

“L’Assistenza Psicologica ai Bambini vittime di incidenti stradali”

Convegno CIVES

Sabato 10 Ottobre 2015

“La gestione delle grandi emergenze:

cosa è cambiato e cosa cambierà nella catena dei soccorsi con l'introduzione del numero unico Europeo di Emergenza”



Dott.ssa Elisa Bongini

e-mail: elisbongini@gmail.com

Incidente stradale

- Evento accidentale, improvviso, traumatico che si verifica sulla strada, di durata relativamente breve ma molto intenso, pericoloso, destabilizzante ed è un'esperienza fuori dall'ordinario;
- Evento che rischia di compromettere il senso di sicurezza personale e la salute psicologica indipendentemente dalla fatalità o dalla gravità delle conseguenze fisiche;
- E' un evento che genera stress;
- Esistono differenze individuali nelle reazioni infantili agli eventi traumatici che inducono stress così come un ampio ventaglio di adattamenti post traumatici tra i quali ci può essere anche una strutturazione patologica dei sintomi (distress).

Evento Traumatico

“Un evento che oltrepassa i limiti dell’esperienza umana ordinaria e che con ogni probabilità produrrà distress in chiunque lo viva e sofferenza a prescindere dalla condizione psicofisiologica della persona e dalle sue risorse di coping”

Le reazioni a un’esperienza traumatica sono considerate inevitabili e universali; le uniche variabili consistono nella loro intensità e durata.



“Le reazioni di stress sono reazioni normali ad eventi non normali”.

La maggioranza delle persone si riprende pienamente da una reazione di stress di intensità moderata in un arco di tempo fra 6 e 16 mesi.



Il Vissuto del Bambino durante un'emergenza

- Difficoltà a comprendere cosa è successo: i danni, le ferite o la morte che può risultare da un evento inaspettato;
- Paura anche di ulteriori pericoli imminenti;
- Percezione del mondo come non più sicuro e prevedibile;
- Disordine/caos intorno a sé e stimoli sensoriali forti.

Il bambino può sentirsi nell'immediato confuso, isolato, vulnerabile, in pericolo di vita.

La gravità della reazione di stress di un bambino dipende da alcuni fattori:

- Avere subito lesioni fisiche o meno;
- Avere visto o no ferite o decessi di persone vicine;
- Pericolo di vita reale o percepito;
- Reazioni genitoriali di stress all'evento e presenza di disturbi psicopatologici dei genitori;
- Condizioni del bambino precedenti all'evento (esistenza di traumi passati, problemi psicopatologici personali, presenza di perdite nell'ultimo anno);
- Probabilità del ripetersi dell'evento;
- Livello di sostegno sociale disponibile;
- Percezione/interpretazione delle cause;
- Consapevolezza dell'evento.

Sintomi di Stress più frequenti nelle diverse fasce di età

- Bambini in età prescolare (fino a 5 anni): pianto, disperazione, ansia da separazione. Bisogno di protezione e impotenza si riflettono nel bisogno costante di rimanere accanto agli adulti. Regressioni. Gioco ripetitivo o traumatico. Disturbi del sonno (incubi, sonnambulismo, difficoltà ad addormentarsi). In alcuni bambini, temporanea perdita dell'eloquio, una completa cessazione del gioco e un rifiuto del cibo.
- Bambini in età scolare (dai 6 agli 11 anni): il bambino diventa estremamente aggressivo o esigente oppure si isola improvvisamente e diventa passivo. Difficoltà di concentrazione e problemi di memoria che si ripercuotono sul rendimento scolastico. Disturbi legati all'alimentazione e sintomi psicosomatici. Sintomi regressivi.

Sintomi di Stress più frequenti nelle diverse fasce di età

- Adolescenti (12-16 anni): peggioramento delle prestazioni scolastiche, comportamenti distruttivi e atti di ribellione, sensazione estrema di vulnerabilità e reazioni fobiche, isolamento, malesseri fisici (cefalea, mal di stomaco), disturbi del sonno e dell'alimentazione, conflitti.





Quando le reazioni di stress diventano troppo numerose, durature e gravi (provocano una sofferenza intensa, una menomazione sociale - scolastica o in altre aree importanti, ecc.) possono generare:

- Disturbo Acuto da Stress (durata meno di un mese)
- Disturbo Post traumatico da stress (durata più di un mese)

Sintomi di Stress Post-Traumatico:

- Riduzione delle reazioni emozionali (sensazione soggettiva di insensibilità, distacco o assenza di reattività emozionale; riduzione marcata della partecipazione ad attività significative; sentimenti di distacco o di estraneità verso gli altri; riduzione della gamma di affetti);
- Dissociazione (riduzione della consapevolezza dell'ambiente circostante, stordimento, incapacità di ricordare qualche aspetto importante del trauma);
- Ripetizione dell'esperienza dell'evento (immagini, pensieri, sogni o flashback persistenti; nei bambini piccoli, giochi ripetitivi con temi e aspetti che riguardano il trauma, sogni spaventosi, disagio all'esposizione a stimoli interni o esterni che richiamano l'evento traumatico);

Sintomi di Stress Post-Traumatico:

- Evitamento degli stimoli che evocano ricordi del trauma (pensieri, sensazioni, conversazioni, attività, luoghi o persone);
- Aumento dell'attivazione fisiologica o dell'ansia (difficoltà di addormentamento o mantenimento del sonno, irritabilità e scoppi di collera, difficoltà di concentrazione, irrequietezza motoria).

Maggiore è la percezione soggettiva di pericolo di morte e l'esposizione sensoriale dei bambini, maggiore è la probabilità di strutturare un disturbo post traumatico da stress.

Cinque categorie di risposte primarie ad eventi traumatici nei bambini

- Aumento della dipendenza dagli adulti;
- Incubi;
- Regressione rispetto alle tappe evolutive raggiunte (es. controllo sfinterico, linguaggio o nelle abilità scolastiche);
- Paure specifiche che riguardano oggetti associati all'evento traumatico;
- Rappresentazione dell'evento attraverso il gioco e la ripetizione di certe azioni.

Durata: un mese dall'evento

Concetto di Resilienza

- La resilienza è la capacità di far fronte agli eventi stressanti o traumatici in maniera efficace e di riorganizzare in maniera positiva la propria vita di fronte alle difficoltà.
- Esito di un equilibrio/squilibrio tra Fattori di Rischio e Fattori Protettivi Individuali, Familiari, Socio Ambientali.
- Incontro con persone in grado di ascoltarlo con attenzione e rispetto e difenderlo può contribuire ad aumentare la capacità di resilienza del bambino.

I bambini hanno un'alta capacità di adattamento e resilienza: **interventi tempestivi e positivi possono mitigare o anche eliminare le conseguenze di esperienze sfavorevoli.**

Due false credenze rispetto alle reazioni dei bambini:

- I bambini hanno una resilienza innata e sono in grado di riprendersi automaticamente, senza bisogno di alcuna assistenza per ristabilirsi;
- I bambini, soprattutto quelli piccoli, non vengono colpiti dall'evento a meno che esso non sia evocato dalle domande e dai commenti degli adulti perché non hanno una comprensione completa degli eventi e quindi parlarne con loro può essere controproducente.

Interventi nella fase di “Emergenza”

I primi interventi devono mirare a:

- Proteggere i bambini da ulteriori danni e da un'ulteriore esposizione a stimoli traumatici (stimoli visivi, uditivi, olfattivi, gustativi, tattili e protezione dai media);
- Guidare i bambini in maniera gentile ma decisa ed allontanarli dalle persone gravemente ferite e da quelle in preda a una sofferenza emozionale estrema in modo da ridurre al minimo la paura e il contagio emotivo;
- Ristabilire i collegamenti del bambino con le persone e le risorse di cui ha bisogno e che possono ridurre il senso estremo di paura e isolamento. Sostenerli e cercare di ridare a loro un senso di sicurezza e dare loro informazioni adeguate ad intervalli regolari;
- Restare accanto a loro e non lasciarli soli per sostenerli e garantire la loro sicurezza.

Triage Psicologico con i minori

- Bambini fino a 5 anni:
 - Codice 1 Psi: pianto, irrequietezza fisica, manifestazioni di paura, richiesta di contatto/vicinanza fisica, fa continue domande sull'evento.
 - Codice 2 Psi: pianto con richiesta di vicinanza delle figure parentali, paura degli estranei/difficoltà a farsi avvicinare, iperattività/agitazione, stato di allerta, irritabilità, ridotta reattività, comportamenti regressivi.
 - Codice 3 Psi: non si separa in alcun modo dall'adulto che lo accompagna, irrigidimento corporeo, pianto inconsolabile, tentativi di sfuggire ai soccorritori, atteggiamento di estraneità/distacco. Blocco del linguaggio, assenza di reazione agli stimoli.

Triage Psicologico con i minori

- Bambini in età scolare:
 - Codice 1 Psi: pianto e generiche manifestazioni di paura, richiesta di contatto/vicinanza fisica, comportamento collaborativo anche se agitato, orientamento spazio-temporale.
 - Codice 2 Psi: pianto con richiesta di vicinanza delle figure parentali, comportamenti regressivi, marcata tristezza, riferisce sentimenti di colpa, disorientamento spazio-temporale, comportamento non collaborativo con i soccorritori, scarsa reattività/iperattività, stato di allerta.
 - Codice 3 Psi: pianto inconsolabile, comportamento oppositivo provocatorio che potrebbe compromettere le operazioni di soccorso, scoppi d'ira, agitazione psicomotoria, assenza di reattività, blocco del linguaggio, atteggiamento di estraneità/distacco.

Triage Psicologico con i minori

- Pre-adolescenti e adolescenti:
 - Codice 1 Psi: disturbi somatoformi, iperattività, stato di allerta, manifestazioni ipocondriache, comportamento collaborativo ma agitato.
 - Codice 2 Psi: pianto con richiesta di aiuto, ansia, irritabilità/manifestazioni di rabbia, disorientamento spazio-temporale, reazioni incontrollate che potrebbero generare panico negli altri.
 - Codice 3 Psi: aggressività fisica, comportamento oppositivo/irrazionale che potrebbe ostacolare le operazioni di soccorso, blocco psicomotorio, atteggiamento di chiusura, pensieri suicidari.

Sequenza degli interventi psicosociali

FASI	REAZIONE	SERVIZI
Giorno dell'Evento	Shock	Assistenza (Fisica e Psicologica) Intervento di Crisi ("Primo Soccorso Psicologico") Primi Colloqui (Defusing)
24-72 ore	Reazione	Intervento di Crisi (Debriefing Psicologico)
Periodi successivi	Elaborazione Risoluzione/ riorientamento	Counselling Post-Trauma Psicoterapia

Intervento di Crisi

- Un insieme di tecniche finalizzate ad aiutare la persona in crisi a gestire la situazione critica e a ripristinare l'omeostasi; fornire sollievo o aiuto ad una persona che rischia un "crollo" in una specifica situazione di stress; contenere la gravità della crisi e prevenire futuri comportamenti inadeguati o crolli emotivi (prevenire esiti psicopatologici);
- Aiutare la persona a far fronte alla situazione, ad aiutarla a prendere il controllo del nuovo stato e a ripristinare il suo equilibrio interno;
- Durante un evento critico l'intervento deve essere rapido, immediato, più sollecito possibile;
- Solo un limitato numero di persone che abbiano subito un forte stress traumatico avrà bisogno di un aiuto professionale specialistico.

Intervento di Crisi

Tre fasi essenziali dell'intervento di crisi:

- 1- **Protezione e Sicurezza**: assicurare protezione fisica e cure mediche, garantire calore, vestiti e altri bisogni primari, fornire un legame con altre persone al sicuro, assicurare la confidenzialità delle comunicazioni, permettere l'espressione emotiva, rassicurare le persone sull'accettabilità sociale delle loro reazioni, aiutare a riprendere il controllo degli eventi circostanti (con i bambini è importante riallacciare i contatti con le persone care);
- 2- **Verbalizzazione e Normalizzazione**: incoraggiare le persone a raccontare la loro storia, aiutarle a comprendere che le loro reazioni non sono anormali (anche per i bambini è importante condividere la loro esperienza, cosa che può essere fatta attraverso il disegno, la scrittura creativa, la rappresentazione; discutere delle sensazioni provate);
- 3- **Previsione e Preparazione**: comunicare previsioni realistiche su ciò che le persone dovranno affrontare e su future reazioni emotive (per bambini in età scolare è essenziale ristabilire la routine, aiutarli a concentrarsi sul loro futuro e riaffermare la speranza).

Principi dell'Intervento di Crisi

- Facilitare la verbalizzazione (incoraggiare la narrazione dell'accaduto; nei bambini più piccoli può essere opportuno fare uso di tecniche espressive non verbali per aiutarli a distinguere, nominare ed esprimere le proprie emozioni: attività di gruppo, disegno, attività psicomotoria, ecc.);
- Facilitare l'espressione delle emozioni e dei sentimenti (ai bambini fornire etichette semplici; ad es. arrabbiato, triste, spaventato);
- Permettere la normalizzazione;
- Coadiuvare il controllo cognitivo della situazione (dare un senso a quanto è accaduto);

Principi dell'Intervento di Crisi

- Fornire un'anticipazione dell'atteso percorso di recupero (potenziali nuove reazioni);
- Sostenere le strategie di coping;
- Aiutare la reintegrazione (assistere l'accettazione di quanto è accaduto e l'adattamento a nuove condizioni di vita).

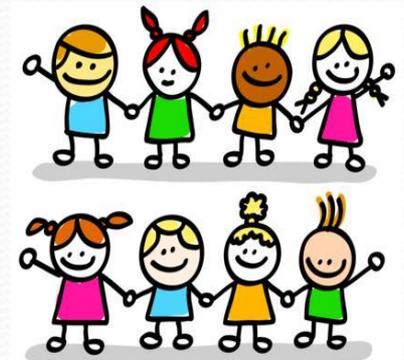


La Comunicazione con i Bambini

- Ascoltare bene il bambino per poterlo sentire, con empatia ed attenzione. Guardandolo negli occhi, facendogli sentire interesse per ciò che sta dicendo, ripetendogli il significato di ciò che dice e riassumendolo.
- Dimostrare al bambino che gli crediamo (accettare il racconto del bambino come veritiero).
- Consentirgli di esprimere le proprie emozioni e i propri sentimenti, anche con modalità non verbali (disegno, giochi, drammatizzazioni, metafore).
- Incoraggiare la normalizzazione: spiegare al bambino che anche altri, di fronte alla stessa esperienza, avrebbero avuto le sue stesse reazioni e che quindi è normale che abbia reagito in un dato modo.

La Comunicazione con i Bambini

- Rispettare i sentimenti del bambino, senza giudicarli.
- Mitigare il senso di colpa e la paura del bambino: offrire una corretta informazione dell'evento.
- Incoraggiare il bambino a nutrire la sua autostima (per contrastare il senso di impotenza provato): correggere eventuali fraintendimenti sul suo ruolo e comportamento durante e dopo l'evento.
- Prestare attenzione ai propri sentimenti.



Interventi a Lungo Termine



- 1) Sostegno, Normalizzazione, Gestione Stress;
- 2) Ristabilire il Senso di Controllo;
- 3) Partecipare ad attività commemorative.

Sostegno, Normalizzazione e Gestione dello Stress

- Parlare dei fatti accaduti: fornire ai bambini informazioni realistiche e corrette (adeguate all'età, preferibilmente quando rivolgono una domanda diretta) con l'obiettivo di proteggere e rassicurare ed eliminare idee sbagliate che i bambini possono essersi fatti ("avrei potuto...");
- Lavoro sui sentimenti: facilitare l'espressione dei pensieri e sentimenti dei bambini, mostrare accettazione e non giudizio, ascoltare con empatia, rispetto e pazienza. Concedere il tempo di cui il bambino ha bisogno.

Il racconto può avvenire anche attraverso il disegno, il gioco o la recita). Tutti i sentimenti sono accettabili, normali e prevedibili.

Sostegno, Normalizzazione e Gestione dello Stress

- Lavoro di rassicurazione: fornire ai bambini tutte le informazioni e le spiegazioni di cui hanno bisogno affinché non si sentano confusi e abbandonati. Assicurare (anche spesso) ai bambini che resteremo con loro e che ce ne prenderemo cura e dimostrare a loro il proprio amore. Essere tolleranti verso eventuali fenomeni regressivi e verso difficoltà temporanee nell'assolvimento delle proprie responsabilità (es. peggioramento del rendimento scolastico). Evitare di mostrarsi sconvolti di fronte a loro. Rispettare le loro paure (Ok "lo so che ora hai paura di..." - NO "non piangere, tutto andrà bene, sii forte, fatti coraggio"; offrendo aiuto e sostegno "vediamo come possiamo fare in modo che questo sia meno spaventoso").
- Educare allo stress, alle reazioni allo stress e alle tecniche per gestirlo.

Ristabilire il Senso di Controllo

Il carattere improvviso, imprevedibile e incontrollabile dell'evento traumatico lascia un forte senso di impotenza e precarietà, la sensazione di essere in balia di forze imprevedibili; fonte di angoscia e disperazione.

Sviluppare le risorse dei bambini (ad es. aumentare le ore di sport). Affidare loro ruoli attivi nella gestione delle faccende familiari e delle attività scolastiche.

Far prendere ai bambini delle decisioni (ad es. scegliere come vestirsi e cosa mangiare) contrasta la passività e favorisce l'autoefficacia.

E' opportuno ritornare il prima possibile alle routine familiari e scolastiche oppure svilupparne di nuove; riprendere l'ordine e la regolarità quotidiana favorisce la prevedibilità.

Partecipazione ad attività commemorative

- Far partecipare i bambini a eventi rituali che diano loro un senso di appartenenza e una struttura in cui sperimentare i loro sentimenti e le loro reazioni oltre che a dare un senso a ciò che provano (dando loro anche mansioni da svolgere adeguate alla loro età);
- Invitarli ad esprimere con creatività ciò che hanno vissuto: scrivere poesie, piccoli racconti, lettere, disegni, ecc.



Bibliografia

- E. Caffo, B. Forresi, S. Scrimin (a cura di) (2010): “Primo Soccorso Psicologico. Guida all’operatività sul campo”. Guerini e Associati.
- G. Lo Iacono, L. Ranzato (2001): “Aiutare i bambini sopravvissuti a calamità: indicazioni per insegnanti e genitori” in “Psicologia e Psicologi”, volume 1, numero 3.
- F. Sbattella, M. Tettamanzi (2007): “Le conseguenze psicologiche degli incidenti stradali” in “Quaderni di Psicologia dell’Emergenza”, numero 1.
- F. Sbattella, M. Tettamanzi (2011): “La tutela della salute dei minori in situazioni critiche” in “Rivista di Psicologia dell’Emergenza e dell’Assistenza Umanitaria”, numero 5.
- N.K. Stanulovic (2005): “Psicologia dell’emergenza. L’intervento con i bambini e gli adolescenti”. Carocci Faber.

Grazie per l'attenzione!!

