento, invece, i valori scendono al 9,78 % per l'intrusività, al 9,41 % per l'evitamento e al 7,02 per l'iperarousal.

Analisi e discussioni dei dati.

Un problema che comunemente si osserva nei disastri collettivi è rappresentato dai dati sopracitati riguardanti l'ansia: la situazione instabile e complessa che si viene a creare in seguito a un disastro può essere considerata come obiettivamente stressante e, pertanto, il contesto in cui i sopravvissuti si ritrovano diventa un fattore di rischio per l'esordio di stati ansiosi e per il mantenimento degli stessi. Questo fenomeno si verificherebbe proprio per il fatto che un disastro collettivo non rappresenta un fattore di stress circoscritto temporalmente all'inizio e alla fine di una scossa di terremoto: le sue conseguenze, anche psicologiche, si protraggono a medio e a lungo termine, sconvolgendo letteralmente le abitudini e i punti di riferimento quotidiani degli individui coinvolti (questo può essere più marcato in coloro che non hanno accesso alla propria abitazione). In tale specifica circostanza, inoltre, le scosse significative sono state ben due, acutizzando lo stato di insicurezza e instabilità già presente.

Per quanto concrete i sintomi depressivi, i dati mostrano un andamento opposto rispetto all'ansia: ben il 64% del campione riporta di non aver sofferto di depressione, il 22% ha manifestato un lieve stato depressivo e solo il 5,4% una grave depressione.

In conclusione, il lavoro svolto sul territorio ha seguito le diverse fasi di triage, screening e intervento che si utilizzano tipicamente in situazioni di emergenza causate da disastri collettivi. Si è quindi trattato di un intervento complesso e stratificato, nel quale sono state integrate determinate scelte di tipo strategico e particolari competenze operative.

Compliance con gli interventi EMDR

Per quanto concerne l'esito degli interventi effettuati sul campione di 2089 soggetti, è stato rilevato che 1205 (59,5%) hanno concluso il percorso, 228 (11,3%) lo hanno interrotto, 203 (10,0%) vi hanno rinunciato, 389 (19,2%) sono stati inviati ad un altro servizio e di 64 non ci è noto.

Riflessioni e conclusioni

L'analisi e le riflessioni sugli interventi condotti in occasione del terremoto in Emilia avvenuto a Maggio del 2011 hanno consentito di cogliere ed evidenziare i punti di forza e di debolezza riscontrate e insite nel lavoro dei terapeuti in tali contesti, nonché rispetto all'applicazione del protocollo eventi recenti, portando alla luce pregi e limiti.

Il contesto in cui sono stati condotti gli interventi ha favorito l'instaurazione di un contatto normalizzante e la capacità di costruire empatia in tempi molto brevi. Data la singolarità e particolarità del setting in cui si è operato rappresentato spesso da spazi all'aria aperta, lontano dai canoni/ criteri del setting terapeutico tradizionale, esso diviene variabile e in continuo divenire con frequenti adattamenti per cui l'unico elemento stabile e stabilizzante diviene il terapeuta stesso che rappresenta in tal modo il setting stesso "il setting siamo noi".

L'organizzazione strutturata degli interventi dei terapeuti infondeva sicurezza nei clinici, favorendo un miglior funzionamento del trattamento terapeutico; al contempo la stessa flessibilità del contesto, la sua continua evoluzione e l'avvicendamento dei terapeuti nei 3 mesi di intervento richiedeva un adattamento anche da parte dell'utenza a cui veniva garantita la sicurezza di poter contare su degli esperti che utilizzavano la stessa metodologia. Tale organizzazione ha sviluppato negli operatori il senso di appartenenza al gruppo di cui si condivide il modus operandi, una metodologia e da cui ci sentiva riconosciuti e legittimati. Inoltre la padronanza dell'EMDR

infondeva maggiore sicurezza nel terapeuta la cui convinzione che spesso guidava alcune complesse elaborazioni si poteva così sintetizzare “qualsiasi cosa succeda so che il SUD di qualcosa scende”. Inoltre la pratica dell’EMDR in una fase acuta fungeva da rinforzo positivo rispetto alle competenze del clinico; la consapevolezza di essere stati in anticipo rispetto al sintomo ha permesso una risoluzione migliore.

Crescita post-traumatica

L’analisi delle riflessioni degli operatori che hanno svolto l’intervento in occasione del terremoto in Emilia hanno rilevato che a seguito del trattamento con l’EMDR sia stato possibile cogliere alcune evoluzioni nei vissuti traumatici dei soggetti trattati che non solo hanno integrato l’evento traumatico in una forma adattiva, ma soprattutto hanno potuto rileggere in chiave positiva l’evento, cogliendo alcuni aspetti positivi che sono emersi nelle persone o nella comunità e riscoprire alcune risorse personali. Di seguito alcuni esempi della crescita post-traumatica:

- Ritrovare la fede
- Sentire il valore dell’aiuto (anche in relazione all’aiuto volontaristico dell’associazione, molta riconoscenza).
- Maggior solidarietà tra gli individui, tra i vicini di casa e della comunità.
- Godere della solidarietà data e ricevuta (valore della solidarietà e del dono).
- Rivalutazione delle proprie risorse.
- Rinnovata sensazione di capacità di controllo, che a quel punto diventa più funzionale (es. “Posso gestirlo”, “Se riesco a superare questo chissà quante altre cose riesco a superare”, “Sono vivo, posso andare avanti”)
- Rivalutazione dei valori e delle priorità.
- C’è un cambio di prospettiva nel guardare alla vita (es. Più attenzione ai rapporti e meno alle cose)
- Riscoperta degli affetti.
- Ritrovare il piacere di stare insieme con chi è contestualmente vicino, non solo in famiglia (es. “È bello stare insieme”, ecc.)
- Riscoprirsi più dolci di prima e pensare di potersi lasciare andare.
- Vivere con libertà le proprie emozioni, mostrandosi senza vergogna, quindi di poter essere più a contatto con se stessi e le proprie emozioni e con le emozioni dell’altro. La libertà di avere un’emotività più autentica e anche di essere vulnerabili.
- Poter essere vulnerabili lì dove la propria vulnerabilità fino a quel momento non era ammessa, soprattutto nei soggetti di sesso maschile.
- la prospettiva della vita e della visione delle cose cambia: “da oggi in poi è diverso”. Se per alcuni l’evento traumatico non lasciava trasparire la possibilità di una risoluzione legato al timore di non riuscire più a tornare come prima, in realtà poi l’evento è stato riletto come risorsa in quanto “ha insegnato qualcosa”; da qui il desiderio di ripartire e ricostruire, alcuni progetti per migliorare le case. Così come la comunità è stata un fattore di crescita post-traumatica quando nel gruppo famiglia o comunità tutti cercavano di spronare a ricostruire.

La possibilità di rompere delle stereotipie, ad esempio la rigidità in famiglia o nella coppia, laddove c’è il soggetto debole e quello forte (stereotipie di ruolo) ha consentito di creare una relazione più dinamica e autentica col partner, con i familiari, i fratelli etc., quindi c’è una modificazione nei valori: quello che è più importante diventa una cosa che sa molto più di umanità, rispetto ai valori che prima potevano essere invece guardati con attenzione. Questa apertura emotiva e condivisione profonda porta anche ad accogliere modalità diverse che ridefiniscono i punti di forza e di fragilità di ciascuno.

Punti di forza e debolezza del protocollo eventi recenti

E' nota l'efficacia del protocollo in situazioni di emergenza nonché la sua semplicità che rende immediata la sua applicazione. Inoltre, il metodo che è molto strutturato ha permesso di condurre il lavoro terapeutico ponendosi degli obiettivi specifici e indirizzandolo al raggiungimento degli stessi.

Nonostante il focus dell'intervento fosse posto specificamente sul trauma da terremoto, durante il trattamento i terapeuti hanno riscontrato che i pazienti portavano alcune problematiche legate a tematiche di natura relazionale, lasciando riemergere disfunzioni preesistenti, remote, pur manifestando il bisogno di ritornare sul tema del terremoto; in tal caso è stato svolto un intervento più complesso di contenimento e stabilizzazione, portando il paziente da un alto a "restare sull'evento terremoto " dall'altro a rielaborare traumi remoti o precedenti, condizione indispensabile per proseguire nel lavoro attuale sul terremoto.

Rispetto alla tipologia dei pazienti tenuto conto della fascia di età, è emersa una differenza rispetto ai bisogni terapeutici: la popolazione anziana mostra più la necessità di parlare di sé e di trovare un luogo di accoglienza, oltre all'elaborazione dell'evento in sé, lasciando trapelare anche differenti modalità elaborative.

RINGRAZIAMO TUTTI I 100 COLLEGHI CHE HANNO PARTECIPATO ALL'INTERVENTO IN EMILIA PER CONTO DELLA NOSTRA ASSOCIAZIONE E I COLLEGHI E LA DIREZIONE SANITARIA DELL'ASL DI MODENA PER AVER DATO UN'OPPORTUNITA' ATTRAVERSO L'INTERVENTO CON EMDR A 2089 PERSONE