Ania
FONDAZIONE

SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

In collaborazione con:

Polizia di Stato

Ania Cares

PRONTO SOCCORSO PSICOLOGICO PER LE VITTIME DELLA STRADA

Guida operativa per il sostegno psicologico alle vittime della strada

Ania Cares

PRONTO SOCCORSO PSICOLOGICO PER LE VITTIME DELLA STRADA

Guida operativa per il sostegno psicologico alle vittime della strada

Il manuale e le linee guida rappresentano l'esito di un percorso complesso. Il modello di Pronto Soccorso Psicologico per le vittime della strada, dirette e indirette, è stato elaborato dal Comitato Scientifico di ANIA CARES, dal Gruppo di lavoro, operativo sui temi delle vittime della strada, e da esperti che hanno collaborato specificatamente su diverse aree tematiche

Responsabile scientifico

ANNA MARIA GIANNINI
Professore Ordinario presso la Facoltà di Medicina e Psicologia, Sapienza Università di Roma.

Hanno contribuito al manuale per il Comitato scientifico (in ordine alfabetico)

MASSIMO AMMANITI
Professore Emerito presso la Facoltà di Medicina e Psicologia, Sapienza Università di Roma. Membro del Board of Directors della World Association of Infant Mental Health (WAIMH). Membro della Task Force dell'American Psychiatric Association on "Psychiatric Diagnosis and Assessment" for DSM-V. Harvard Program in Refugee Trauma (HPRT).

CECILIA GUARIGLIA
Professore Ordinario presso la Facoltà di Medicina e Psicologia, Fondazione Santa Lucia (IRCCS), Roma. Direttore della Scuola di Specializzazione in neuropsicologia clinica, Sapienza Università di Roma.

STEFANO GUARNIERI
Associazione Lorenzo Guarnieri Onlus.

UMBERTO GUIDONI
Dirigente Responsabile del Servizio Auto di ANIA. Segretario Generale della Fondazione ANIA.

RICHARD MOLLICA
M.D., Professor, Harvard Medical School. Direttore del Harvard Program in Refugee Trauma, (HPRT) Massachusetts General Hospital Boston, e dell'Harvard Medical School.

GIAMPAOLO NICOLAIS
Professore di Psicologia dello Sviluppo e dell'Educazione, Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, "Sapienza" Università di Roma. Harvard Program in Refugee Trauma (HPRT).

LUCA PIETRANTONI
Professore presso il Dipartimento di Psicologia, Università Alma Mater Studiorum di Bologna. Coordinatore del gruppo di ricerca "Human Factors, Risk and Safety".

Prefetto Dott. ROBERTO SGALLA
Direttore Centrale della Polizia Stradale, Ferroviaria, delle Comunicazioni e per i Reparti Speciali della Polizia di Stato Ministero dell'Interno.

ROGER SOLOMON
Psicologo, Psicoterapeuta, specializzato nelle aree del Trauma e del lutto. Docente Senior di EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing). Consulente del Senato Americano, della Nasa, e di diverse Polizie internazionali.

SANDRO VEDOVI
Responsabile del Progetto ANIA CARES per la Fondazione ANIA.

CRISTIANO VIOLANI
Professore Ordinario presso il Dipartimento di psicologia della Facoltà di Medicina e Psicologia, Sapienza Università di Roma. Ricopre insegnamenti di Psicologia Clinica e di Psicologia della Salute in diversi Corsi di Studio delle Facoltà di Medicina e Psicologia, e di Farmacia e Medicina.

Hanno collaborato al manuale per il coordinamento del gruppo di lavoro

PIERLUIGI CORDELLIERI
Assegnista di Ricerca Presso Facoltà di Medicina e Psicologia, Sapienza Università di Roma. Professore di psicologia generale e psicologia sociale presso la Pontificia Facoltà Auxilium.

LAURA PICCARDI
Professore di Psicologia Generale, Università degli Studi dell'Aquila, Dipartimento MESVA. Collaborazione scientifica con IRCCS, Fondazione Santa Lucia (Roma).

Hanno collaborato inoltre in qualità di esperti

ALESSANDRO COUYOUMDJIAN
Ricercatore presso la Facoltà di Medicina e Psicologia, Sapienza Università di Roma. Dirige il Laboratorio di Neuro-Psicopatologia Sperimentale (ENPLAB).

NICOLA BARONE
Psicologo, psicoterapeuta, Dirigente Psicologo Psicoterapeuta ospedaliero in ruolo presso il Reparto Alta Specialità di Unità Spinale Unipolare dell'Ospedale CTO ASL RM/C.

SONIA GRAZIANO
Psicologa, Psicoterapeuta, referente dell'Harvard Program Refugee Trauma (HPRT) del Massachusetts General Hospital di Boston.

Hanno inoltre contribuito per la Polizia di Stato:

Primo Dirigente **Dott.ssa ELISABETTA MANCINI**
Vice Questore Aggiunto **Dott.ssa LUCIANA BARON**
Direttore tecnico capo psicologo della Polizia di Stato **Dott.ssa EMANUELA TIZZANI**

Indice

PRESENTAZIONE DEL MANUALE

INTRODUZIONE

1 CAPITOLO 1 - INCEDINTALITA' STRADALE: UNA SPECIFICA FORMA DI EMERGENZA

1.1 L'intervento psicosociale nelle emergenze
1.2 Differenze tra maxi e micro emergenze
1.3 Intervenire in fase acuta, di transizione o a lungo termine: i diversi bisogni delle vittime
1.4 Le reazioni psicologiche
1.5 Le conseguenze del trauma da incidente stradale
1.6 Il PTSD e gli incidenti stradali

2 CAPITOLO 2 - IL PRONTO SOCCORSO PSICOLOGICO E L'INTERVENTO DI PRIMO SUPPORTO

2.1 Che cosa è il Pronto Soccorso Psicologico per le vittime degli incidenti stradali?
2.2 A chi è destinato il Pronto Soccorso Psicologico?
2.3 Chi effettua il Pronto Soccorso Psicologico?
2.4 In quali contesti si può intervenire?
2.5 Quando può essere utilizzato e quale durata può avere il Pronto Soccorso Psicologico?
2.6 Obiettivi del Pronto Soccorso Psicologico
2.7 Azioni chiave del Pronto Soccorso Psicologico
2.8 Raccomandazioni

3 CAPITOLO 3 - IL PROTOCOLLO DI PRONTO SOCCORSO PSICOLOGICO E DI PRIMO SUPPORTO

3.1 Primo contatto e costruzione della relazione
3.2 Offrire protezione e supporto durante il soccorso
3.3 Comunicare in modo adeguato la perdita
3.4 Contenimento e stabilizzazione emotiva
3.5 Raccolta di informazioni e valutazione
3.6 Strategie di gestione dello stress
3.7 Tecniche e strumenti di intervento focalizzate sul trauma
3.8 Collegare alla rete sociale

4 CAPITOLO 4 - INTERVENTO DI PRIMO SUPPORTO E PRONTO SOCCORSO PSICOLOGICO AI FAMILIARI DI PERSONE CON ESITI DI DISABILITA' A LUNGO TERMINE

4.1 Gli esiti della disabilità a lungo termine provocata da incidenti stradali
4.2 I familiari di sopravvissuti con esiti di TCE e di altre disabilità a lungo termine
4.3 Raccomandazioni pratiche
4.4 Gli interventi di Primo Supporto e di Pronto Soccorso Psicologico per i familiari dei sopravvissuti con esiti di TCE e di altre disabilità a lungo termine

ALLEGATI

GLOSSARIO

RIFERIMENTI

PRONTO SOCCORSO PSICOLOGICO PER LE VITTIME DELLA STRADA

Guida operativa per il sostegno psicologico alle vittime della strada

Ania FONDAZIONE

PRESENTAZIONE DEL MANUALE

Il presente manuale contiene indicazioni riguardo un protocollo d'intervento di Pronto Soccorso Psicologico rivolto alle vittime di incidenti stradali. Le attività di Pronto Soccorso Psicologico sono state studiate per attuare interventi di sostegno alle vittime dirette, che hanno riportato gravi ferite o macrolesioni, e alle vittime indirette, come i familiari delle persone ferite o decedute.
L'obiettivo del Pronto Soccorso Psicologico è di ridurre lo stress acuto causato dall'evento traumatico, promuovere un funzionamento adattivo nelle vittime, ristabilire un senso di sicurezza, e avviare il progressivo ritorno alla normalità.
Il Pronto Soccorso Psicologico per le vittime di incidenti stradali è stato messo a punto per essere gestito da professionisti della salute mentale con esperienza nell'ambito della psicotraumatologia. La prima parte del protocollo d'intervento contiene però una serie di indicazioni generali per tutti gli operatori che offrono una prima assistenza nel soccorso stradale. Questi possono essere operatori appartenenti alle Forze di Polizia (PS, CC e Polizia Locale), alla Croce Rossa Italiana (CRI), al Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco (VVF), alla Protezione Civile, e alle strutture del Servizio Sanitario Nazionale (SNN). Riteniamo molto utile offrire indicazioni agli operatori di pronto soccorso stradale su come affrontare al meglio gli aspetti psicologici nelle vittime di un trauma stradale. Nella seconda parte del protocollo sono descritte attività inerenti all'assistenza e all'intervento psicologico, finalizzati al trattamento dei traumi e alla gestione dello stress (fase post-traumatica). Queste attività possono essere adeguatamente gestite da psicologi, psicoterapeuti, che hanno conseguito una specifica formazione professionale all'impiego di tali tecniche.
Il manuale è così articolato:
Il primo capitolo introduce i temi della psicologia dell'emergenza con particolari riferimenti ai contesti dell'emergenza stradale. Sono riportate le più frequenti reazioni psicologiche e conseguenze psicopatologiche ai traumi stradali.
Nel secondo capitolo sono descritti gli aspetti generali del Pronto Soccorso Psicologico per le vittime degli incidenti stradali: Che cosa è il Pronto Soccorso Psicologico, le finalità, le azioni chiave, e i contesti dove operare.
Nel terzo capitolo sono indicate le procedure del Pronto Soccorso Psicologico, con indicazioni utili rivolte agli operatori del soccorso stradale (Forze dell'Ordine, operatori sanitari, della Croce Rossa, ecc.), per un'adeguata prima assistenza psicologica, e la descrizioni delle attività di sostegno e intervento psicologico indirizzate agli psicologi.
Nel quarto capitolo sono infine indicate le azioni utili per attuare un adeguato intervento psicologico rivolto ai familiari di persone con esiti di disabilità a lungo termine.

INTRODUZIONE

Gli incidenti stradali rappresentano una grave e continua emergenza sociale, non solo per il nostro Paese. Attualmente in Europa gli incidenti stradali causano circa 26.000 morti, mentre in Italia sono più di 3.000 le vittime e quasi 250.000 i feriti. Ogni giorno si verificano in media più di 480 incidenti stradali, che provocano la morte di quasi 9 persone e il ferimento di più di 680. Gli incidenti sono la prima causa di morte nel mondo per i giovani di età compresa tra i 15 e i 29 anni. In particolare sono i ragazzi tra i 20 e 24 anni ad essere in percentuale maggiormente colpiti.
Gli esiti invalidanti possono essere di diversa natura, gli incidenti stradali sono ad esempio una delle principali cause di TCE nei giovani adulti, sebbene esso può verificarsi per svariate altre ragioni (i.e., incidente domestico, aggressioni fisiche, infortuni nello sport o sul luogo di lavoro e incidenti stradali). Inoltre, in Italia l'incidenza delle lesioni midollari si considera pari a circa 20-25 casi per ogni milione di abitanti e tra questi il 60-70% risulta di origine traumatica.
Un dato confortante riguarda invece la mortalità per incidente stradale, che è più che dimezzata nel corso degli ultimi trent'anni, sia in termini assoluti sia in termini di mortalità. Ciò indubbiamente è da attribuire a una molteplicità di fattori: progressi nelle scienze mediche, nei sistemi di sicurezza montati sugli autoveicoli, all'incremento dei controlli su strada, e alle attività di formazione in tema di sicurezza stradale.
Dopo la sensibilizzazione promossa dall'Unione Europea per la decade dal 2001 al 2010, attraverso la predisposizione del Libro Bianco del 2001, l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite e la Commissione Europea hanno proclamato nel 2010 un nuovo decennio di iniziative per la Sicurezza Stradale che terminerà nel 2020. L'obiettivo è quello di arrivare ad un ulteriore dimezzamento del numero di morti e di feriti gravi in Europa e nel mondo. Al fine di raggiungere tali risultati sono stati proposti sette obiettivi: a) diffondere una migliore cultura della sicurezza stradale, attraverso efficaci attività di formazione; b) intervenire sulle infrastrutture; c) rendere più sicuri i mezzi di trasporto; d) impiegare proficuamente la tecnologia applicata alla viabilità; e) intervenire sulle regole della sicurezza stradale; f) proteggere gli utenti più vulnerabili della strada (in particolare guidatori di moto, motocicli, biciclette e pedoni). L'ultima azione promossa dalla Comunità Europea è quella di migliorare i servizi di pronto soccorso e intervento post-infortunio. Tale obiettivo è orientato oltre al miglioramento delle profilassi mediche, anche agli interventi psicologici.
Come ci ricordano Sbattella e Tettamanzi (2007), le conseguenze psicologiche degli incidenti stradali sono state a lungo trascurate sia dai servizi di salute pubblica sia dalla ricerca scientifica. Soltanto da qualche anno stiamo assistendo a una più diffusa attenzione alle problematiche psichiche conseguenti all'incidentalità stradale da parte della ricerca scientifica (Blanchard et al. 2004), così come si stanno attivando una serie di iniziative al fine di assicurare il necessario supporto psicologico alle vittime della strada. Ne sono degli esempi l'associazione P.A.S.S. (psicologi associati per la sicurezza stradale) di Milano, e il Centro Assistenza Vittime della strada "Help" di Roma, della Fondazione Luigi Cuccione Onlus, che promuovono interventi di sostegno psicologico nei casi di traumi psicologici conseguenti a incidenti stradali, così come alcuni progetti quale quello avviato dalla Regione Umbria (2015), di concerto con le Unità sanitarie Umbria 1 e 2.
Una delle conseguenze psicologiche degli incidenti stradali è l'impatto che questi hanno anche sui familiari delle vittime. In una ricerca del 1995, realizzata dalla Federazione Europea Vittime della Strada (Federation Europeenne Des Victimes de le Route, FEVR), è emerso come i familiari delle vittime vivano un'evidente caduta della qualità della vita, in particolare per le seguenti ragioni:

1. Sono inadeguate le informazioni fornite alle vittime in riferimento ai loro diritti e alle organizzazioni di tutela.
2. Molte delle vittime hanno bisogno di un notevole aiuto psicologico, pratico e legale.
3. Vi è una diffusa insoddisfazione nei confronti dei sistemi di giustizia civile e penale.

4. Non esiste un riconoscimento legale adeguato del danno di lungo termine causato dal trauma cranico.
5. La sofferenza psicologica delle vittime e dei loro parenti è spesso fortissima e di lunga durata. Essa cresce col tempo, e può essere causa di malattie gravi, che possono portare perfino alla morte.

E' emerso pertanto dall'indagine come alcuni bisogni fondamentali delle vittime della strada siano spesso disattesi: come essere adeguatamente informati, assistiti nelle spesso lunghe pratiche legali, riconosciuti nello status di vittime, e in particolare assistiti psicologicamente.
Le persone coinvolte in incidenti stradali, specialmente se grave, o i familiari delle vittime con exitus fatale, possono sperimentare alla stregua di altri eventi disastrosi, una serie di reazioni (fisiche, psicologiche, emotive e comportamentali) che possono interferire con le capacità di fronteggiare e superare l'evento. Tali reazioni possono considerarsi in molti casi comprensibili, visto la straordinarietà dell'evento che le ha generate (si parla infatti di "reazioni normali ad eventi anormali"); se però le condizioni acute non sono affrontate al meglio, rischiano di stabilizzarsi e articolarsi in sindromi più o meno specifiche. Attraverso un primo supporto psicologico è possibile aiutare le persone coinvolte a reagire e recuperare anche da un evento estremamente critico. Diversi fattori contribuiscono al ristabilirsi di un sufficiente funzionamento psicologico della vittima dopo un evento critico; tra questi: la personalità della vittima stessa e le sue specifiche modalità di reagire al trauma, il livello di coinvolgimento, la natura dell'evento, e la qualità e tempestività dell'intervento di soccorso sanitario e psico-sociale. Numerose ricerche mostrano come le vittime di gravi eventi, che non ricevono un supporto psicologico adeguato, con maggiore probabilità possono dar luogo a disturbi psicopatologici, con più frequenti tentativi suicidari (Freedman, 2004; Lemay, 2005). Diversamente, nei casi in cui viene assicurato - con una tempistica adeguata- un supporto psicologico di base, diminuisce notevolmente la percentuale di individui che sviluppano gravi problemi di salute mentale, favorendo nuovi processi di adattamento e integrazione sociale.

INCEDINTALITA' STRADALE: UNA SPECIFICA FORMA DI EMERGENZA

CAPITOLO

1

Ania
FONDAZIONE

1.1 L'intervento psicosociale nelle emergenze

Con disastri o incidenti gravi vengono descritte condizioni avverse che causano la morte o il ferimento di persone, e comportano spesso la distruzione fisica di proprietà e il coinvolgimento di intere comunità sociali. Questi eventi sono considerati traumatici per la loro forza distruttiva, sia fisica (morte, devastazione) sia psicologica (ansia, paura, perdita di controllo), e il loro impatto può essere troppo imponente per essere affrontato con le risorse disponibili delle persone coinvolte. Vi sono molte evidenze scientifiche che mostrano come sia importante intervenire con adeguati programmi psicosociali fin dal periodo immediatamente successivo all'evento (Bleich et al. 2003).
Il supporto psicosociale può svolgere un ruolo rilevante nell'impedire che la condizione traumatica determini una patologia psichica, e nel sostenere la vittima nei casi di una disabilità acquisita. In questi casi l'intervento psicosociale può assumere i seguenti obiettivi: consentire l'elaborazione del trauma, promuovere il processo di integrazione e accettazione dei cambiamenti corporei e cognitivi, e favorire la compliance verso le cure riabilitative. Un'efficace azione di primo intervento psicologico dovrebbe, secondo Hobfoll et al. (2007), perseguire cinque obiettivi:

1. Promuovere un senso di sicurezza.
2. Ripristinare un ritorno alla calma.
3. Incoraggiare il senso di efficacia individuale e collettiva.
4. Promuovere il senso di connessione a una rete sociale.
5. Favorire un senso di speranza.

Si tratta pertanto di avviare interventi che sappiano agire sulle condizioni acute, ripristinando processi di regolazione emotiva più funzionali nelle vittime, cercando di prevenire l'isolamento sociale e promuovendo l'acquisizione di una nuova percezione di auto-efficacia.
Dopo aver promosso un senso di sicurezza è necessario favorire una maggiore tranquillità, agendo sulle forme di disregolazione emotiva. Pietrantoni et al. (2008), citano la psicoeducazione come efficace strumento di gestione delle emozioni; quest'ultima ha lo scopo di fornire adeguate informazioni sulle reazioni più frequenti agli eventi traumatici, e sulle strategie più efficaci di fronteggiamento. Gli stessi autori menzionano le tecniche specifiche di gestione dello stress e dell'ansia. Pensiamo ad esempio a disturbi inerenti al sonno, o a pensieri intrusivi, come le immagini legate all'evento traumatico che riemergono continuamente e in modo incessante nella mente della vittima.
Il terzo aspetto citato da Hobfoll et al. (2007), riguarda il rafforzamento del senso di auto-efficacia da parte delle vittime, sia a livello individuale sia collettivo. In seguito ad un evento traumatico è facile perdere la percezione di efficacia e di controllo dell'evento. Sempre Pietrantoni et al. (2008) sottolineano come non sempre sia possibile riguadagnare il senso di efficacia personale e collettiva; vi possono essere dei casi nei quali una percezione di auto-efficacia poco realistico può essere addirittura controproducente, generando ad esempio aspettative eccessive. Occorre pertanto sempre valutare di volta in volta le condizioni specifiche.
Il quarto aspetto citato fa riferimento al facilitare il supporto e la solidarietà sociale. Ricevere informazioni, sostegno materiale adeguato, così come poter contare sulla vicinanza emotiva di parenti, amici o altri gruppi sociali, sono rilevanti mezzi di fronteggiamento delle condizioni di crisi acuta. La vicinanza affettiva e la prossimità fisica possono agire come veri e propri fattori protettivi per l'assetto psichico della vittima. In una ricerca che ha indagato le conseguenze degli attentati terroristici di Londra del 2005 (Rubin et al., 2005), gli Autori hanno dimostrato che tra i fattori di rischio per il decorso di un disturbo post-traumatico da stress, vi era l'impossibilità per le vittime coinvolte di mettersi in contatto con i propri familiari.
L'ultimo aspetto è quello che fa riferimento al riguadagnare il senso di speranza, condizione non certo facile da ripristinare. L'evento traumatico di grande entità può "frantumare" gli assunti fondamentali del proprio vivere, incidendo su alcune rappresentazioni riguardo sé stessi e l'ambiente fisico e sociale nel quale si vive. La

Per una lettura più approfondita si rimanda ai testi "Psicologia dell'emergenza" di Pietrantoni e Prati (2009), "Il primo soccorso Psicologico nelle maxi-emergenze e nei disastri" di Pietrantoni et al. (2008), "l'assistenza psicologica nelle Emergenze" di Young (2002).

percezione di serenità della propria esistenza, la convinzione di poter esercitare un controllo sul proprio ambiente, il senso di giustizia, possono modificarsi radicalmente in seguito ad un evento traumatico (Janoff-Bulman, 1992). In realtà riguadagnare la speranza è un traguardo finale al quale si può giungere nel momento in cui tutti gli altri elementi elencati sono stati adeguatamente affrontati.

1.2 Differenze tra maxi e micro emergenze

La legge n. 225 del 24 febbraio 1992, che di fatto istituisce la Protezione civile, individua tre diverse categorie di eventi di emergenza:
a) incidenti semplici, eventi naturali o connessi con l'attività dell'uomo che possono essere fronteggiati mediante interventi attuabili dai singoli enti e amministrazioni competenti in via ordinaria;
b) incidenti complessi, eventi naturali o connessi con l'attività dell'uomo che per loro natura ed ampiezza comportano l'intervento coordinato di più enti o amministrazioni competenti in via ordinaria;
c) disastri, calamità naturali o connesse con l'attività dell'uomo che in ragione della loro intensità ed estensione debbono, con immediatezza d'intervento, essere fronteggiate con mezzi e poteri straordinari da impiegare durante limitati e predefiniti periodi di tempo.
Come indicato da Pietrantoni e Prati (2009), seppur con qualche difformità nella letteratura scientifica, si è soliti distinguere tra la maxi emergenza, "evento maggiore" o catastrofe, che indica un avvenimento avverso su una comunità, che può avere differenti caratteristiche per intensità, tempo/durata e spazio coinvolto, e la miniemergenza, termine con il quale si fa riferimento ad una situazione di emergenza individuale o di piccola scala. Seppur sia possibile riconoscere alcuni aspetti comuni tra i due tipi di eventi, nelle conseguenze traumatiche per le vittime e negli obiettivi generali degli interventi, come quelli elencati nel precedente paragrafo, occorre tenere in debita considerazione che le due condizioni necessitano di risposte qualitativamente diverse.
L'incidentalità stradale costituisce un ambito specifico delle miniemergenze, con caratteristiche proprie. Un primo aspetto su cui vale la pena riflettere è che l'incidente stradale è solitamente un evento indotto dall'azione umana, riconducibile a errori o a trasgressioni delle norme stradali. Questo può comportare una serie di conseguenze pratiche (contenziosi legali) e psicologiche, conseguenti ad esempio all'attribuire la responsabilità dell'incidente a sé stessi (vissuto di colpa) o agli altri (rabbia). In uno studio di Blanchard et al. (1996) si è dimostrato come una maggiore percezione della propria responsabilità correli positivamente con la probabilità di sviluppare sintomi post-traumatici. Il senso di colpa e il vissuto di responsabilità reale o presunta, sono aspetti che possono incidere sul percorso di recupero e sullo stile di fronteggiamento dell'evento traumatico. Frequenti sono i casi di genitori o altri famigliari delle vittime che si percepiscono irrealisticamente come responsabili dell'evento, benché non siano direttamente coinvolti nell'incidente ("Se non gli avessi acquistato il motorino", "Se quella sera non gli avessi concesso la mia automobile", ecc.). Diversamente possono emergere vissuti caratterizzati da rabbia intensa, nei confronti di coloro ai quali si attribuisce la responsabilità dell'evento. Tutto questo può avere delle evidenti conseguenze sul piano dell'elaborazione del lutto.
Le morti conseguenti a incidenti stradali si distinguono da altri tipi di decessi, come ad esempio quelle che sopraggiungono a seguito di malattie (Lori et al., 2013). Si fa riferimento all'acronimo SUPaV (Suddenness, Untimeliness, Preventability and Violent; in italiano viene tradotto con l'acronimo IPEV, morti Improvvise, Premature, Evitabili e Violente), per indicare le caratteristiche tipiche del decesso conseguente ad incidente stradale. Le morti che hanno natura violenta, improvvisa, prematura (come nel caso dei giovani) ed evitabili (in quanto risultato conseguenti a comportamenti negligenti o di errore), possono evolvere verso sindromi da lutto complicato o patologico, o verso sintomatologie post-traumatiche.
Alcune specificità sono state riscontrate anche per i traumi cranico encefalici (TCE) e per le loro conseguenze. Alcuni autori ritengono che quelli da incidentalità stradale non differisca dai TCE provocati in altri contesti, mentre Alberico et al. (1987) hanno

osservato che i pazienti coinvolti in incidenti stradali mostravano una più elevata presenza di danno cerebrale diffuso (che consiste nella presenza di microlesioni emorragiche e non emorragiche, diffuse nell'intero cervello: danno assonale diffuso, 63%), diversamente pazienti che presentavano il trauma in seguito a cadute o ad aggressioni presentavano più spesso lesioni focali (localizzate ad una parte del cervello, 75%). Questa differenza nell'entità del danno dipende direttamente dai meccanismi del trauma. Nel caso dell'incidente stradale, infatti, il cervello, proiettato ad alte velocità e accelerazione, subisce un brusco arresto e quindi una decelerazione improvvisa, con conseguenti lesioni provocate dall'impatto interno del cervello stesso contro la scatola cranica (trauma cranico accelerativo-decelerativo), oltre a quelli derivati dall'impatto del cranio contro un oggetto. Invece nel caso della caduta o dell'aggressione, il TCE è il risultato di un unico colpo diretto contro il cranio o dell'accelerazione della testa verso un oggetto fisso (Adams et al., 1989). Queste osservazioni sono state messe in correlazione con l'outcome che nel trauma provocato da incidentalità stradale appare diverso rispetto a quello provocato da aggressione o da caduta. Ad esempio, Clifton e collaboratori (1980) hanno riportato i dati neuropatologici di 56 pazienti deceduti a causa di un grave trauma cranico, riscontrando una maggiore incidenza di danno cerebrale irreversibile o lesione diretta del tronco encefalico in pazienti coinvolti in incidenti stradali rispetto a quelli con trauma cranico di altra natura. Altri studi non confermano però la correlazione tra i meccanismi del trauma e l'outcome (Levin et al. 1990).

1.3 Intervenire in fase acuta, di transizione o a lungo termine: i diversi bisogni delle vittime

Le persone coinvolte in un incidente stradale, così come in altri eventi traumatici, possono andare incontro a diversi bisogni urgenti: di ordine pratico (come affrontare una serie di procedure), di tipo sanitario (come ricevere le necessarie cure mediche), e psicosociali (come essere sostenuti dal punto di vista psicologico, e incoraggiati ad affrontare l'evento avverso nel modo più funzionale possibile) (Pietrantoni et al., 2008). Generalmente tali bisogni sono fortemente correlati tra loro: soddisfare un'urgenza medica in alcuni casi può significare intervenire su un piano che ha una ricaduta anche psicologica. Spesso si tratta di bisogni compresenti nella vittima, ordinati in base a criteri di urgenza: un ferito grave ha innanzitutto bisogno di cure mediche, alle quali si potranno affiancare interventi psicologici per migliorarne la resilienza, e il ritorno ad una condizione uguale o simile a quella pre-evento. Diverso è il caso in cui l'intervento è indirizzato ai familiari della persona gravemente ferita; in questo caso le necessità più urgenti riguarderanno il supporto psicologico e informativo, come conoscere le probabili conseguenze dell'infortunio, o come affrontare la disabilità permanente. Nella stessa vittima i bisogni possono assumere priorità diverse nel tempo.

Nella letteratura scientifica solitamente si distinguono gli interventi realizzati in fase acuta, vale a dire a breve distanza temporale o nell'immediatezza di un evento critico, da azioni realizzate in fasi di transizione o a lungo termine. La fase acuta si caratterizza solitamente per manifestazioni di maggiore instabilità emotiva da parte delle persone coinvolte, condizioni di iperarousal e shock da trauma, mentre le fasi di transizione e a lungo termine segnano il percorso di riabilitazione, di reinserimento sociale e recupero pre-evento. Non è possibile prevedere in anticipo la durata delle diverse fasi, poiché molto dipende dalle condizioni specifiche del contesto nel quale si interviene, dalle reazioni delle vittime coinvolte, e dalla particolare natura dell'incidente.

Generalmente i bisogni sanitari tendono ad essere molto presenti nella fase acuta, e a ridursi nelle fasi di transizione o a lungo termine. Dopo aver fornito le necessarie cure mediche, possono rimanere insoddisfatti i bisogni di natura pratica e soprattutto psicologica. I disagi psichici causati da eventi critici possono determinare condizioni di particolare sofferenza nell'immediato di un evento, ma anche sviluppare nel tempo psicopatologie come il Disturbo Post Traumatico da Stress (PTSD, Post-Traumatic Stress Disorder) o organizzarsi in un vissuto depressivo.

Di seguito viene riportato un grafico, ripreso da uno studio menzionati nel Supporto psicosociale in situazioni di emergenza dello European Policy Paper (Psycho-

Social Support in Situations of Mass Emergency; Seynaeve, 2001), che rappresenta l'evolversi dei bisogni primari di persone coinvolte in eventi traumatici. Il grafico fa riferimento a un episodio accaduto in Austria nel 2000, dove un treno che trasportava turisti diretti verso una nota stazione sciistica prese fuoco, causando la morte di 155 persone.

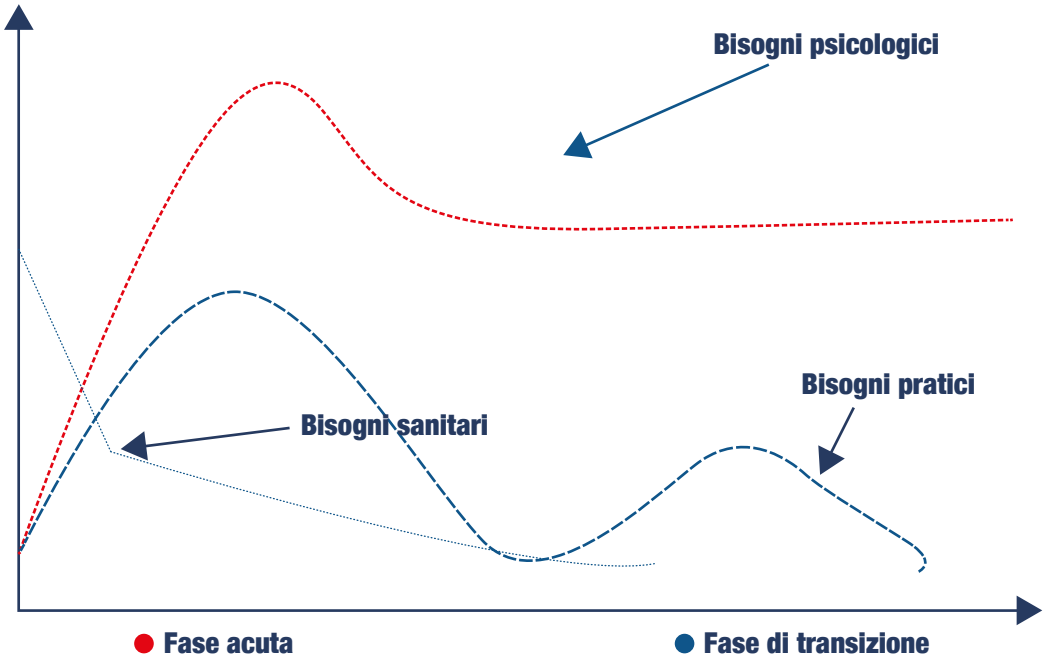


Grafico 1 - Rappresentazione grafica dell'evoluzione nel tempo dei bisogni dei familiari che persero un figlio nell'incidente di Kaprun, Austria nel 2000 (Fonte Psycho-Social Support in Situations of Mass Emergency, 2001)

1.4 Le reazioni psicologiche

Accanto all'evoluzione dei diversi bisogni nel tempo si modificano anche le reazioni psichiche da parte delle vittime. Spesso le risposte psicologiche seguono un peculiare percorso temporale, in base al quale possiamo distinguere: le reazioni immediate e le reazioni differite rispetto al momento dell'evento traumatico. Tra le reazioni immediate si annoverano diversi tipi di reazione: iperemotive brevi, ansiose acute (crisi d'ansia, crisi di panico), crisi psicotiche (passaggio da stati confusionali transitori a stati deliranti acuti), comportamenti reattivi ("paralisi" emotiva e cognitiva, comportamenti irrazionali e pericolosi per le vittime stesse e per i soccorritori). In questi casi, se le reazioni non si cristallizzano, stabilizzandosi e articolandosi in sindromi più o meno specifiche, il soggetto oscillerà, sul piano psichico, da una condizione di maggiore sofferenza a una di sempre minor disagio, con progressivo recupero delle capacità adattive, lavorative e di integrazione sociale.
Diversamente vi possono essere reazioni acute che tendono a non risolversi, esitando nel medio e lungo termine in vere e proprie patologie psichiche. Possiamo annoverare anche situazioni nelle quali le persone inizialmente manifestano una buona capacità di reazione all'evento, ma in seguito, nel medio-lungo periodo, vanno incontro a processi disfunzionali. In questi casi l'oscillazione che il soggetto vive sul piano psichico va da una condizione di efficienza e stabilità emotiva, a una di progressiva perdita delle capacità adattive, con disagio e malessere sempre più significativi.
L'operatore del Pronto soccorso psicologico per le vittime della strada deve avere chiaro in quale fase si colloca il suo intervento.

Fase peri-critica o acuta (supporto immediato o di poco successivo all'evento)
All'interno di questa fase, di primo intervento d'aiuto (early intervention), l'operatività sarà indirizzata prevalentemente su aspetti come:

- Accogliere
- Assistere praticamente (informare sulle procedure legali ad esempio)
- Primo sostegno di tipo psicologico
- Normalizzazione (ripristino di una condizione di equilibrio)
- Screening di possibili esiti patologici
- Preparazione alla fase di transizione post-evento

Gli interventi in fase acuta sono improntati prevalentemente alla stabilizzazione emotiva e ad avviare un processo di normalizzazione. L'obiettivo dell'intervento è la riduzione dello stato di crisi presente, per ripristinare nel soggetto il livello di funzionamento pre-critico nel più breve tempo possibile

Fase post-critica (medio-lungo termine dopo l'evento)
Se siamo all'interno di una fase di transizione o a lungo termine, dove la vittima si trova a gestire una condizione di stress non ancora risolto o di vero e proprio esito patologico delle proprie sofferenze, le attività riguarderanno prevalentemente:

- Impiego di strategie di gestione dello stress (coping)
- Tecniche e strumenti di intervento focalizzate sul trauma (CBT, Cognitive behavioral therapy), e EMDR, (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)

Obiettivi: consulenza di sostegno individuale e famigliare, follow-up, eventuale presa in carico psicotraumatologica di gruppo o individuale
Tali attività sono erogabili da psicologi, psicoterapeuti, che hanno conseguito una specifica formazione professionale all'impiego di tali tecniche.

1.5 Le conseguenze del trauma da incidente stradale

Che cosa si intende per "trauma psichico"?
E' un concetto assai complesso e di non comune definizione.
Le situazioni traumatiche creano un disperato senso di abbandono, alienazione, e interruzione del contatto con le relazioni, da quelle più intime a quelle più distanti, con una conseguente perdita di fiducia nei confronti di sé e degli altri.
Herman (1992) sostiene che il denominatore comune di ogni trauma psicologico è il sentimento di "paura intensa, senso d'impotenza, perdita di controllo, minaccia di annullamento".
La risposta umana al pericolo è complessa e costituita da un sistema di reazioni fisiche e mentali.
A seguito di un'esperienza dolorosa con connotazioni traumatiche è possibile che il soggetto sviluppi in seguito un Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD, Post-Traumatic Stress Disorder). Questo disturbo si manifesta attraverso tre gruppi di sintomi: intrusività, evitamento ed attenuazione della reattività generale, l'iperattività.

Eventi traumatici come gli incidenti stradali possono comportare problemi psicologici molto rilevanti, se non addirittura causare vere e proprie patologie psichiche. Molte ricerche si sono focalizzate sullo sviluppo del Disturbo Post Traumatico da Stress (PTSD, Post-Traumatic Stress Disorder; vedi Blanchard & Hickling, 2004), ma non sono mancate evidenze sperimentali che hanno mostrato come in una vittima diretta o indiretta (famigliare, conoscente, ecc.) possano insorgere disturbi d'ansia, fobie specifiche come quella legata al guidare (amaxofobia), depressioni, utilizzo di sostanze psicoattive (Mayou et al., 2001; McFarlane et al., 1997, O'Donnell et al., 2004; Shalev et al., 1998; Ehring, 2006). Un'indagine realizzata dal Centro Ricerche sugli incidenti dell'Università di Monash in Australia (Harrison, W.A., 1999), ha analizzato le percentuali dei disturbi più frequenti dopo un incidente stradale, ottenendo i risultati riportati qui di seguito:

Disturbo Acuto da Stress (o ASD, Acute Stress Disorder).	**5,7%**
Disturbo depressivo maggiore (o MDD, Major Depressive Disorder).	**> 6%**
Fobia specifica alla guida.	**6,6%**
Disturbo Post-traumatico da Stress (o PTSD, Post Traumatic Stress Disorder).	**13,1%**

1.6 Il PTSD e gli incidenti stradali

Gli incidenti stradali sono considerati la principale causa nella genesi del Disturbo Post Traumatico da Stress (Blanchard et al., 1997; Norris, 1992; Kessler, 1995; Blanchard & Hickling, 2004; De Mey-Guillard et al., 2005).
Il PTSD può rappresentare (non sempre è così) l'evoluzione clinica a medio-lungo termine del Disturbo Acuto da Stress (ASD). Quest'ultimo si può instaurare rapidamente, dopo circa 48 ore dall'evento, e può durare - secondo l'attuale classificazione nosografica del DSM - da due giorni ad un mese. Con il persistere di sintomi clinici rilevanti dopo il termine del mese, si passa alla diagnosi di PTSD.

Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD, Post Traumatic Stress Disorder)

Il Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD) è una patologia associata all'esposizione diretta o indiretta a un evento traumatico di gravità oggettiva estrema (attacchi terroristici, guerre, catastrofi naturali o causate dall'uomo, violenza sessuale, rapimento, gravi incidenti automobilistici, morte violenta e inaspettata di una persona cara), da un decorso tendenzialmente cronico e da un significativo peggioramento della qualità della vita.
Valutazione diagnostica:
Nella quinta e ultima edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM; Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health), il PTSD non appartiene più alla famiglia dei disturbi d'ansia, ma costituisce, insieme ad altri disturbi affini, il nuovo capitolo dei Disturbi collegati a traumi e stress (Trauma and Stress Related Disorders).
Nel DSM-5 inoltre si riscontra un allargamento della definizione di evento traumatico (Criterio A). Da un lato si sono estesi i criteri definitori e i contesti che possono caratterizzarsi come condizioni traumatiche; dall'altro sono stati ampliati i criteri di esposizione, considerando anche il coinvolgimento indiretto come una potenziale condizione traumatica (è il caso dei testimoni, dei soccorritori o dei familiari di una persona coinvolta nell'evento).
Sono stati meglio articolati, rispetto alle edizioni precedenti del DSM, i raggruppamento dei sintomi che caratterizzano il Disturbo Post Traumatico da Stress. In particolare:

- **Sintomi intrusivi** dell'evento traumatico o degli eventi traumatici. Ad esempio elementi ricorrenti legati a pensieri, percezioni, immagini, sogni illusioni o allucinazioni, ricordi, ecc. (Criterio B).
- **Sintomi di evitamento** degli stimoli associati all'evento traumatico o agli eventi traumatici; evitare pensieri, sentimenti associati all'evento, non esporsi in luoghi con persone o attività che possano richiamare l'evento (Criterio C).
- **Sintomi di alterazioni cognitivi ed emotive** quali incapacità di ricordare un aspetto importante dell'evento traumatico e convinzioni o aspettative negative, persistenti ed esagerate su se stessi, gli altri e il mondo – ad es., "Non ci si può fidare di nessuno", "Sono cattivo" (Criterio D);
- **Sintomi di iperattivazione e reattività** quali comportamento irritabile, ipervigilanza, difficoltà di concentrazione e del sonno (Criterio E).

I criteri clinici richiesti dal DSM-5 per porre una diagnosi di PTSD prevedono il soddisfacimento del criterio riguardante l'esposizione al trauma (Criterio A) e dei quattro criteri sintomatologici descritti (Criteri B, C, D ed E).
Inoltre i sintomi devono persistere da più di un mese e devono comportare

un disagio clinicamente significativo o menomazione nel funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti. Occorre anche escludere che le manifestazioni sintomatologiche non siano la conseguenza dell'uso di farmaci o di sostanze illecite.
Altre importanti variazioni introdotte dal DSM 5 sono la differenziazione di PTSD con o senza sintomi dissociativi, come la depersonalizzazione e derealizzazione, e il considerare con maggiore attenzione gli aspetti legati allo sviluppo. In particolare è stato definito un sottotipo di PTSD per bambini di età prescolare, che orienta a valutare con maggiore attenzione i sintomi comportamentali, essendo le funzioni astratte e delle espressioni linguistiche ancora emergenti in questa fascia d'età.

DISTURBO ACUTO DA STRESS (ASD, Acute Stress Disorder)
Il PTSD può essere anticipato da un Disturbo Acuto da Stress. Quest'ultimo, così come il Post Traumatico da Stress, si manifesta in seguito all'esposizione diretta o indiretta della persona a un evento stressante o traumatico che implica la morte o la minaccia di essa, lesioni gravi o violenza sessuale. Per porre una diagnosi di Disturbo Acuto da Stress si deve riscontrare la presenza di almeno nove sintomi, in una qualunque delle seguenti categorie:

- **Attivazione** (irritabilità e scoppi d'ira, esagerate risposte di allarme e ipervigilanza, comportamenti autodistruttivi, difficoltà nella concentrazione e nel sonno), aventi inizio successivamente all'evento traumatico.
- **Evitamento** (di ricordi, pensieri e sentimenti associati all'evento e degli stimoli esterni capaci di suscitarli).
- **Dissociazione** (alterazioni della realtà, dell'altro, di sé e amnesia dissociativa),
- Intrusione (ricordi angoscianti ricorrenti e intrusivi o sogni dell'evento, reazioni dissociative, disagio prolungato).
- **Stato d'animo negativo** (e incapacità di provare emozioni positive).

Anche il Disturbo Acuto da Stress deve causare un forte disagio e una compromissione rilevante del funzionamento sociale, lavorativo e di altre aree fondamentali per l'individuo e la sintomatologia non deve essere riconducibile agli effetti di una sostanza o a una condizione medica.
Si differenzia dal Disturbo Post Traumatico da Stress per la durata dei sintomi che va da tre giorni ad un mese dopo l'esposizione al trauma.
In seguito al trauma, la reazione di iperarousal del soggetto, può incontrare inizialmente i criteri previsti per il Disturbo Acuto da Stress, per poi esitare in un Disturbo Post Traumatico da Stress, se i sintomi persistono per più di un mese e soddisfano i criteri per un PTSD. Sebbene circa la metà delle persone che sviluppano un PTSD inizialmente hanno ricevuto diagnosi di Disturbo Acuto da Stress, tale evoluzione può non verificarsi e il disturbo può essere considerato una risposta transitoria allo stress che diminuisce entro un mese dall'esposizione al trauma.

Il primo studio volto a verificare le conseguenze del trauma stradale sullo sviluppo del PTSD lo si deve a Norris (1992), che rilevò un'alta correlazione tra l'essere stati coinvolti in un incidente stradale e l'aver sviluppato PTSD. In particolare tra i soggetti intervistati telefonicamente risultò che il 23,4% dei soggetti con PTSD era stato coinvolto in un incidente stradale. Successivamente Kessler e collaboratori (1995) hanno realizzato una vasta indagine epidemiologica, attraverso la quale hanno verificato che il 6,5% dei soggetti coinvolti in incidenti stradali avevano sviluppato PTSD. Pur presentando alcuni limiti metodologici, questi due studi hanno avuto il merito di porre per la prima volta l'attenzione sul legame tra trauma da incidentalità stradale e formazione di psicopatologie come il PTSD.
Soltanto a metà degli anni novanta si assiste a un reale e diffuso incremento degli studi sulle conseguenze psicopatologiche degli incidenti stradali, in particolare attraverso studi di follow-up che hanno indagato nel tempo le conseguenze psicologiche degli incidenti stradali. Tra questi possiamo citare due studi particolarmente accurati di Blanchard e Hickling (2004). Le indagini hanno coinvolto un numero ampio di soggetti, e un'ampia articolazione delle variabili considerate (storia pregressa del soggetto,

dinamica dell'incidente, conseguenze sul piano fisico e cure ricevute, ecc.). Nel primo studio sono stati considerati 158 soggetti, tra cui alcuni che avevano avuto un ricovero ospedaliero, mentre gli altri erano stati prontamente dimessi dall'Ospedale. I soggetti sono stati valutati attraverso 5 follow-up: la prima valutazione è avvenuta tra il primo e il quarto mese dall'evento, e le successive a sei, dodici, diciotto e trenta mesi dall'evento. Il secondo studio ha coinvolto 161 persone che avevano richiesto supporto psicologico. Da queste indagini è risultato che dal 15% al 45% dei sopravvissuti a un incidente stradale sviluppa un PTSD.
In altre ricerche l'incidenza del PTSD conseguente a gravi traumi da incidentalità stradale è stato valutato mediamente dall'8% al 46% dei casi presi in esame (Gabriel et al., 2009). Le differenti stime sono probabilmente dovute alle diverse modalità e strumenti impiegati nel formulare la diagnosi, al diverso periodo successivo all'incidente preso in esame (nell'immediato post evento, sei mesi, un anno o anche diversi anni dopo l'incidente), alle differenti caratteristiche dei campioni considerati (ospedalizzati con lievi o gravi e permanenti disabilità, familiari delle vittime, ecc.), e alle conseguenze dell'incidente (lievi o gravi).
Il numero maggiore di studi, realizzati sullo sviluppo del PTSD conseguente a trauma da incidente stradale, hanno posto attenzione sui predittori del PTSD. Nella tabella seguente sono riportati i principali indicatori predittivi del PTSD, indagati nella vasta letteratura scientifica di settore. L'importanza di distinguere cause diverse che conducono al PTSD è evidenziata in due recenti lavori di Boccia et al. (2015a, 2015b), che sottolineano come, a seconda dell'evento che ha provocato la condizione post-traumatico, possano essere individuate alterazioni diverse alterazioni a livello neurofunzionale. In particolare, Boccia e collaboratori (2015b) evidenziano come le alterazioni neurofunzionali prodotte da PTSD da incidentalità stradale, sembrano predire l'outcome di determinati interventi psicologici. Questi due studi forniscono ulteriore evidenza sulla necessità di rispondere in modo mirato ai traumi della strada perché diversi dagli altri traumi psichici.

Tabella - Fattori di rischio per il Disturbo Post Traumatico da Stress (PTSD) dopo un incidente stradale

Fattori predisponenti	Citazione e autore
Precedenti all'evento traumatico	
Genere	Le donne sono più a rischio di sviluppare nel PTSD dopo un incidente stradale (Norris, 1992; Greeen, 1994; Breslau and Davis,1992; Kessler, 1995; Zatzick et al., 2002; Holbrook et al., 1998; Gabriel et al., 2009). Kessler (1995) nel suo National Comorbidity Study concluse che le donne presentano un rischio di sviluppare un Disturbo Post Traumatico da Stress in seguito ad esposizione ad un evento del 20%, pari a più del doppio degli uomini (8%).
Età	L'età non risulta essere un particolare fattore di rischio (Blanchard et al., 1995; Gabriel et al., 2009).

Disturbi psicologici precedenti all'evento traumatico (Depressione maggiore, disturbi d'ansia, abuso d'alcol)	L'aver sofferto di disturbi psicopatologici di tipo depressivo, ansiogeno, o l'aver abusato di sostanze alcoliche, prima dell'evento traumatico, sono buoni predittori dello sviluppo di PTSD in seguito ad un incidente stradale (McFarlane, 1999; Breslau et al., 1991; North et al., 1994; Blanchard, et al., 1995; Gabriel et al., 2009; Malt & Olafsen, 1992; Holeva & Tarrier, 2001; Wrenger et al., 2008).
Presenza di precedenti eventi traumatici	Una persona che ha precedentemente vissuto eventi traumatici sembra essere più a rischio di incorrere in PTSD (Breslau et al., 1991; Zatzick et al., 2002; Irish et al., 2008). In una ricerca di Ursano et al., (1999) si evidenzia però che l'aver vissuto precedenti eventi traumatici non è di per sé un fattore di rischio, ma occorre che il soggetto abbia sperimentato forme di PTSD conseguentemente agli eventi traumatici. Tale dato è confermato anche da Gabriel e colleghi (2009), i quali evidenziano che la vera variabile predisponente è l'aver sofferto in passato di PTSD.
Appartenenza a gruppi etnici minoritari	L'appartenere a gruppi etnici minoritari è risultato essere un fattore di rischio significativo in due indagini (Blanchard et al., 1997; Ursano et al., 1999). Studi successivi non hanno riscontrato questo effetto (Sbattella & Tettamanzi, 2005; Gabriel et al., 2009).
Locus of control	Personalità con locus of control interno mostrano una minore predisposizione a sviluppare PTSD dopo un incidente stradale (Mayou et al., 1993; Sbordone & Liter, 1995; Gil et al., 2005; Gabriel et al., 2009)
Fattori concomitanti o immediata-mente successivi all'evento (peri-traumatici)	
Morte di un famigliare	La morte di un famigliare è un importante fattore di rischio (Matl et al., 1989; Blanchard et al., 1996; Gabriel et al., 2009)

Perdita di coscienza durante l'evento	Questo fattore è controverso. In uno studio di Gill e colleghi (2005) si è trovato che il PTSD è meno frequente nei soggetti in cui il ricordo dell'evento rimane integro. L'ipotesi che la dissociazione peri-traumatica sia un fattore predisponente allo sviluppo di PTSD, e correlata con la successiva gravità dei sintomi, è corroborata anche da altri studi (Bernat et al., 1998; Shalev et al., 1998). Diversamente in uno studio inglese (Mayou et al., 2000) il PTSD, dopo tre mesi, è risultato essere più frequente tra i soggetti che non ricordavano l'evento. Questa relazione non era però più significativa ad un anno dall'evento. Per alcuni autori addirittura la dissociazione peri-traumatica potrebbe svolgere una funzione protettiva rispetto al prorompere del ricordo traumatico (Carlson & Dalemberg, 2000). Vi sono studi che hanno trovato differenze in base alla durata dell'amnesia: meno di un'ora i rischi di PTSD aumenterebbero, mentre con amnesie superiori a un'ora, i sintomi intrusivi e di evitamento risulterebbero meno gravi (Feinstein et al., 2002; Bryant et al., 2009). La rilevanza della variabile "durata dell'amnesia" non ha trovato conferma in uno studio più recente (Chossegros et al., 2011).

Processi cognitivi durante e dopo l'evento	In uno studio inglese di Ehring e colleghi (2006) sono stati valutati sette diversi processi cognitivi come predittori di PTSD (lo studio fa riferimento al modello sulla formazione del PTSD elaborato da Ehlers & Clark's, 2000). Tre fattori fanno riferimento al momento in cui è accaduto l'evento: il tipo di elaborazione dell'informazione (la mia mente era interamente occupata da quello che ho visto/sentito/percepito con l'olfatto), il riferimento a sé stesso (gli incidenti capitano tutti a me), la dissociazione (mi sembrava che l'incidente capitasse a qualcun altro). Sono stati inoltre valutati fattori successivi all'evento, come l'integrità dei ricordi dell'incidente, i pensieri negativi riferiti a sé (preoccupazione, rappresentazione negativa del futuro, ecc.), la ruminazione ricorrente rispetto al trauma, e la dissociazione al momento della valutazione. Questi sette fattori sono risultati tutti significativi predittori del PTSD, con l'eccezione della ruminazione. Va considerato che la valutazione ha riguardato 101 pazienti in cura presso il King's College Hospital di Londra, che avevano vissuto l'esperienza traumatica da 3 a 18 mesi precedenti; pertanto non è chiaro se sia corretto parlare di predittori o sintomi stessi del PTSD, visto che alcuni dei processi cognitivi considerati sono manifestazioni tipiche del PTSD.
Dinamiche e caratteristiche dell'incidente (ad esempio, scontro frontale piuttosto che tamponamento da dietro, ecc.)	Non vi sono forti evidenze che la particolare tipologia di incidente influenzi la formazione di PTSD (Gabriel et al., 2009).

Gravità dello scontro	Il ruolo della gravità dello scontro è controverso. In una ricerca di Malto & Blikra (1993) è stato trovato che le persone con maggiori danni fisici sviluppano più facilmente PTSD. Altre ricerche non confermano questo dato, non trovando relazioni tra gravità dello scontro e sviluppo del PTSD (Feisten & Dolan, 1991; Zatzick et al., 2002; Holbrook et al., 1998), mentre Green (1994) trova una relazione molto debole. Nella ricerca di Gabriel et al., (2009) è stata trovata una correlazione soltanto per le persone che in seguito ad un incidente stradale hanno riportato la frattura degli arti inferiori. Come osserva Scotti (2002) questa variabile va considerata contemplando la complessità data dall'interazione tra la gravità delle proprie ferite, l'essere testimoni di ferite a carico di altri o di morti violente (come la decapitazione e lo smembramento), la frequenza degli eventi, l'estensione dei danni al veicolo e la percezione di colpa.
Responsabilità nel causare l'incidente	Blanchard e colleghi (2004) individuano nel senso di responsabilità del soggetto per l'incidente e per le conseguenze che esso ha comportato un ulteriore fattore di rischio per il PTSD. Tale risultato non ha trovato chiare conferme. Vi è un dato apparentemente paradossale che emerge in altre ricerche. La minore responsabilità si accompagna a una maggiore probabilità di sviluppare PTSD o disturbi correlati allo stress (Koren, 1999; Hickling et al., 1999; Harris et al., 2008). Secondo Gabriel e colleghi (2009), questo potrebbe essere la conseguenza del fatto che una persona che non ha causato l'incidente potrebbe sviluppare una maggiore percezione di non poter in alcun modo "controllare l'evento". E' noto in letteratura come la sensazione di non poter esercitare un controllo su un evento temuto, possa essere un importante fattore nella formazione del PTSD.
Frequenza cardiaca al momento del ricovero in ospedale	Alcuni Autori hanno trovato una relazione tra alta frequenza cardiaca al momento del soccorso medico e lo sviluppo successivo del PTSD (Zatzik et al., 2005; Shalev et al., 1998). Tale correlazione non è stata riscontrata in uno studio di Gabriel et al., (2009), che ha valutato 367 pazienti a 6 mesi e a un anno dopo l'evento.

Fattori successivi all'evento	
Paura di morire, vissuti costanti di minacce alla propria vita	Numerosi studi mostrano come la paura di morire sviluppatasi dopo l'evento traumatico sia un importante fattore di rischio (Greenet et al., 1985; Kilpatrick et al., 1989; Mayou, Bryand e Duthie, 1993; Green et al., 1993; Gabriel et al., 2009). Alcuni autori evidenziano che percepire la propria vita come costantemente minacciata sia una tipica manifestazione pre-morbosa del PTSD (Blanchard et al., 1995; Michaels et al., 1999).
Vissuti depressivi successivi all'evento	La presenza di vissuti depressivi è risultata una significativa condizione di rischio nello sviluppo di PTSD (Blanchard, et al., 2004; Read et al., 2004; Donahue, 2006; Fitzharriset et al., 2007). E' importante considerare che vissuti depressivi possono rappresentare non solo aspetti prodromici per il PTSD, ma anche essere sintomi di comorbilità tra il Disturbo Post-Traumatico da Stress e un disturbo depressivo.
Dolore fisico	Il perdurare di dolore fisico conseguente all'incidente si è rilevato essere un importante fattore di rischio per il PTSD (Wald et al., 2004; Gabriel et al., 2009).
Riconoscimento dello status di vittima	In una ricerca di Chossegros e colleghi (2011), viene indicato che anche il mancato riconoscimento dello status di vittima (come ad esempio ricevere un rapido e corretto risarcimento), per le persone che non sono responsabili dell'incidente, può contribuire allo sviluppo del PTSD.
Supporto sociale	In una ricerca di Crystal et al., (2011) si è evidenziato che il supporto sociale ha un ruolo importante come fattore protettivo; in particolare il sostegno sociale percepito da parte della vittima. La percezione di ricevere un sostegno sociale risulta ancora più rilevante quando il soggetto ha una storia di traumi precedenti.

Contenziosi legali successivi all'incidente	Blanchard e collaboratori (1995) hanno trovato che i soggetti che hanno avviato contenziosi legali sono più frequentemente vittime di PTSD. Per ammissione degli stessi autori, non è però chiara la direzione di questa relazione. Con molta probabilità lunghi ed estenuanti contenziosi legali possono rappresentare forme di vittimizzazione secondaria. Così come è possibile che le persone che hanno deciso di intraprendere delle controversie legali abbiano riportato più gravi conseguenze e per questo abbiano poi manifestato più frequentemente forme di PTSD. Occorre anche considerare che coloro che sono impegnate in dispute legali possano rappresentare con maggiore frequenza e gravità aspetti sintomatologici, non sempre facilmente riconoscibili anche per il clinico esperto.

IL PRONTO SOCCORSO PSICOLOGICO E L'INTERVENTO DI PRIMO SUPPORTO

CAPITOLO

2

Ania
FONDAZIONE

2.1 Che cosa è il Pronto Soccorso Psicologico rivolto per le vittime degli incidenti stradali?

Il Pronto Soccorso Psicologico è un protocollo d'intervento volto a fornire sostegno psicologico e psicosociale alle persone coinvolte in eventi critici, ossia in eventi improvvisi e inaspettati che comportano perdite, minacce alla sopravvivenza, gravi compromissioni della sicurezza personale, quali ad esempio, catastrofi naturali, attentati terroristici, disastri aerei, eccetera. . Il presente Pronto Soccorso Psicologico, rivolto alle vittime incidenti stradali (PSP-VIS), è stato studiato in modo mirato per attuare interventi di sostegno alle vittime dirette, che hanno riportato gravi ferite o macrolesioni a causa di un sinistro, e ai familiari delle vittime con gravi lesioni o di persone decedute. Il Pronto Soccorso è stato ideato con l'obiettivo di ridurre lo stress acuto causato dall'evento traumatico, promuovere il funzionamento adattivo delle vittime, ristabilire il senso di sicurezza e il progressivo ritorno alla normalità. Il presente protocollo d'intervento è caratterizzato da alcuni principi basilari, riassumibili come segue:

1. Le procedure descritte sono coerenti con le ricerche scientifiche sul rischio psicopatologico conseguente all'incidentalità stradale, e con gli standard delle buone prassi, riconosciute a livello nazionale e internazionale, in tema d'intervento a seguito di evento traumatico.
2. Le procedure e le attività descritte sono ampiamente applicabili sul campo.
3. E' possibile impiegare le procedure descritte per il soccorso di vittime di diverse fasce d'età (bambini, adulti, anziani).
4. L'intervento è congegnato in modo da essere flessibile, tenendo conto delle variabili culturali e delle diverse tipologie di vittime (ferito, familiari di una vittima deceduta o gravemente ferita).

Così come suggerito da molti protocolli internazionali, che guidano gli interventi nelle condizioni di emergenza (come ad esempio l'European Policy Paper; Pietrantoni et al., 2008), il primo soccorso psicologico per le vittime della strada è finalizzato ad alcune attività specifiche, che sono:

- Accogliere.
- Assistere praticamente.
- Raccogliere e comunicare informazioni.
- Primo sostegno di tipo emotivo in fase acuta.
- Screening di possibili reazioni post-traumatiche.
- Preparazione alla fase di transizione post-evento.
- Intervento focalizzato sulle manifestazioni del trauma conseguente all'incidente stradale.

Il primo Soccorso Psicologico deve necessariamente inserirsi all'interno di un intervento di soccorso più ampio, vale a dire che gli Operatori che si occupano di Pronto Soccorso Psicologico dovrebbero far parte di una organizzazione che svolge funzioni specifiche di soccorso in emergenza. Vanno pertanto scoraggiate iniziative individuali che non siano sostenute da un mandato chiaro e riconosciuto da parte di un'Istituzione. Così come le attività di intervento focalizzate sul trauma, necessitando di una specifica preparazione di psicotraumatologia e stress management, devono essere effettuate soltanto da operatori specializzati e adeguatamente formati all'impiego di tali tecniche.

2.2 A chi è destinato il Pronto Soccorso Psicologico?

Le attività di Pronto Soccorso psicologico sono state pensate per essere utilizzate con bambini, adolescenti, e adulti vittime di incidenti o familiari di persone coinvolte. Con riferimento alla tassonomia di Taylor (1999), che riconosce diversi livelli di vittimizzazione, come beneficiari dell'intervento di Pronto Soccorso Psicologico si

possono indicare:

1. Vittime di primo livello, vale a dire i macrolesi dopo l'uscita dal Pronto Soccorso e l'inizio della fase di stabilizzazione e riabilitazione. Per quanto concerne i pazienti macrolesi, come ad esempio i pazienti con lesioni spinali o trauma cranioencefalico (TCE), la presa di coscienza sui propri problemi spesso avviene quando il paziente ha finito le prolungate cure ospedaliere ricevute immediatamente dopo l'incidente. Anche i familiari del paziente si trovano a dover prendere coscienza di un duplice problema: i) affrontare il "lutto" per la perdita dell'immagine del proprio familiare, modificata sul piano fisico e/o psicologico per le conseguenze dell'incidente; e ii) l'assunzione dei nuovi ruoli di responsabilità e di gestione all'interno della famiglia.
2. Vittime di secondo livello, ovvero i familiari delle vittime decedute o gli stessi familiari dei macrolesi.

2.3 Chi effettua il Pronto Soccorso Psicologico?

Il Pronto Soccorso Psicologico per le vittime di incidenti stradali è stato messo a punto per essere gestito da professionisti della salute mentale con esperienza nell'ambito della psicotraumatologia. La prima parte del presente protocollo contiene una serie di indicazioni generali per tutti gli operatori che intervengono nel soccorso stradale, offrendo una **prima assistenza** (fase peri-traumatica o **intervento di primo supporto**). Questi ultimi possono appartenere a diverse unità di tutela, emergenza e soccorso, come la Protezione Civile, le Forze di Polizia (PS, CC e Polizia Locale), la Croce Rossa Italiana (CRI), il Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco (VVF), le strutture del Servizio Sanitario Nazionale (SNN). Riteniamo utile proporre indicazioni agli operatori di pronto soccorso stradale su come affrontare al meglio gli aspetti psicologici nelle vittime di un trauma stradale. Porre fin dal primissimo momento dell'intervento le basi di un adeguato sostegno psicologico, può contribuire ad attenuare l'impatto dell'evento traumatico e predisporre la vittima a una prognosi meno infausta riguardo l'insorgere di disturbi psichici. Inoltre, i traumi stradali che esitano in complicanze fisiche, fino all'acquisizione di vere e proprie disabilità, necessitano di cure mediche e riabilitative lunghe e complesse. In tali casi un precoce e adeguato sostegno psicologico, può favorire la stabilità emotiva e un'attivazione personale (self-empowerment), con conseguenti ricadute positive sulla compliance del soggetto e dei familiari nei confronti delle cure.
Le attività inerenti all'assistenza e all'intervento psicologico finalizzate al trattamento dei traumi psicologici e alla gestione dello stress, sono erogabili da psicologi e psicoterapeuti, che hanno conseguito una specifica formazione all'impiego di tali tecniche.

2.4 In quali contesti si può intervenire?

Le attività di Pronto Soccorso Psicologico possono essere svolte in diversi contesti. Gli Operatori che intervengono possono essere chiamati a svolgere la loro attività nei pronto soccorsi degli ospedali coinvolti nella rete di intervento del Progetto, nei luoghi dove avviene l'incidente, nelle abitazioni degli assistiti, o negli studi clinici dove gli Opeartori svolgono la loro attività di psicoterapia.
Le attività di Pronto Soccorso Psicologico per le vittime degli incidenti stradali non sono state ideate e pensate per agire esclusivamente su un singolo individuo, infatti, in determinate circostanze ci si può trovare a intervenire su contesti più ampi, come interi nuclei familiari. In questi casi è preferibile identificare i bisogni condivisi del gruppo, fornendo indicazioni ad ognuno dei membri della famiglia, separatamente o in gruppo.

2.5 Quando può essere utilizzato e quale durata può avere il Pronto Soccorso Psicologico?

Il Pronto Soccorso Psicologico è un intervento di supporto che può essere effettuato nell'immediato di un evento traumatico (fase peri-traumatica) o in momenti successivi alla fase acuta (fase post-critica).
Nel caso del macroleso o dei familiari di quest'ultimo la presa in carico può avvenire ad esempio in prossimità della fine della prima ospedalizzazione: un momento particolarmente delicato va individuato nel reinserimento sociale dove maggiormente pazienti e familiari si scontrano con gli effettivi cambiamenti, e con l'evidenza che in molti casi tali cambiamenti possono persistere per l'intero arco di vita. Per i familiari della persona deceduta è consigliabile che la presa in carico avvenga subito dopo l'evento.
Il supporto psicologico può avvenire anche in una fase successiva a quella acuta, come nelle condizioni di transizione o addirittura a lungo termine, quando i bisogni della vittima si sono modificati nel tempo. I bisogni psicosociali delle vittime possono essere molto diversi nell'iniziale situazione di iperattivazione emotiva e nella condizione nella quale l'individuo ha avviato un processo di adattamento più o meno funzionale alla condizione introdotta dall'evento traumatico. Nella fase acuta la stabilizzazione emotiva e la necessità d'informazioni possono avere un ruolo preminente, mentre nelle fasi successive emergerà la necessità di lavorare prevalentemente sull'adattamento alle conseguenze psicologiche, sociali e pratiche dell'evento. Più spesso nelle fasi di transizione si lavorerà in un'attività di follow-up, tesa a verificare l'assenza di predittori, o di veri e propri sintomi, di patologie conseguenti al trauma, e alla riattivazione delle reti sociali formali e informali delle vittime, in modo da incoraggiare un ritorno alle attività quotidiane.
Non è possibile definire in modo preciso limiti temporali a queste diverse fasi, che possono essere molto diverse tra i diversi soggetti. Occorre considerare però che è previsto un numero massimo di interventi pari a 8, e il primo intervento non più distante da un anno dall'evento. Questo per evitare che il Pronto Soccorso Psicologico venga confuso con attività più generalmente psicoterapeutiche e non focalizzate su un intervento di primo soccorso psicologico. I diversi interventi possono avere durata molto variabile a seconda delle necessità che si paleseranno di volta in volta.
Potrà capitare che alla fine degli interventi previsti si ritenga che la persona abbia ancora bisogno di supporto psicologico, e che debba intraprendere, ad esempio, un percorso psicoterapico di medio o lungo termine. In questo caso sarà necessario assicurare la continuità del percorso terapeutico mediante i servizi sanitari e sociali disponibili sul territorio.

2.6 Obiettivi del Pronto Soccorso Psicologico

Gli obiettivi nella relazione di aiuto rivolta agli assistiti del Pronto Soccorso Psicologico sono:

- Tutelare la salute psichica dell'assistito, favorendo i processi di elaborazione emotiva e le strategie di adattamento individuali e familiari.
- Limitare il peggioramento della qualità della vita a carico dei familiari e dei gravi traumatizzati garantendo un servizio di consulenza e supporto psicologico e pratico fin dalle prime fasi.
- Diminuire i livelli di stress e il senso di difficoltà relativi all'impatto emotivo dell'evento traumatico, implementando competenze e risorse nell'assistito.
- Valutare l'insorgere di problematiche psicologiche post-trauma (depressione, ansia, stress, Disturbo Post Traumatico, ecc.).
- Fornire informazioni utili all'assistito sulle conseguenze pratiche dell'evento
- Fornire informazioni utili ad attivare comportamenti di autoprotezione e a migliorare i processi comunicativi.

Tali obiettivi specifici possono essere perseguiti attraverso alcune azioni specifiche che gli Operatori del Pronto Soccorso devono mettere in atto, tra queste:

- Mantenere un clima di calma e fiducia.
- Stabilire una relazione empatica e non intrusiva.
- Identificare e soddisfare i bisogni immediati delle vittime.
- Limitare l'angoscia che l'evento suscita a seguito della perdita o della paura sperimentata.
- Offrire informazioni e assistenza pratica.
- Offrire informazioni utili che possano facilitare la comprensione dell'impatto psicologico dell'evento, e attivare comportamenti di autoprotezione.
- Favorire il sostegno sociale delle persone, connettendole con la rete dei servizi attivi.
- Implementare nell'assistito la fiducia nelle proprie capacità e risorse, in modo da favorire una partecipazione diretta.
- Promuovere un funzionamento adattivo attraverso strategie di fronteggiamento (coping).
- Valutare con attenzione la presenza di predittori che possano indicare la possibilità che la condizione di forte stress emotivo esiti in condizioni psicopatologiche.

2.7 Azioni chiave del Pronto Soccorso Psicologico

Il Pronto Soccorso Psicologico non è un intervento di tipo esclusivamente psicoterapeutico, ma è il tentativo di rispondere ai bisogni psicosociali di persone coinvolte in un grave evento causato da un incidente stradale. Attraverso il Pronto Soccorso si perseguono finalità anche molto pratiche, come quella di informare sulle conseguenze concrete dell'evento, o mettere in contatto l'assistito con i servizi territoriali, quando necessario, oltre a quelle strettamente psicologiche.
Le attività sono strutturate in diverse unità che di seguito sono rappresentate in tabella e dettagliate nel capitolo successivo. Non si tratta di un protocollo rigido, infatti le diverse unità non necessariamente devono essere affrontate nella sequenza indicata. La scelta del tipo di attività può variare in base alle circostanze e alle esigenze che si manifesteranno di volta in volta. Il Pronto Soccorso psicologico è un intervento flessibile, ma da parte dell'Operatore non vanno promosse azioni che si discostino da quelle indicate.
In questa sede viene proposto un modello integrato che può trarre vantaggio dalla possibilità di avvalersi di diversi strumenti, adattandoli alle esigenze delle singole vittime, e proponendo loro strumenti idonei al momento specifico di elaborazione del trauma in cui si trovano. Il modello prevede la possibilità di offrire una prima forma di sostegno psicologico da parte di tutti gli operatori impegnanti nel soccorso stradale (Primo Soccorso Psicologico o fase 1 peri-traumatica). Gli obiettivi in questa fase sono quelli di offrire un immediato sostegno psicologico e pratico, promuovendo processi di stabilizzazione emotiva. Le azioni promosse nella fase successiva all'evento (fase 2 post-traumatica), sono diversamente finalizzate a intervenire nella gestione dello stress o sul disagio psichico causato dal trauma. Le attività contemplate in questa fase devono essere gestite da psicologici, psicoterapeuti, specializzati nella psicologia del trauma.
Gli interventi di aiuto psicosociale della prima e seconda fase dell'emergenza dovrebbero essere caratterizzati dalla continuità terapeutica degli operatori implicati.

UNITA'	Obiettivi perseguiti	
Fase 1 (Primo intervento di supporto)		
1. Primo contatto e rapporto	Rispondere alle richieste di contatto da parte degli assistiti, con accoglienza, evitando di essere intrusivi.	**Intervento nel primo soccorso stradale.** **Operatori:** Forze di Polizia, Personale Sanitario, operatori CRI, Psicologi, Vigili del Fuoco
2. Offrire protezione e conforto durante il soccorso stradale	Offrire un senso di protezione e di conforto fisico ed emotivo durante il primo soccorso stradale.	
3. Comunicazione della perdita	Comunicare in modo adeguato il decesso ai familiari delle vittime	
4. Contenimento e stabilizzazione emotiva	Promuovere la calma. Aiutare le persone sopraffatte e disorientate da intense emozioni, a regolare la condizione di iperarousal.	
5. Raccolta di informazioni e valutazione	Identificare i bisogni immediati degli assistiti. Valutare le condizioni della persona assistita attraverso procedure di Triage e follow up in periodi successivi.	**Intervento post-evento** **Operatori:** Servizio Sanitario Nazionale, Psicologi
Fase 2 (Soccorso psicologico)		
6. Strategie di gestione dello stress	Offrire indicazioni riguardo strategie di gestione dello stress. Promuovere procedure mirate a fornire abilità gestionali (coping skills), utili a fronteggiare i problemi legati all'evento critico (problem-focused), o strategie utili a gestire le emozioni disfunzionali (emotion-focused).	**Intervento post-evento focalizzato sul trauma:** **Operatori:** Psicoterapeuti, con formazione in psicotraumatologia
7. Tecniche e strumenti di intervento focalizzati sul trauma	Impiego di tecniche tradizionalmente impiegate con successo nella riduzione di condizioni psicopatologiche conseguenti al trauma, come alcune tecniche di CBT (Cognitive behavioral therapy), e EMDR, (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)	
8. Collegare alla rete sociale	Promuovere una maggiore capacità di ricorrere a persone che possono offrire supporto formale (servizi disponibili sul territorio) o informale (familiari o amici).	

Tabella 1 - Le varie fasi del Pronto Soccorso Psicologico (PSP-VIS)

2.8 Raccomandazioni

Raccomandazione 1

Porre attenzione alle differenze culturali nella relazione con la vittima
La cultura del proprio gruppo sociale ha un ruolo determinante nell'orientare i processi relazionali. Il modo specifico in cui una persona si relaziona ad un'altra, oltre che da aspetti della propria personalità, è il risultato prevalente dell'insieme di pratiche, conoscenze e valori, condivisi nel proprio gruppo sociale. E' importante pertanto porre attenzione alle differenze culturali quando si interviene in un contesto di emergenza, soltanto così si possono evitare forme di discomunicazione involontaria, o errori intrepretativi, nel comunicare con vittime di diversa estrazione culturale.
Ad esempio, nel primo contatto con le famiglie è necessario in alcuni contesti capire chi sia il capofamiglia, e rivolgersi inizialmente a lui. Valutare la "distanza" e il tipo di intimità con l'interlocutore: quanto avvicinarsi a una persona? Quanto sostenere il contatto visivo? E' opportuno o meno toccarla? In particolare se si tratta di una persona di sesso opposto.
Il fattore culturale si configura come un ulteriore elemento di criticità nell'intervento in contesti di emergenza, perché pone la necessità di valutare con attenzione altre variabili.

Raccomandazione 2

Intervenire con i bambini e adolescenti
Intervenire con minori è questione assai delicata. Le reazioni psicologiche di un bambino a un evento avverso, come un incidente stradale, non sono determinate soltanto dall'evento in sé, ma anche dalle reazioni degli adulti di riferimento, come genitori o altri familiari. I risultati di molte ricerche sul ruolo degli adulti significativi hanno messo in evidenza l'importanza di considerare anche le reazioni dei familiari nel valutare la risposta dei minori ad un incidente stradale (Sbattella & Tettamanzi, 2005). Dove i genitori ad esempio riescono a far uso delle risorse personali e sociali, gli effetti potenziali dell'evento avverso sono per il minore moderati. La famiglia pertanto può essere un reale strumento di resilienza (Tettamanzi & Sbattella, 2011).
L'operatore che interviene con un minore dovrebbe:
Presentarsi per nome, e far comprendere che è lì per fornire un aiuto se desiderato.
Porsi all'altezza del campo visivo del bambino, accovacciandoci o sedendosi.
Utilizzare un linguaggio semplice, adeguato allo sviluppo del bambino. Evitare di utilizzare concetti astratti e metafore, diversamente preferire forme di comunicazione dirette e semplici. Non indicare reazioni emotive estreme, come: "terrorizzato", "scioccato", "angosciato" o "sconvolto"; preferire definizioni come: "impaurito", "triste", ecc.
Accertarsi di aver compreso bene il punto di vista del bambino, in modo da valutare quali siano le sue reali necessità.
Aiutarlo a verbalizzare i sentimenti e le preoccupazioni. A volte fantasie non realistiche rispetto agli esiti degli incidenti, possono infondere nel bambino livelli di ansia ancora più elevati. Molte ricerche dimostrano che dove il bambino non ha avuto la possibilità di verbalizzare i propri stati emotivi, le conseguenze psicologiche sono meno favorevoli (Ehlers et al., 2003; Sbattella & Tettamanzi, 2005).
Rispettare sempre il diritto alla privacy dei bambini. Non rivolgere domande intrusive per ottenere risposte o informazioni che il bambino non vuole rilevare.
Nel primo intervento non focalizzarsi esclusivamente su aspetti legati al trauma.
Rassicurare anche attraverso processi di normalizzazione delle reazioni di paura (spiegare al bambino che è naturale provare certe emozioni in tali situazioni).
Adoperarsi fortemente nel favorire il ricongiungimento del minore con i propri familiari significativi, ed incoraggiare quest'ultimi a sostenere il bambino.

Ovviamente il ricongiungimento deve avvenire con un adulto di riferimento, in quel particolare frangente adeguatamente stabile da un punto di vista emotivo. Norris (2001) indica la separazione dalla famiglia come uno dei principali fattori di rischio nel determinare l'insorgere di una patologia nei bambini e negli adolescenti.
Nel caso di adolescenti rispondere alle loro domande con modalità simile a quelle utilizzate con gli adulti. Evitare pertanto un approccio regressivo con adolescenti o giovani adulti. Alcune ricerche evidenziano come quest'ultimi reagiscano agli incidenti stradali con pattern di risposte più simili agli adulti che ai bambini (Sbattella & Tettamanzi, 2005).
E' necessario, quando possibile, prima di parlare con il bambino chiedere l'autorizzazione dei genitori/familiari presenti. Si raccomanda inoltre di informare i bambini delle cattive notizie in tempi e modi adeguati: l'incertezza in cui vengono lasciati e la sensazione di tensione non corredata di spiegazioni adeguate all'età, possono associarsi a vissuti e conseguenze negative.
In termini generali l'intervento psico-sociale sul minore dovrebbe agire in accordo con quanto previsto nella convenzione ONU per l'infanzia, che pone come obiettivo principale il raggiungimento del benessere dei bambini che hanno subito eventi traumatici, attraverso le seguenti azioni:
Ristabilire il normale flusso dello sviluppo.
Proteggere i bambini dell'accumulo di eventi angoscianti e violenti.
Rafforzare la capacità delle famiglie di prendersi cura dei bambini.
Incoraggiare i bambini a essere agenti attivi nella ricostruzione della comunità.

Raccomandazione 3

Intervenire con i disabili
Nel caso di persone con svantaggi fisici o mentali precedenti all'incidente occorre:
Intervenire velocemente in aiuto a una persona che evidenzia o dichiara una disabilità, anche se l'handicap non è immediatamente visibile. Credere a quanto ci viene detto.
Chiedere in cosa possiamo essere utili, se non abbiamo una chiara idea di come aiutare la persona disabile.
Accertarsi che la persona abbia tutto il necessario per la sua salute: dai farmaci, agli strumenti di cura, agli oggetti di uso quotidiano (sedia a rotelle, stampelle, ecc.). Chiedere ad esempio alla persona se ha necessità di prendere farmaci salvavita.
In caso di persone non vedenti o ipovedenti, offrire la possibilità di guidarli in spazi non familiari, porgendo ad esempio un braccio.
Parlare lentamente e con parole semplici nel caso vi siano problemi nella comunicazione.
Offrirsi di scrivere informazioni nel caso la persona abbia impedimenti, e/o fare in modo che la persona possa ricevere informazioni scritte.
Non trattare mai il disabile come persona invisibile. Evitare di far riferimento a terzi con espressioni del tipo: "Le può dire che…". Mantenere in questi casi lo sguardo sulla persona affetta da disabilità, e non sul mediatore, quando si comunica qualcosa.

IL PROTOCOLLO DI PRONTO SOCCORSO PSICOLOGICO E DI PRIMO SUPPORTO

CAPITOLO

3

Ania
FONDAZIONE

Nel capitolo precedente sono state anticipate le attività proprie del Pronto soccorso psicologico e dell'intervento di primo soccorso. Le sezioni da 3.1 a 3.4 descrivono gli obiettivi e le azioni da realizzare durante l'intervento di primo soccorso stradale e che possono essere svolte da operatori di polizia, sanitari, psicologi, vigli del fuoco e operatori della CRI. Le sezioni da 3.5 a 3.8 presentano invece le azioni proprie dell'intervento post-evento, tra queste alcune attività sono interventi focalizzati sul trauma e devono essere realizzate da psicologi e psicoterapeuti con formazione in psicotraumatologia. La presente guida non è da considerarsi come manuale di apprendimento di tecniche utilizzate in psicotraumatologia e si rimanda a manuali e corsi specifici per l'uso delle stesse.

3.1 Primo contatto e costruzione della relazione

Obiettivo

Rispondere alle richieste di contatto da parte degli assistiti, con modalità empatiche, evitando di essere intrusivi.

Premesse

Il primo contatto è di estrema importanza per stabilire una relazione appropriata con l'assistito. La tipologia di contatto può variare da individuo a individuo. E' importante capire subito quale sia lo "spazio di interazione" desiderato dall'assistito. Va evitato il contatto cercato "a tutti i costi". Può capitare che la richiesta di intervento non sia stata avanzata direttamente dalla vittima, questo potrebbe comportare che non vi è una immediata disponibilità alla relazione.

Bisogna utilizzare modi di approccio empatici e rispettosi, in modo da stabilire una relazione d'aiuto che può incrementare la ricettività della persona a chiedere un ulteriore aiuto.

E' necessario ricercare un punto di equilibrio tra la distanza professionale e la partecipazione umana; appare infatti decisiva nella misura in cui si sta addentrando nell'intimità degli affetti e dei valori personali che ci sono assolutamente sconosciuti. Ciò avviene in un momento di profondo malessere che richiede equilibrio e disponibilità al dialogo. Un approccio troppo tecnicistico può rendere il rapporto distaccato e spingere a una diffidenza reciproca, mentre un eccessivo coinvolgimento emotivo può essere in contrasto con il bisogno di aiuto professionale che si attendono le vittime dirette e/o indirette.

Diverse situazioni di emergenza stradale, possono essere molto stressanti e richiedono un'azione immediata; la maggiore conoscenza delle dinamiche dell'evento, nonché dei servizi attivati e/o disponibili, consentono all'operatore di effettuare un'assistenza informativa e di supporto di maggiore qualità, aiutando la persona destinataria a recuperare una percezione maggiore di sicurezza e controllo in una condizione fortemente disregolante.

Prima di mettere in atto un Primo Soccorso Psicologico, gli addetti ai lavori dovrebbero:

- avere informazioni riguardo l'evento occorso;
- avere informazioni circa i servizi attivi e i supporti necessari;
- essere informati sulla sicurezza, sull'accesso sulla scena e sui problemi associati alla sicurezza;
- considerare la propria preparazione fisica e mentale.

Come presentarsi?

E' buona norma non cominciare mai l'intervento chiedendo un resoconto su come la persona ha vissuto l'evento tragico. Evitare processi di rievocazione dell'evento. Stabilire un iniziale contatto, come ad esempio: "Salve, ha dovuto aspettare molto?". Evitare invece di chiedere "Come si sente?".

La prima cosa da fare è presentarsi con il NOME, COGNOME, e descrivere il proprio ruolo. Rivolgersi agli assistiti adulti utilizzando il "lei" e chiamandoli "Sig./Sig.ra…".

Esempio contatto con un adulto:

"Buongiorno/Buonasera, mi chiamo …. Sono uno psicologo e lavoro per la Fondazione ANIA per offrire un aiuto alle persone che si trovano ad affrontare situazioni come la Sua. … Ho ricevuto una chiamata con la richiesta di intervenire. Posso esserle d'aiuto in qualche modo? …Le va di parlare?... Come si chiama?

Invitare la persona a sedersi in un punto che possa garantire la privacy della conversazione. Offrire la propria massima attenzione, evitando interruzioni e distrazioni. E' sempre necessario rispettare la riservatezza delle informazioni, sia con gli adulti, che con gli adolescenti e i bambini. Realizzare pertanto l'intervento in un luogo tranquillo, se possibile confortevole e lontano da interferenze.
Quando si effettua un intervento con bambini e/o adolescenti, è buona norma contattare prima i genitori, o un tutore, per spiegare il proprio ruolo e chiedere l'autorizzazione ad interagire con il minore. Se si effettua un intervento con un minore figlio di genitori separati ricordarsi che occorre l'autorizzazione di entrambi gli esercenti la patria potestà per intervenire. Se si parla con un bambino in difficoltà e in assenza di adulti, trovare un genitore o il tutore appena possibile e informarli sugli sviluppi dell'intervento.

3.2 Offrire protezione e conforto durante il soccorso stradale

Testimonianza
L'importanza di un approccio empatico che si manifesti fin dal primo intervento (Estratto di un'intervista del papà di L.G., un ragazzo morto a 17 anni in un incidente stradale)

*"Al telefono non c'hanno detto niente, hanno detto solamente che c'era stato un incidente… Devo dire che non ho trovato un ascolto, un aiuto da parte degli operatori, e questo è un elemento che mi ha fatto riflettere. Ho avuto il primo contatto con una persona dopo 15-20 minuti in seguito all'accaduto, la quale mi ha detto: - mi dà un documento…riconosce lei il corpo? -. Queste sono le parole che mi sono state riferite. Mentre, in quel momento lì, avrei avuto bisogno sicuramente di altro, magari anche di un abbraccio, un segno di umanità, che mi facesse percepire che accanto a me c'erano persone che si curavano di quello che era accaduto...non solo di sgomberare la strada e di fare un referto, ma si curavano di un ragazzo di 17 anni che era morto. Nel momento in cui sono arrivato lì, ho immediatamente visto il corpo di mio figlio disteso a terra...con le scarpe che uscivano...**non aveva neanche un lenzuolo che coprisse l'interezza del corpo, è una piccola cosa che si potrebbe evitare**, si potrebbe trovare il modo di coprire tutto il corpo. Dopo un po', un'ora e mezza circa, si è fermato un motociclista della polizia municipale, si è avvicinato, mi ha **abbracciato** e mi ha detto: "**Anch'io ho una figlia di 18 anni, posso solo provare a capire quello che è accaduto. È un piccolo gesto, ma un piccolo gesto che ti fa percepire la persona in un modo diverso**". Abbiamo ricevuto una telefonata molto anonima, che diceva di andare in centrale a prendere gli effetti personali; quindi ci siamo dovuti alzare, trovare il momento e andare a prenderli, rivederli, in una maniera molto anonima. Quando credo, sarebbe bastato una pattuglia della polizia municipale che passava a casa nostra e ci restituiva gli effetti personali. … il motorino, che non è stato sequestrato, è stato portato in autorimessa, e ci è stato fatto pagare 250 euro di deposito.*

Obiettivo
Offrire un senso di protezione e di conforto fisico ed emotivo durante il primo soccorso stradale. Obiettivi specifici: proteggere, informare e rassicurare.

Premesse
Offrire protezione e conforto consiste sostanzialmente nell'aiutare le persone coinvolte a soddisfare i propri bisogni immediati, vale a dire ad ottenere nel più breve tempo possibile adeguata assistenza medica, e nel ricevere informazioni semplici e accurate sull'evolversi delle attività di soccorso e su come accedere alle risorse disponibili. L'operatore pertanto deve essere accuratamente informato sullo scenario, entrare in relazione con le persone con una disposizione empatica e un senso di padronanza che deriva dalla preparazione e dal ruolo. L'atteggiamento empatico corretto è quello che offre sostegno e aiuto senza immedesimarsi. Riconosce la sofferenza dell'altro senza farla propria. E' necessario evitare che i feriti siano esposti a un flusso di informazioni inaccurate o troppo preoccupanti. Così com'è importante proteggere la privacy delle persone coinvolte dal diffondersi delle notizie attraverso i media.
Infondere un senso di sicurezza e di conforto riduce l'impatto del trauma e diminuisce la portata delle paure e delle fantasie disturbanti.

Garantire l'immediata protezione fisica ed emotiva (Proteggere)
Per offrire al meglio condizioni di protezione fisica ed emotiva è importante:

- Accertarsi delle esigenze dei feriti, in particolare se anziani o disabili. Assicurarsi che non abbiano particolari esigenze, come procurarsi medicinali "salvavita", recuperare oggetti necessari come sedie a rotelle, apparecchi acustici, ecc.
- Porre attenzione alla presenza tra i feriti di persone che possano rappresentare un pericolo per sé o per gli altri. Valutare alcuni indizi come: manifestazioni di rabbia intensa nei confronti di altri conducenti dei mezzi coinvolti, o il profondo sconforto di chi si percepisce come responsabile dell'accaduto, o di non aver sufficientemente protetto i propri familiari o amici; in quest'ultimo caso considerare i rischi di comportamenti autolesionistici. Porre attenzione anche a manifestazioni di grave shock, con manifestazione come: intenso pallore, respirazione irregolare, sguardo assente, mancanza di controllo sfinterico. In questo caso è necessario richiedere con urgenza l'intervento di un medico o di un operatore sanitario.
- Porre particolare attenzione nel garantire la riservatezza delle persone coinvolte, in particolare nel caso vi siano individui deceduti. Proteggere la privacy dei feriti da giornalisti, curiosi e passanti (assicurarsi ad esempio che il corpo della persona deceduta venga ricoperto per intero dal telo durante i rilievi).
- Se sono presenti amici o conoscenti di persone decedute, chiedergli di evitare di diffondere la notizia attraverso i social network (WhatsApp, Facebook, ecc.). Spiegate che per il bene dei familiari è meglio che la comunicazione del decesso venga fatta direttamente dal personale del Pronto Soccorso.
- Se sul posto sono presenti familiari delle vittime, prestare massima assistenza: avere cura di esprimere un gesto di conforto, spiegare che devono avere fiducia e che i rilievi che si stanno svolgendo sono in primo luogo nel loro interesse, perché in un secondo momento vorranno sapere la verità e sarà importante poter ricostruire nel modo accurato cosa sia successo. Ove possibile, richiedere un'unità di soccorso per aiutare i familiari a raggiungere gli ospedali.

Fornire informazioni sulle attività di soccorso (Informare)
Per confortare le persone coinvolte in un incidente stradale nell'immediato può essere utile fornire una serie di indicazioni sull'evento e su come affrontarlo. In particolare è importante:

- Rassicurare sul fatto che le operazioni di soccorso sono state avviate e stanno procedendo, e che quindi tutti gli ausili possibili sono stati messi a loro disposizione.
- Nel caso lamentino reazioni incongrue o strane rassicurare che le reazioni in questi casi possono sembrare strane ed anomale, ma non lo sono. ("E' normale

che avverta questi sintomi, non si preoccupi ci sta raggiungendo il personale sanitario…”)
- Come prendersi cura di sé e della propria famiglia.
- Dare indicazioni su cos’è importante fare nell’immediato, quali procedure devo assolvere.
-

Occorre valutare, in base al proprio giudizio, quali informazioni fornire e quando. Solitamente è importante che tali informazioni vengano date in base ai bisogni immediati delle persone coinvolte; la finalità è quella di tranquillizzare rispondendo ad interrogativi urgenti. Per tale ragione è importante accertarsi che il nostro interlocutore capisca bene cosa gli stiamo dicendo (parlare piano e con parole semplici, evitare linguaggi tecnici; la non chiara comprensione potrebbe aggiungere ulteriori timore e preoccupazioni). Inoltre può essere utile da parte dell’operatore, se non gli vengono direttamente poste delle domande, chiedere se vi sono dubbi o necessità urgenti. Ricordare di chiedere anche alla persona ferita se ha necessità particolari da comunicare al personale sanitario.
Nel parlare con i familiari cercare di rivolgersi a colui che sembra fungere da punto di riferimento e mostra caratteristiche di maggiore solidità emotiva rispetto agli altri. Considerare, tuttavia, che anche le persone che apparentemente affrontano le cose con calma e raziocinio si trovano in una condizione psicologica in cui è difficile prendere decisioni ed ogni azione può apparire estremamente gravosa. Ricordare l’importanza di connettere: chiedere se è possibile contattare qualcuno che sia loro di supporto.

Esempio di comunicazione adeguata con un bambino:
“Sai cosa succede ora? Tu e la mamma state per andare insieme in un posto dove vi aiuteranno, rimani qui vicino alla mamma finché non arriverà l’ambulanza.”
O in altra situazione: *“La tua mamma e il tuo papà sono qui con te, puoi stare tranquillo”; “Ci sono tante persone che stanno lavorando per aiutare te e la tua famiglia”.*

Esempio di comunicazione adeguata con un adulto:
“Sig.ra [Cognome], le assicuro che stiamo facendo di tutto per aiutarvi. Sta arrivando la prima autombulanza, così che lei possa essere accompagnata al primo pronto soccorso. C’è qualcosa che la preoccupa in particolare?”

Se non si hanno le conoscenze necessarie per rispondere a una richiesta d’informazioni, non s’inventi, né si cerchi necessariamente di dare risposte tranquillizzanti. E’ importante non eccedere nelle rassicurazioni fino a quando non si hanno conoscenze certe. Nella diffusione d’informazioni, è necessario attenersi a criteri di onestà, chiarezza e certezza, pena la perdita di credibilità.

3.3 Comunicare in modo adeguato la perdita

Obiettivo
Comunicare in modo adeguato il decesso ai familiari delle vittime.

Premessa
Comunicare il decesso è indubbiamente un compito complesso dal punto di vista emotivo. L’operatore impegnato in tale attività deve saper mediare tra l’alto coinvolgimento, che una condizione di questo tipo inevitabilmente richiama, e la necessità di porsi in termini di sufficiente “distacco”, per difendere la propria stabilità emotiva. Spesso nel tentativo di porsi a forte distanza dal coinvolgimento

emotivo si rischia di svolgere tale compito complesso e delicato compito con fretta e un'evidente mancanza di empatia. Diversamente, un eccessivo coinvolgimento può non dare ai familiari delle vittime la percezione di una professionalità capace di occuparsi del loro dolore e dei loro problemi. Il coinvolgimento empatico eccessivo, ossia il coinvolgimento in cui ci si mette al posto della vittima (sono anch'io un padre, se fosse successo a mio figlio), rischia di attivare eccessivamente le emozioni provocando una reazione avversiva o il desiderio di fuggire dalla situazione. Al contrario, le reazioni empatiche in cui ci si limita a riconoscere il dolore dell'altro senza immedesimarsi, elicitano più facilmente comportamenti pro sociali. Lo stile comunicativo migliore è quello che riesce a essere diretto e supportivo, capace di fornire un senso di sicurezza.

La comunicazione del decesso a causa di un incidente non ha trovato fino ad oggi ampia trattazione. Una trattazione approfondita è stata quella realizzata nel 1997 dal *Californian Youth Authority's Office od Prevention and Victims Service e dal Mother's Against Drunk Driving (MADD)*[1].

La letteratura scientifica che ha trattato il tema delle bad news, si è occupata prevalentemente di comunicazione in ambito sanitario, ed è unanime nel porre in evidenza come un'inadeguata comunicazione del lutto possa comportare importanti conseguenze sullo stato psicologico dei familiari (Sbattella & Tettamanzi, 2005). La disattenzione per le modalità di comunicazione del decesso può comportare per i familiari delle vittime ulteriori complicazioni nell'elaborazione del lutto (Fallowfield et al., 1990; Lord, 1987). In alcuni casi i ricordi molto dolorosi dell'evento si legano alla percezione di mancata empatia da parte degli operatori che hanno portato la notizia del decesso.

Le caratteristiche più impattanti di una morte causata da incidente stradale sono riassunte nell'acronimo IPEV:

(I) Improvvisa;
(P) Prematura;
(E) Evitabile;
(V) Violenta.

Il decesso è improvviso, non previsto; prematuro in quanto può riguardare giovani lontani dalla fine naturale del proprio ciclo di vita; evitabile, perché spesso legato a comportamenti negligenti o scorretti di una o più persone; violenta, gli incidenti stradali hanno tipicamente effetti violenti e mutilanti. Come evidenziato da Pietrantoni e colleghi (2006) un tipo di decesso con queste caratteristiche può determinare nei familiari l'esitare in un lutto complicato (persistenza della fase acuta del lutto) o in una patologia come il disturbo come il Post Traumatico da Stress.

Un'adeguata comunicazione del lutto può ridurre la disregolazione emotiva ponendosi come forma di prevenzione secondaria (Stewart, 1999). Numerose ricerche nell'ambito del rapporto tra medico e paziente evidenziano come nella comunicazione di una cattiva notizia, sia percepita molto positivamente la capacità del medico di utilizzare uno stile comunicativo empatico e rassicurante, e che mostri di interessarsi dello stato emotivo dell'interlocutore (Putman et al., 1988). Wissow et al. (1994) elencano tre semplici regole alla base di una migliore comunicazione dei medici: la capacità di interessarsi e fare domande sui bisogno psicosociali dell'interlocutore, il fare affermazioni di sostegno, e il saper ascoltare attentamente.

La comunicazione del lutto si compone di almeno quattro diverse fasi significative, in sequenza tra di loro (Pietrantoni et al., 2008): la preparazione, il dare la notizia, affrontare la reazione dei familiari, e il congedo.

La preparazione

Il primo passo importante è quello di valutare con onestà la propria competenza emotiva nell'assolvere un compito così impegnativo. Occorre valutare con serenità la propria vulnerabilità emotiva. Vi possono essere eventi luttuosi ad alto coinvolgimento, per la particolare dinamica dell'incidente o per le caratteristiche della vittima che evocano aspetti significativi della propria storia personale. Ad esempio dover comunicare ad una madre la morte di un figlio che ha la stessa età del proprio figlio può comportare un'alta attivazione emotiva. In questi casi è opportuno valutare la possibilità di delegare ad altri tale compito, quando possibile.

1

Sulla comunicazione del decesso in italiano sono stati realizzati interessanti lavori da: Lori, Battagli e Nespoli (2013); Sbattella e Tettamanzi (2005); Pietrantoni, Prati, e Valli (2003); Pietrantoni, Prati, Palestini (2008); Zuliani e De Antoni (2002). Molte delle indicazioni qui riportate sono tratte da Lori, Battagli e Nespoli (2013).

La scelta dell'operatore può fondarsi su aspetti legati alle funzioni specifiche svolte dall'incaricato all'interno della propria organizzazione, o dal grado di gerarchia ricoperto. E' preferibile affidare tali compiti a operatori previamente formati a tali attività, o nel caso più diffuso a due operatori di cui almeno uno con esperienza.
Nella preparazione della comunicazione del decesso altri due aspetti rivestono una certa importanza. Il primo riguarda la necessità da parte dell'incaricato di avere sufficienti informazioni da condividere riguardo l'incidente: sapere con precisione dove è avvenuto, le persone che ne sono rimaste coinvolte, ecc. Senza ovviamente soffermarsi sui dettagli che hanno dirette implicazioni sulle responsabilità civili o penali. Quando possibile il compito dovrà essere svolto dal personale impegnato sul luogo dell'incidente o Operatori che ne hanno avuto approfondita conoscenza. Il secondo aspetto riguarda la necessità di raccogliere informazioni sui familiari verso cui è indirizzata la comunicazione. Conoscere da chi è composto il nucleo famigliare, se vi sono bambini, anziani, disabili. E' importante conoscere anticipatamente se in famiglia vi sono gravi problemi di salute fisica o mentale. In questi ultimi casi si può richiedere anche l'assistenza preventiva di personale sanitario. La raccolta d'informazioni sui familiari può permettere inoltre di identificare anticipatamente a chi indirizzare per primo la comunicazione. Ad esempio, nel caso di genitori molto anziani, o in precarie condizioni di salute, si può cercare di avvisare prima un fratello o una sorella adulta della vittima.
Nella corretta preparazione va anche considerata la necessità di identificare con accuratezza l'identità della vittima, per evitare grossolane confusioni tra le persone coinvolte nell'incidente, così com'è importante ricordare il nome di battesimo della vittima, da utilizzare nella comunicazione con il famigliare.
Un ultimo requisito importante è quello di disporsi a dedicare tempo alla comunicazione del decesso e al sostegno alla famiglia. Non si può pensare che tale processo avvenga in un tempo molto breve.

Dare la notizia

La comunicazione del decesso dovrebbe avvenire in un contesto dove viene garantita un minimo di riservatezza, anche se può capitare di dover gestire la comunicazione nello stesso contesto dove è avvenuto il decesso, o in altri luoghi pubblici, come un ospedale o il luogo di lavoro del famigliare (vedi figura n.2). In tutti questi casi, per quanto possibile, l'Operatore dovrebbe essere capace di trovare, o creare, uno spazio che sia il più possibile protetto.

Figura 2 - (Fonte Lori et al. 2008)

Nel dare la notizia è necessario tenere a mente diversi aspetti che rivestono un ruolo importante:
Comunicare la perdita di persona. La presenza è un aspetto molto importante, utilizzare la comunicazione telefonica è da utilizzare solo quando non vi è altra soluzione. La comunicazione va data solo quando ci si è resi conto che l'interlocutore è effettivamente pronto a ricevere la notizia. Nel caso in cui il parente abiti molto distante dal luogo dell'incidente, come spesso capita per incidenti avvenuti in autostrada, è

possibile utilizzare come tramite le istituzioni locali (ad esempio sezione di Polizia Stradale del luogo), o se si tratta di piccole realtà chiedere ausilio alle autorità locali o del parroco. Nel caso in cui i familiari vengano convocati telefonicamente per raggiungere l'ospedale, alcuni operatori preferiscono comunicare che la vittima è gravemente ferita e che la prognosi è molto grave, piuttosto che comunicare fin da subito l'avvenuto decesso (Leash, 1994). Tale strategia è stata discussa da Buckman (2001), il quale ritiene che la non comunicazione immediata del decesso possa generare sfiducia e rabbia nei familiari. In ogni caso è preferibile evitare la comunicazione telefonica, raggiungere nel più breve tempo possibile i familiari nella loro abitazione, e dopo la comunicazione accompagnarli in ospedale. Può anche accadere che durante le operazioni di soccorso arrivi una telefonata al cellulare della vittima. Se la vittima è deceduta gli operatori eviteranno di rispondere al telefono.

Nell'interazione vis à vis

- Presentarsi con nome, cognome e qualifica professionale. Nel caso di operatori delle Forze dell'Ordine presentarsi in divisa.
- Chiedere di poter entrare in casa, evitare di soffermarsi all'ingresso.
- Rivolgendosi con il lei accertarsi dell'identità dell'interlocutore con domande del tipo: "Lei è la moglie di…", o "Lei è il papà di…". Evitare di commettere errori ed equivoci rispetto agli interlocutori con cui parlare.
- Una volta identificate le persone presenti, occorre fare una rapida valutazione sullo stato fisico e sull'immediata reazione dei singoli. Considerare la presenza di persone anziane, malate e bambini. La valutazione è utile per individuare i punti di forza all'interno della famiglia.
- Chiedere di sedersi, e porsi a fianco alla persona. Evitare di rimanere in piedi, questo potrebbe comportare maggiori problemi in caso di perdita di sensi da parte del famigliare.
- Nel caso non sia possibile sedersi, porsi ad una distanza di circa 50 centimetri. Una distanza minore potrebbe essere vissuta come invadente, perché viola lo spazio dell'intimità, una maggiore come eccessivamente distanziante.
- Può essere utile è introdurre la comunicazione del decesso preparando alla brutta notizia, ad esempio: "Ho una brutta notizia da darle…".
- Utilizzare il nome della vittima utilizzare frasi come:" P. è rimasto coinvolto in un incidente questa sera" (personalizzare la comunicazione con il nome).
- Comunicare l'avvenuto decesso con parole chiare e dirette. Utilizzare parole come "morto", "deceduto", evitare diversamente espressioni metaforiche come "trapassato", "defunto", "è spirato", o parole come "salma", "corpo". Pur essendo diretti e espliciti, non utilizzare espressioni troppo crude.
- Rispondere alla richiesta di informazioni da parte dei familiari sulle dinamiche dell'incidente in modo schietto e sincero (sostegno informativo), senza aggiunte o interpretazioni. Se non si sa rispondere è meglio dichiarare di non sapere. Non rispondere alle domande sulle responsabilità specificando che si sta investigando e che avranno tutte le informazioni che desiderano al termine dell'investigazione.
- Evitare di attribuire le colpe, sia nel caso che la persona deceduta sia responsabile dell'incidente, sia nel caso siano altri responsabili.
- Fare le proprie condoglianze dopo una pausa e dopo aver risposto ad alcune domande dei familiari. Formulate nell'immediato della comunicazione del decesso, le condoglianze rischiano di apparire formali. Inoltre è importante manifestare la propria partecipazione al dolore altrui, dopo che il famigliare ha mostrato il proprio dolore.

E' importante considerare che in queste situazioni la comunicazione non verbale prevale su quella verbale. Questi aspetti procedurali sono utili per scadenzare i tempi necessari ad assorbire la notizia, ma nel momento in cui vedono la persona in divisa, i familiari capiscono. Gli operatori dovrebbero comunicare supporto con gesti, posture, espressioni e tono della voce. Tutte queste attività vanno svolte senza avere fretta e permettendo ai familiari di ricevere le informazioni necessarie.
Cosa è importate non dire
Non utilizzare espressioni che fanno riferimento a:

Confronto del dolore
"So bene come si sente"
"Sono tanti nella sua stessa condizione"

Metafore o consolazioni banali
"Era arrivato il suo momento"
"La vita non si può prevedere", o "Vi è un destino segnato dall'alto"
"Il tempo cura le ferite"
"La vita continua"
"E' andato a miglior vita", "Ci ha lasciato", ecc

Prescrizioni irrealistiche o esortazioni verso l'immediato recupero
"Deve rimanere calmo", "Deve essere forte", "Deve…"
"Lei è forte abbastanza"
"Riprenda un contegno"
"Presto si sentirà meglio"
"Tutto si supera"

Le reazioni dei familiari

Una volta comunicato il decesso, l'operatore deve fronteggiare la reazione dei familiari. La risposta può essere molto diversa dal punto di vista emotivo: da forme di reale o apparente "iper-controllo", come nell'accettazione rassegnata, stoica, forme di affollamento del pensiero, sensi di colpa, ideazioni controfattuali ("Se solo gli avessi impedito di uscire questa sera!"), a stati di elevata attivazione emotiva con misto di rabbia e disperazione. Una reazione abbastanza diffusa è quella dello shock, della confusione, del distacco dalla realtà. Alcuni familiari raccontano di come siano entrati immediatamente in una sorte di "torpore psichico", non riuscendo ad avere più chiara consapevolezza di quello che gli accadeva intorno. La reazione dissociativa può comportare forme di derealizzazione, dove l'esperienza del mondo esterno appare irreale, strana e "impalpabile". Nel caso ci si trovi di fronte ad una reazione dissociativa, è importante **orientare la persona**, ricordando dove ci si trova ("Signora …|usare il nome di persona!...in questo momento ci troviamo in Ospedale, io sono ...), **proteggerla da ulteriori esposizioni** a stimoli emozionali, cercando ad esempio una stanza "riparata" da altri familiari o amici che hanno avuto reazioni molto intense; invitare a sedersi e recuperare il respiro se lo stato dissociativo è accompagnato da evidente agitazione, cercare il contatto oculare. Il processo di orientamento della persona sotto shock può riguardare anche un aiuto offerto nello svolgere attività pratiche.
Racconta una testimone, alla quale è stata comunicata la morte del fratello, vittima di un incidente a bordo di un ciclomotore, che nel momento in cui i due operatori di Polizia si sono offerti di accompagnarla in ospedale per l'identificazione del deceduto, lei non era in grado di scegliere neanche cosa indossare, tale era lo stato di disorientamento. Nel ricordo della famigliare della vittima l'operatrice di Polizia, si è posta con atteggiamento proattivo, offrendole un aiuto nello scegliere i vestiti da indossare. Tale evento è ricordato come molto di sostegno e utile nell'aiutarla a sbloccare la condizione di impasse psichico.
Se la persona è in uno stato di disorientamento psichico non insistere nel chiedere e fornire informazione nella condizione di disorientamento, in questa condizione potrebbe essere abbastanza inutile e dannoso forzare l'impegno mentale. Chiedere l'intervento di personale sanitario se la dissociazione assume aspetti acuti e durevoli.
Una delle maggiori difficoltà descritte dagli operatori incaricati di comunicare il decesso è quella della reazione al dolore acuto dei familiari, in particolare nelle manifestazioni di rabbia o disperazione profonda. Solitamente le reazioni emotive più intense emergono nei primi 15 minuti (Pietrantoni et al., 2008) dalla comunicazione. La presenza di reazioni emotive molto intense immediatamente dopo la notifica non rappresenta necessariamente un aspetto disfunzionale. Pertanto occorre lasciare esprimere liberamente tali emozioni, ovviamente evitando la possibilità che le manifestazioni emotive siano tali da determinare condizioni di rischio per il famigliare della vittima o per altre persone. I problemi possono insorgere se la condizione di iper-attivazione emozionale permane nel tempo. Le risposte dell'operatore

devono essere improntate all'accettazione e alla normalizzazione delle reazioni emotive intense. Evitando cliché inautentici si possono dare delle risposte del tipo: "Molto probabilmente anche io reagirei come lei se mi trovassi al suo posto", "Le persone che hanno avuto la sua esperienza hanno avuto reazioni molto simili alle sue". Occorre infatti comunicare che quello che stanno sperimentando è normale e accettabile.
Nel caso ci si confronti con reazioni emotive molto intense, e non si sappia bene cosa dire, l'operatore può offrire il proprio sostegno anche in silenzio, con la propria presenza. In una ricerca di Lehman e colleghi (1986) è risultato che tra le reazioni ritenute più utili da parte dei familiari vi sono l'empatia manifestata dall'operatore e la possibilità di esprimere le proprie emozioni senza essere interrotti. Non è necessario utilizzare parole per dimostrare la condivisione empatica e l'accettazione, infatti si può offrire un sostegno anche attraverso forme di comunicazione non verbale (mano sulla spalla, espressioni del volto che esprimono partecipazione). Occorre però evitare di forzare il contatto fisico, potrebbe essere vissuto come manifestazione di un comportamento invadente. Va posta particolare attenzione a gestire il contatto fisico, in particolare quando vi sono delle differenze culturali.
Dopo aver accettato le reazioni emotive immediate si potrà anticipare che è probabile che possano essere attraversati da periodi di abbattimento, solitudine e rabbia, accennando al fatto che se tali sentimenti persistessero troppo a lungo o troppo intensamente, compromettendo la loro vita quotidiana, si raccomanda di cercare un aiuto professionale e di fare riferimento a persone esperte nella gestione del lutto. Per chiedere informazioni sui servizi preposti a dare sostegno psicologico nel proprio territorio si consiglierà di far riferimento al proprio medico, o, se la comunicazione avviene nel pronto soccorso di un ospedale, allo stesso servizio ospedaliero.

Conclusione

Prima di concludere il loro intervento gli operatori devono accertarsi che i familiari non rimangano da soli. Così verificheranno che si siano presi dei contattati con persone significative come parenti, amici, o altre persone capaci di offrire sostegno. Prima di congedarsi è bene gli impegni pratici che incombono sui familiari delle vittime, e verificare se tutto è chiaro. In questa particolare fase una guida molto pratica sulle cose da fare è molto utile. I familiari delle vittime indicano spesso come tra i bisogni più disattesi vi siano quelli informativi.
E' fortemente consigliato lasciare indicazioni scritte con le informazioni necessarie e i contatti degli operatori che sono intervenuti. Mostrare disponibilità a futuri incontri e se possibile indicare che a breve si tornerà per verificare come vanno le cose. Questa disponibilità solitamente è apprezzata e fornisce una percezione di sostegno continuativo che non si interrompe con la fine della comunicazione del decesso. La visita effettuata a breve distanza (entro i dieci giorni successivi al esequie) permette di monitorare la situazione e verificare come la famiglia sta gestendo il lutto. Se non vi è la possibilità di tornare, in ultima istanza, si può chiamare al telefono.
Un buon modo per congedarsi è quello di lasciare una brochure che elenchi gli obblighi da espletare, le informazioni sui servizi territoriali attivi, e i riferimenti degli operatori che possono essere ricontattati.

La consegna degli oggetti personali.

La consegna degli effetti personali da parte delle Forze dell'Ordine è un aspetto molto rilevante. Si tratta di restituire oggetti potenzialmente "carichi" di significato affettivo per i parenti. Prima del congedo, se la comunicazione avviene da parte delle Forze dell'Ordine, verrà indicato che nei giorni successivi gli verranno consegnati gli oggetti della vittima (utilizzare sempre il nome di battesimo). Anticipare pertanto tale adempimento.
All'atto della restituzione degli oggetti vanno utilizzate alcune cautele:

- Se possibile consegnare gli oggetti nell'abitazione dei familiari.
- Non consegnare gli oggetti in una busta di plastica, ma preferibilmente riporli entro una scatola o una confezione decorosa;
- Consegnare gli oggetti in un ambiente tranquillo, evitando situazioni di confusione;
- Anticipare a voce cosa c'è nella scatola e quali sono le condizioni degli oggetti

in essa contenuti, in modo che i familiari sappiano cosa aspettarsi;
- Utilizzare la parola oggetti al posto di effetti;

Assistere i familiari nel saluto al proprio caro o nel riconoscimento.
Un altro momento molto delicato è il riconoscimento della salma da parte dei familiari. In questo caso è importante che l'operatore formato al pronto soccorso psicologico svolga due funzioni. La prima è quella di offrire la possibilità di accompagnare i familiari presso il luogo dove è stata adagiata la vittima (camera mortuaria, sala di medicina legale). La seconda è quella di preparare la visita, descrivendo la stanza che troveranno e le procedure da seguire (esempio: "Così come per tutti, |Nome| è stato adagiato su un tavolo di acciaio e ricoperto da un telo: Nella stanza ci sarà il Dott. …che la aiuterà nel riconoscimento di |Nome|). Nel caso l'incidente sia stato particolarmente violento, oltre a ricomporre il corpo e pulire da diffuse tracce ematiche, è necessario anticipare tale condizione, lasciando scegliere il famigliare se vedere la salma o meno.
Lasciare che i familiari possano stare il tempo che desiderano accanto al corpo, così come toccarlo. Il contatto visivo e fisico con la salma, chiaramente può riattivare una forte reazione emotiva, ma allo stesso tempo rappresenta una fase importante di elaborazione del lutto. Attraverso la visione della salma si avvia il primo processo di reificazione della morte e di saluto.
Rispettare la volontà dei parenti quando esprimono chiara intenzione di non vedere la salma.

Comunicare ai bambini la morte di un famigliare.
Nel comunicare la morte ad un bambino occorre tenere presente le sue capacità cognitive, legate al suo sviluppo. Non ci si deve aspettare una risposta univoca e schematica alla scomparsa di una persona cara da parte dei bambini, poiché le loro reazioni dipendono da diversi aspetti, quali:

- l'età;
- la qualità del legame con la persona scomparsa;
- le risorse dell'ambiente familiare e sociale;
- la possibilità di esprimere i propri sentimenti;
- la possibilità di proseguire la propria vita quotidiana.

In età prescolare un bambino non ha ancora una chiara comprensione dei processi di irreversibilità. Pertanto la morte è compresa come la fine delle funzioni vitali, allo stesso tempo però può essere vissuta come un processo dal quale si può fare ritorno. Dai 6 anni fino agli 11 anni i bambini hanno un'idea più realistica della morte. La loro maggiore difficoltà è comprendere e identificare con chiarezza le proprie emozioni. Potrebbero regredire nei livelli di sviluppo raggiunti, diventare aggressivi con i compagni o sfogare la loro aggressività verso giocattoli e altri oggetti. Dagli 11 anni in su, tipicamente, preadolescenti e adolescenti comprendono appieno il significato della morte e delle emozioni correlate a tale evento. Potrebbero però avere difficoltà nella gestione delle proprie emozioni, così come può capitare a un adulto. In particolare nella fase adolescenziale la reazione alla morte di un proprio famigliare o amico può orientare il giovane verso condotte estreme, come comportamenti antisociali o autolesionistici, vissuti depressivi, o decisioni drastiche sul proprio futuro.
Considerando quanto può essere importante comunicare in modo adeguato, l'avvenuto decesso a un bambino occorre prendere in considerazione alcuni aspetti:

- La comunicazione va fatta attraverso la presenza di un adulto significativo. Se l'incidente ha coinvolto uno dei due genitori, aiutare il genitore ancora in vita a comunicare il decesso, se sono deceduti entrambi i genitori coinvolgere nella comunicazione il parente di maggior riferimento.
- Usare parole e concetti adeguati all'età del bambino e alla sua concezione della morte.
- Comunicare al bambino, in particolare in età prescolare, che la morte è una separazione definitiva. La persona morta non tornerà. I bambini possono essere aiutati a comprendere l'irreversibilità della morte attraverso alcuni esempi, come

la morte di un animale domestico.

Manifestazione del dolore

- Se la morte ha riguardato uno dei due genitori il bambino potrebbe essere molto preoccupato di perdere l'altro. Analogamente se il decesso è stato di uno dei membri della famiglia (nonni, zii, ecc.) potrebbe sviluppare la paura di perdere i genitori. Tra le diverse reazioni che mostrano preoccupazione per la sorte dei genitori vi è in particolare l'intensificare delle richieste di prossimità e vicinanza con loro.
- I bambini più piccoli possono essere molto confusi e non comprendere quello che sta succedendo e, non avendo raggiunto una buona padronanza linguistica, hanno difficoltà a esprimere verbalmente le proprie emozioni. In questi casi può capitare che il dolore e la loro sofferenza trovino manifestazioni attraverso alcuni comportamenti tipici. In particolare, possono mostrare maggiori paure nella separazione da uno dei genitori, specie quando devono andare a letto e dormire da soli. Altri comportamenti che possono significare gravi preoccupazioni e disagio del bambino sono: enuresi notturna, paura ad addormentarsi, incubi frequenti, comportamenti regressivi.

Particolari forme di preoccupazione

- I bambini più piccoli potrebbero essere spaventati dall'idea di essere responsabili della morte della persona cara (magismo egocentrico); magari per essersi arrabbiati con lei in passato in qualche occasione. Se il bambino manifestasse tali convincimenti occorre rassicurarlo dicendogli che la morte non è assolutamente in relazione con lui.
- E' importante che i genitori insieme agli operatori si prendano carico degli interrogativi del bambino. Un bambino di fronte alla scomparsa del padre potrà chiedere le ragioni della tristezza della mamma; o quando rivedrà il papà? Sono interrogativi difficili da affrontare, ma non vanno elusi.

Non proteggere eccessivamente i bambini dal dolore arrecato dalla morte

- Non nascondere quanto accaduto. A volte si preferisce non affrontare l'evento nella convinzione di proteggere il bambino. Spesso il risultato di tale operazione è opposto a quello sperato. La tristezza e l'inquietudine sperimentate non trovano spiegazioni nel bambino, possono così incoraggiare interpretazioni errate. Meglio è affrontare pertanto la questione.
- Prendere in considerazione la possibilità di far partecipare il bambino ai rituali sociali di passaggio inerenti la morte. Occorre valutare alcuni aspetti, come l'età del bambino o il comportamento degli adulti significativi di fronte alla celebrazione del funerale

Nel comunicare con i bambini la morte di un adulto significativo è pertanto importante permettere di esprimere liberamente le loro emozioni, parlare con loro in maniera onesta e sincera, rassicurarli attraverso una presenza costante e condividere con loro il dolore. Quando muore un genitore o un adulto significativo è importante assicurare al bambino un percorso di accompagnamento o contenimento emotivo costante. Il lutto non è infatti un evento, ma un percorso.

Cosa va evitato

Non utilizzare espressioni come:

- "Il papà è partito per un lungo viaggio e starà via per molto tempo" è un'evidente comunicazione falsa e per il bambino implica che il papà prima o poi tornerà.
- "La sorellina si è addormentata in un sonno lungo e speciale" è un'affermazione che potrebbe portare il bambino a sviluppare problemi di sonno.
- "E' la volontà di Dio" o "Papà era talmente meraviglioso che Dio l'ha voluto con sé in Paradiso", può creare nel bambino idee confuse riguardo la religione, con intensi sentimenti di preoccupazione e rabbia.

3.4 Contenimento e stabilizzazione emotiva

Obiettivo
Ridurre l'attivazione emotiva delle persone coinvolte in un incidente stradale

Premessa
Non tutte le persone coinvolte in un incidente stradale hanno necessità di un intervento di stabilizzazione emotiva. Una condizione d'iper-attivazione fisiologica è una risposta funzionale immediatamente dopo un evento come un incidente stradale. Si tratta pertanto di una reazione attesa di fronte ad un evento traumatico. Occorre però tenere in considerazione che uno stato di attivazione estremo, o di profondo disorientamento psichico, se si reiterano nel tempo possono comportare gravi disagi fino ad esitare in vere e proprie psicopatologie, quali disturbi stress correlati, depressione, fobie, ecc. E' importante pertanto prestare attenzione, ed eventualmente sostegno, alle persone che manifestano persistenti stati di attivazione emotiva o protratte condizioni di confusione mentale. Gli effetti traumatici sulle emozioni più ricorrenti possono essere rappresentati da forme d'**intensa attivazione ed espressione emotiva**, come: disperazione, terrore, irritabilità o veri e propri scoppi d'ira, accompagnati da iper-attivazione fisica. In questa tipologia di risposte troviamo manifestazioni fisiche incontrollate (agitazione, rabbia, ecc.) e disorganizzate (comportamenti di ricerca frenetica senza una meta precisa), o intense risposte emotive (pianto incontrollato, iperventilazione, ecc.). **Diversamente vi possono essere reazioni di ottundimento delle emozioni (manifestazioni di distacco emotivo o ritirata espressione delle emozioni)**, con conseguenti riduzioni delle capacità di orientare l'attenzione, elaborare gli stimoli, modulare la comunicazione, e attuare forme di comportamento finalizzato. In questo caso le manifestazioni più evidenti possono essere uno sguardo vuoto, l'assenza di risposte a domande o evidenti vuoti della memoria. In alcune condizioni di shock si può arrivare a una vera e propria fuga dissociativa, segnata da confusione riguardo la propria identità e una riduzione del proprio stato di coscienza.

Come aiutare le vittime sopraffatte da forti emozioni.
Nel caso siano presenti familiari della persona che sta vivendo una condizione d'intensa attivazione emotiva, è importante chiedere il loro aiuto. Se possibile, chiedendo la compagnia di parenti o amici, si accompagnerà la persona in luogo più tranquillo, in modo da difenderlo da un eccesso di stimoli. Permettere l'espressione delle emozioni intense, se queste ovviamente non presentano pericoli per sé o per gli altri, rimanendo vigili e a breve distanza. Ad esempio, in caso di reazioni di rabbia si può rimanere anche in silenzio e, prestando attenzione alle possibili condizioni di pericolosità, manifestare la propria disponibilità a offrire un aiuto ulteriore. Di solito le reazioni emotive più intense hanno una durata circoscritta nel tempo.
Un'altra frequente reazione emotiva diffusa dopo un incidente stradale può essere quella del senso di colpa. In particolare da parte di genitori di ragazzi deceduti o gravemente feriti, che benché non abbiano responsabilità oggettive, si percepiscono responsabili per non aver protetto in modo adeguato i propri figli. Tale vissuto è spesso sorretto dai cosiddetti pensieri "controfattuali" ("Se avessi fatto questo.. Se fossi intervenuto prima…"). In questo caso, se l'operatore percepisce questo tipo di ideazione, può intervenire cercando di alleggerire le responsabilità eccessive, con frasi tipo: "Mi sembra che lei si stia colpevolizzando troppo…Probabilmente lei è un po' troppo severo con sé stesso…"
Nel parlare si manterrà un atteggiamento pacato, rimanendo calmi e presenti a sé stessi; la capacità di autocontrollo può offrire condizione di "modellamento" per la persona in preda ad agitazione. La calma manifestata dall'operatore che sta svolgendo l'intervento non deve però manifestarsi in termini di mancato coinvolgimento.
Mostrare di comprendere le reazioni emotive intense, utilizzando frasi del tipo: "Esperienze così scioccanti possono generare emozioni così forti…". Meglio evitare indicazioni prescrittive come "Deve tirarsi su…, non faccia così", solitamente possono innescare reazioni contrarie a quelle attese.
Nel caso in cui la persona dovesse essere sopraffatta da un pianto ininterrotto, avvicinarsi anche attraverso l'offerta di un fazzoletto. Tale semplice gesto oltre a permettere di conquistare una prossimità fisica, riconosce la necessità e la normalità del piangere e, spesso, porta a una sua attenuazione.

Se la persona si dimostra molto confusa, può essere necessario intervenire riorientandola; in questo caso può essere d'aiuto chiedere se ha consapevolezza di quello che sta accadendo, è importante anche esortare ad ascoltarvi e a guardarvi negli occhi. Si eviterà comunque di chiedere alla persona altre informazioni: infatti le domande potrebbero non essere ben comprese. Diversamente occorre dare indicazioni sulla situazione e precisare quello che è necessario fare.
Nel caso in cui la persona mostri un livello di agitazione elevato, può essere utile cercare di ancorare la persona all'ambiente circostante, utilizzando tecniche di ancoraggio (grounding). In questo caso far sedere in posizione comoda, invitandola a tenere le braccia distese, le si comunicherà che in situazioni di questo tipo è usuale sentirsi confusi e agitati. Le si potrà poi chiedere di respirare lentamente e profondamente, e guardandosi intorno identificare cinque cose non stressanti (ad esempio sedie, tavoli, il pavimento, ecc.). Continuare ad indicare di sostenere respiri profondi e lenti. Chiedere poi di nominare cinque cose non stressanti che la persona può percepire, come la voce di qualcuno, una porta che sbatte, ecc. Dopo che il soggetto ha elencato i cinque elementi, invitare di nuovo a respirare profondamente e si riproporranno nuovamente gli esercizi. Tali attività di respirazione e ancoraggio ambientale sono di solito efficaci nel ridurre l'agitazione e la confusione riconducendo l'attenzione della persona sull'ambiente presente.

Testimonianza
(Estratto di un'intervista alla mamma di un ragazzo deceduto in un incidente stradale)

" … alle 2 di notte è suonato il campanello di casa, ed è venuto il poliziotto N. A. e mi ha detto che doveva parlare con noi per dirci una cosa; ci ha fatto aprire il cancello, lo abbiamo fatto entrare e ci ha detto che mio figlio aveva avuto un incidente. La prima cosa che ho pensato è che dovevo andare subito, infatti gli ho chiesto: "Dove è mio figlio, ha bisogno di me, devo andare". E lui gentilmente mi ha detto: "Guardi signora non ha bisogno suo figlio, le devo spiegare molte cose perché l'incidente è stato molto grave", "Grave quanto?", "Non ce l'ha fatta". Li sono caduta in un vuoto, non capivo più niente, nel senso non ho avuto la forza neanche di disperarmi però ero nel pallone. Mi ha chiesto se conoscevo gli altri ragazzi che erano insieme e io non mi ricordavo niente e se pensi che da loro siamo stati al matrimonio è impossibile però io non mi ricordavo in quel momento li, non mi ricordavo neanche il volto di mio figlio. Era un vuoto assoluto. E non riuscivo a capire però gli ho detto "ma com'è stato?" e lui mi ha spiegato un po' l'incidente ma subito al momento non te ne rendi conto, non lo capisci. E loro ci hanno pregato di non muoverci da casa perché al momento non potevamo fare niente, i ragazzi sono stati portati in siti diversi, però non sapevano dove fosse mio figlio. Aspettare le 7 di mattina è stata la tragedia nella tragedia perché per me la prima cosa che ho pensato è stata mio figlio ha bisogno di me, devo esserci e invece non c'era più niente da fare".

Nel caso in cui non risultino efficaci, o se la persona dimostra confusione e agitazione perdurante o crescente, si richiederà con urgenza l'intervento di personale sanitario specializzato.

Normalizzare le reazioni acute

Con l'indicazione di "normalizzare" si intende il comunicare alle vittime che le loro reazioni immediate all'evento critico sono del tutto normali. L'attività può avvenire anche in una fase successiva all'evento, qualora l'attivazione emotiva tenda a rimanere molto alta in modo persistente.
In alcuni casi può capitare che di fronte ad una reazione acuziale una vittima si spaventi o sviluppi vissuti d'inadeguatezza ("Non sono capace di reagire, e invece dovrei farmi forza…"). In queste circostanze occorre comunicare che tali sensazioni sono frequenti, normali o fisiologiche all'evento: inevitabili di fronte a eventi così tremendi. Evitare riferimenti alle manifestazioni sintomatologiche, così

come non richiamare i disturbi psichici legati allo stress. Occorre fare attenzione allo stesso tempo anche a **non semplificare o eccedere nelle rassicurazioni**, in particolare rispetto alla gravità e durata di tali manifestazioni: esortazioni superficiali possono attivare nelle vittime la sensazione che il proprio dolore sia svalutato e conseguentemente irritazione e rabbia.
Un intervento di normalizzazione ha lo scopo di depatologizzare e contestualizzare il disagio, senza banalizzare e compiere eccessive generalizzazioni.
L'operatore che interviene cercando di normalizzare le reazioni agli eventi traumatici, dovrebbe anche anticipare che possono persistere nel tempo condizioni di forte attivazione emotiva e che, se queste interferissero eccessivamente con le normali attività quotidiane, si raccomanda di rivolgersi a un servizio psicologico specializzato in traumatologia.

Esempio di comunicazione finalizzata alla normalizzazione delle reazioni psicologiche:

"E' comprensibile che dopo un evento del genere possa sentirsi così sola e disperata, e ritenere che la vita non abbia senso, non avere più interesse per nulla …"
"Spesso, dopo aver perso una persona cara, ci si sente in qualche modo responsabili, si pensa a quello che si sarebbe potuto fare per impedirlo"
"E' normale sentirsi spaventato, continuamente teso come se si fosse ancora in pericolo… così come non riuscire a prendere sonno o avere difficoltà a concentrarsi"
"Come sta capitando a lei, spesso le persone che hanno attraversato la sua condizione rivivano nella propria mente l'esperienza dell'incidente…senza riuscire a pensare ad altro"

3.5 Raccolta di informazioni e valutazione

Obiettivo

Identificare i bisogni delle vittime. Raccogliere informazioni per pianificare l'intervento di pronto soccorso psicologico.

Premesse

L'attività di raccolta di informazioni ha un ruolo rilevante nel pianificare un intervento finalizzato a rispondere al meglio alle esigenze della vittima di incidente stradale. E' una procedura che può essere eseguita da personale sanitario, preferibilmente da psichiatri o psicologi esperti in psicotraumatologia, presso la struttura ospedaliera nell'immediato dell'evento, o in un momento successivo. Non è da intendersi come un colloquio o un'intervista standardizzata con finalità diagnostiche, ma come una prima raccolta di informazioni sui bisogni attuali della vittima e sulle aree di maggiore rischio psicosociale. Le informazioni raccolte possono orientare verso l'invio della vittima a servizi di salute mentale, o di tipo supplementare di altro genere, a professionisti esperti in tema di intervento sulle vittime di trauma psicologico; così come possono fornire utili indicazioni sul tipo di intervento da adottare (psico-educativo, gestione dello stress e tecniche di coping, tecniche di intervento focalizzate sul trauma, semplici follow-up successivi per verificare lo stato di salute del soggetto). La particolare delicatezza di questa attività rende necessario che sia condotta da un professionista esperto.
Se la raccolta di informazioni viene realizzata in un momento immediatamente successivo all'evento (pronto soccorso di un ospedale), rievocare la condizione traumatica può risultare ulteriormente stressante per la vittima rievocare la condizione traumatica, con il rischio di richiamare elementi intrusivi nel pensiero. Pertanto occorre che l'operatore impegnato nella raccolta di informazioni eviti di indurre la vittima a soffermarsi nel racconto di dettagli ancora fortemente connotati

da un punto di vista emotivo. Alcune ricerche mostrano come sollecitare forme di narrazioni sull'evento, a breve dall'accaduto e non all'interno di un setting terapeutico formalizzato, può risultare dannoso (Pietrantoni et al., 2008). Si espliciterà pertanto che l'intervista viene condotta con la finalità di comprendere quali sono i bisogni prevalenti e programmare gli opportuni interventi di assistenza e si lascerà che la persona intervistata si esprima liberamente su quanto accaduto, evitando di porre domande di approfondimento sulle dinamiche dell'incidente.
Dopo aver ricevuto informazioni riguardo il livello di coinvolgimento (vittima diretta, famigliare) e la dinamica generale dell'accaduto, porre in particolare domande riguardanti alcune aree specifiche, come:

Problemi di salute e bisogno di assistenza medica precedente all'evento.

"Vi è qualcosa che la preoccupa particolarmente in questo momento?".
"Ha bisogno di ulteriori informazioni?".
"Vuol aver informazioni più precise riguardo il trattamento terapeutico adottato per suo/a figlio/a ".

E' importante valutare la presenza di preesistenti problemi di salute fisica/ mentale che potrebbero ulteriormente aggravarsi in seguito all'evento. Persone con disturbi psichici precedenti all'evento potrebbero con maggiore facilità subire un peggioramento delle proprie condizioni.

"Può dirmi qualcosa sul suo stato di salute?".
"E' in cura per qualche malattia?".

Precedenti esposizioni ad eventi traumatici e a lutti
Presenza di supporto sociale

"Le era mai capitato di essere coinvolto in una situazione come questa?".
"Ha mai subito un lutto di una persona a lei molto cara in modo traumatico?".

"Ci sono familiari, amici, vicini di casa, che possono aiutarla ad affrontare le difficoltà che sta vivendo?".

Uso pregresso di alcol e sostanze psicoattive

"Ha mai avuto problemi con l'alcol e con la droga in passato?".
"Ha mai fatto uso di tranquillanti o altri psicofarmaci?".
Se è trascorso del tempo dall'evento:
"E' possibile che in seguito ad eventi del genere alcune persone tendano a esagerare con l'alcol (o ricorrano più facilmente a tranquillanti, o fumino più sigarette). E' capitato anche a lei?".

In particolare se è trascorso del tempo dall'evento verificare la presenza di:

Sentimenti di colpa
In particolare nei genitori di ragazzi coinvolti è possibile verificare la presenza di sentimenti di colpa rispetto a quanto accaduto, anche se non vi sono responsabilità oggettive. In questo caso è necessario offrire supporto emotivo e informazioni su come fronteggiare queste emozioni.

Pensieri autolesionistici o aggressività rivolta ad altri

> *"Può capitare che situazioni come quella che sta attraversando comportino pensieri estremi". "Le è mai capitato di desiderare di farsi del male?". "…Ha mai pensato di fare del male a qualcuno".*

3.6 Strategie di gestione dello stress

Obiettivo

Offrire indicazioni riguardo strategie di gestione dello stress. Istruire su procedure mirate a fornire abilità gestionali (coping skills), utili a fronteggiare i problemi legati all'evento critico (problem-focused), o strategie utili a gestire le emozioni disfunzionali (emotion-focused).

Premesse

Con il termine coping (dall'inglese to cope with che può essere tradotto con "far fronte a") si fa riferimento alle modalità con cui le persone cercano di gestire o adattarsi a eventi traumatici o situazioni quotidiane complesse. Richard Lazarus e Susan Folkman (1991) hanno definito il coping come un insieme di sforzi cognitivi e comportamentali messi in atto per gestire le richieste esterne in relazione alle risorse possedute. Le strategie di coping sono pertanto processi attivati da condizioni critiche, attraverso i quali si tenta di ripristinare il controllo della situazione o almeno di ridurre lo stato di sofferenza psicologica.
Le strategie di coping comprendono:
a) processi cognitivi, quali percezione dell'evento, valutazione e pianificazione delle strategie da adottare;
b) le azioni adottate (i comportamenti);
c) le emozioni connesse agli eventi critici.
In una distinzione divenuta oramai classica Lazarus e Folkman (1984) hanno distinto due tipi fondamentali di reazioni alle condizioni di stress:
Le strategie focalizzate sulle emozioni (emotion coping): attraverso cui le persone tentano di ridurre le reazioni emotive negative, ad esempio attraverso la distrazione o negazione del problema, cercando conforto negli altri, o cercando di contrastare le emozioni negative con l'ausilio di sostanze.
Le strategie focalizzate sul problema (task coping): con le quali l'individuo cerca di fronteggiare la condizione critica attraverso la valutazione, la pianificazione e l'azione diretta nei confronti dell'evento critico.
Autori come Endler e Parker (1990) hanno annoverato anche una tipologia di coping centrata sull'evitamento (avoidance coping), che consiste nei tentativi da parte del soggetto di ignorare la minaccia dell'evento stressante attraverso l'impegno in attività che distolgono la sua attenzione dal problema.
In particolare tra le strategie focalizzate sulle emozioni troviamo forme di coping particolari come (Lazarus & Folkman, 1985):

- Distanziamento (porsi ad una "distanza" emotiva dall'evento attraverso la negazione del problema o distrarsi in altre attività).
- Accettazione della responsabilità (ritenersi più o meno responsabile di una situazione).
- Autocontrollo (capacità di non lasciarsi travolgere dalle emozioni).
- Ricerca del sostegno sociale.
- Evitamento.
- Rivalutazione positiva (vedere la realtà da un punto di vista più positivo).
- Tra le strategie orientate al compito:
- Affrontare direttamente il problema.
- Pianificazione.
-

Le diverse strategie possono anche differenziarsi in base al tipo di approccio nei confronti dell'evento stressante (Brown & Nicassio, 1987). Possiamo avere condizioni di approccio diretto con la situazione che genera stress (coping attivo), o diversamente dedicarsi a situazioni distraenti capaci di allontanare pensieri ed emozioni disforiche (coping di evitamento).
Non necessariamente i processi di coping adottati risultano funzionali all'adattamento alla situazione stressante. A volte le risposte di fronteggiamento possono essere inadeguate o disfunzionali. Un adattamento efficace solitamente richiede una certa **flessibilità** nelle strategie impiegate, e il ristabilirsi di una percezione di **controllo** ambientale ed emotivo.

Esempi di risposte di coping funzionali	Esempi di risposte di coping disfunzionali
• Cercare il sostegno sociale • Confrontarsi con gli altri (Partecipare a gruppi di sostegno) • Autocontrollo emotivo • Utilizzare tecniche di rilassamento • Prendere le distanze • Impiegare meccanismi di evitamento (a breve dall'accaduto) • Accettare le responsabilità • Utilizzare strategie di problem solving • Rivalutare	• Innescare meccanismi di dipendenza e richiesta di approvazione • Manifestare instabilità emotiva (ansia, rabbia, ecc. • Eludere il problema • Manifestare impotenza • Avere esagerate aspettative su di sé

L'operatore di pronto soccorso psicologico dovrebbe porre particolare attenzione ad alcune reazioni poco adeguate, o indicatori sentinella di condizioni patologiche in "agguato", come:

- Non prendersi cura di sé (ridurre drasticamente il riposo, mangiare in modo irregolare, rinunciare all'esercizio fisico, ecc.).
- Biasimarsi spesso, accusando sé stessi in modo ingiustificato per quanto accaduto, o diversamente arrabbiarsi violentemente con altri.
- Cercare un impegno passivo e distrazioni nella maggior parte della giornata (trascorrere molto tempo guardando la TV, giocando ai videogiochi, o intrattenendosi su internet senza una particolare finalità).
- Assumere comportamenti di rischio.
- Isolarsi rinunciando completamente alle attività sociali.
- Rinunciare completamente all'utilizzo di una vettura.
- Ricorrere all'uso di sostanze alcoliche o alle droghe.

E' necessario che l'operatore del pronto soccorso psicologico rivolga un'attenta valutazione alle risorse personali della vittima, considerando la percezione soggettiva dell'evento e le strategie utilizzate, offrendo la possibilità di aumentare il repertorio di risposte adeguate da impiegare.

Fare psico-educazione: dare informazioni sulle più frequenti reazioni psicologiche agli eventi traumatici e sulle strategie di coping più adattive

Può essere utile fornire alle vittime alcune informazioni su quali siano le reazioni più comuni ad un trauma come l'incidente stradale, sia per le vittime dirette sia per i familiari che hanno perso una persona cara. Le reazioni automatiche potrebbero spaventare, aggravando i vissuti di impotenza e mancanza di controllo.
Si possono elencare le più frequenti reazioni e chiarire come queste siano tutte comprensibili e normali, evitando però di creare false speranze su un ineluttabile ridimensionamento di tali aspetti con il trascorrere del tempo, fino alla scomparsa in un breve periodo. Si anticiperà come, se dovessero persistessero reazioni e

disturbi che impedissero il ritorno a un adeguato stile di vita, sia necessario affidarsi a operatori esperti in ambito psicotraumatologico.
Dare indicazioni su quelle che sono le principali reazioni di tipo post-traumatico:
a) L'evitamento e il ritiro sociale, che comprendono reazioni di ritiro persistente nei confronti degli stimoli associati al trauma, in particolare attraverso sforzi per evitare pensieri, immagini, contesti o persone che evocano l'esperienza del trauma. L'evitamento spesso comporta anche forme di ritiro sociale con marcata riduzione dell'interesse o della partecipazione ad attività significative. Vi possono essere forme di affettività ridotta con sentimenti di distacco o di estraneità verso gli altri e una marcata interruzione di una prospettiva verso il futuro.
b) Reazioni intrusive, nelle forme di pensieri, immagini o percezioni spiacevoli ricorrenti dell'evento. **Nei bambini** tali elementi reattivi possono trovare espressione attraverso giochi ripetitivi in cui vengono rappresentati aspetti riguardanti il trauma. Negli adulti ancora si possono presentare sogni spiacevoli ricorrenti dell'evento, mentre nei **bambini** gli incubi notturni possono essere spaventosi senza un contenuto riconoscibile. Infine, nei casi di maggiore gravità, gli aspetti ricorsivi possono riguardare l'agire o sentire come se l'evento traumatico si stesse ripresentando (sensazioni di rivivere l'esperienza, illusioni, allucinazioni, ed episodi dissociativi di flashback).
c) Sintomi persistenti di aumento dell'arousal, come nei casi di grande difficoltà ad addormentarsi o a mantenere il sonno, o nelle forme di irritabilità e scoppi di ira. L'iper-attivazione emotiva può riguardare inoltre il mantenimento di stati costanti di ansia, d'ira, attribuzione di colpa a sé, terrore, tremori, palpitazioni, nausea. Il particolare stato di attivazione emotiva può comportare alcune ricadute comportamentali come: stanchezza persistente, mancanza di sonno, difficoltà nel respiro ("nodi alla gola"), nausea, diarrea, mal di testa, disordini mestruali, ecc.).
Utili indicazioni possono riguardare il comunicare la presenza dei rievocatori del trauma, vale a dire oggetti, suoni, luoghi, odori, che richiamano con forza alla mente l'esperienza dell'incidente stradale o della perdita della persona cara. In questo caso può essere utile offrire indicazioni su come gestire tali elementi, attraverso strategie come l'evitamento anticipatorio, il distanziamento, o, con l'aiuto di tecniche di rilassamento, gestire direttamente le condizioni rievocatorie (ad esempio nel caso di un lutto complicato anniversari o occasioni speciali possono evocare ricordi traumatizzanti: in questo caso può essere utile congegnare nuovi modi per celebrarli).

Quali azioni proporre?

Si possono proporre una serie di azioni concrete per alleviare le vittime da stati di ansia, depressione, ed altre condizioni legate all'evento traumatico. Tra queste:

Partecipare ad attività di socializzazione. Rimanere in contatto con altre persone che possono offrire sostegno psicologico o più semplicemente rappresentare occasione di distrazione dall'evento. La comunicazione interpersonale può svolgere un ruolo importante nell'alleviare la vittima da condizioni di stress (Luminet et al., 2000).

Partecipare ad attività distraenti, pratiche e piacevoli. E' importante che le vittime affrontino lo stress anche impegnandosi in attività capaci di risollevare anche per breve tempo dall'inflazione di pensieri negativi.

Mangiare in modo sano e riposare adeguatamente. Consigliare di mantenere un'alimentazione corretta e ritmi sonno-veglia regolari. In diverse ricerche si è dimostrato che vi è una chiara correlazione tra livelli di stress e un'alimentazione non sana, come nel caso di un elevato consumo di sostanze grasse o dolci (Oliver et al. 2000). Così come anche la regolarità e quantità di sonno si legano alla gestione dello stress (Akerstedt, 2006). A questo proposito è importante suggerire diverse strategie nella gestione del sonno (igiene del sonno), tra queste, oltre a normalizzare il problema descrivendo come fisiologica la riduzione del sonno nelle condizioni di stress e di disagio, si può consigliare di:

- Mantenere orari regolari, andando a dormire all'ora abituale in cui si ha sonno

e svegliandosi senza cercare di dormire più a lungo. Per mantenere un ritmo sonno-veglia adeguato è importante non cercare di forzare il proprio bisogno di sonno.
- Ridurre il consumo di bevande alcoliche, in particolare nelle ore antecedenti al sonno. L'effetto sedativo è superficiale mentre tende a sovraccaricare il fegato.
- Non assumere sostanze eccitanti (esempio caffeina), in particolare dopo il primo pomeriggio
- Praticare regolarmente dell'esercizio fisico, ma non la sera prima di andare a dormire.
- Evitare di consumare significative quantità di cioccolata e di zuccheri. Il cioccolato contiene sostanze stimolanti come la tiramina e la feniletilamina, mentre gli zuccheri forniscono un supporto energetico immediato ma necessitano di una digestione prolungata.
- Evitare di fumare nell'ultima mezzora prima di andare a dormire, la nicotina è una sostanza stimolante.
- Prima di andare a dormire svolgere attività rilassanti (p.es. un bagno caldo), ed evitare impegni cognitivi complessi;
- Evitare preferibilmente di riposare durante il giorno.
- Rendere la camera da letto quanto più possibile buia, silenziosa e confortevole.
- Non utilizzare il letto per attività incompatibili con il sonno come leggere, studiare o guardare la TV.

Oltre che dalla paura di non riuscire a dormire e dallo sforzo volontario per prender sonno, che paradossalmente aggravano l'insonnia, le difficoltà nell'addormentarsi sono spesso causate da pensieri intrusivi, legati alla rievocazione dell'evento traumatico, o dalla ricerca di soluzioni rispetto al futuro. In attesa di raggiungere un attenuamento delle preoccupazioni eccessive, delle credenze disfunzionali e degli stati di eccessiva attivazione emotiva, l'operatore del sostegno psicologico può consigliare di cercare di affrontarle in momenti diversi e ben distinti da quelli dedicati al sonno.

- Rendere confortevole la camera da letto, permettendo di ottenere il buio e il silenzio.
- Non utilizzare la camera da letto per altre attività stimolanti come leggere, studiare o guardare la TV, che potrebbero interferire con il sonno.

Le difficoltà nell'addormentarsi sono spesso causate da pensieri intrusivi, legati alla rievocazione dell'evento traumatico, o dalla ricerca di soluzioni rispetto al futuro. L'operatore del sostegno psicologico deve intervenire alleviando le preoccupazioni eccessive, le credenze disfunzionali, e gli stati di particolare attivazione emotiva che minacciano il riposo.

Descrivere la propria esperienza dell'evento su un diario. La narrazione, intesa come il racconto di una storia dotata di una trama, è un processo fondamentale che organizza i vissuti personali e il significato di un evento. Diverse ricerche (ad esempio, Amir, Stafford Foa, 1998; Foa, Molnar, e Cashman, 1995; Pennebaker, 1993, 2004) mostrano che quando la narrazione di esperienze traumatiche divengono più coerenti (cioè chiaramente articolate, ben organizzate e dettagliate), i sintomi psicopatologici conseguenti all'evento critico diminuiscono. Il racconto di un evento traumatico non soltanto permette di configurare in modo più ordinato e distaccato quanto avvenuto, ma l'esercizio costante di scrittura dei compiti da svolgere (come ad esempio nel caso della scrittura di un diario), forniscono al soggetto la direzione e l'energia necessaria. La possibilità di immaginare in termini narrativi il proprio ruolo e le proprie decisioni riguardo aspetti presenti o futuri, rafforza l'impegno della persona nello svolgimento delle proprie attività. **Tale strategia va considerata con molta cautela nel periodo immediatamente successivo al trauma**: nella fase peri-traumatica infatti i bisogni della vittima potrebbero essere più improntati all'evitamento, piuttosto che all'esposizione ricostruttiva dell'evento.

Far riferimento ai convincimenti religiosi. Se si seguono tradizioni o pratiche religiose si può ottenere conforto da rituali spirituali e dall'appartenenza a gruppi

religiosi. Diverse ricerche hanno dimostrato come la religiosità possa essere considerata una valida strategia di coping per chi sperimenta significativi eventi critici (Ross, 1990; Bush et al., 1999; Piedmont, 2004). I convincimenti religiosi possono offrire occasione di ristrutturazione dei significati inerenti all'evento, e condizioni di partecipazione ad attività sociali. Occorre considerare anche alcuni limiti e processi disfunzionali nel coping religioso, come ad esempio:

- considerare l'evento come una punizione rispetto ai proprio peccati;
- cercare una soluzione magico-religiosa e irrealistica ai propri problemi, come nel caso delle attese miracolistiche;
- considerare gli eventi come determinati completamente da entità esterne a sé, a scapito dei vissuti di controllo attivo e interno.

Intervenire sulle strategie di coping

Intervenire sulle strategie di coping significa fornire abilità gestionali (coping skills), utili a superare o quantomeno fronteggiare al meglio, le condizioni stressanti generate dall'evento traumatico. L'intervento può riguardare prevalentemente gli aspetti cognitivi inerenti all'evento (rappresentazione del problema, convinzioni riferite a sé dopo l'evento, ecc.), o l'attivazione emotiva conseguente all'evento. Chiaramente si tratta di due dimensioni fortemente legate: le cognizioni modulano le reazioni emotive di stress come la paura, l'ansia, la tristezza, così come le reazioni emotive sostengono e orientano l'elaborazione dell'evento.
Numerosi sono state le ricerche sul cambiamento delle strategie di coping, in particolare nell'ambito delle terapie cognitivo-comportamentali. In generale, lo scopo di tali interventi terapeutici è quello di modificare i comportamenti, i pattern emotivi, e le convinzioni implicite e/o esplicite degli individui per aiutarli ad abbandonare strategie disfunzionali e a sviluppare abilità di coping adattivi.

Favorire strategie di coping centrate sull'elaborazione dell'evento

Tra le procedure orientate alla riformulazione dei processi di elaborazione dell'evento, vi è la **ristrutturazione cognitiva** (Ellis, 1962; Meichenbaum, 1986). Attraverso tale procedura il soggetto viene aiutato a riconoscere i pensieri automatici e irriflessivi legati all'evento traumatico, spesso intrusivi e ricorrenti. In particolare occorre considerare come la persona si rappresenta l'evento (prevedibile/imprevedibile), le cause che lo hanno generato (in particolare se la persona si sente responsabile o corresponsabile di quanto accaduto), il comportamento in seguito al trauma (come ha reagito), gli effetti attesi sulla vita futura, ed il grado di legittimazione esterna da parte di altre persone significative.
In sintesi la ristrutturazione cognitiva si articola nelle seguenti fasi:

1) analisi delle convinzioni irrazionali e disfunzionali. Tra queste possiamo annoverare forme di ipergeneralizzazione, relative all'evento per cui ogni situazione è potenzialmente pericolosa ("Prendere la macchina rappresenta un pericolo costante"), o riferita alle proprie reazioni ("la debolezza con la quale ho reagito è il segno che non valgo nulla"), la responsabilizzazione personale, il soggetto assume che egli sia la causa o concausa dell'evento traumatico ("Avrei dovuto proteggere mio figlio ed impedire che mio figlio uscisse con gli amici quella sera"), il riferimento al destino ("non mi riprenderò mai più, la mia vita è finita"), e la "doverizzazione", con pretese eccessive rispetto a sé stesso ("Avrei dovuto reagire con più forza"). Tali convinzioni oltre ad essere solitamente inflessibili tendono a rafforzare una visione negativa di sé e del mondo. In alcuni casi l'evento traumatico può destrutturare precedenti convinzioni irrealistiche, relative alla propria competenza e invulnerabilità, ponendo il soggetto in una profonda confusione tra come si rappresentava prima e dopo il trauma.

2) messa in discussione dei pensieri disfunzionali. Attraverso un lavoro di confutazione razionale i pensieri vengono discussi nel valore assoluto che assumono per l'individuo, e sostituiti con altri più realistici e adattivi. La ristrutturazione cognitiva consiste nell'aiutare le persone a formulare valutazioni più aderenti alla realtà.

Attraverso la ristrutturazione cognitiva la vittima può divenire consapevole di come

modificando alcuni pensieri si possa intervenire anche su concomitanti emozioni. In altre parole la ristrutturazione cognitiva può comportare un maggiore vissuto di autoefficacia e di speranza.

Può essere utile anche aiutare la vittima a servirsi di forme di autoistruzioni (Self Instructional Training; Meichembaum e Goodman, 1971), attraverso le quali guidare i propri comportamenti in situazioni complesse. Le autoistruzioni, precedentemente stabilite con l'aiuto dello psicologo del pronto soccorso psicologico, sono finalizzate prevalentemente a sostituire i pensieri automatici negativi. Questa strategia può essere particolarmente utile con i bambini e gli adolescenti. La prima esecuzione del compito da affrontare è affidata all'operatore che funge da modello fornendo autoistruzioni ad alta voce. Lo stesso compito viene poi eseguito dal soggetto sotto il monitoraggio dell'operatore. Eseguendo il compito il soggetto si ripeterà le autoistruzioni a voce sempre più bassa, fino a quando non sarà in grado di produrre il compito attraverso autoistruzioni interne o subvocali (dialogo interno).

Si può intervenire nella gestione degli eventi stressanti anche rafforzando le abilità di **problem solving** (Mahoney, 1977; D'Zurilla e Goldfriend, 1971). Lo scopo del problem solving è di aumentare i comportamenti funzionali nella situazione critica attraverso l'individuazione e la selezione di alternative efficaci. Le fasi che lo caratterizzano sono:

1. Definire la fonte di stress e raccogliere informazioni su di esso. Descrivere il problema in termini operazionali e concreti, chiarendo quale sono i passi necessari per conseguire gli obiettivi.
2. Formulazione delle alternative possibili.
3. Fase decisionale, valutare i pro e contro di ogni possibile soluzione ipotizzata e classificarle in base all'efficacia e praticabilità.
4. Valutare il risultato dell'azione realizzata. Se le conseguenze dell'azione intrapresa soddisfano il soggetto la sequenza è completa; diversamente si ricomincia ad elaborare una nuova soluzione da sottoporre a ulteriori verifiche.

Favorire strategie di coping centrate sulle emozioni generate dall'evento
Intervenendo sulle forme di regolazione emozionali alla base delle strategie di coping si può operare a vari livelli. Si può intervenire attraverso una tecnica di rilassamento come la **respirazione addominale**. Tali tecniche possono essere utile strumento da utilizzare quotidianamente per alleggerire le tensioni fisiche concomitanti allo stress, apportando apprezzabili benefici al funzionamento generale dell'individuo. Possono essere anche impiegate altre tecniche distensive come quelle il rilassamento muscolare progressivo di Jacobson (1959), il training autogeno (Shultz & Luthe, 1959), o il protocollo mindfulness based stress reduction (MBSR; Kabat Zinn, 1990, 2003). Diversi studi hanno evidenziato l'impatto del protocollo di MBSR sulla riduzione dei sintomi dello stress (Baer et al., 2012; Geary, Rosenthal, 2011), anche in soggetti con gravi patologie organiche.
A metà tra un intervento sulla cognizione che accompagna le condizioni di stress e l'attivazione fisiologica è il ri-etichettamento delle sensazioni somatiche. Attraverso una discussione sulle origini dei sintomi avvertiti si può aiutare il soggetto a comprendere come questi siano una diretta conseguenza della sindrome da stress. La finalità è quella di infondere un vissuto di normalizzazione e decatastrofizzazione di quanto si sta attraversando, e sviluppare una più accurata conoscenza delle proprie reazioni emotive e comportamentali.

3.7 Tecniche e strumenti di intervento focalizzate sul trauma

Obiettivo
Ridurre le condizioni psicopatologiche conseguenti al trauma attraverso tecniche specifiche di intervento.

Premesse

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), nelle Linee Guida per la gestione di condizioni specificamente correlate allo stress, indicano che in caso di sintomi da stress traumatico acuto (riesperienza, evitamento, iper-arousal) associati a una calo significativo nel funzionamento quotidiano, è raccomandato un intervento di tipo cognitivo comportamentale focalizzato sul trauma (raccomandazione 1; *http://www.who.int/mental_health/emergencies/stress_guidelines/en/*). Per gli adulti con disturbo post traumatico da stress dovrebbero essere considerate l'EMDR (Eye Movement Desinsitization and Reprocessing; desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari), o la Terapia cognitivo comportamentale di gruppo con focalizzazione sul trauma, oppure altre strategie di gestione cognitivo comportamentale dello stress.
Si tratta di una raccomandazione (n°14) standard con moderata qualità delle evidenze scientifiche per l'EMDR, bassa per gli altri due interventi.
Seguendo le indicazioni dell'OMS, e potendosi considerare l'incidentalità stradale, ed in particolare quella con esiti gravi come il decesso o gravi lesioni di uno o più passeggeri, a buon diritto una condizione ad alto potenziale stressante, per costruire un modello di intervento validato scientificamente si è scelto di costruire una "cassetta degli attrezzi" modulare, combinata a partire dai tre modelli di approccio riconosciuti dall'OMS, ma integrandoli anche con altri strumenti di documentata effectiveness nella del trauma, tra cui, gli approcci basati sulla teoria dell'attaccamento.

Terapia cognitivo-comportamentale focalizzata sul trauma (TF-CBT)

E' un trattamento psicosociale che incorpora tecniche di trattamento di tipo cognitivo comportamentale integrandole con approcci di attaccamento, umanistici, di empowerment.
E' un trattamento modulare che può utilizzare in modo flessibile i vari approcci per adattarli alle esigenze dei singoli pazienti.
Alla base del trattamento vi sono la desensibilizzazione e l'esposizione graduale. Partendo dal principio che una persona deve essere indotto a confrontarsi con ciò che teme piuttosto che evitarlo, le tecniche di terapia cognitiva prevedono l'esposizione strutturata all'evento in modo da facilitare i processi di abituazione e ridurre le reazioni di intensa ansia. Il confrontarsi con elementi del trauma in modo graduale e non massivo, affiancando tecniche di gestione dell'ansia, come ad esempio il rilassamento muscolare, consentono di non attivare le reazioni di evitamento che impediscono la graduale abituazione.
Come in ogni forma di terapia non si può prescindere dalla relazione e dalla costruzione di una alleanza terapeutica con il paziente, nell'ambito della quale è possibile applicare diverse componenti specifiche, tra cui:

Psico-educazione	Informazione sull'impatto delle reazioni traumatiche, nonché sulle tecniche di gestione degli eventi traumatici. Normalizzazione delle reazioni intesa come condivisione di pensieri, emozioni e sensazioni comuni nel trauma, ma insoliti in altri momenti, che quando vengono sperimentati spaventano i soggetti. Vivere uno stato insolito può far temere di impazzire: sapere che si tratta di reazioni normali placa tale paura.
Espressione e modulazione delle emozioni	Identificare le emozioni. Accettare e tollerare la presenza di emozioni tra loro conflittuali Evidenziare le associazioni tra pensieri, emozioni e comportamenti (triangolo cognitivo). Identificare le sensazioni connesse all'incidente e stare con esse.

Cambiamenti cognitivi	Identificare i pensieri automatici connessi all'incidente. Identificare i pensieri disfunzionali all'origine di difficoltà ad elaborare l'incidente (ad esempio la tecnica della ristrutturazione cognitiva).
Narrazione dell'incidente	Inibire la narrazione dell'evento è un impegno che consuma energie psichiche e può essere dannoso per la salute. La narrazione dell'evento è utile perché consente un'esposizione all'evento necessaria alla sua elaborazione. Inoltre nel corso della narrazione dell'evento è possibile identificare eventuali cognizioni disfunzionali quali ad esempio le auto-colpevolizzazioni. Nei casi in cui ci si rivolge a terzi trasportati, o a vittime indirette e quindi a soggetti che in alcun modo possono aver avuto una responsabilità diretta nell'incidente, le auto-colpevolizzazioni connesse a pensieri disfunzionali (ad esempio, se non avessimo fatto tardi, non saremmo stati lì in quel momento), possono essere molto frequenti. E' evidente che la narrazione va stimolata con molta cautela, dopo un'attenta valutazione della capacità del soggetto di gestirne l'impatto emotivo. E' tuttavia un passaggio importante poiché se si raggiunge una narrazione coerente, il soggetto può sperimentare la sensazione di padroneggiare le intense emozioni negative legate all'evento. In questo ambito è possibile applicare i principi della desensibilizzazione progressiva mediante esposizione graduale.
Esposizione in vivo	Separare gli attivatori che richiamano il ricordo dell'incidente dalla paura (ad esempio paura di guidare).
Tecniche di Rilassamento	Respirazione addominale, Rilassamento muscolare progressivo, Training autogeno, Mindfulness.
Elaborazione cognitiva	Nella fase di sviluppo e progettualità per il futuro si aiuta il soggetto a riappropriarsi di una visione prospettica della propria vita. Evidenziare e rinforzare gli elementi di resilienza. Favorire un modo adattivo di pensare a sé e alla vita dopo l'incidente. Accertarsi che l'autodefinizione di sé del soggetto non sia totalmente assorbita dal trauma. Questo particolare aspetto è piuttosto complesso da sviluppare in particolare per i genitori che hanno perso un figlio, poiché in quel caso concentrare i propri sforzi e le proprie energie sul ricordo del figlio, sull'evitare che accada ad altri, sul supportare coloro che ci sono passati più di recente, sul costruire associazioni ed eventi in memoria è un modo per tenere ancorata a sé la vita del figlio ed in quanto tale rappresenta un elemento di resilienza. Quindi quando si parla di evitare che le persone si definiscano attraverso l'incidente ci si riferisce a quelle situazioni di ritiro e chiusura e focalizzazione sul dolore (esempio: andare tutti i giorni al cimitero e vivere per quello).

EMDR_ Eye Movement Desensitization and reprocessing

L'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR, desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari) è un approccio terapeutico che sottolinea l'importanza del sistema di elaborazione delle informazioni nell'origine e nel trattamento della psicopatologia (Shapiro, 2001, 2007, 2014). La base teorica dell'EMDR è nota come modello Adaptive Information Processing (AIP). Secondo questa teoria, le cause dei problemi di salute mentale (esclusi quelli dovuti a tossicità o danni cerebrali) sono il risultato di ricordi precedenti di esperienze traumatiche che sono stati impropriamente trasformati. Queste memorie disfunzionali sono colorate dalle stesse emozioni, sensazioni fisiche e prospettive vissute durante l'evento inquietante. La terapia EMDR è costituita da otto fasi e da una metodologia finalizzata a individuare e affrontare (a) ricordi di esperienze avverse alla base dei sintomi che presentano, (b) le circostanze attuali, che causano disturbi psicologici, e (c) le competenze necessarie per guidare il loro comportamento in futuro.

L'efficacia dell'EMDR nel trattamento del trauma è ormai riconosciuta e dimostrata da numerose evidenze scientifiche. Il metodo prevede l'integrazione dei diversi aspetti del trauma (sensazioni, emozioni, pensieri, ricordi, immagini, tipologia e livello di disagio) che vengono attivati in modo contestuale mentre viene somministrata una stimolazione oculare bilaterale, che può essere proposta mediante stimoli visivi, ma anche con stimoli uditivi o tattili. In base alla teoria dell'elaborazione adattiva dell'informazione, che postula un naturale orientamento alla salute e al benessere negli esseri umani, nell'EMDR si assume che il trauma provochi un blocco nell'elaborazione adattiva delle informazioni legate all'evento, che rimangono congelate nella mente in impressioni sensoriali particolarmente vivide, e non connesse con altri ricordi autobiografici.

Si suppone che l'EMDR, richiamando i vari aspetti del trauma mentre si stimolano bilateralmente i movimenti oculari, stimoli i meccanismi di elaborazione dell'informazione, sbloccando il ricordo, e favorendo il riavvio del flusso rielaborativo adattivo. In tal modo sfuma la vividezza sensoriale, le immagini divengono meno nitide e disturbanti, e cominciano a emergere nuove possibilità di sviluppo. Ciò non implica che le emozioni negative relative, ad esempio, a un lutto, vengano cancellate. Quello che accade è che il momento della perdita, se connotato in termini traumatici, su cui precedentemente venivano concentrate tutte le attenzioni e i ricordi, sfuma sullo sfondo, in modo tale che il vero processo di elaborazione del lutto, che include i ricordi di vita con la persona defunta, possa finalmente iniziare.

Nel momento in cui il ricordo traumatico viene sbloccato e diviene possibile un ampliamento di prospettiva, si introduce anche una visione prospettica degli obiettivi per il futuro. In tal modo nell'EMDR, si sblocca il trauma avvenuto e quanto di esso era rimasto incardinato nella mente e nel corpo, e si apre una visione prospettica, rielaborando adattivamente il passato, il presente e il futuro della persona trattata.

Un altro uso possibile dell'EMDR in ambito psicotraumatologico è l'innesto di risorse. Per innesto di risorse si intende il richiamo di momenti, episodi, sensazioni, ricordi positivi da cui trarre la forza per affrontare un momento difficile o un compito importante. L'obiettivo è richiamare e consolidare delle sensazioni positive, sentendole profondamente, anche in termini fisici. Una volta richiamata la sensazione positiva, ed aver verificato che questa effettivamente si configuri come una risorsa da cui trarre forza, è possibile rafforzarla mediante la stimolazione bilaterale.

Modello integrato Pronto Soccorso Psicologico rivolto alle vittime di incidenti stradali (PSP-VIS)

In questa sede viene proposto un modello integrato che può trarre vantaggio dalla possibilità di avvalersi di diversi strumenti e modelli, adattandoli alle esigenze dei singoli soggetti, e proponendo loro strumenti idonei al momento specifico di elaborazione del trauma in cui si trovano.

Nel modello integrato proposto si prevedono diverse fasi:

1) Accoglienza e costruzione della relazione

L'intervento integrato prende in considerazione la costruzione di un approccio psicodinamico preliminare a ogni trattamento, sia esso di supporto psicologico sia

di intervento terapeutico focalizzato sul trauma.

Costruzione di un approccio psicodinamico
Prima di ogni intervento si consiglia di costruire un contesto interpersonale in cui la persona che deve intraprendere questo percorso si senta accettata, riconosciuta e protetta. Rifacendosi alle teorizzazioni di Bowlby si ritiene fondamentale costruire una base sicura che consentirà successivamente di impostare il trattamento.
Questo si realizza attraverso la disponibilità emotiva dell'operatore e la sua attenzione verso la persona e la storia che l'ha contrassegnata. E' rassicurante chiarire il contesto e le finalità dell'incontro preliminare a cui farà seguito l'intervento più finalizzato alla risoluzione dei sintomi post-traumatici.
Ci si rivolge alla persona presentandosi e chiarendo la propria professionalità e successivamente cercando di esplorare con la cautela necessaria la storia recente relativa all'evento traumatico e alle risonanze che questo ha determinato.
Se si avvertono resistenze a parlare o un distacco emotivo o una impersonalità si consiglia di non essere troppo direttivo, accettare pause e silenzi senza doverli necessariamente riempire.
In altri termini i ritmi dell'incontro devono adattarsi alla persona, eventualmente accettando che inizialmente sia reticente. Occorre tener presente che la ri-sperimentazione può essere troppo dolorosa od ansiogena.
La costruzione della base sicura implica sensibilità da parte dell'operatore, empatia nel senso di risonanza emotiva e infine di capacità di mentalizzazione, ossia di comprendere lo stato mentale dell'altra persona, le sue motivazioni, i desideri e le sofferenze.
Nella ricostruzione della storia personale è utile mettere in luce come siano cambiate nel tempo le emozioni, come riemerga nei propri ricordi e nei propri sogni la persona scomparsa, quanto si accetti la scomparsa e se si desideri riunirsi a lei. A volte si può perdere l'immagine della persona scomparsa per cui è impossibile rievocarla. In questo ambito è utile riconoscere la presenza di dinamiche dissociative (derealizzazione e/o depersonalizzazione) che possono rendere più difficile il trattamento.
In questa fase preliminare approfondire anche finalità del trattamento, come verrà condotto, motivare la collaborazione rispondendo alle domande che vengono poste.
Presi singolarmente, nessuno di questi aspetti è peculiare agli approcci dell'attaccamento, ma considerati nel loro insieme formano una posizione integrativa coerente, caratteristica degli interventi basati sull'attaccamento, sia brevi sia a termine non definito

1. Sintonizzazione. La responsività empatica verso la vittima e il proprio stato emotivo, o "sintonia", è una parte essenziale di qualsiasi intervento terapeutico. E' essenziale ascoltare i sentimenti della vittima e, simultaneamente, i propri sentimenti così come sorgono nell'incontro clinico. Rientrano in questo processo il cercare di mettersi nei panni dell'altro e, quando necessario, il fare uso dei propri sentimenti come guida per i sentimenti della vittima.
2. Vicinanza emotiva. Una base sicura nella vita adulta sorge da una vicinanza emotiva a un caregiver comprensivo e protettivo – più che, come nell'infanzia, da una vicinanza fisica. Il sorgere di un affetto, si tratti di tristezza e pianto, rabbia o paura, nel corso delle sedute è un mezzo fondamentale per raggiungere la vicinanza emotiva e sorge dagli sforzi di sintonizzazione del terapeuta.
3. Formare e conservare l'alleanza terapeutica. Il primo compito di qualsiasi terapia è creare un'alleanza di lavoro in cui la vittima si senta impegnato nella terapia e abbia fiducia nell'aiuto del terapeuta. Stile diversi di attaccamento richiederanno strategie differenti. La vittima evitante sarà diffidente, e il terapeuta deve rispettare la sua cautela e concedergli il tempo di cui ha bisogno per sentirsi sicuro nelle sedute, lasciandolo "entrare" in esse con i suoi ritmi. La vittima ambivalente può mascherare la propria ansia accettando troppo prontamente la validità della terapia, e può aver bisogno di essere aiutato a trovare il proprio investimento personale nella terapia, ad esempio invitandolo a riflettere attentamente sull'opportunità di iniziare la terapia prima di impegnar visi. La vittima disorganizzata è priva di una coerente strategia di attaccamento e può oscillare, saltare le sedute iniziali, interrompere ecc. Questo deve essere tollerato e, se necessario, il terapeuta deve avvicinare la vittima scrivendogli,

telefonandogli o anche, quando sia opportuno, andandolo a cercar fino a che, ad esempio, la vittima borderline sia pronto a entrare in trattamento. Una volta formata, l'alleanza sarà di tanto in tanto soggetta a tensioni e rottura. La "riparazione della rottura dell'alleanza" è un altro cruciale compito terapeutico: senza l'alleanza non può esserci alcuna base sicura, e senza base sicura non potrà esserci alcuna esplorazione.

4. La mente pensante. Infine, e forse questo è il punto più importante, il terapeuta deve comunicare alla vittima la propria presenza, usando la propria mente per pensare a ciò che sta accadendo nella mente del paziente, cercando di comprendere e di contenere la propria rappresentazione mentale dei sentimenti del paziente, cercando di tradurre questi ultimi in parole, e deve comunicargli altresì che questo fa parte di una coerente strategia di accadimento. In fin dei conti, la sicurezza emotiva deriva dall'esperienza di essere compresi in questo modo. Questo comporterà inevitabilmente una lotta. I pazienti, spesso, cercano di non pensare alla propria sofferenza o di proiettarla negli altri, che risponderanno a essa invece di ri-rappresentarla per loro. Essere capaci di pensare a questo è al tempo stesso confortante e terrificante. Il terapeuta deve essere capace di continuare a pensare senza perseguitare il paziente con i propri pensieri. Quindi, a volte egli è una presenza silenziosa e a volte impegna attivamente il paziente in una discussione sulla natura dei pensieri del paziente stesso.

2) Valutazione

Dimensioni rilevanti nella valutazione	
Racconto dell'incidente	Valutare il ricordo: che cosa è effettivamente accaduto (ad esempio, se la vittima indiretta era persona presente al momento dell'incidente? E se non presente, come ha ricevuto la notizia?). Valutare quanto è frammentato il ricordo, nonché quanto esso è accompagnato da uno stato di attivazione emotiva.
Impatto attuale dell'incidente	Valutare l'impatto traumatico sulla persona: come si colloca nella sua vita, quali sintomi e reazioni ha sviluppato? (ad esempio disturbi del sonno, flashback, incubi) Quali sono gli attivatori attuali di disagio, cioè: in quali situazioni si verificano vissuti angosciosi e quali elementi li evocano? Comprendere quali sono gli obiettivi di vita che sono stati compromessi o minacciati dalla perdita.
Assessment delle strategie di coping	Valutare le strategie di coping poste in essere dalla persona conseguentemente al trauma. Come sta affrontando le proprie difficoltà, quali strategie di regolazione emozionale impiega.
Resilienza	Verificare il supporto sociale, le capacità relazionali, il senso di autoefficacia nel risolvere i problemi. La vittima si avvale delle fonti di sostegno disponibili?

Storia personale traumatica e relazioni di Attaccamento	Raccogliere informazioni su eventuali perdite precedenti e su eventi traumatici precedenti. Raccogliere informazioni per formulare un'ipotesi sullo stile di attaccamento della vittima e di come questo incida sulle strategie di gestione del dolore e del lutto; tale informazione ha diverse implicazioni per il trattamento. L'approfondimento dell'anamnesi dipende dalle impressioni cliniche. Un soggetto con un'elevata capacità di integrazione può comunicare rapidamente cosa è successo e che impatto ha avuto su di lui, e potrebbe perciò essere pronto per il trattamento nell'immediato. Diversamente una vittima con una dissociazione significativa ed un attaccamento disorganizzato poterbbe avere bisogno di ulteriori stabilizzazioni prima di procedere con il trattamento.

Strumenti di valutazione

Vi sono diversi strumenti di valutazione finalizzati a valutare la sintomatologia traumatica acuta e cronica in risposta a eventi traumatici, tra questi la Scala di Impatto dell'Evento (Impact of Event Scale - Revised, IES-R), o la Trauma Symptom Inventory (TSI), che consentono di quantificare i sintomi post-traumatici sperimentati dopo l'evento traumatico. Tra le scale di valutazione delle condizioni affettive citiamo la Beck Anxiety Inventory e la Beck Depression Inventory.
Nel nostro modello integrato è prevista la compilazione online di diverse scale di valutazioni e report dei colloqui da parte dell'Operatore del Pronto Soccorso Psicologico. Alcuni degli strumenti ideati sono finalizzati alla stesura del caso, all'inquadramento descrittivo e diagnostico, altri alla valutazione dell'efficacia dell'intervento. E' impegno da parte dei proponenti del modello fare un'accurata valutazione, nella prima fase di sperimentazione, degli effetti e delle ricadute, attraverso misurazioni pre e post intervento.
Le procedure e gli strumenti proposti, riportati in allegato, sono:
Richiesta apertura cartella clinica: Dietro richiesta del Call Center, l'Operatore del Servizio di Pronto Soccorso Psicologico effettua un primo intervento su una o più vittime di incidente stradale. Immediatamente dopo il suo primo intervento lo psicologo invia online la "Richiesta di apertura cartella incidente" (https://goo.gl/forms/zXViAk99QYW3Wa9u2). A tale richiesta gli viene inviata una e_mail con le informazioni necessarie per la compilazione delle Schede, di seguito descritte, e il link necessario per raggiungere i moduli online. Contemporaneamente gli viene attribuito anche un supervisore che lo seguirà negli interventi.
Scheda A (in allegato A): raccolta delle informazioni sul caso. Attraverso la compilazione della scheda A l'Operatore viene invitato a descrivere le informazioni generali sull'incidente: la dinamica dell'incidente stesso, le persone coinvolte, la vittima a cui viene rivolto l'intervento, ecc. Da compilare soltanto una volta, dopo il primo intervento.
Scheda B (in allegato B): Valutazione dello stato attuale ed obiettivo della vittima. Da compilare all'inizio e alla fine del trattamento. La compilazione può avvenire anche più di due volte, in un periodo intermedio durante il trattamento. Tali informazioni verranno trattate con opportune tecniche statistiche per la valutazione dell'efficacia degli interventi.
Scheda C (in allegato C): Valutazione delle condizioni psichiche della vittima. Si tratta di Scale cliniche che misurano la sintomatologia traumatica e aspetti più generali di personalità, **sono da compilare da parte dell'Operatore** che può somministrarli ponendo le domande direttamente alla vittima, attraverso un device (smartphone, tablet, computer), o in cartaceo. In quest'ultimo caso dovrà poi riportare le risposte sul form online. Si possono anche somministrare alcune scale e non necessariamente l'intera batteria. Somministrarli soltanto quando vi sono le condizioni per farlo, e mai in un contesto strettamente peri-traumatico. I risultati di tali scali possono essere di

ausilio allo formulazione del Caso (Scheda D).
Nel caso la valutazione riguardi un adulto le Scale sono: la Hopkins Symtom Checklist-25 (HSCL-25), l'Harvard Trauma Questionnaire (HTQ), The Relationships Questionnaire (RQ). Per gli adolescenti: Strengths And Difficulties Questionnaire (SDQ), Child and Adolescent PTSD Screen (CAPS-C), The Relationships Questionnaire (RQ). Per i bambini, età prescolare e scolare (fino agli 11 anni): Strengths And Difficulties Questionnaire (SDQ), The Relationships Questionnaire (RQ).
Scheda D (In allegato D): Formulazione del caso. La scheda va compilata dopo i primissimi interventi di sostegno. la finalità della scheda è quella della formulazione diagnostica e prognostica del caso, da condividere in particolare con il proprio supervisore.
Note degli incontri: Breve report da stendere dopo ogni intervento realizzato sulla vittima.

3) Trattamento

Il trattamento qui proposto è una combinazione di diversi strumenti di intervento da utilizzare differentemente in base al momento e alle risultanza della valutazione. La scelta dell'intervento da effettuare sarà differente a seconda che, nel corso di un accurato assessment, risultino già evidenti o meno sintomi o problematiche riferibili alla patologia post-traumatica. Se non vi sono ancora manifestazioni di disturbi post-traumatici o condizioni cliniche riferibili al trauma, o se si interviene a breve dall'evento, l'intervento devo orientarsi prevalentemente verso l'impiego di forme di sostegno emotivo, o tecniche di intervento psicoeducativo, gestione dello stress, o di regolazione emozionale. Nel caso in cui la valutazione accurata mostri la presenza di aspetti sintomatologici riferibili a una patologia post-traumatica, si può intervenire anche con tecniche focalizzate sul trauma.

3.1 Intervento psicoeducativo

Preparare la vittima all'impatto dell'evento. Aspettarselo, avere la certezza di superarlo.
Normalizzare le reazioni poste in essere dalla vittima e dare informazioni sulle principali reazioni che possono preludere allo sviluppo di un disturbo post-traumatico: • Evitamento e ritiro sociale • Reazioni intrusive • Sintomi persistenti di aumento dell'arousal
Normalizzare le sensazioni di rabbia, di impotenza e di colpa per le proprie reazioni. Possono essere utili anche forme di ri-etichettamento delle sensazioni somatiche: discutere degli atteggiamenti disfunzionali, eccessivamente rigidi, o delle credenze irrazionali.
Discutere le strategie di coping, fornendo indicazioni sulle abilità gestionali (coping skills), utili a superare, o ad affrontare meglio, le condizioni stressanti generate dall'evento traumatico. Informare su quali siano le attività utili e necessarie al fronteggiamento dell'esperienza traumatica, e quelle da evitare.
Ricostruire una prospettiva futura. Quale vision e quale mission dopo aver superato l'impatto.

N.B. In particolare nelle fasi iniziali si eviterà di modificare in modo forzato l'impatto emotivo dell'evento traumatico sulla vittima. Si accoglieranno comunque le sue reazioni e si monitorerà il paziente ponendo sé stessi e il contesto dell'incontro come una base sicura, favorendo una esposizione graduale al ricordo dell'evento.

3.2 Tecniche di regolazione delle emozioni

Tali tecniche hanno il vantaggio di intervenire sulle difficoltà di regolazione emotiva riscontrate nei soggetti traumatizzati.

Tecniche di rilassamento e respirazione addominale. Nel rilassamento muscolare progressivo di Jacobson si propone una serie di esercizi di contrazione volontaria e consecutivo rilassamento dei principali distretti muscolari per un tempo che va dai quattro agli otto secondi in una sequenza progressiva, al contempo si fa porre l'attenzione sulle sensazioni di tensione e rilassamento. Per la respirazione addominale si fa porre una mano sullo sterno e una sull'addome e si guida una serie di respiri lenti e profondi tali da innalzare la mano sull'addome più di quella posta sul torace.
Autoregolazione emotiva. Tecniche che aiutano a gestire lo stress apprendendo i benefici del rilassamento e dell'impegno in attività piacevoli. La capacità autoregolativa viene aumentata mediante la costruzione di percorsi preparatori e anticipatori che aumentano la consapevolezza e il controllo. I percorsi prevedono attività multisensiorali come ad esempio ascoltare una musica e guardare un quadro.

3.3 Tecniche di intervento focalizzate sul trauma

Quando nella valutazione risultino presenti evidenze cliniche o chiare indicazioni prognostiche dell'insorgenza di vissuti post-traumatici patologici, si interverrà, oltre che con le tecniche sopra descritte, anche con strumenti più strettamente mirati al trattamento delle patologie traumatiche:

La Ristrutturazione Cognitiva: il soggetto viene aiutato a riconoscere i pensieri automatici e irriflessivi legati all'evento traumatico, spesso intrusivi e ricorrenti.
Esposizione sistematica: attraverso tale intervento il soggetto viene aiutato a gestire l'ansia conseguente all'evento traumatico. Agli stimoli ansiogeni, presentati gradualmente, vengono sistematicamente associate forme di rilassamento, allo scopo di estinguere progressivamente la risposta di attivazione ansiosa.
EMDR E' possibile utilizzare il protocollo per il lutto non complicato e, al termine del trattamento, per consentire al paziente di attingere al maggior numero di risorse possibili, è possibile applicare il protocollo EMDR Resource Development & installation.

In termini di pianificazione temporale si suggerisce di seguire il seguente protocollo, tenendo conto che l'intervento potrà avvenire in periodi e situazioni diverse, a seconda delle specifiche situazioni e particolari esigenze della vittima:

- Dall'evento a quattro mesi: effettuare una prima valutazione iniziale, ed eventualmente un primo trattamento.
- 6-9 mesi dopo l'evento, valutare a che punto ci si trovi nel processo di elaborazione del trauma, e/o della perdita nel caso di un lutto, e fornire ulteriori interventi in base alle specifiche esigenze.
- Primo anniversario dall'evento (un anno circa), prevedere un ulteriore incontro di valutazione della vittima, se l'intervento è in atto o di follow-up, se l'intervento si è concluso.

Se si interviene sull'elaborazione del lutto, occorre considerare che solo dopo due mesi dalla perdita si può essere pronti a elaborare il trauma di un lutto improvviso

ed inaspettato. Tuttavia può essere necessario attendere 6 mesi di tempo ed oltre (fino ad un anno) prima di poter valutare se i processi di lutto si stanno svolgendo in modo adeguato (valutare l'esito di un lutto complicato).
Prima di effettuare qualsiasi intervento si raccomanda di valutare accuratamente in quale fase evolutiva rispetto al trauma si trovi la vittima.

3.8 Collegamento con la rete sociale

Obiettivo
favorire i contatti della vittima con la propria rete sociale, sia di tipo affettivo-famigliare, sia nell'ambito del lavoro e delle attività sociali, sia con i servizi socio-sanitari di supporto presenti sul territorio.

Premesse
le reti sociali contengono importanti risorse supportive. Queste possono essere distinte in sistemi formali e informali. I primi fanno riferimento ai legami parentali e amicali, alle relazioni con elevata confidenza e conoscenza. Si tratta di gruppi primari e aggregazioni spontanee di varia natura che possono offrire sostegno sociale prevalentemente di natura affettiva ma anche pratica. I sistemi formali sono composti di strutture istituzionali che operano in contesti di cura e prevenzione, ed offrono primariamente sostegno informativo e strumentale.

Sostegno sociale da parte dei gruppi informali
Numerose evidenze sperimentali sostengono mostrano che il sostegno sociale ha un significativo effetto positivo sulla condizione psicologica delle persone che affrontano un evento avverso (O'Leary et al., 1998). Il sostegno può alleviare l'impatto dello stress, ponendosi come un vero e proprio moderatore (Francescato, Ghirelli, 1988), così come, insieme ad altri meccanismi di coping, può favorire un processo di crescita post-traumatica (Prati, 2007). Un adeguato sostegno sociale permette alla vittima di parlare di sé, di elaborare una ricostruzione coerente dell'accaduto, esprimere le emozioni vissute, e percepire intorno a sé accoglienza e solidarietà.
Fin dall'inizio dell'intervento l'operatore deve valutare il potenziale supportivo della rete sociale, e dove possibile e necessario favorirne il ricorso da parte della vittima. Può capitare che le persone non richiedano sostegno affettivo ed emotivo. Alcune condizioni come quella del lutto possono incoraggiare forme di isolamento sociale, così come familiari di persone con gravi lesioni midollari o trauma cranici possono preferire di evitare forme di esposizioni sociali. Le ragioni per cui non si ricorre al sostegno sociale dei gruppi primari possono essere diverse:

- Ritenere che sia inutile;
- Imbarazzo nel mostrare le proprie debolezze;
- Aver maturato la convinzione che nessuno può realmente capire che cosa si sta attraversando;
- Percepire distacco da parte degli altri;
- Ritenere che le persone vicine a sé siano inadeguate nell'offrire sostegno;
- Desiderio di non condividere le proprie emozioni.

Occorre, senza forzarne la richiesta, sollecitare adeguatamente la vittima a verificare il proprio bisogno di sostegno sociale, anche attraverso interventi psicoeducativi focalizzati sulle molteplici funzioni del sostegno sociale (Pietrantoni e altri, 2008). Occorre sfatare alcune convinzioni diffuse che potrebbero ostacolare la richiesta di aiuto, come: "Nessuno può capire se non ha realmente attraversato la tua condizione", "Chiedere aiuto significa essere una persona debole", ecc. E' importante inoltre favorire le modalità più appropriate per richiedere e trovare sostegno, per evitare di cedere alla tentazione di rimanere isolato, coinvolgersi in attività sociali, rivolgere la richiesta di sostegno alle persone giuste.
Esortare pertanto la ricerca di sostegno sociale, rispettando però al contempo i bisogni di intimità e privatezza che spesso accompagnano vissuti di dolore e sofferenza. Verificare anche l'adeguatezza dei gruppi primari nell'offrire sostegno

sociale. In alcuni casi potrebbero svolgere funzioni peggiorative, come nei casi in cui si pongano come ostacoli nel ricercare aiuto in gruppi più estesi o formali, come nel caso di una chiusura familistica, o nel predisporre condizioni rigide di dipendenza affettiva.

Offrire contatti diretti con i servizi di assistenza territoriali

Se al termine del proprio protocollo di intervento l'operatore dovesse accertare che la vittima ha ulteriore bisogno di sostegno psicologico è opportuno facilitare i contatti con i servizi territoriali, come i servizi di salute mentale, di sostegno sociale, associazioni delle vittime della strada, o altre agenzie riconosciute che a vario titolo possono offrir sostegno a lungo termine. Inoltre la segnalazione e l'invio vanno fatti prima del termine del proprio intervento se si dovessero riscontrare condizioni critiche del tipo:

- Abuso di alcol e/o sostanze;
- Spettri di patologie cliniche gravi (ad esempio depressione maggiore);
- Agiti violenti;
- Problemi gravi a carico di bambini e adolescenti;
- Un problema medico acuto o grave che richieda particolare attenzione.

Occorre fin dal primo incontro indicare con precisione alla vittima le caratteristiche e i confini del proprio mandato, specificando che si tratta di un intervento focalizzato sull'esperienza del trauma stradale, di durata contenuta nel tempo.
Quando si decide di segnalare o proporre l'invio di una vittima a un servizio territoriale si può , d'accordo con la vittima, fissare un appuntamento dove presentare all'operatore del servizio il caso. Tale modalità ha la funzione soprattutto di offrire una percezione di continuità dell'intervento e non evocare rappresentazioni di tipo abbandonico.

INTERVENTO DI PRIMO SUPPORTO E PRONTO SOCCORSO PSICOLOGICO AI FAMILIARI DI PERSONE CON ESITI DI DISABILITA' A LUNGO TERMINE

CAPITOLO

4

Ania
FONDAZIONE

4.1 Gli esiti della disabilità a lungo termine provocata da incidenti stradali

Sia nel caso di trauma cranio-encefalico (TCE) moderato che in quello di trauma grave la persona è priva di conoscenza (in coma) e va ricoverata in strutture ospedaliere adeguate. L'evoluzione di traumi moderati e gravi viene descritta qui oltre, nella parte dedicata al coma. Va tuttavia tenuto presente che in ogni caso un TCE può evolvere in maniera relativamente rapida da lieve a moderato o da moderato a grave, ma anche da moderato a lieve e che sono sempre necessari un'approfondita valutazione medica e un attento monitoraggio. Quando il paziente è in coma si trova in uno stato di incoscienza prolungato dove sembra dormire, ma non può essere svegliato da alcuno stimolo, incluso il dolore. Nella maggior parte dei casi dopo un incidente stradale la causa del coma è un TCE, ma potrebbe il coma anche derivare da un mancato (anossia) o ridotto (ipossia) afflusso di ossigeno al cervello, o da danni ad organi che compromettono le funzioni vitali.
La gravità del coma viene misurata con delle scale; la più usata delle quali è la Glasgow Coma Scale (Teasdale and Jennett, 1974, Wilson et al., 1998) che valuta se la persona è in grado di aprire gli occhi, di compiere semplici movimenti e comunicare. Per bambini molto piccoli viene usata una scala diversa, la Pediatric Glasgow Coma Scale (Simpson and Reilly, 1982; Reilly et al., 1988). In entrambe le scale il punteggio va da 3 a 14, più basso è il punteggio più grave è lo stato di coma.
La persona in coma necessita di un'intensa e complessa assistenza medica e di un continuo monitoraggio delle funzioni vitali. L'alimentazione avviene per via enterale (cioè tramite un sondino naso-gastrico) o per via parenterale (cioè tramite endovenosa); infatti, una persona in coma non è in grado di inghiottire cibo o liquidi, che potrebbero anzi essere "respirati" causando una polmonite (detta "ab ingesto" cioè da ingestione).
Talora per facilitarne la respirazione è necessario ricorrere all'intubazione.
La prognosi del coma è molto difficile e dipende in parte dalle cause del coma, in parte dalla sua gravità e dalla sua durata, e in parte da possibili complicazioni che possono intervenire durante lo stato comatoso.
La persona in coma in genere apre gli occhi entro 2 settimane. Può anche compiere movimenti involontari, sia con la muscolatura del viso che con gli arti. Tuttavia, sia l'apertura degli occhi che la presenza di movimenti involontari non sono segno di una ripresa di coscienza. Il coma si risolve in genere entro 4 settimane, ma, specie in caso di TCE, può avere durate ben maggiori.
In caso di sopravvivenza, il coma esita in una graduale ripresa della coscienza, che attraversa diverse fasi. Tuttavia, nei casi più gravi la ripresa potrebbe non essere totale e in una percentuale ridotta di casi (circa il 2%) il coma esita in uno stato vegetativo. La gravità delle conseguenze del coma dipende da una serie di fattori intervenienti: l'età del paziente, la sede e l'estensione delle lesioni cerebrali, la durata del periodo di incoscienza e dei tempi di recupero delle diverse funzioni neurologiche e neuropsicologiche (Formisano et al., 2004; 2005).
La ripresa di coscienza avviene attraverso una serie di fasi consecutive che possono avere una durata variabile. Di seguito verranno descritte queste fasi basandosi sulla classificazione usata nella Scala di Funzionamento Cognitivo (LCF; Hagen 1979), usata in ambito riabilitativo per descrivere le capacità delle persone durante la ripresa dal coma.
Il coma si può presentare in sei fasi:

1. Emergenza dal coma. Nella prima fase l'emergenza dal coma esita in uno stato di minima coscienza o in uno stato vegetativo.
Lo Stato Vegetativo è una condizione in cui il paziente recupera la vigilanza (apertura degli occhi), ma non la coscienza di sé ed è incapace di interagire con l'ambiente esterno. Sinonimi di questa condizione sono: coma vigile e sindrome apallica (vedi glossario). Da questa condizione il recupero della coscienza può essere graduale, passando attraverso una condizione di stato di minima coscienza o di minima responsività (American Congress of Rehabilitation Medicine 1995; Giacino et al., 1991). Soltanto in una minoranza di casi (1-2% dei pazienti con trauma cranico grave) lo stato vegetativo può diventare permanente, condizione che può essere definita tale non prima che sia trascorso 1 anno dal trauma cranico e dopo solo

3 mesi nel caso di un coma da cause non traumatiche, come nel danno cerebrale ipossico, condizione che può trovarsi in associazione al trauma cranico, se i soccorsi non sono stati tempestivi.
Lo stato di minima coscienza è uno stato in cui il paziente diventa in grado di eseguire ordini semplici in maniera incostante e fluttuante.

2. Minimamente responsivo. Appaiono comportamenti finalizzati: la persona segue con gli occhi oggetti in movimento ed esegue ordini semplici. Non è ancora presente una comunicazione verbale attiva (mutismo), ma sono possibili tentativi di comunicazione tramite gesti e vocalizzazioni. La responsività è molto variabile.

3. Confuso ed agitato. La persona appare confusa, disorientata, non ancora capace di mantenere l'attenzione se non per tempi molto ridotti. La capacità di concentrazione e di produrre risposte appropriate tende ad aumentare gradualmente. Anche l'agitazione tende a ridursi, tuttavia possono essere presenti risposte "eccessive" a stimoli ambientali fastidiosi (parolacce, scatti di rabbia, etc.). E' importante in questo caso individuare ciò che irrita la persona per cercare di evitare la comparsa di questi comportamenti non desiderati.
La persona appare molto diversa da quella che era prima del coma. Ha capacità ridotte di astrazione e ragionamento e spesso usa frasi di convenienza. Ha problemi a ricordare cosa succede nell'arco della giornata e spesso anche a ricordare eventi del passato. Non è ancora autosufficiente nella cura personale (lavarsi, vestirsi, etc.) né nell'alimentazione, azioni che è però in grado di svolgere sotto la guida e supervisione di un caregiver.

4. Confuso ed appropriato. La persona presenta ora comportamenti finalizzati ma ha bisogno di stimoli ed istruzioni adeguati per eseguirli fino in fondo con successo; infatti può capitare che inizi spontaneamente un'attività, anche semplice, ma poi "si perda" prima di averla portata a termine.
La persona è in grado di apprendere comportamenti e compiti che, una volta divenuti di routine, saranno eseguiti in maniera autonoma. Tuttavia, qualunque elemento intervenga in un'azione di routine è causa di confusione ed impedisce di portare a termine con successo l'azione; infatti, la persona non è in grado di superare da sola in modo appropriato gli imprevisti, né di organizzarsi in maniera efficiente per eseguire più compiti consecutivi.
Per questi motivi è ancora necessaria una supervisione, seppure ridotta, che aiuti la persona a pianificare le azioni da svolgere, a mantenersi concentrato sul compito che sta eseguendo, e che fornisca suggerimenti per il superamento delle difficoltà e degli imprevisti.
La persona ha una consapevolezza, seppur parziale, dei propri deficit, perché è in grado di riconoscere le difficoltà quando le incontra nelle attività della vita quotidiana. Tuttavia, non mostra ancora la capacità di mettere in atto in modo autonomo strategie di compenso e prevenzione delle proprie difficoltà.

5. Automatico ed appropriato. Negli ambienti familiari (casa, reparto di riabilitazione) la persona è ben orientata ed ha un comportamento adeguato. Tuttavia, mostra ridotta iniziativa e ridotte capacità di problem solving. La consapevolezza delle proprie difficoltà è maggiore.

6. Finalizzato ed appropriato. La persona, anche quando residuano deficit specifici (ad. es., problemi di memoria, deficit motori, afasia, etc.), mostra piena consapevolezza delle proprie difficoltà, utilizzando in maniera autonoma strategie di compenso. La persona è indipendente, in grado di prendere iniziative e di pianificare ed organizzare le proprie attività Ha comportamenti adeguati al contesto e agli scopi che si è prefisso, mostrando flessibilità e capacità di adattamento dei propri piani di azione alle situazioni contingenti.
Oltre ai deficit neuromotori (paresi, disturbi della deglutizione, dell'equilibrio, sindrome parkinsoniana post-traumatica) (ISTISAN 2001, Incoccia et al., 2004; Di Russo et al., 2005), possono essere presenti deficit sensoriali (es. disturbi della visione, dell'udito, dell'olfatto e del gusto) e alterazioni della sfera cognitiva e comportamentale che rappresentano gli esiti più disabilitanti del TCE grave e del coma (Jennett e Teasdale

1981). I disturbi cognitivi possono includere una serie di deficit che dipendono dalla lesione encefalica riportata. Tra i vari deficit vi possono essere disturbi del linguaggio di tipo afasico (generalmente con buone possibilità di recupero) e/o di tipo disartrico (problemi nell'articolare le parole, che hanno una prognosi negativa e tendono a persistere nel tempo), e deficit attentivi, di memoria e apprendimento, disturbi del ragionamento logico, della risoluzione di problemi e in generale disturbi delle funzioni esecutive che si manifestano nell'incapacità di pianificare delle azioni e di predire gli esiti del proprio comportamento. Il paziente può inoltre essere anosognosico (vedi glossario). Nei casi più gravi si parla di demenza post-traumatica, generalmente transitoria e reversibile, ma comunque con possibilità di esiti permanenti. La maggior parte dei pazienti non è quindi in grado di riferire nulla sul periodo del coma, mentre in una minoranza dei casi possono esserci racconti di illusioni visive (luci forti, tunnel) o di un'attività simile al sogno (esperienza di vita extracorporea, incontro con familiari già deceduti), memorie comunque compatibili con disfunzioni dei lobi frontali e temporali, sedi frequenti delle lesioni cerebrali traumatiche e comunque generalmente riferibili al periodo dell'amnesia post-traumatica (APT: vedi glossario). Oltre ai deficit cognitivi, altrettanto frequenti sono i disturbi comportamentali, che vanno dall'agitazione psicomotoria fino all'aggressività vera e propria, dalla disinibizione, anche sessuale (Formisano et al., 1995; Formisano et al., 2001), alla labilità dell'umore e all'incontinenza affettiva (incapacità di controllare le emozioni) o, al contrario, dalla inerzia psicomotoria all'apatia e all'abulia. In casi rari sono presenti vere e proprie psicosi post-traumatiche con percezioni visive o uditive alterate fino alle allucinazioni ed idee deliranti, mentre più frequentemente vengono riferiti falsi ricordi, definiti confabulazioni, che il paziente utilizza per colmare le inevitabili lacune di memoria conseguenti al coma.

Questo quadro di sindrome psico-organica post-traumatica può essere transitorio o persistente e, così come la prognosi e il recupero finale, dipende dalla sede e dalla estensione delle lesioni cerebrali, dall'età del traumatizzato cranico, dalla presenza di altre lesioni associate e dall'insorgenza di possibili complicanze. A differenza dei pazienti con TCE lieve che raggiungono un buon recupero fisico nell'arco di alcuni mesi, i pazienti con esiti di TCE medio e grave esperiscono dei cambiamenti nella loro cognizione, nel comportamento e nella personalità che possono perdurare nell'arco di vita. Tali cambiamenti includono una compromissione della propria sicurezza e fiducia nelle proprie possibilità a causa dei continui fallimenti che conseguono la presenza di deficit cognitivi e comportamentali (Hibbard et al., 2000; Layman et al., 2005), continui cambiamenti di umore, irritabilità (Knight et al., 1998; Layman et al., 2005), comportamenti infantili e fatui (Rosenbaum & Najenson, 1976) e una diminuzione nella motivazione (Anderson et al., 2009). Il benessere e la qualità della vita di pazienti con esiti di TCE sono fortemente colpiti da deficit che coinvolgono la capacità di mantenimento dell'attenzione, la distruzione dei propri ricordi e la capacità di formare nuove memorie, da deficit nell'orientamento spaziale che minano fortemente l'autonomia del paziente, dalla presenza di disturbi del linguaggio, quali anomie e dalla solitudine, ossia dall'assenza di una rete sociale di supporto (Hassan et al., 2013). Belanger et al. (2009) mettendo in relazione i sintomi neurocomportamentali con quelli presenti nel PTSD hanno trovato una somiglianza tra le due sintomatologie e che i sintomi legati al TCE correlavano maggiormente con il livello di stress emozionale che non con la gravità del TCE. Glaesser et al. (2004) riportano la difficoltà nel valutare la sintomatologia del PTSD nei pazienti con TCE proprio a causa della sovrapposizione di molti sintomi, soprattutto quando ci si riferisce ad esiti di TCE medio-lieve. Inoltre, i sintomi dei pazienti affetti da TCE sono molto simili anche a quelli che si possono osservare in pazienti affetti da dolore cronico e da depressione (Gunstand e Suhr, 2004), comunque differenziare questi aspetti è fondamentale per la corretta presa in carico del paziente nelle diverse fasi, ed è possibile distinguere gli aspetti di natura traumatica da quelli di natura cognitiva e comportamentale come riportato da Meyer et al. (2013) che sottolineano l'importanza di una valutazione appropriata di questi pazienti proprio al fine di intervenire con efficacia a livello riabilitativo.
Il TCE non è l'unica disabilità a lungo termine da incidente stradale, vi possono essere anche i traumi della colonna vertebrale che spesso sono associati a presenza di trauma cranico. Infatti, circa il 20% dei pazienti in coma a seguito di TCE

presentano contemporaneamente anche un trauma della colonna vertebrale (vedi sezioni dedicate al trauma cranico).
La lesione midollare consegue un trauma spinale e i pazienti con tali lesioni possono avere gravi deficit motori, sensitivi e vegetativi a carico dei segmenti corporei caudali alla lesione. Il paziente può subire anche un danno delle possibilità relazionali che dipende dal livello di sofferenza midollare. Anche in questo caso è possibile distinguere il trauma della colonna vertebrale causato da incidentalità stradale rispetto a quello causato da altri meccanismi. Infatti, le mielolesioni possono essere suddivise in traumatiche e non traumatiche. Le mielolesioni traumatiche esitano da un'acuta variazione delle dimensioni del canale midollare a causa di una forza estrinseca, le non traumatiche possono conseguire ad una patologia vascolare, tumorale, displasica, flogistica o iatrogena che con varia sequenza temporale colpisce il contenuto e/o il contenente rachideo. Le cadute generano traumi da compressione, mentre l'iperflessione è tipica degli incidenti stradali e somiglia alla dinamica del cosiddetto colpo di frusta. La lesione midollare che consegue ad eventi traumatici è solitamente localizzata a livello cervicale rispetto alle dorso lombari. Anche nel trauma vertebro-midollare è possibile individuare una fase iniziale in cui sono necessari e fondamentali alcuni tipi di interventi clinici da fasi successive. Krause et al. (2014), studiando la presenza di PTSD in pazienti con esiti di danno spinale, trovano che il fenomeno è stato sovrastimato in passato e che la ri-esperienza patologica dell'evento è più rara di altri fenomeni, quali la depressione. Questi autori riportano anche che spesso il PTSD, quando osservato, si trova in co-morbidità con i fenomeni depressivi.
Tra le altre disabilità a lungo termine esitate da incidenti stradali vi sono anche le amputazioni di parti del corpo, anche in questo caso il paziente può presentare anche TCE concomitante, e in tal caso, stabilizzata la condizione fisica, si applicheranno i protocolli vigenti per il trattamento e la presa in carico del TCE, con particolare attenzione alla presenza di risvolti psicologici conseguenti la perdita di una parte del corpo o con particolare attenzione ad aspetti quali il fenomeno dell'arto fantasma ed eventuale dolore cronico della parte del corpo amputata. Il dolore cronico dell'arto fantasma può causare profondo disagio psichico nei pazienti e merita una particolare attenzione da parte del personale medico-sanitario. Horgan e MacLahan (2004) riportano reazioni depressive comuni in seguito all'intervento di amputazione che si possono protrarre per almeno due anni dall'intervento e che tendono a diminuire con il passare del tempo. Questo dato è confermato anche da Singh et al. (2009) che riportano alti livelli di ansia e di depressione al momento dell'ammissione in ospedale e per i successivi due anni dall'intervento. Vi sono però meno dati per quanto concerne gli esiti di amputazione traumatica rispetto alla persistenza del disagio psichico nel tempo (McKechnie e John, 2014). McKechnie & John (2014) riferiscono che più dell'85% dei pazienti con amputazione presentava fenomeni di acute stress disorder. Inoltre, in un range che va dal 20.6-63% i pazienti con esiti di amputazione traumatica mostrano sintomi di depressione, mentre il 25.4-57% presentano sintomi di ansia. Dougherty (2003), sebbene non indaghi direttamente le conseguenze psicologiche e relazionali connesse con l'amputazione di un arto, riporta che nel 93.5% dei pazienti sposati sono presenti problemi relazionali e che circa il 19.8% si è rivolto a consulenti di coppia, o presenta un'esperienza di divorzio nel 30% dei casi in un arco medio di 23.1 anni di matrimonio. Un dato diverso emerge invece da altri studi che riportano divorzio nel 6% dei casi in un follow-up a due anni dall'amputazione (McKechnie e John, 2014). Sempre Dougherty (2003) riporta che il 4.3% di pazienti frequentava il gruppo di alcolisti anonimi, mentre Melcer et al. (2010) riportano fenomeni di abuso di sostanze nei primi due anni dall'imputazione. Da questi dati appare con chiarezza che nei casi di disabilità a lungo termine si richiede un piano di azione differenziato a seconda della fase in cui si trova in paziente. Le tecniche di psicoeducazione e le strategie di fronteggiamento sono indicate in fase acuta, ma sono necessarie anche azioni a medio e a lungo termine a seconda della disabilità del paziente. Anche la famiglia del paziente con disabilità va sostenuta in modo differenziato nelle diverse fasi (acuta, a medio e a lungo termine). Infine, il tasso di problemi relazionali e di divorzi osservato nei vari studi sottolinea la necessità di sostenere a medio e a lungo termine anche la famiglia dei pazienti con disabilità.

4.2 I familiari di sopravvissuti con esiti di TCE e di altre disabilità a lungo termine

In genere il focus principale è sui bisogni dei sopravvissuti all'incidente stradale e non sui bisogni dei caregiver (il più delle volte familiari delle vittime). Questi sono esposti a una condizione di stress e fatica altamente associata a alti livelli di stress post-traumatico, che dipende dall'intensità delle cure fornite e dalla prognosi negativa associata ai gravi deficit cognitivi, tra cui la perdita della memoria sia retrograda sia anterograda ("retrograda" indica perdita di ricordi precedenti all'evento traumatico e "anterograda" perdita della capacità di nuovi apprendimenti successivi all'evento traumatico), i deficit emozionali, comportamentali, fisici, sessuali, sociali e spirituali che conseguono la disabilità a lungo termine (Ennis et al., 2013). L'evidenza che pazienti con esito di danno assonale diffuso o con grave trauma cranico avranno multipli disturbi funzionali a lungo-termine, danni motori e persistenti deficit neuropsicologici e che in taluni casi il processo di riabilitazione dura per tutta la vita può in parte aiutare a comprendere il trauma psichico esperito dai caregiver (Hassan et al., 2013). Un altro fattore che contribuisce a provocare intenso e pervasivo trauma psichico nei familiari dei pazienti con danno assonale diffuso o con grave trauma cranico è associato all'evidenza che molti pazienti muoiono durante le prime cure o anche successivamente nella fase di riabilitazione, quando la situazione medica critica sembra essere stata superata, questo tipo di accadimento procura un grave trauma nei caregiver (Hassan et al., 2013). Gli anziani, quando devono assumere il ruolo di caregiver, sono inoltre più soggetti a sviluppare un trauma psichico rispetto ad individui più giovani (Hassan et al., 2013). Il trauma psichico racchiude componenti visibili (sintomatologie fisiche legate allo stress prolungato) e invisibili (non sentire accessibili i propri ricordi perché aumentano la sofferenza del presente e un vissuto emozionale doloroso) che si possono esternare in una serie azioni disfunzionali (Kreber, 2005). I caregiver assumono un ruolo fondamentale durante la fase di riabilitazione, perché come dimostrato da Simpson et al (2013) la resilienza dei membri della famiglia e la percezione del carico che essi hanno durante questo periodo può influenzare l'outcome riabilitativo. Diversi studi si sono focalizzati sull'ansia, le strategie di fronteggiamento, la fatica percepita, la depressione, la salute e la resilienza rispetto alla condizione dei caregiver (Ennis et al., 2013; Hassan et al., 2011; Chopin, 2012; Simpson e Jones, 2013), ma, a eccezione di Murray et al. (2002) poco spazio ed attenzione sono stati dati agli aspetti positivi che possono emergere da una condizione di emergenza come il rafforzarsi dei legami familiari, il riscatto di alcune relazioni familiari e la mutua conoscenza tra famigliare e paziente che nella malattia rafforzano il loro legame. In realtà, un distinguo importante va fatto tra caregiver di pazienti con esiti di TCE e con altre disabilità a lungo termine. Nello specifico, prendersi carico di pazienti con esiti di TCE può essere molto difficile proprio a causa dei cambiamenti profondi di personalità associati al TCE che conduce i familiari di questi pazienti a riportare livelli più alti di fatica, di stress psicologico e di rotture familiari rispetto ai familiari che assistono pazienti con esiti di trauma spinale (Peters et al., 1992; Rosenbaum & Najenson, 1976) o rispetto a sopravvissuti senza esiti di TCE (McPherson et al., 2000). Inoltre, il carico percepito, i livelli di fatica e lo stress psicologico lamentati dai familiari non sembrano attenuarsi nel corso degli anni e, come riportato da Thomsen (1984) possono persistere fino a 15 anni dopo l'evento che ha causato il TCE. Sebbene sia noto che il sostegno sociale e una buona rete sociale mediano le strategie di coping degli individui esposti direttamente o indirettamente ad un trauma, questa componente nei caregiver non è stata ancora indagata (Hassan et al., 2013). Naturalmente la lunghezza e il grado di recupero che il paziente con TCE ottiene, hanno delle ricadute importanti sul funzionamento famigliare (Rotondi et al., 2007; Sander et al., 2002), sulla salute, sul livello di stress e sul fardello psicologico dei caregiver primari (Serio et al., 1995).
Da un punto di vista economico un quinto dei familiari di pazienti affetti da una grave disabilità è costretto ad abbandonare il lavoro o ad affrontare cambiamenti maggiori di vita per potersi prendere cura del proprio famigliare. Quasi un terzo di essi riporta la perdita dei risparmi di famiglia e il 29% riporta la perdita del reddito principale (Deeken et al., 2003). La maggior parte dei caregiver esperisce un deterioramento della propria salute fisica e psichica associato al loro ruolo di caregiver (Deeken et al., 2003). Molti studi sottolineano che un buon piano riabilitativo deve tenere in

considerazione il tipo di relazione che il caregiver ha con il paziente (moglie/marito; genitori; fratelli/sorelle) (Blais & Boisvert, 2005; Ennis et al., 2013). Secondo Serio e collaboratori (1995) l'intervento sulla famiglia a livello di psicoeducazione dovrebbe anticipare l'intervento riabilitativo, e dovrebbe aiutare il famigliare ad accettare anche il cambiamento del proprio ruolo rispetto al paziente, anche tenendo conto del fatto che i bisogni di un marito/moglie sono diversi da quelli di altri parenti. Un marito o una moglie in seguito al TCE che ha colpito il proprio congiunto perdono il proprio confidente, partner sessuale, sostegno economico, la persona con cui conducevano e organizzavano la quotidianità domestica e colui/colei con cui allevavano i propri figli (Serio et al., 1995). La condizione di un genitore di un paziente adulto con TCE è molto diversa da quella di un coniuge perché non può separarsi in caso di insostenibilità della propria condizione e si trova nella situazione di dover assistere il proprio figlio per tutta la durata della propria vita; i genitori non avranno più occasione di godere dell'indipendenza che avevano anticipato nei loro pensieri, attribuendola al momento di crescita dei loro figli e si trovano a dover rientrare in un ruolo di cura che avevano in molti casi lasciato già da tempo, assumendosi anche il carico finanziario del proprio figlio (Lezak, 1988). Inoltre possono vivere con angoscia la prospettiva della sopravvivenza del figlio al loro decesso. Tuttavia lcuni studi hanno osservato maggiori fenomeni di depressione tra i coniugi dei pazienti con TCE rispetto ai genitori (Blais e Boisvert, 2005).

4.3 Raccomandazioni pratiche

Aiutare il caregiver a fronteggiare l'emergenza e a preservare le risorse cognitive, emozionali e fisiche in modo da mantenersi efficiente nel lungo cammino della riabilitazione può avere delle ricadute importanti su un outcome positivo.
Attualmente, quello che è emerso attraverso le interviste ai familiari di persone vittime di incidenti stradali condotte nell'ambito del progetto ANIA Care, che ci hanno fornito delle indicazioni importanti riguardanti aspetti pratici sul supporto ricevuto dai famigliari, è la presenza di fasi critiche e cruciali. Innanzi tutto, diversamente da quanto avviene in caso di decesso, la comunicazione dell'avvenuto incidente spesso non avviene tramite fonti ufficiali. Il famigliare può venire a conoscenza dell'avvenuto incidente attraverso amici o conoscenti che passano sul luogo e riconoscono la macchina. In alternativa, non vedendo tornare il famigliare, può aver contattato gli ospedali o la polizia stradale dopo aver passato diverse ore di angoscia dovuta al mancato rientro a casa della vittima. Non ricevere la notizia direttamente dalle fonti autorevoli (polizia, ospedale) produce nel famigliare la falsa credenza che l'incidente non sia grave, arrivando del tutto impreparato al Pronto Soccorso. A volte porta con sé minori che sarebbe preferibile affidare a dei familiari o a degli amici. Nella maggior parte delle volte esce di casa senza portare con sé il portafoglio o altri oggetti che possono essere utili nella lunga attesa (es. caricatore del cellulare, carte di credito). La situazione del Pronto Soccorso è caotica, così la comunicazione della gravità dello stato di salute del paziente può avvenire in modo inappropriato o viene delegata a un membro della famiglia. Alcuni familiari riferiscono di aver ricevuto la notizia ascoltando per caso operatori sanitari che discutevano tra di loro il ricovero di un giovane in punto di morte. In rianimazione, i familiari provano una sensazione di maggiore accoglienza, perché, anche da quanto emerso dalle interviste, percepiscono il personale di questi reparti come più comprensivi, meno rigidi rispetto all'orario di visite permette al famigliare di rimanere vicino al paziente. In realtà, nonostante la percezione della famiglia della Rianimazione sia positiva, un intervento di psicoeducazione dovrebbe coinvolgere primariamente quel reparto. In Rianimazione il famigliare vive quotidianamente la tensione di non sapere se il paziente sopravvivrà e in quali condizioni. Le condizioni di salute sono critiche, spesso il paziente ha politraumatismi e il processo di stabilizzazione è lungo; inoltre, improvvisi miglioramenti possono essere seguiti da improvvisi peggioramenti e questo alternarsi di speranza e disperazione logora il famigliare.
Sebbene i reparti di Rianimazione abbiano già in uso dei protocolli di supporto psicologico, i familiari riferiscono di non essersi rivolti a tali servizi poiché l'idea di lasciare il famigliare in coma anche per alcune ore in quei primi momenti è intollerabile.

Questo suggerisce che l'intervento dovrebbe essere sul campo e che lo psicologo potrebbe essere presente, se il famigliare lo gradisce, anche quando il famigliare sta insieme al paziente aiutandolo in una stimolazione mirata e guidata. Familiari di pazienti ormai cronici lamentano di non aver ricevuto informazioni necessarie a fronteggiare il risveglio dal coma e a comprendere che la fase di agitazione psicomotoria in uscita dal coma, sebbene di per sé spaventosa, sia in realtà un evento comportamentale positiva ed importante. Durante il periodo trascorso in Rianimazione, e comunque finché il paziente è in pericolo di vita, il supporto da offrire ai familiari è inizialmente prevalentemente informativo e supportivo delle attività pratiche. Dalle interviste ai familiari risulta che un libretto informativo (la Guida per i familiari del paziente comatoso e post-comatoso curata da R. Formisano, 2011), distribuito all'ingresso negli ospedali di riabilitazione sarebbe stato di aiuto, anche nelle precedenti fasi di ospedalizzazione perché in quei momenti non avevano idea di cosa sarebbe successo in seguito e delle reazioni del paziente. Alcuni familiari in questa fase saranno già pronti ad esplicitare e ad affrontare i propri vissuti, oppure desiderosi di chiedere consigli su come gestire le informazioni da dare ai minori o a familiari "fragili" (anziani, familiari cardiopatici, depressi, ecc.). In ogni caso è opportuno informare i familiari della disponibilità all'ascolto e al supporto da parte di uno operatore specializzato.

Buoni contatti e il rapporto di fiducia stabiliti in queste prime fasi facilitano l'accettazione da parte del caregiver di eventuali interventi più strutturati che potranno essere proposti quando il paziente accederà ai servizi di riabilitazione.

Un altro aspetto rivelato dalle interviste è che, anche a tre anni di distanza dall'incidente, il famigliare del paziente con TCE è spesso provato, scosso, traumatizzato, e manifesta segni depressivi e ansia. Questa condizione psichica dipende dal fatto che spesso il percorso riabilitativo del paziente non è ancora finito e che il carico sul famigliare è molto alto. Se il familiare caregiver non ha ricevuto una psico-educazione iniziale e non ha preso contatto nel primo momento con degli psicologi, tende a distanza dall'incidente a rifiutare il supporto. A volte il supporto psicologico viene rifiutato perché il familiare crede che il riconoscimento della propria debolezza priverebbe il familiare vittima diretta dell'incidente di cure che egli e/o lo psicologo dovrebbero dedicargli, oppure perché ritiene che la propria sofferenza aiuti la vittima e non si rende conto dell'importanza del proprio benessere (o un minore malessere), che migliorerebbe anche la qualità dell'assistenza che egli può fornire al paziente. Un modo perché il caregiver accetti il supporto psicologico potrebbe essere quello di concordarlo quando il famigliare sta ricevendo dei trattamenti e di proporlo inizialmente come una forma di istruzione a supportare la vittima. Di solito, il caregiver accetta volentieri di parlare del proprio famigliare e anche di sé, attraverso questi primi colloqui, si potranno evidenziare sia criticità e preoccupazioni pratiche (per esempio laddove il paziente era il capo famiglia o la maggiore fonte di reddito) sia credenze disfunzionali e nodi problematici legati alla presenza di sensi di colpa, di parole non dette che adesso non avrebbe più senso dire, etc.).

Partire dall'analisi delle difficoltà del paziente, della sua relazione con il caregiver, delle risposte che il caregiver ritiene di dover dare ai bisogni del paziente, delle risorse che il caregiver impiega e ai problemi che incontra, consente all'operatore di instaurare una relazione d'aiuto e di fornire suggerimenti e permette al caregiver di condividere con esso i propri vissuti, le proprie ansie e preoccupazioni. In questo modo è possibile agganciare il caregiver, che diventerà sempre più disponibile ad affrontare i propri problemi man mano che si rende conto che questi influiscono negativamente non solo sulla propria qualità della vita e su quella degli altri familiari, ma anche su quella del paziente. E' importante nei primi momenti dell'aggancio sottolineare come proprio i tempi lunghi delle cure riabilitative non permettano di rimandare la cura dei problemi del caregiver a quando il paziente non avrà più bisogno del suo sostegno, chiarendo anche che i problemi non risolti del caregiver possono indurre un livello tale di malessere tali da poterne compromettere lo stato di salute, facilitando l'aggravarsi o l'insorgere di malattie croniche su base psiconeuroendocrinoimmunitaria (p.es. ipertensione, artrite, doabete etc.) che gli impedirebbero di assicurare un supporto adeguato al paziente nei momenti di massima necessità, cioè quando i trattamenti riabilitativi saranno giunti a termine e il paziente sarà da reinserire nella vita sociale.

4.4 Gli interventi di Primo Supporto e di Pronto Soccorso Psicologico per i familiari dei sopravvissuti con esiti di TCE e di altre disabilità a lungo termine

I Contesti

I contesti nei quali si possono configurare gli interventi di Primo Supporto e di PS Psicologico per i familiari dei sopravvissuti con esiti di TCE e di altre disabilità a lungo termine possono essere i seguenti:

- Luogo dell'incidente.
- Pronto Soccorso.
- Reparti di Rianimazione o Terapia Intensiva.

Intervento di Primo Supporto per i familiari dei sopravvissuti con esiti di TCE e di altre disabilità a lungo termine

Per primo supporto rivolto ai familiari va inteso l'intervento a valenza psicologica svolto in contesti di emergenza da figure professionali diverse dallo psicologo. Tale tipologia di interventi fa già normalmente parte della prassi di medici ed infermieri e di altre figure operanti nell'area dell'emergenza e acuzie (Protezione Civile, Forze di Polizia, la Croce Rossa Italiana, il Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco). In presenza dell'organizzazione di un Pronto Soccorso Psicologico è utile ricercare maggiore sistematicità anche nelle azioni di Primo Supporto rivolte ai familiari. E' innanzitutto importante ricordare che le figure dei familiari (coinvolte nell'incidente ed incolumi o presenti e/o accorse sul luogo dell'incidente o negli altri contesti emergenziali) sono da considerare pienamente aggredite da un evento traumatico. Ciò tanto più quanto più significativo è il legame con la vittima (partner, figlio, genitore, fratello). Il familiare significativo è inoltre potenzialmente una importante risorsa per favorire la stabilità emotiva e la compliance del paziente. Quest'ultimo, infatti, se cosciente, rivolge sempre la sua prima attenzione verso i familiari, preoccupandosi della loro condizione, della loro stabilità emotiva e del carico che rappresenterà per loro l'evento traumatico (ciò anticipa il "fisiologico" senso di colpa verso i familiari associato ad esiti disabilitanti). La funzione adattiva di tali preoccupazioni del paziente è con evidenza legata alla percezione di quanto le figure dei familiari rappresentino, nell'emergenza, una base sicura emotiva ed affettiva.

E' dunque importante considerare quanto il familiare necessiti, anche nella concitazione dell'emergenza, di uno spazio di attenzione e rassicurazione. Un atteggiamento evitante da parte degli operatori, magari replicato da parte di più figure o, ancora, l'aspettativa automatica di collaborazione o stabilità da parte dei familiari, solo in virtù dell'assenza di danni fisici, può aumentare esponenzialmente l'angoscia dei parenti, stimolando vissuti ostili, sospettosi, di inadeguatezza verso le cure medico- infermieristiche. Anche nel caso di parenti di pazienti con TCE, se l'operatore si trova di fronte un bambino o un adolescente dovrà adeguare le comunicazioni tenendo conto dell'età e delle capacità di comprendere alcune informazioni. E' necessario che si crei un legame e che si instauri un rapporto proprio per evitare che si crei una mancanza di comunicazione, o che vi sia il mantenimento del segreto. I loro bisogni sono importanti al pari degli altri familiari *(per la comunicazione con bambini/adolescenti vedere il capitolo 3).*

Vanno dunque ribadite tutte le indicazioni già espresse precedentemente nelle sezioni centrate sul Primo Supporto verso il paziente *(vedi capitolo 3):*

- individuare tra le figure presenti un operatore che dedichi uno spazio di tempo e di attenzione ai familiari;
- presentarsi sempre con nome, cognome e qualifica dando del "Lei";
- cercare di cogliere e individuare il ruolo del/dei familiare con cui ci si relaziona privilegiando le figure più vicine, evitando di coinvolgere persone esterne alla famiglia;
- utilizzare un atteggiamento non verbale rassicurante: tono di voce calmo e deciso, giusta distanza nella prossimità, guardare negli occhi l'interlocutore e non evitare il suo sguardo;
- nel primo contatto con il familiare, dopo essersi identificati, mostrare disponibilità

all'ascolto e interesse per l'interlocutore, la sua identità e per sua condizione emotiva del momento;
- cercare di impegnare l'interlocutore in incombenze pratiche e organizzative utili (per esempio informare adeguatamente gli altri famigliari);
- fornire informazioni sulla condizione del paziente rimarcando la criticità dell'emergenza e l'impossibilità momentanea di fornire prognosi. Comunque rassicurare realisticamente sulle caratteristiche, sulla validità e utilità delle cure in corso;
- rassicurare che verrà fornito un costante aggiornamento delle informazioni sulla condizione del paziente;
- anticipare la presenza e la disponibilità di psicologi specializzati nell'informare e sostenere le persone nelle sue condizioni;
- prendere successivamente contatto con le figure psicologiche. Il primo supporto può svolgere, a tale riguardo, una funzione di informale "triage".

Pronto Soccorso Psicologico rivolto ai familiari con esiti di TCE e di altre disabilità a lungo termine

L'intervento psicologico rivolto ai familiari ha una utilità sia immediata sia a medio-lungo termine. L'emergenza traumatica nella quale i familiari significativi sono coinvolti, rappresenta un momento critico di iper-stimolazione psico-emotiva. La condizione di fragilità e di sensibilità vissuta dal famigliare e strettamente connessa a tale esperienza riconducono a quanto possano essere incisivi sull'assetto psichico dei familiari gli stimoli, le comunicazioni e gli apprendimenti sperimentati in questi frangenti critici, ribadendo l'importanza di un corretto approccio al familiare stesso. La sofferenza traumatica del familiare è tanto più simile a quella del paziente quanto più significativo è il loro legame. Ciò che connota l'esperienza del famigliare, differenziandola da quella del paziente, è l'urgenza di proteggere e di "agire". A tali compiti soggettivamente percepito si associa assai frequentemente un grande senso di impotenza. La rabbia sottesa a tale sentimento si combina e aggrava con le emozioni negative per il trauma vissuto dal familiare in prima persona.
L'attenzione psicologica rivolta ai familiari ricade dunque direttamente sulla situazione psicologica del paziente, al quale prima o poi giungono sempre, anche in modo implicito ed indiretto, i segnali dell'angoscia dei familiari. Questi ultimi, peraltro, hanno ovviamente un grande ascendente psicologico sul paziente in fase critica. Sarà pertanto di maggiore impatto sul paziente il "passaggio" da parte dei familiari di emozioni relativamente più serene, orientate alla positività ed alla collaborazione. L'intervento psicologico di stabilizzazione emotiva nei confronti dei familiari si svolge anche attraverso la facilitazione delle relazioni e comunicazioni con l'equipe ospedaliera. Infatti, il fisiologico senso di impotenza del familiare si traduce spesso in atteggiamenti di iper-attivazione nei confronti delle regole e procedure clinico-ospedaliere. Talvolta tali atteggiamenti declinano verso l'iper-criticità e la sospettosità nei confronti dei sanitari. In relazione a ciò l'intervento psicologico sui familiari può avere la funzione di migliorare la compliance dei famigliari nei confronti dell'operatività clinico-ospedaliera. Tale obiettivo, il cui raggiungimento avrà ovviamente una positiva ricaduta sulla tranquillità del paziente e sull'efficacia delle cure, dovrà essere perseguito attraverso un lavoro, di acquisizione di informazioni sulla condizione del paziente e sulle cure in corso, informazioni che verranno opportunamente "tradotte" e trasferite ai familiari. Questo tipico compito clinico-psicologico di "facilitazione della comunicazione" presuppone una capacità dello psicologo-psicoterapeuta di entrare in sintonia con il contesto ospedaliero che accoglie il paziente. Tale aspetto dell'operatività psicologica nel contesto emergenziale potrà avere peraltro una ricaduta parallela sul clima relazionale nell'equipe.
Come già accennato, l'intervento psicologico rivolto ai familiari ha anche un impatto a medio-lungo termine. L'evento traumatico incide fin dall'inizio sulla rete di relazioni familiari nella quale il paziente è inserito. Il trauma è come un terremoto che colpisce il sistema familiare, sistema nel quale da subito si attivano processi di riequilibrio. Tale movimento di riadattamento del sistema familiare determina inevitabilmente l'accelerazione di alcuni processi sottesi al ciclo di vita familiare e di coppia: già nella fase emergenziale, l'osservazione psicologica può individuare alcuni segni prognostici relativi a come le relazioni di coppia, genitoriali, nella fratria, nella famiglia allargata, si confronteranno con le varie conseguenze del trauma. Sarà compito

dello psicologo cogliere ed ascoltare, nei diversi contesti emergenziali, le modalità di attivazione emotiva dei familiari significativi presenti. Solitamente si delineano, già in questa fase, alcuni ruoli familiari consolidati (nella famiglia d'origine, nella fratria, nella coppia, ecc.).In modo analogo, nel contesto emergenziale si potrà delineare il ruolo di "interlocutore privilegiato" che uno o più familiari potranno assumere verso i sanitari e che lo psicologo dovrà cogliere per svolgere il proprio intervento. La ricaduta a medio-lungo termine del Pronto Soccorso psicologico verso i familiari riguarderà principalmente il senso di accoglienza che essi potranno avvertire nella prima fase traumatica. Un clima di ascolto svolgerà una funzione importante rispetto ai numerosi traumi aggiuntivi a cui anche il familiare è esposto nel contesto ospedaliero emergenziale (comunicazioni prognostiche eccessivamente precoci o traumatiche, comunicazioni frettolose e eccessivamente ottimistiche, atteggiamenti di disconferma, mancanza di ascolto, ecc) che per certi versi sono fisiologiche all'operatività clinica orientata prioritariamente alla sopravvivenza del paziente. Conseguentemente, l'intervento psicologico di Pronto Soccorso farà da fondamenta per il successivo aiuto verso la famiglia nel processo di ristrutturazione degli equilibri familiari (valorizzazione delle competenze, sostegno nei vissuti conflittuali dovuti al confronto con una vita "improvvisamente cambiata", sostegno nella scoperta dei fattori familiari di resilienza). L'aiuto e l'orientamento rivolto ai familiari avrà un immediato esito positivo sulla compliance del paziente nel successivo, articolato processo riabilitativo.
Gli interventi che lo Psicologo potrà mettere in atto possono essere inquadrati nelle seguenti aree:

- Informazione/organizzazione.
- Prossimità/vicinanza.
- Ascolto/sostegno/mediazione con il contesto di cura.

Nell'ambito dei tre contesti di intervento individuati, in analogia con quanto codificato nella letteratura scientifica sulla gestione della crisi, sarà compito dello psicologo sapersi spostare da un piano all'altro dell'intervento cogliendo le priorità del momento. Per altri versi, in ognuno dei contesti individuati una tipologia di intervento tenderà ad essere prioritaria rispetto alle altre. Ad esempio, nel primo intervento sul luogo dell'incidente, la priorità potrà essere data ad aspetti organizzativi o pratici (raccolta degli oggetti personali, indicazioni sulla struttura di destinazione, individuazione di compiti, evitamento di sovrapposizioni, occuparsi dei minori presenti in famiglia ecc.). L'attivazione dello psicologo con i familiari su questi elementi, così come sul passaggio di informazioni generali relative alle condizioni del paziente, diventa immediatamente opportunità di osservazione, nonché veicolo di messaggi impliciti di rassicurazione e di ascolto. Un compito di informazione preliminare molto importante riguarda poi la struttura familiare, la dinamica dell'incidente, notizie sulla condizione clinica acquisite dagli altri sanitari, ecc. Ancora una volta, l'acquisizione di informazioni ha la duplice funzione di raccogliere elementi di osservazione sul paziente e agevolare il contatto con i familiari. Tale livello d'intervento, inoltre, anticipa ed introduce la seconda tipologia di intervento (prossimità/vicinanza) prevalente nel contesto del Pronto Soccorso e ancor più nel reparto di Rianimazione/Terapia intensiva.
Il livello di intervento che abbiamo sintetizzato come "prossimità/vicinanza" agisce prevalentemente su un piano implicito nei confronti dei familiari. Esso è una sorta di affiancamento e di presenza talvolta molto importante per persone sospese tra angoscia ed impotenza. Le persone che vivono un trauma esprimono soprattutto nelle prime fasi una difesa psicologica di base che è quella di una chiusura massiva verso le sollecitazioni esterne. Tale atteggiamento di auto protezione richiede ovviamente rispetto, ma segnala anche implicitamente una richiesta di aiuto. L'intervento psicologico, in questi contesti, richiede molta flessibilità e una particolare attitudine a "muoversi verso" l'utente. Questo movimento di avvicinamento richiede particolare cautela e una capacità di discriminare quando è più opportuno avvicinarsi o quando è più utile evitare sollecitazioni. Peraltro i segnali impliciti provenienti dai familiari possono essere talvolta ambivalenti. Solo in alcuni casi si incontrano persone "precocemente resilienti" , che accolgono o ricercano attivamente il contatto. In generale gli interventi di prossimità, oltre a svolgere una funzione di sostegno,

contribuiscono a dare significatività alla relazione clinico-psicologica ed efficacia all'intervento successivo.
La terza tipologia di intervento (ascolto/sostegno/mediazione con il contesto di cura) potrà avvenire prevalentemente nell'ambito del Reparto di Rianimazione o Terapia Intensiva.
Va sottolineato che in tale contesto si può prefigurare un prolungarsi dell'intervento clinico-psicologico nel corso di alcune settimane, talvolta 1-2 mesi. Ciò peraltro è congruo con l'idea di un "Pronto Soccorso psicologico", in quanto l'emergenza psichica post-traumatica si estende su tempi molto più lunghi di quanto avvenga nell'ambito fisico/biologico. La "fase acuta" psichica, come sappiamo dalla letteratura sul DPTS, può estendersi nell'arco di alcuni mesi. L'intervento psicologico in Rianimazione si pone così come propedeutico al successivo lavoro nei diversi contesti per il trattamento riabilitativo di esiti di TCE, di mielolesioni o di amputazioni.
L'intervento di ascolto/sostegno si avvicina maggiormente alla tipica operatività clinico-psicologica. La significatività raggiunta nella relazione clinica con i familiari, conosciuti ed avvicinati nelle fasi precedenti, consente anche di svolgere una funzione di contenimento in momenti che continuano ad essere altamente emergenziali. In questa fase si avrà l'occasione di iniziare a prefigurare il futuro del paziente e dei famigliari e le conseguenze dell'evento traumatico. Lo psicologo potrà trovarsi ad anticipare ipotesi di cambiamenti nell'identità personale e corporea del paziente che potranno emergere dopo la fase acuta. Tali informazioni vanno comunicate in modo generico ma coerente con quanto comunicato con l'equipe medica. Va comunque considerata la necessità di esplorare in questa fase, e durante i colloqui, gli scenari possibili, che la famiglia si prefigura per il futuro. Ciò consente di esprimere vissuti ansiogeni relativi alle problematiche della nuova quotidianità, inoltre permette di valutare ed attivare le risorse dei famigliari per far fronte ai cambiamenti della situazione di attesa.
La prima criticità dell'intervento psicologico in questa fase riguarda la natura medica del contesto nel quale ci si muove, la natura medica della diagnosi e della prognosi, l'interesse medico-biologico delle patologie e delle cure in atto, elementi che orientano ovviamente l'attenzione centrale dei familiari. Tale criticità dovrà in qualche modo "guidare" lo psicologo, il quale dovrà rendere conto della propria differenziazione professionale rispetto all'operatività medica, evitando nel contempo di rinforzare nei familiari e nel contesto di cura atteggiamenti di scissione tra aspetti biologici e psichici.
Lo strumento clinico-psicologico che potrà aiutare l'operatore nell'affrontare questa criticità è quello della competenza empatica.
Sia i clinici, sia parzialmente i familiari, si trovano di fronte ad una prognosi incerta, della quale comunque è evidente la gravità (esiti cognitivi, linguistici, motori, posturali, sensoriali, fisiologici, estetici, per non parlare di tutti gli esiti nelle aree psico-corporea e socio-relazionali). I familiari, però, a differenza degli operatori sanitari, hanno un vissuto dell'incertezza prognostica intriso di emotività ed ovviamente mancante di competenza medica. Pertanto, nel fronteggiare cognitivamente l'emergenza, dominano nei familiari vissuti di ansia e di rifiuto della situazione reale che possono ostacolare la costruzione di una stabilità interna, necessaria a sostenere la loro stessa capacità di affrontare la situazione.
L'intervento psicologico utilizzerà proprio l'esperienza empatica dell'incertezza per aiutare i familiari a recuperare e rafforzare la propria resilienza. Lo psicologo, infatti, testimonierà ai familiari la condizione di incertezza momentanea anche da parte dei clinici. Di conseguenza l'empowerment del familiare coinciderà con l'invito a sapersi concentrare sul momento presente, appoggiandosi nel contempo ad un "vissuto di speranza". A tale proposito è utile ricordare la letteratura recente proprio sul tema della speranza come elemento psicologicamente utile in condizioni estreme (Hobfoll et al., 2007). In questo quadro, l'apertura emotiva della "speranza" non è considerato un fattore di "distrazione da una realtà tragica", ma uno strumento necessario proprio per perseguire un adeguato giudizio di realtà verso esperienze gravemente traumatiche.
Questo obiettivo di "Psicologia positiva" potrà essere perseguito dallo psicologo-psicoterapeuta attraverso interventi di sostegno nei quali l'ascolto, la prossimità, il costante aggiornamento sulle condizioni del paziente e sui possibili esiti del Trauma, dovranno alternarsi ad un lavoro di "ridefinizione in positivo" dei vissuti traumatici di

incoraggiamento verso il mantenimento di un atteggiamento attivo e sereno.
La complessità di tale lavoro controtransferale, richiederà specifica competenza psicoterapica e/o opportunità di supervisione. Questo tipo di intervento sui familiari ricadrà positivamente sul piano della stabilizzazione emotiva, della loro compliance con il contesto di cura, e del successivo intervento psicologico che altri colleghi potranno svolgere nelle successive fasi riabilitative.

Protocollo di Intervento di Primo Supporto e di Pronto Soccorso Psicologico

Di seguito vengono presentate alcune indicazioni utili negli interventi rivolti alle vittime di incidenti stradali, che hanno riportato gravi lesioni, e ai loro famigliari. Le procedure indicate si avvalgono di diversi strumenti e modelli, adattandoli alle esigenze dei singoli soggetti. In particolare sono elencate una serie di indicazioni generali, utili a tutti gli operatori impegnati nel soccorso stradale, in modo che questi possano offrire un adeguato supporto psicologico, e informazioni più specifiche per gli psicologi che intervengono nel Pronto Soccorso psicologico.

1) Lo Psicologo che interviene nel Primo Soccorso si presenta con nome, cognome, e indicazione del servizio di emergenza al quale si appartiene. E' importante mantenere costante la prossimità alle vittime, raccogliere informazioni sull'incidente, sulla condizione del/dei ferito/i, e sui ruoli delle persone presenti (famigliari, amici, ecc.). Un compito analogo sarà svolto nei confronti delle persone che eventualmente arriveranno in seguito sul luogo dell'incidente. E' sempre opportuno identificare i ruoli delle figure accorse e tendere a dare accoglienza prevalente ai familiari più stretti.

2) Nel contatto con i familiari presenti individuare un "interlocutore privilegiato" con il quale costituire un dialogo più continuativo. Nel contatto con i familiari lo Psicologo, se già presente nel primo soccorso, potrà svolgere una funzione di "interlocutore esperto", che con le sue azioni comunicative interagisce con le istanze emotive ed i bisogni di contenimento che esprimono i singoli parenti ed il sistema familiare di cui essi fanno parte. Tenendo conto di questa funzione basica, la restituzione delle informazioni sarà portata avanti nell'ambito di una presa in carico dei bisogni emotivi della rete familiare presente. Le informazioni andranno dunque restituite con molta attenzione, puntando ad un giusto equilibrio tra bisogni informativi e necessità di rassicurazione, e dovranno essere finalizzate a gestire l'angoscia. Nell'ambito di questa azione empatica le informazioni sulle condizioni cliniche e sulle cure in corso saranno sempre generiche ed "in itinere". Per i familiari il semplice fatto di avere un interlocutore avrà in sé una funzione contenitiva.
Per gli Operatori di Primo soccorso non Psicologi va tenuta presente l'indicazione di fornire sempre informazioni generiche; il tono verbale e non verbale non deve mai essere angosciante, non deve mai colludere con sentimenti di disperazione (che non aiutano il contatto), deve trasmettere contemporaneamente serietà e attenzione.
Gli Psicologi e/o gli Operatori di Primo soccorso devono considerare il bisogno dei familiari di "agire". E' quindi utile, appena possibile, dare indicazioni pratico-organizzative (come raccogliere gli effetti della/e vittime, come collegarsi ai familiari che ancora non sono presenti o informati, come occuparsi dei minori presenti sul luogo o che necessitano di sorveglianza a causa degli impegni straordinari degli adulti, ecc.). Poiché spesso i familiari si organizzano in modo autonomo rispetto a queste incombenze, è comunque importante (poiché è una "azione empatica") parlare e chiedere se vi sono delle particolari necessità rispetto a questi aspetti pratici.
E' utile che gli Psicologi, già da questa fase, possano stilare un "Diario" sintetico delle azioni svolte e delle figure contattate.

3) Tutte le precedenti indicazioni fanno da guida anche alle azioni psicologiche successive negli altri contesti di intervento (Pronto Soccorso ospedaliero/reparti di Rianimazione-Terapia Intensiva/sala d'attesa di Camere operatorie).
Nel Corso dell'attesa in Pronto Soccorso ospedaliero, e ancora di più nel caso di interventi chirurgici (sala d'attesa nelle Camere Operatorie) o nei reparti di Rianimazione (dove i familiari di solito possono contattare i congiunti feriti per

pochi minuti al giorno), ci sarà occasione di condividere spazi e tempo maggiori con i familiari. Questi spazi sono un'occasione preziosa di ascolto e di sostegno. Gli orientamenti per la gestione di queste azioni sono precedentemente indicate in questo capitolo.
Gli interventi e i colloqui in questa fase potranno svolgersi talvolta in contesti meno informali (stanza per colloquio clinico-psicologico). Anche se nell'ambito della ricerca costante di un equilibrio prossimità/discrezione, lo Psicologo dovrà essere pronto a cogliere le richieste implicite e informali di ascolto.
Nell'ambito del Reparto di Rianimazione/Terapia Intensiva si prefigura una permanenza del/dei pazienti per alcune settimane. Nel corso di questa degenza lo Psicologo dovrà sviluppare il contatto con le figure sanitarie del Reparto (medici, infermieri, talvolta terapisti). Il contatto con i sanitari sarà utile a continuare nella funzione informativa verso i familiari.
Nell'ambito della funzione informativa e di sostegno ai familiari, durante la degenza in Rianimazione/Terapia Intensiva lo Psicologo potrà utilizzare la propria possibilità di avere accesso al Reparto e dunque di mantenere un maggiore contatto con il paziente ricoverato.
La degenza in Rianimazione/Terapia Intensiva prelude di solito ad un ricovero successivo in strutture riabilitative. Quando la degenza sta per volgere al termine, lo Psicologo dovrà prendere contatto con i colleghi Psicologi che operano nelle strutture che accoglieranno il paziente. Lo Psicologo stilerà anche una relazione sul lavoro svolto con i familiari della vittima. Tale relazione dovrà essere compilata in modo accurato anche per consentire un proficuo "passaggio di consegne" ad altro Servizio di assistenza, se necessario.

Ania Cares

PRONTO SOCCORSO PSICOLOGICO PER LE VITTIME DELLA STRADA

ALLEGATI

1 SCHEDA PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI SUI BISOGNI ATTUALI DELLA VITTIMA

Operatore: _____

Data: _____

Nome della vittima: _____

Breve descrizione della vittima (descrivere se si tratta di una vittima diretta, vale a dire persona coinvolta nell'incidente, o indiretta, familiare di una persona coinvolta. In quest'ultimo caso indicare il legame di parentela. Descrivere inoltre le conseguenze riportate dalla persona coinvolta nell'incidente: ferimento grave o decesso)

_____

_____

_____

Età della vittima: _____

Luogo: _____

Tempo trascorso dall'evento traumatico: _____

La presente Ceck list ha lo scopo di raccogliere informazioni sulle condizioni generali e i bisogni prevalenti della vittima in questo momento.Per favore, annoti qui di seguito qualsiasi altra informazione ritenga utile

Segnate le caselle corrispondenti alle difficoltà che la vittima sta provando			
Comportamenti	**Per niente**	**Abbastanza**	**Totalmente**
Estremo disorientamento	☐	☐	☐
Isolamento/ritiro	☐	☐	☐
Comportamenti regressivi (enuresi encopresi secondarie; "parlare come un bebé o con linguaggio infantile o più infantile rispetto a quello dell'età cronologica del soggetto)	☐	☐	☐
Agitazione/tremore	☐	☐	☐
Comportamenti violenti	☐	☐	☐
Richieste di attenzione e cura	☐	☐	☐
Pianto ricorrente	☐	☐	☐

Rifiuto del rapporto con gli operatori del soccorso	☐	☐	☐

Altri comportamenti significativi: _____

_____

_____

Emozioni	**Per niente**	**Abbastanza**	**Totalmente**
Reazione intensa di lutto *(reazioni chiaramente riferibili al lutto: ricerca della persona deceduta, necessità di riesaminare e modificare le dinamiche che hanno portato al decesso nelle forme del pensiero "controfattuale")*	☐	☐	☐
Tristezza	☐	☐	☐
Irritabilità/rabbia	☐	☐	☐
Paura	☐	☐	☐
Agitazione ansiosa evidente	☐	☐	☐
Senso di colpa	☐	☐	☐
Appiattimento emotivo	☐	☐	☐
Distacco emotivo	☐	☐	☐

Altri comportamenti significativi: _____

_____

_____

Aspetti cognitivi	**Per niente**	**Abbastanza**	**Totalmente**
Incapacità di accettare l'evento	☐	☐	☐
Pensieri o immagini intrusive	☐	☐	☐
Preoccupazioni riguardo altri	☐	☐	☐
Difficoltà a rimanere concentrato	☐	☐	☐
Difficoltà a ricordare	☐	☐	☐

Derealizzazione/ depersonalizzazione	☐	☐	☐
Difficoltà a prendere decisioni	☐	☐	☐
Mancanza di speranza	☐	☐	☐
Altri comportamenti significativi: _____			

Malesseri fisici	**Per niente**	**Abbastanza**	**Totalmente**
Mal di testa	☐	☐	☐
Mal di stomaco	☐	☐	☐
Affaticamento/senso di spossatezza	☐	☐	☐
Svenimenti	☐	☐	☐
Difficoltà respiratorie	☐	☐	☐
Altri comportamenti significativi: _____			

Per favore, annoti qui di seguito qualsiasi altra informazione ritenga utile: _____

A SCHEDA A - INFORMAZIONI GENERALI

La presente scheda va compilata una sola volta appena sono disponibili sufficienti informazioni relative all'incidente

Data primo intervento _____

Luogo dell'intervento _____

Provenienza della richiesta dell'intervento

- Operatori di polizia
- Ospedale
- Vittime coinvolte o chi per esse

CARATTERISTICHE DELL'INCIDENTE

Data _____

Ora _____

Luogo dell'incidente _____

1. Dinamica dell'incidente (riportare in sintesi la dinamica dell'incidente e i veicoli coinvolti)

_____

_____

_____

_____

2. Persone coinvolte e conseguenze riportate (riportare brevemente i dati disponibili delle persone coinvolte - età, genere, eventuali gradi di parentela o di relazione tra le persone coinvolte; se conducente, passeggero o pedone- e per ciascuna, quando possibile, indicarne i traumi fisici subiti).

_____

_____

_____

INTERVENTO DI PRIMO SOCCORSO

3. Nel caso in cui è stato effettuato, riportare una sintesi dell'intervento in fase di pronto soccorso (cosa si è potuto fare, cosa si è ottenuto, eventuali difficoltà nell'intervento, eventuali problematiche oggettive, ecc.)

_____

_____

_____

B SCHEDA B - ESAME DELLA VITTIMA

La presente scheda va compilata più volte: 1) una prima volta, subito dopo il primo intervento in fase di pronto soccorso (se svolto), o dopo il primo colloquio di sostegno post-trauma; 2) alla conclusione dell'intervento di sostegno post-trauma.

Codice operatore _____

Codice incidente _____

Codice Vittima _____

Informazioni generali della vittima

- O Vittima/e diretta (ferito grave)
- O Vittima indiretta di persona deceduta
- O Vittima indiretta di persona gravemente ferita

Età della vittima

- O M
- O F

Nazionalità _____

Stato civile _____

Dati familiari e danni subiti della vittima (caratteristiche della famiglia di origine ed eventualmente di quella attuale, se sono presenti dei decessi riportarne l'anno; se si tratta di vittima diretta riportare informazioni quali: le conseguenze fisiche riportate, ecc.; se vittima indiretta riportare eventuali conseguenze fisiche riportate, il rapporto di parentela con la vittima diretta, e le conseguenze fisiche di quest'ultima: lesioni gravi o decesso)

_____

_____

_____

STORIA INCIDENTE

Questo è il primo incidente della vittima?

- O Si
- O No

Se "NO", quanti incidenti ha avuto in passato? _____

Se "NO", è questo è il peggior incidente che ha avuto?

- O Si
- O No

In una scala da 1 a 5, come valuterebbe la gravità di questo incidente se paragonato ad altri eventi stressanti di cui ha avuto esperienza nella sua vita.

Per niente	1	2	3	4	5	Moltissimo

Pensa di essersi ristabilito dopo l'incidente

Per niente	1	2	3	4	5	Moltissimo

STATO DELLA SALUTE

La vittima come valuterebbe il suo stato di salute prima dell'incidente?

Insufficiente	1	2	3	4	5	Eccellente

La vittima come valuterebbe il suo stato di salute attuale?

Insufficiente	1	2	3	4	5	Eccellente

La vittima ritiene di poter recuperare completamente il suo precedente stato di salute?

- O Si
- O No

Se "SI", quanto tempo pensa sia necessario per poter recuperare il suo precedente stato di salute? (indicare in mesi) _____

STATO DELLA SALUTE ATTUALE E PRECEDENTE

Stato della salute mentale
La vittima ha qualche difficoltà relative al sonno?

- O Si
- O No

Se "SI", quante ore dorme mediamente ogni notte? (indicare in ore) _____

Le capita di avere incubi relativi all'incidente?

- O Si
- O No

Se "SI", quante volte succede in una settimana? (indicare in giorni) _____

Ha sofferto di mal di testa o altri problemi somatici nell'ultimo periodo?

- O Si
- O No

Le sembra quasi impossibile poter superare emozioni dolorose e tristi?

- O Si
- O No

Ha qualche difficoltà a guidare o viaggiare in macchina in seguito all'incidente?

- Si
- No

Ha avuto episodi di attacchi di panico o sensazione di ansia intensa tanto da interferire con le sue abitudini quotidiane?

- Si
- No

Ha sviluppato dolore cronico?

- Si
- No

Se Sì, come valuterebbe l'intensità del dolore in una scala da 1 a 10

Assente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Molto Forte

Ha la sensazione di essere diventato dipendente da farmaci ad effetto antidolorifico?

- Si
- No

Nelle ultime 2 settimane, con quale frequenza le ha dato fastidio ciascuno dei seguenti problemi (PHQ-2)?

a) Scarso interesse o scarso piacere nel fare le cose

0 Mai	1 Alcuni Giorni	2 Per più della metà dei giorni	3 quasi ogni giorno

b) Sentirsi giù, triste o disperato/a

0 Mai	1 Alcuni Giorni	2 Per più della metà dei giorni	3 quasi ogni giorno

Condizioni attuali di vita (posizione lavorativa, formazione, ecc.) _____

_____

_____

1. Come erano le condizioni igieniche della vittima?

- Adeguate
- Non del tutto adeguate
- Abbastanza adeguate
- Poco adeguate
- Per nulla adeguate

2. Quanta cura mostrava (vestiti, capigliatura, trucco, barba, ecc.)?

- Appare curato
- Non del tutto curato
- Abbastanza curato
- Poco curato
- Per nulla curato

3. Come era relativamente al peso?

- Eccessivamente magro
- Magro
- Normopeso
- Sovrappeso
- Obeso
- Gravemente obeso

4. Come è sembrato lo stato nutrizionale della vittima?

- Ben nutrito
- Non del tutto ben nutrito
- Abbastanza nutrito
- Poco nutrito (denutrito)
- Gravemente denutrito

5. Considerando il viso e la postura, quanto è apparso affaticato?

- Molto affaticato
- Affaticato
- Un po' affaticato
- Poco nutrito (denutrito)
- Riposato

6. Altre osservazioni sull'aspetto fisico rilevanti per l'inquadramento (eventualmente descrivere abbigliamenti bizzarri, non adeguati all'età, alla stagione o ad altri fattori, livello di sudorazione, dilatazione pupillare, ecc.):

_____

_____

_____

7. Quanto l'aspetto è sembrato appropriato alla condizione della vittima?

- Del tutto appropriato
- Molto appropriato
- Abbastanza appropriato
- Poco appropriato
- Per nulla appropriato

8. Mimica del volto e gestualità:

- Nulla
- Ridotta
- Normale
- Eccessiva

9. Altre osservazioni sulla mimica e la gestualità rilevanti per l'inquadramento (ad. es. fa smorfie, improntate a ansia, angoscia, tristezza, paura, irrequietezza, allegria, ecc):

_____

_____

_____

10. Come è apparso a livello motorio generale?

- Estremamente rallentato
- Molto rallentato
- Abbastanza rallentato
- Un po' rallentato
- Normale
- Un po' accelerato
- Abbastanza accelerato
- Molto Accelerato
- Estremamente Accelerato

11. Indicare la presenza dei seguenti disturbi dei movimenti (è possibile segnare più opzioni):

- Non è stato possibile confermarne la presenza
- Non presenti
- Acinesia (ridotta propensione ad eseguire movimenti)
- Tremore (oscillazione ritmica di una determinata parte del corpo)
- Asterissi (brevi interruzioni della contrazione muscolare)
- Mioclono (brevi contrazioni muscolari)
- Distonia (atteggiamenti involontari mantenuti nel tempo)
- Chorea (movimenti involontari rapidi dell'estremità degli arti)
- Atetosi (movimenti involontari lenti)
- Ballismo (movimenti involontari rapidi prossimali degli arti)
- Tic (movimenti stereotipati e continui)
- Sincinesia (al movimento di una parte del corpo corrisponde il movimento di un'altra non desiderata)
- Abasia (l'individuo non è più capace di camminare perché manca di coordinazione motoria)

12. Sono presenti compulsioni (comportamenti ripetitivi o azioni mentali che la persona si sente obbligata a mettere in atto in risposta ad un'ossessione o secondo regole che devono essere applicate rigidamente)?

- O Non è stato possibile indagarle
- O No appaiono presenti
- O Si, di controllo (checking)
- O Si, di lavaggio (washing)
- O Si, di ordine e simmetria
- O Si, rituali mentali
- O Si, di ripetizione di azioni
- O Si, di conteggio
- O Si, di accumulo

13. Altre osservazioni sull'attività motoria rilevanti per l'inquadramento:

_____

_____

14. Quanto l'attività motoria è apparsa appropriata alla situazione?

- O Del tutto appropriata
- O Molto appropriata
- O Abbastanza appropriata
- O Poco appropriata
- O Per nulla appropriata

ATTEGGIAMENTO VERSO L'OPERATORE

15. Quanto si è mostrato

	Del tutto	Molto	Abbastanza	Poco	Per nulla
Collaborativo	☐	☐	☐	☐	☐
Rabbioso o irritato	☐	☐	☐	☐	☐
Distaccato	☐	☐	☐	☐	☐
Seduttivo	☐	☐	☐	☐	☐
Insistente	☐	☐	☐	☐	☐
Fiducioso	☐	☐	☐	☐	☐
Amichevole	☐	☐	☐	☐	☐
Diffidente	☐	☐	☐	☐	☐
Timoroso	☐	☐	☐	☐	☐

	Del tutto	Molto	Abbastanza	Poco	Per nulla
Chiuso	☐	☐	☐	☐	☐
Timoroso o si è vergognato	☐	☐	☐	☐	☐

16. Contatto visivo con l'operatore:

- Eccessivo (tende ad avere lo sguardo fisso verso l'operatore)
- Normale
- Scarso (tende a guardare altrove)
- Nessuno (non guarda mai l'operatore)
- Mostra una sguardo fisso altrove

17. Altre osservazioni sull'atteggiamento verso l'operatore ritenute rilevanti:

_____

_____

_____

18. Quanto l'atteggiamento verso l'operatore è apparso appropriato alla situazione:

- Del tutto appropriato
- Molto appropriato
- Abbastanza appropriato
- Scarsamente appropriato
- Per nulla appropriato

UMORE E AFFETTIVITA'

19. Quanto è apparso agitato?

- Per nulla
- Lievemente
- Abbastanza
- Molto
- Moltissimo

20. Quanto ha mostrato comportamenti aggressivi verso oggetti o persone?

- Per nulla
- Lievemente
- Abbastanza
- Molto
- Moltissimo

21. Quanto ha riportato parole o frasi aggressive verso oggetti o persone?

- Per nulla
- Lievemente
- Abbastanza
- Molto
- Moltissimo

22. Quanto ha mostrato comportamenti aggressivi verso di sé?

- Per nulla
- Lievemente
- Abbastanza
- Molto
- Moltissimo

23. Quanto ha riportato parole o frasi aggressive verso di sé (inclusi temi suicidari)?

- Per nulla
- Lievemente
- Abbastanza
- Molto
- Moltissimo

24. Quanto tendeva a piangere?

- Per nulla
- Lievemente
- Abbastanza
- Molto
- Moltissimo

25. Quanto tendeva a ridere in modo immotivato

- Per nulla
- Lievemente
- Abbastanza
- Molto
- Moltissimo

26. Come è parso l'umore?

	Per nulla	Lievemente	Moderatamnete	Gravemente
Depresso	☐	☐	☐	☐
Elevato/ Euforico	☐	☐	☐	☐
Fluttuante	☐	☐	☐	☐

27. Quanto l'umore è parso appropriato alla condizione della vittima?

- ○ Del tutto appropriato
- ○ Molto appropriato
- ○ Abbastanza appropriato
- ○ Scarsamente appropriato
- ○ Per nulla appropriato

28. Quanto la vittima ha provato le seguenti emozioni durante l'incontro?

	Per nulla	Poco	Molto	Moltissimo
Tristezza	☐	☐	☐	☐
Rabbia	☐	☐	☐	☐
Vergogna	☐	☐	☐	☐
Ansia	☐	☐	☐	☐
Gioia	☐	☐	☐	☐
Paura	☐	☐	☐	☐
Colpa	☐	☐	☐	☐

29. Quanto la vittima sembrava mostrare un appiattimento della risposta affettiva?

- ○ Per nulla
- ○ Lievemente
- ○ Abbastanza
- ○ Molto
- ○ Moltissimo

30. Quanto la vittima appariva capace di verbalizzare e riconoscere stati emotivi propri o altrui?

- Per nulla
- Lievemente
- Abbastanza
- Molto
- Moltissimo

31. Altre osservazioni o specificazioni sull'affettività e l'umore (ad es. mostra altre emozioni non precedentemente specificate, sono presenti segni di incongruenza tra le espressioni emotive e i contenuti del discorso, ecc.):

_____

_____

_____

UMORE E AFFETTIVITA'

32. Quanto la vittima è parsa lucida, orientata nel tempo e nello spazio, verso la propria persona o ad altri?

- Per nulla
- Lievemente
- Abbastanza
- Molto
- Moltissimo

33. Quanto la vittima è parsa sotto l'effetto di alcol, droghe o altre sostanze psicoattive?

- Per nulla
- Lievemente
- Abbastanza
- Molto
- Moltissimo

34. Quanto la vittima è parsa vigile?

- Per nulla
- Lievemente
- Abbastanza
- Molto
- Moltissimo

35. Quanto la vittima è parsa sonnolenta?

- Per nulla
- Lievemente
- Abbastanza
- Molto
- Moltissimo

36. Quanto la vittima è parsa concentrata, attenta durante l'interazione con l'operatore o altre persone presenti?

- Per nulla
- Lievemente
- Abbastanza
- Molto
- Moltissimo

37. Quanto la vittima è parsa facilmente distratta da stimoli esterni?

- Per nulla
- Lievemente
- Abbastanza
- Molto
- Moltissimo

38. Indicare la presenza di uno o più dei seguenti Disturbi della Coscienza Soggettiva:

- Non è stato possibile indagarne la presenza
- Non presenti
- Depersonalizzazione (la vittima riporta sul momento esperienze di irrealtà, distacco, o sensazione di essere un osservatore esterno rispetto al proprio corpo o ai propri pensieri, sentimenti, sensazioni, azioni - ad es.: alterazioni percettive, senso distorto del tempo, sensazione di un Sé irreale o assente, intorpidimento emotivo e/o fisico – riporta frasi tipo: "mi sembrava come di non essere me stesso…", "mi sentivo come se fossi distaccato da me stesso…", "sentivo delle cose ma non ero io…").
- Depersonalizzazione somatopsichica (la vittima riporta sul momento esperienze per cui parti di sé non sono più riconosciute come proprie, "come se" fossero diverse e distaccate; gli organi vengono "vissuti" come ingranditi, duplicati, spostati, alterati nella natura)
- Derealizzazione (la vittima riporta sul momento esperienze di irrealtà, di realtà alterata o di distacco rispetto ciò che è intorno a sé o alle proprie esperienze - ad es.: persone o oggetti sono vissuti come irreali, onirici, senza vita o visivamente distorti – riporta frasi tipo: "come se le cose non fossero reali…", "come se le persone fossero strane, meccaniche…").

39. Indicare la presenza di una o più delle seguenti alterazioni della coscienza:

- Non è stato possibile indagarne la presenza
- Non presenti
- Aumentata consapevolezza (la vittima riporta la sensazione soggettiva di più ricca percezione, comprensione, ideazione, memorizzazione e di allerta aumentata)
- Obnubilamento (la vittima mostra e/o riporta una diminuzione della vigilanza e della chiarezza della coscienza, leggera sonnolenza, difficoltà di attenzione, parziale disorientamento. Il soggetto comprende ed esegue, seppur molto lentamente, ordini semplici - per es.: aprire la bocca e tirare fuori la lingua - ritorna allo stato di vigilanza, se chiamato o stimolato fisicamente; sta in silenzio o tutt'al più mormora parole)
- Torpore (stato ipnoide in cui vi è un livello ulteriore di diminuzione della vigilanza e della lucidità, per cui la persona è estremamente apatica e sonnolenta, se non stimolata, si addormenta rapidamente; se risvegliato, con stimolazione acustica o fisica energica, si mostra estraniato, talora più o meno disorientato, impacciato nell'eloquio, molto rallentato nella motricità; presenta reazione di evitamento agli stimoli dolorosi - movimenti di difesa e cambiamenti di posizione; i riflessi sono integri e il tono muscolare è ridotto)
- Sopore (stato ipnoide per cui la persona è incosciente e mostra un respirazione lenta e profonda ma ritmica; può essere risvegliato momentaneamente, ma solo con stimoli particolarmente intensi; i riflessi e il tono muscolare sono fortemente ridotti)

40. Indicare la presenza di uno o più dei seguenti disturbi qualitativi della coscienza:

- Non è stato possibile indagarne la presenza
- Non presenti
- Disorientamento (la vittima mostra perdita della capacità di conoscere la propria attuale situazione nel tempo, nello spazio, rispetto a se stessi e agli altri; in questi casi può comparire, come meccanismo di compenso, un orientamento confabulatorio o "falso orientamento", che comunque non è di tipo delirante)
- Stato crepuscolare (la vittima mostra un campo della coscienza ristretto a specifici pensieri, percezioni o sentimenti relativi a sé; vi è quindi esclusione o difficoltà ad essere consapevole ciò che avviene nell'ambiente circostante)
- Stato oniroide (la vittima mostra una condizione simile a un sogno estremamente confuso, in cui non riesce più a controllare la realtà esterna – sospensione del "test di realtà"; produzione delirante-allucinatoria oscillante e estremamente cangiante, caleidoscopica, scenica, vissuta con intensa partecipazione affettiva; dopo intense sollecitazioni, però la persona può riprendere un effimero contatto evidenziando allora disorientamento, perplessità, ma non amnesia dell'esperienza)
- Stato onirico (la vittima mostra una condizione persistente in cui manca la distinzione tra realtà e fantasia)
- Delirium (disturbo mentale da causa organica che implica uno sconvolgimento di tutte le attività psichiche, sia affettive che cognitive; flessione rapida della vigilanza, con stato di perplessità, falsi riconoscimenti, possibili allucinazioni visive, tremori, incoerenza del linguaggio, deliri, alterazione dei parametri temporo-spaziali e della memoria e disorganizzazione dell'attività motoria)

41. Quanto lo stato di coscienza e attentivo è parso appropriato alla condizione della vittima?

- Del tutto appropriato
- Molto appropriato
- Abbastanza appropriato
- Scarsamente appropriato
- Per nulla appropriato

42. Altre osservazioni su coscienza, attenzione e vigilanza ritenute rilevanti:

_____

_____

_____

PROCESSI PERCETTIVI

43. Indicare la presenza di una o più delle seguenti allucinazioni (percezioni sensoriali immaginarie):

- Non è stato possibile indagarne la presenza
- Non presenti
- Gustativa (la persona percepisce uno sgradevole gusto inesistente)
- Olfattiva (la persona percepisce dei cattivi odori inesistenti)
- Somatica (comporta un'esperienza fisica di percezione localizzata all'interno del corpo)
- Tattile (comporta la sensazione di essere toccato o di avere qualcosa sopra o sotto la pelle)
- Uditiva (la persona percepisce suoni inesistenti, generalmente voci)
- Visiva (comporta la vista di immagini strutturate – ad es. persone – o non strutturate - es. lampi di luce)
- Altre

44. In presenza allucinazioni, la vittima si rendeva conto del fenomeno?

- No
- Si
- E' incerta

45. Altre osservazioni nell'ambito dei processi percettivi:

_____

_____

_____

MEMORIA

46. Quanto la vittima ha ricordato gli eventi immediatamente precedenti l'incidente?

- Del tutto
- Molto
- Abbastanza
- Poco
- Per nulla

47. Quanto la vittima ha ricordato la dinamica dell'incidente?

- Del tutto
- Molto
- Abbastanza
- Poco
- Per nulla

48. Quanto la vittima ha ricordato gli eventi immediatamente successivi l'incidente?

- Del tutto
- Molto
- Abbastanza
- Poco
- Per nulla

49. Quanto la vittima tendeva a riportare ricordi generici, di tipo categoriale (ad. es.: "di solito mi capita che ho difficoltà ad addormentarmi", "come sempre sono andato a mangiare dai miei"), anche successivamente alla richiesta esplicita di riportare episodi particolari?

- Del tutto
- Molto
- Abbastanza
- Poco
- Per nulla

50. Indicare la presenza di uno o più delle seguenti amnesie organiche (causate da lesioni cerebrali di vario tipo):

- Non è stato possibile indagarne la presenza
- Non presenti
- Anterograde (riguardano gli avvenimenti verificatisi dopo l'evento patogeno, con conservazione dei vecchi ricordi)
- Retrograde (riguardano gli avvenimenti vissuti precedentemente l'evento patogeno (possono essere globali o lacunari)

51. Indicare la presenza di uno o più delle seguenti amnesie affettive (causate da lesioni cerebrali di vario tipo):

- Non è stato possibile indagarne la presenza
- Non presenti
- Dimenticanza selettiva o sistematizzata (consiste nella cancellazione di tutti i ricordi riguardanti determinati fatti o persone, in relazione alla loro particolare pregnanza emotiva)
- Falsificazione mnemonica (costruzione immaginaria, frequente nei bambini e negli adolescenti, realizzata per un particolare bisogno – ad es.: rendersi interessante o giustificarsi – in questi casi la persona può arricchire il proprio

racconto di dettagli articolati, apparentemente credibili, ma non rispondenti a verità, al punto da non essere più cosciente della realtà o dell'irrealtà)

- Falsi riconoscimenti (la persona riconosce come familiare o ricorda una situazione mai vissuta - dèja vu - oppure vive l'esperienza esattamente opposta - jamais vu).
- Confabulazioni (produzioni compensatorie di fatti immaginari e fantastici in soggetti con deficit mnesici; sono racconti improvvisati che mascherano il deficit mnesico del paziente, che sostituisce ai ricordi perduti dei falsi ricordi o ricostruzioni attuali di fatti realmente vissuti)difficoltà ad essere consapevole ciò che avviene nell'ambiente circostante)
- Stato oniroide (la vittima mostra una condizione simile a un sogno estremamente confuso, in cui non riesce più a controllare la realtà esterna – sospensione del "test di realtà"; produzione delirante-allucinatoria oscillante e estremamente cangiante, caleidoscopica, scenica, vissuta con intensa partecipazione affettiva; dopo intense sollecitazioni, però la persona può riprendere un effimero contatto evidenziando allora disorientamento, perplessità, ma non amnesia dell'esperienza)
- Stato onirico (la vittima mostra una condizione persistente in cui manca la distinzione tra realtà e fantasia)
- Delirium (disturbo mentale da causa organica che implica uno sconvolgimento di tutte le attività psichiche, sia affettive che cognitive; flessione rapida della vigilanza, con stato di perplessità, falsi riconoscimenti, possibili allucinazioni visive, tremori, incoerenza del linguaggio, deliri, alterazione dei parametri temporo-spaziali e della memoria e disorganizzazione dell'attività motoria)

52. Altre osservazioni sulle capacità mnestiche ritenute rilevanti:

_____

_____

_____

ELOQUIO E LINGUAGGIO

53. Velocità dell'eloquio:

- Molto rallentato
- Rallentato
- Normale
- Accelerato
- Molto accelerato

54. Volume della voce:

- Estremamente basso
- Molto basso
- Basso
- Normale
- Forte
- Molto forte
- Eccessivamente forte

55. Indicare la presenza delle seguenti caratteristiche e disturbi del linguaggio (è possibile segnare più opzioni):

- Non è stato possibile indagarne la presenza
- Non presenti
- Logorrea (aumento dell'eloquio spontaneo difficile da interrompere)
- Eloquio poco fluente
- Povertà di eloquio (riduzione di eloquio spontaneo con risposte brevi e/o poco elaborate)
- Povertà del contenuto
- Schizofasia (insalata di parole)
- Ecolalia (ripetizione automatica di frasi o parole dell'interlocutore)
- Neologismi (parole neoformate)
- Paralogismi (parole usate con significato diverso dal significato comune)
- Disartria (problemi di articolazione o tendenza a farfugliare)
- Disprosodia (problemi con il ritmo come borbottio o lunghe pause o latenze tra le sillabe delle parole)
- Cluttering (eloquio rapido e improvvisamente interrotto tale da compromettere la comprensione del discorso)
- Balbuzie

56. L'eloquio e il linguaggio quanto appaiono appropriati alla situazione?

- Del tutto appropriati
- Molto appropriati
- Abbastanza appropriati
- Poco appropriati
- Per nulla appropriati

57. Altre osservazioni sull'eloquio e il linguaggio rilevanti per l'inquadramento:

_____

_____

_____

PROCESSI DI PENSIERO

58. Quanto la vittima ha mostrato capacità adeguate di ragionamento?

- Del tutto
- Molto
- Abbastanza
- Poco
- Per nulla

59. Quanto la vittima ha mostrato difficoltà nel prendere decisioni?

- Del tutto
- Molto
- Abbastanza
- Poco
- Per nulla

60. Quanto la vittima ha mostrato comportamenti e atteggiamenti impulsivi?

- Del tutto
- Molto
- Abbastanza
- Poco
- Per nulla

61. Quanto la vittima ha mostrato difficoltà nel prendere decisioni?

- Del tutto
- Molto
- Abbastanza
- Poco
- Per nulla

62. Indicare la presenza di uno o più dei seguenti Disturbi Formali del Pensiero (DFP):

- Non è stato possibile indagarne la presenza
- Non presenti
- Accelerazione (DFP nel quale i processi associativi si svolgono con maggiore rapidità e con facilitazione accentuata a scapito dell'efficacia comunicativa)
- Rallentamento (DFP in seguito al quale i processi associativi si svolgono con un'accentuata lentezza, bassa produttività e ridotta efficacia rispetto alle condizioni normali)
- Concretismo (DFP in seguito al quale è ridotta o assente la capacità di operare astrazioni e generalizzazioni ed è invece accentuata la tendenza al riferimento alla singolarità concreta degli oggetti)

- Deragliamento (DFP in cui i collegamenti associativi tra le varie unità ideative appaiono alterati e mal decodificabili)
- Tangenzialità (DFP in seguito al quale un soggetto risponde ad una precisa domanda in maniera solo marginalmente collegata al tema)
- Illogicità (DFP in seguito al quale i processi ideativi non permettono di giungere a conclusioni decifrabili secondo le regole della logica comunemente usata)
- Blocco (arresto brusco e inaspettato dell'eloquio, a cui sottende un probabile arresto del flusso associativo)
- Impoverimento (DFP in seguito al quale l'ideazione e quindi l'eloquio sono solitamente scarni e ridotti sia dal punto di vista quantitativo – contenuti che qualitativo - modalità formali dell'espressione)
- Circostanzialità (DFP in seguito al quale i contenuti di coscienza sono comunicati in modo indiretto, ridondante, ripetitivo e stereotipato)
- Perseverazione (DFP in seguito al quale il paziente ripete in maniera stereotipata parole, idee, soggetti pur avendoli enunciati poco prima)
- Distraibilità (DFP in base al quale l'ideazione del soggetto è costantemente sollecitata in molte direzioni da stimoli di varia natura - sonori, visivi, intellettuali - che interagiscono fra loro e allontanano l'individuo da una linea ideativa principale)
- Associazioni per assonanza (DFP in seguito al quale i concetti non sono più associati secondo criteri logici ma attraverso assonanze sonore, giochi di parole, somiglianze linguistiche)
- Pensiero iperinclusivo (DFO in seguito al quale si evidenziano difficoltà nel mantenimento di veri nessi causali tra i concetti di un discorso e incapacità a mantenere limiti concettuali)
- Disorganizzazione (DFP in seguito al quale sono presenti nell'eloquio diversi gradi di disgregazione delle caratteristiche formali della comunicazione, di perdita/ allentamento dei nessi logici, di sconnessione tra comunicazione verbale e non verbale)

63. Indicare la presenza di una o più delle seguenti modalità di pensiero ripetitivo:

- Non è stato possibile indagarne la presenza
- Non presenti
- Ruminazione depressiva (forma di pensiero negativo e ripetitivo, focalizzato sulle possibili cause, i significati e le conseguenze di sintomi e stati mentali problematici. Ciò che caratterizza la ruminazione è lo stile di pensiero astratto, e implica domande astratte che non hanno risposta – ad es. "Perché mi sento così triste?" "Perché è capitato proprio a me?" " Perché reagisco sempre così alle situazioni?")
- Ruminazione rabbiosa (catene di pensieri negativi focalizzati su eventi che hanno generato rabbia - "non ci posso credere di essere stato trattato così… ora me la paga!" – in cui possono essere presenti generalizzazioni – "è sempre in ritardo!" - e pensieri controfattuali – "se non avessi dovuto aspettarlo ora

sarei già arrivato" – Inoltre i contenuti possono essere focalizzati sull'evento "ingiusto" o essere prevalentemente legati alla persona)

- Rimuginio ansioso (forma di pensiero negativo e ripetitivo che include immagini mentali e verbalizzazioni focalizzate sulle conseguenze negative di eventi futuri. Ad esempio immaginare situazioni di intensa vergogna oppure farsi continuamente domande astratte che non hanno risposta come: "e se il colloquio andasse male?" "se non riuscissi più a usare la mano?")

64. Quanto i processi di pensiero sono parsi appropriati alla situazione?

- Del tutto appropriati
- Molto appropriati
- Abbastanza appropriati
- Poco appropriati
- Per nulla appropriati

65. Altre osservazioni sui processi di pensiero rilevanti per l'inquadramento:

_____

_____

_____

CONTENUTI DI PENSIERO

66. Indicare la presenza di una o più delle seguenti distorsioni cognitive:

- Non è stato possibile indagarne la presenza
- Non presenti
- Pensiero dicotomico (tendenza a collocare tutte le esperienze in due categorie opposte: "o sei un vincitore o sei un perdente", "se mi licenziano sarò un fallimento totale e nessuno vorrà più avere a che fare con me")
- Catastrofizzazione (consiste nell'esagerare l'aspetto negativo di certi eventi – ad es.:"è orribile essere criticati")
- Iper-generalizzazione (trarre una conclusione generale sulla base di uno o pochi casi specifici - "ho passato il sabato sera solo a casa quindi sono un povero sfigato che nessuno considera")
- Ragionamento emotivo (si presume che le proprie emozioni riflettano la realtà dei fatti - "se mi sento così in colpa significa che sono una persona cattiva")
- Personalizzazione (tendenza arbitraria a porre gli eventi esterni in relazione a se stessi - "non mi ha salutato perché non mi sopporta")
- Lettura del pensiero (concludere arbitrariamente che qualcuno ha assunto un atteggiamento negativo verso la persona – "non glielo chiedo tanto so che non gli sto simpatico")
- Ingigantire o minimizzare (tendenza a sopravvalutare o sminuire l'importanza di specifici eventi o caratteristiche delle persone – ad es.: un obiettivo mancato, un

successo riportato da altri, i pregi o difetti della persona)

- Bisogni assoluti (considerare indispensabile ciò che è desiderabile - “posso essere felice solo se avrò una famiglia”)
- Pretese (richieste rigide e assolutistiche che riguardano se stessi – ad es.: “non devo assolutamente farmi prendere in giro altrimenti nessuno avrà rispetto di me” – gli altri – “mi deve rispettare sempre altrimenti non merita la mia amicizia” - le condizioni di vita – ad es.: “le cose che mi succedono devono essere proprio come io pretendo che siano, altrimenti la vita è insopportabile”)

67. Indicare la presenza di una o più delle seguenti ossessioni (pensieri, impulsi o immagini ricorrenti e persistenti, vissuti come intrusivi e indesiderati):

- Non è stato possibile indagarne la presenza
- Non presenti
- Contaminazione (pensieri relativi al contatto con sostanze pericolose o disgustose)
- Danno (pensieri relativi a potenziali danni a sé o ad altri dovuti a disattenzioni da parte del soggetto)
- Scaramantiche (pensieri relativi a potenziali eventi negativi che si verificheranno qualora non si eseguano determinate azioni o qualora non venga in qualche modo neutralizzato l’effetto negativo)
- Somatiche (preoccupazioni eccessive per determinate parti del proprio corpo o per determinate caratteristiche del proprio aspetto)
- Aggressive (pensieri relativi al poter fare del male a persone care o a se stessi, pur non volendolo)
- Omosessuali (pensieri a contenuto omoerotico che scaturiscono il dubbio nel soggetto eterosessuale di poter essere un omosessuale latente)
- Relazionali (pensieri o impulsi sessuali relativi a persone diverse dal proprio partner che scatenano nel soggetto il dubbio di non essere realmente innamorato di quest’ultimo)
- Religiose e Morali (pensieri a contenuto blasfemo)
- Sessuali o di pedofilia (pensieri sessuali nei confronti di persone sconvenienti – ad es.: bambini, parenti)
- Ordine e Simmetria (bisogno irrefrenabile di uniformità, ordine e simmetria)

68. Indicare la presenza di una o più dei seguenti deliri:

- Non è stato possibile indagarne la presenza
- Non presenti
- Deliri di persecuzione (la persona crede che qualcuno trami contro di lui o lo perseguiti in qualche modo)
- Deliri di gelosia (la persona crede che il proprio coniuge abbia una relazione con qualcun altro)
- Deliri di colpa o peccato (la persona crede di aver commesso qualche peccato terribile o fatto qualcosa di imperdonabile)
- Deliri di grandezza (la persona crede di avere poteri o capacità Speciali)

- Deliri mistici (la persona ha false convinzioni di natura religiosa)
- Deliri somatici (la persona crede che in qualche modo il suo corpo sia ammalato, anormale o cambiato)
- Deliri di riferimento (la persona crede che osservazioni o eventi insignificanti si riferiscano a lui o abbiano qualche particolare significato)
- Deliri di influenzamento (la persona prova l'esperienza soggettiva che le sue sensazioni o azioni siano controllate da qualche forza esterna)
- Deliri di lettura del pensiero (la persona crede che la gente possa leggere nella sua mente o conoscere i suoi pensieri)
- Diffusione del pensiero (la persona crede che i suoi pensieri si diffondano al di fuori di lui in modo che egli stesso o gli altri possano udirli)
- Inserzione del pensiero (la persona crede che siano stati inseriti nella sua mente pensieri che non riconosce come propri)
- Furto del pensiero (la persona crede che gli siano stati sottratti dalla mente i suoi pensieri)

69. Altre osservazioni sui contenuti di pensiero rilevanti per l'inquadramento:

_____

_____

_____

C SCHEDA C - ADULTI

HOPKINS SYMPTOM CHECKLIST-25 (HSCL-25)
Di seguito sono elencati alcuni sintomi o problemi che a volte sono presenti nelle persone. Indichi quanto ciascuno è stato presente nell'ultima settimana, compreso oggi.

Prima Parte

Sintomi di Ansia	Mai	Qualche volta	Spesso	Molto spesso
Paura improvvisa senza un motivo	☐	☐	☐	☐
Sensazione di terrore	☐	☐	☐	☐
Sensazione di stare per svenire, di confusione o di debolezza	☐	☐	☐	☐
Nervosismo o agitazione interna	☐	☐	☐	☐
Aumento della percezione o della frequenza del battito cardiaco	☐	☐	☐	☐
Tremore	☐	☐	☐	☐
Sensazione di tensione o agitazione	☐	☐	☐	☐
Mal di testa	☐	☐	☐	☐
Momenti di terrore o di panico	☐	☐	☐	☐
Sentirsi irrequieto o impossibilità di stare fermo	☐	☐	☐	☐
Punteggio ANSIA* - *HSCL- 25 *Sommare tutti gli item 1-10/10* *(Punteggio positivo per sintomi di ansia se > 1.75)*				

Seconda Parte

Sintomi Depressivi	Mai	Qualche volta	Spesso	Molto spesso
Sentirsi senza energia, rallentato	☐	☐	☐	☐
Accusare se stesso di cose avvenute	☐	☐	☐	☐
Piangere con facilità	☐	☐	☐	☐
Perdita dell'interesse o del piacere sessuale	☐	☐	☐	☐
Scarso appetito	☐	☐	☐	☐
Difficoltà ad addormentarsi e a rimanere addormentato	☐	☐	☐	☐
Sentirsi senza speranza per il futuro	☐	☐	☐	☐
Sentirsi triste	☐	☐	☐	☐
Sentirsi solo	☐	☐	☐	☐
Pensieri di porre fine alla vita	☐	☐	☐	☐
Sentirsi intrappolato o senza via di uscita	☐	☐	☐	☐
Preoccuparsi troppo delle cose	☐	☐	☐	☐
Non sentire interesse per le cose	☐	☐	☐	☐
Sentire che ogni cosa è uno sforzo	☐	☐	☐	☐
Sentirsi senza valore	☐	☐	☐	☐

***Punteggio DEPRESSIONE* - HSCL- 25**
Sommare tutti gli item 1-15/15
(Punteggio positivo per sintomi depressivi se > 1.75)

HARVARD TRAUMA QUESTIONNAIRE (HTQ)
Quelli che seguono sono sintomi o problemi che le persone a volte presentano dopo aver vissuto un evento negativo. Indichi quanto ciascuno è stato presente nell' ultima settimana, compreso oggi.

	Mai	Qualche volta	Spesso	Molto spesso
Pensieri ricorrenti o ricordi degli eventi più dolorosi e terrificanti	☐	☐	☐	☐
Sensazione di come se l'evento si stesse ripetendo	☐	☐	☐	☐
Incubi ricorrenti	☐	☐	☐	☐
Sensazione di distacco o ritiro dalle persone	☐	☐	☐	☐
Incapacità di provare emozioni	☐	☐	☐	☐
Sensazione di essere instabile, facilmente spaventato	☐	☐	☐	☐
Difficoltà di concentrazione	☐	☐	☐	☐
Problemi di sonno	☐	☐	☐	☐
Sentirsi in allerta	☐	☐	☐	☐
Sentirsi irritabile o avere scoppi di rabbia	☐	☐	☐	☐
Evitare attività che ricordano l'evento traumatico	☐	☐	☐	☐
Incapacità di ricordare parti degli eventi più dolorosi	☐	☐	☐	☐
Perdita di interesse per le attività quotidiane	☐	☐	☐	☐
Sensazione di non avere futuro	☐	☐	☐	☐
Evitare pensieri o sensazioni associati con gli eventi traumatici	☐	☐	☐	☐
Improvvise reazioni emotive o fisiche quando ricorda gli eventi	☐	☐	☐	☐
Punteggio PTSD - HTQ: *Sommare tutti gli item 1-16/16* *(Punteggio positivo per PTSD se > 2.5)*				

THE RELATIONSHIPS QUESTIONNAIRE (RQ)

Di seguito sono descritti quattro stili relazionali che le persone spesso segnalano. Si prega di mettere una crocetta sulla lettera corrispondente allo stile che meglio descrive la vittima. Si prega di valutare ciascuno degli stili indicando quanto descrive lo stile relazionale generale.

A È semplice sentirsi vicino agli altri a livello emotivo. Si sente a suo agio nel poter dipendere da altre persone e che loro possano dipendere da lui. Non è preoccupato di poter essere solo e che gli altri non lo accettino.

Fortemente in disaccordo	1	2	3	4	5	6	7	Fortemente a'accordo

B Si sente a disagio nell'avvicinarsi emotivamente agli altri. Gli piacerebbe avere relazioni emotive vicine, ma gli risulta difficile avere completa fiducia negli altri o dipendere da loro. E' preoccupato di soffrire se si avvicina troppo agli altri.

Fortemente in disaccordo	1	2	3	4	5	6	7	Fortemente a'accordo

C C. Vuole essere emotivamente vicino agli altri, ma spesso gli altri sono restii nell'essere vicini come vorrebbe. Si sente a disagio in assenza di relazioni strette, ma a volte è preoccupato che gli altri non lo apprezzino quanto lui apprezza loro.

Fortemente in disaccordo	1	2	3	4	5	6	7	Fortemente a'accordo

D Si sente a suo agio in assenza di relazioni emotivamente vicine. Per lui è molto importante sentirsi indipendente e autosufficiente. Preferisce non dipendere dagli altri o che gli altri dipendano da lui.

Fortemente in disaccordo	1	2	3	4	5	6	7	Fortemente a'accordo

C SCHEDA C - ADOLESCENTI

SDQ-STRENGTHS AND DIFFICULTIES QUESTIONNAIRE
Rispondi alle seguenti domande facendo riferimento agli ultimi sei mesi (se impossibilitato, rivolgere le domande ai genitori).

	Non vero	Parzialmente Vero	Assolutamente vero
Cerco di essere gentile verso gli altri; sono rispettoso dei loro sentimenti.	☐	☐	☐
Sono agitato(a), non riesco a stare fermo per molto tempo	☐	☐	☐
Soffro spesso mal di testa, mal di stomaco o nausea	☐	☐	☐
Condivido volentieri con gli altri (dolci, giochi, matite ecc.)	☐	☐	☐
Spesso ho delle crisi di collera o sono di cattivo umore	☐	☐	☐
Sono piuttosto solitario, tendo a giocare da solo	☐	☐	☐
Generalmente sono ubbidiente e faccio quello che mi è stato detto	☐	☐	☐
Ho mole preoccupazioni	☐	☐	☐
Sono di aiuto se qualcuno si fa male, è arrabbiato o malato	☐	☐	☐
Sono costantemente in movimento; spesso mi sento a disagio	☐	☐	☐
Ho almeno un buon amico o una buona amica	☐	☐	☐
Spesso litigo, costringo gli altri a fare quello che voglio	☐	☐	☐
Sono spesso infelice o triste; piango facilmente	☐	☐	☐
Generalmente sono ben accettato(a) dalle persone della mia età	☐	☐	☐

	Non vero	Parzialmente Vero	Assolutamente vero
Sono facilmente distratto(a); trovo difficile concentrarmi	☐	☐	☐
Le situazioni nuove mi rendono nervoso(a), mi sento poco sicuro di me stesso	☐	☐	☐
Sono gentile con i bambini piccoli	☐	☐	☐
Sono spesso accusato(a) di essere un bugiardo o un(a) ingannatore(trice)	☐	☐	☐
Sono preso(a) di mira e preso(a) in giro dalle persone della mia età	☐	☐	☐
Sono spesso volontario per aiutare gli altri (genitori, insegnanti, bambini)	☐	☐	☐
Penso prima di fare qualcosa	☐	☐	☐
Ho rubato degli oggetti che non mi appartenevano da casa, da scuola o dagli altri posti	☐	☐	☐
Ho migliori rapporti con gli adulti che con le persone della mia età	☐	☐	☐
Ho molte paure, mi spavento facilmente	☐	☐	☐
Sono in grado di finire ciò che mi viene chiesto; rimango concentrato(a) per tutto il tempo necessario	☐	☐	☐

SCREENING PER IL PTSD
Child and Adolescent PTSD Screen (CAPS-C)
Di seguito troverai un elenco di sintomi che gli adolescenti possono manifestare dopo eventi che hanno rappresentato una minaccia per la loro vita. Indica quello che meglio descrive quanto il sintomo ti ha infastidito nell'arco delle ultime 2 settimane.

	Mai	A volte	Spesso
Hai ricordi intrusivi/improvvisi del trauma/i? Capita che il ricordo compaia all'improvviso nella tua testa anche se tu non vuoi?	☐	☐	☐
Da quando si è verificato il trauma/i, ti capita di avere più frequentemente degli incubi?	☐	☐	☐
Ti capita di essere molto turbato quando vivi situazioni che ricordano l'evento/i? (es. si agita quando è in macchina)	☐	☐	☐
Da quando si è verificato il trauma/i, ti capita di fare fatica ad addormentarti o a dormire senza risvegliarti durante la notte?	☐	☐	☐
Da quando si è verificato il trauma/i, sei diventato più irritabile, o hai esplosioni di rabbia, o hai scoppi di collera che fatichi a controllare?	☐	☐	☐
Da quando si è verificato il trauma, ti sembra di trasalire più facilmente? (es. se c'è un rumore forte o qualcuno appare all'improvviso di fronte a te, salti o ti allontani?)	☐	☐	☐
Punteggio PTSD *Sommare tutti gli item 1-6* *(Punteggio positivo per PTSD se > 2 ; 1 sintomo= necessità di approfondimento)*			

THE RELATIONSHIPS QUESTIONNAIRE (RQ)

Di seguito sono descritti quattro stili relazionali che le persone spesso segnalano. Si prega di mettere una crocetta sulla lettera corrispondente allo stile che meglio descrive la vittima. Si prega di valutare ciascuno degli stili indicando quanto descrive lo stile relazionale generale.

A È semplice sentirsi vicino agli altri a livello emotivo. Si sente a suo agio nel poter dipendere da altre persone e che loro possano dipendere da lui. Non è preoccupato di poter essere solo e che gli altri non lo accettino.

Fortemente in disaccordo	1	2	3	4	5	6	7	Fortemente a'accordo

B Si sente a disagio nell'avvicinarsi emotivamente agli altri. Gli piacerebbe avere relazioni emotive vicine, ma gli risulta difficile avere completa fiducia negli altri o dipendere da loro. E' preoccupato di soffrire se si avvicina troppo agli altri.

Fortemente in disaccordo	1	2	3	4	5	6	7	Fortemente a'accordo

C Vuole essere emotivamente vicino agli altri, ma spesso gli altri sono restii nell'essere vicini come vorrebbe. Si sente a disagio in assenza di relazioni strette, ma a volte è preoccupato che gli altri non lo apprezzino quanto lui apprezza loro.

Fortemente in disaccordo	1	2	3	4	5	6	7	Fortemente a'accordo

D Si sente a suo agio in assenza di relazioni emotivamente vicine. Per lui è molto importante sentirsi indipendente e autosufficiente. Preferisce non dipendere dagli altri o che gli altri dipendano da lui.

Fortemente in disaccordo	1	2	3	4	5	6	7	Fortemente a'accordo

C SCHEDA C - BAMBINI

Bambini in età prescolare e scolare

SDQ-STRENGTHS AND DIFFICULTIES QUESTIONNAIRE
Risponda alle seguenti domande sulla base del comportamento del bambino negli ultimi sei mesi o durante il presente anno scolastico.

ETÀ PRESCOLARE (2-5 ANNI)

	Non vero	Parzialmente Vero	Assolutamente vero
Rispettoso dei sentimenti degli altri	☐	☐	☐
Irrequieto, iperattivo, incapace di stare fermo per molto tempo	☐	☐	☐
Si lamenta spesso per mal di testa, mal di stomaco o nausea	☐	☐	☐
Condivide volentieri con gli altri bambini (dolci, giocattoli, matite ecc.)	☐	☐	☐
Spesso ha crisi di collera o é di cattivo umore	☐	☐	☐
Piuttosto solitario, tende a giocare da solo	☐	☐	☐
Generalmente obbediente, esegue di solito le richieste degli adulti	☐	☐	☐
Ha molte preoccupazioni, spesso sembra preoccupato	☐	☐	☐
É di aiuto se qualcuno si fa male, é arrabbiato o malato	☐	☐	☐
Costantemente in movimento o a disagio	☐	☐	☐
Ha almeno un buon amico o una buona amica	☐	☐	☐
Spesso litiga con gli altri bambini o li infastidisce di proposito	☐	☐	☐
Spesso infelice, triste o in lacrime	☐	☐	☐

	Non vero	Parzialmente Vero	Assolutamente vero
Generalmente ben accetto dagli altri bambini	☐	☐	☐
Facilmente distratto, incapace di concentrarsi	☐	☐	☐
É nervoso o a disagio in situazioni nuove, si sente poco sicuro di sé	☐	☐	☐
Gentile con i bambini più piccoli	☐	☐	☐
Spesso litigioso con gli adulti	☐	☐	☐
Preso di mira e preso in giro dagli altri bambini	☐	☐	☐
Si offre spesso volontario per aiutare gli altri (genitori, insegnanti, altri bambini)	☐	☐	☐
É in grado di fermarsi e di pensare sulle cose prima di agire	☐	☐	☐
Ruba a casa, a scuola o in altri posti	☐	☐	☐
Ha migliori rapporti con gli adulti che con i bambini	☐	☐	☐
Ha molte paure, si spaventa facilmente	☐	☐	☐
É in grado di portare a termine ciò che gli viene richiesto, rimanendo concentrato per tutto il tempo necessario	☐	☐	☐

ETÀ SCOLARE (6-11 ANNI)

	Non vero	Parzialmente Vero	Assolutamente vero
Rispettoso dei sentimenti degli altri	☐	☐	☐
Irrequieto, iperattivo, incapace di stare fermo per molto tempo	☐	☐	☐
Si lamenta spesso per mal di testa, mal di stomaco o nausea	☐	☐	☐
Condivide volentieri con gli altri bambini (dolci, giocattoli, matite ecc.)	☐	☐	☐
Spesso ha crisi di collera o é di cattivo umore	☐	☐	☐
Piuttosto solitario, tende a giocare da solo	☐	☐	☐
Generalmente obbediente, esegue di solito le richieste degli adulti	☐	☐	☐
Ha molte preoccupazioni, spesso sembra preoccupato	☐	☐	☐
É di aiuto se qualcuno si fa male, é arrabbiato o malato	☐	☐	☐
Costantemente in movimento o a disagio	☐	☐	☐
Ha almeno un buon amico o una buona amica	☐	☐	☐
Spesso litiga con gli altri bambini o li infastidisce di proposito	☐	☐	☐
Spesso infelice, triste o in lacrime	☐	☐	☐
Generalmente ben accetto dagli altri bambini	☐	☐	☐
Facilmente distratto, incapace di concentrarsi	☐	☐	☐
É nervoso o a disagio in situazioni nuove, si sente poco sicuro di sé	☐	☐	☐

	Non vero	Parzialmente Vero	Assolutamente vero
Gentile con i bambini più piccoli	☐	☐	☐
Spesso litigioso con gli adulti	☐	☐	☐
Preso di mira e preso in giro dagli altri bambini	☐	☐	☐
Si offre spesso volontario per aiutare gli altri (genitori, insegnanti, altri bambini)	☐	☐	☐
É in grado di fermarsi e di pensare sulle cose prima di agire	☐	☐	☐
Ruba a casa, a scuola o in altri posti	☐	☐	☐
Ha migliori rapporti con gli adulti che con i bambini	☐	☐	☐
Ha molte paure, si spaventa facilmente	☐	☐	☐
É in grado di portare a termine ciò che gli viene richiesto, rimanendo concentrato per tutto il tempo necessario	☐	☐	☐

SCREENING PER IL PTSD
Young Child PTSD Screen (YCPS) - Child and Adolescent PTSD Screen (CAPS-P)
Di seguito trova un elenco di sintomi che i bambini possono manifestare dopo eventi che hanno rappresentato una minaccia per la loro vita. Indichi quello che meglio descrive quanto spesso il sintomo ha interessato il suo bambino nelle ultime 2 settimane.

	Mai	A volte	Spesso
Il suo bambino ha ricordi intrusivi/improvvisi del trauma/i? Ne parla spontaneamente?	☐	☐	☐
Da quando si è verificato il trauma/i, il suo bambino ha più incubi di prima?	☐	☐	☐
Il suo bambino appare molto turbato quando vive situazioni che ricordano l'evento/i? (es. si agita quando è in macchina)	☐	☐	☐
Da quando si è verificato il trauma/i, il suo bambino fa fatica ad addormentarsi o a dormire senza risvegliarsi durante la notte?	☐	☐	☐
Da quando si è verificato il trauma/i, il suo bambino è diventato più irritabile, o ha esplosioni di rabbia, o ha sviluppato scoppi di collera incontrollabili?	☐	☐	☐
Da quando si è verificato il trauma, il suo bambino sembra trasalire più facilmente? (es. se c'è un rumore forte o qualcuno appare d'improvviso di fronte a lui, il suo bambino salta o appare allarmato?)	☐	☐	☐
Punteggio PTSD *Sommare tutti gli item 1-6* *(Punteggio positivo per PTSD se > 2 ; 1 sintomo= necessità di approfondimento)*			

THE RELATIONSHIPS QUESTIONNAIRE (RQ)

Di seguito sono descritti quattro stili relazionali che le persone spesso segnalano. Si prega di mettere una crocetta sulla lettera corrispondente allo stile che meglio descrive la vittima. Si prega di valutare ciascuno degli stili indicando quanto descrive lo stile relazionale generale.

A È semplice sentirsi vicino agli altri a livello emotivo. Si sente a suo agio nel poter dipendere da altre persone e che loro possano dipendere da lui. Non è preoccupato di poter essere solo e che gli altri non lo accettino.

Fortemente in disaccordo	1	2	3	4	5	6	7	Fortemente a'accordo

B Si sente a disagio nell'avvicinarsi emotivamente agli altri. Gli piacerebbe avere relazioni emotive vicine, ma gli risulta difficile avere completa fiducia negli altri o dipendere da loro. E' preoccupato di soffrire se si avvicina troppo agli altri.

Fortemente in disaccordo	1	2	3	4	5	6	7	Fortemente a'accordo

C Vuole essere emotivamente vicino agli altri, ma spesso gli altri sono restii nell'essere vicini come vorrebbe. Si sente a disagio in assenza di relazioni strette, ma a volte è preoccupato che gli altri non lo apprezzino quanto lui apprezza loro.

Fortemente in disaccordo	1	2	3	4	5	6	7	Fortemente a'accordo

D Si sente a suo agio in assenza di relazioni emotivamente vicine. Per lui è molto importante sentirsi indipendente e autosufficiente. Preferisce non dipendere dagli altri o che gli altri dipendano da lui.

Fortemente in disaccordo	1	2	3	4	5	6	7	Fortemente a'accordo

D SCHEDA D - FORMULAZIONE DEL CASO

Indirizzo e-mail _____

La presente scheda va compilata subito dopo il primo o il secondo colloquio dell'intervento di sostegno post-trauma.

Codice incidente _____

Codice vittima _____

Nome _____

Cognome _____

Sesso

- O M
- O F

Età _____

Stato Civile _____

Cittadinanza _____

Luogo di nascita _____

Data di nascita _____

Residenza _____

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____

Livello di Istruzione _____

PROBLEMI ATTUALI LAMENTATI

1. Problemi primari riportati dalla vittima (descrivere le caratteristiche del problema o dei problemi attuali che hanno motivato la vittima alla richiesta di aiuto: quando si presentano, come si presentano, con che frequenza, le conseguenze negative, ecc.)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

2. Problemi secondari rilevati durante il colloquio (descrivere le caratteristiche del problema o dei problemi attuali rilevati durante il colloquio sulle diverse aree di vita - relazioni familiari, amicizie, relazioni intime, sessualità, studio, lavoro, rapporto con il corpo e il cibo, ecc.)

_____

_____

_____

3. Sindromi cliniche (indicare condizioni sotto-soglia rilevanti da un punto di vista clinico)

_____

_____

_____

4. Disturbi di personalità (indicare anche condizioni sotto-soglia rilevanti da un punto di vista clinico)

_____

_____

_____

RISCHIO DI SUICIDIO

5. Sono presenti idee suicidarie?

- ○ Non è stato possibile indagarle
- ○ No, non appaiono presenti
- ○ Sono presenti ma infrequenti
- ○ Sono presenti a intermittenza
- ○ Sono presenti ma relative ad una specifica situazione/condizione
- ○ Sono presenti e pervasive

6. La vittima ha un piano per il suicidio?

- ○ Non è stato possibile indagarlo
- ○ No, non è stato riportato alcun piano
- ○ Si lo ha riportato ma risulta scarsamente articolato
- ○ Si lo ha riportato ed è ben articolato

7. Il mezzo o il metodo scelto sono letali?

- ○ Non è stato possibile indagarlo
- ○ No, non sembrano letali
- ○ Si, sono letali

8. Il mezzo o il metodo scelti sono realmente disponibili o realizzabili?

- Non è stato possibile indagarlo
- No, non sembrano disponibili o realizzabili
- Appaiono difficilmente disponibili o realizzabili
- Appaiono facilmente disponibili o realizzabili

9. Sono stati fatti precedenti tentativi di suicidio?

- Non è stato possibile indagarli
- No, non appaiono presenti
- Si, è stato riportato un precedente tentativo di suicidio
- Si, sono stati riportati precedenti tentativi di suicidio

10. Altre osservazioni rilevanti inerenti il rischio suicidario

_____

_____

_____

RISCHIO DI AZIONI VIOLENTE

11. È stata riportata l'intenzione di fare del male a qualcuno?

- Non è stato possibile indagarla
- No, non appare presente
- È stata riportata ma risulta transitoria (espressioni violente senza un reale proposito di fare del male)
- È stata riportata e risulta pervasiva

12. La vittima ha un piano per fare del male?

- Non è stato possibile indagarlo
- No, non è stato riportato alcun piano
- Si, lo ha riportato ma risulta scarsamente articolato
- Si, lo ha riportato e ben articolato

13. Il mezzo o il metodo scelti sono letali

- Non è stato possibile indagarlo
- No, non sembrano letali
- Si, sono letali

14. Il mezzo o il metodo scelti sono realmente disponibili o realizzabili?

- Non è stato possibile indagarlo
- No, non sembrano disponibili o realizzabili
- Appaiono difficilmente disponibili o realizzabili
- Appaiono facilmente disponibili o realizzabili

15. In passato la persona ha messo in atto comportamenti violenti?

- Non è stato possibile indagarlo
- No, in passato non ha mai ferito gravemente un'altra persona
- Si, in passato ha ferito gravemente un'altra persona
- Si, in passato ha ferito gravemente più persone

16. Altre osservazioni rilevanti inerenti il rischio di azioni violente

_____

_____

_____

RISCHIO DI AZIONI VIOLENTE

17. Descrivere di seguito tutti quegli aspetti di vita che possono rendere più difficoltoso il superamento dei problemi lamentati dalla vittima (condizioni di scarso sostegno sociale e familiare, difficoltà economiche, disoccupazione, conflitti familiari, ecc.)

_____

_____

_____

_____

RISCHIO DI AZIONI VIOLENTE

18. Passati disturbi psichici e condizioni di disagio emotivo della vittima (indicare sinteticamente sia le condizioni di sofferenza sia le terapie effettuate, se presenti)

_____

_____

_____

_____

FAMILIARITÀ

19. Disturbi psichici e condizioni di disagio emotivo dei familiari della vittima

_____

_____

_____

_____

OBIETTIVI CONDIVISI DELL'INTERVENTO

20. Riportare i principali obiettivi concordati con la vittima

_____

_____

_____

_____

STRATEGIA E TECNICHE D'INTERVENTO

21. Definire in sintesi la strategia e le principali tecniche che si intendono utilizzare

_____

_____

_____

_____

Ania Cares

PRONTO SOCCORSO PSICOLOGICO PER LE VITTIME DELLA STRADA

GLOSSARIO

Coping: complesso e articolato processo di fronteggiamento dello stress. La capacità di coping si riferisce non soltanto alla sforzo per la risoluzione di problemi (problem-focused coping), ma anche alla gestione delle proprie emozioni (emotion-focused coping).

Decesso con caratteristiche SUPaV (IPEV)
I decessi causati da incidenti stradali o da altri eventi traumatici, come catastrofi naturali o dovute all'azione dell'uomo, assumono spesso caratteristiche riconducibili all'acronimo IPEV: si tratta difatti di morti improvvise e inattese (I); premature (P), in quanto possono riguardare giovani lontani dalla fine naturale del proprio ciclo di vita; evitabili (E), perché spesso legato a comportamenti negligenti o scorretti di una o più persone, Violenti (V), possono dare luogo a effetti violenti e mutilanti. In lingua inglese questa tipologia di decesso è descritta con l'acronimo SUPaV (Suddnness, Untimeliness, Preventability and Violent).
Tali caratteristiche del decesso possono rendere ulteriormente difficile l'elaborazione del lutto (lutto complicato).

Disturbi correlati a Stress e trauma: condizioni patologiche che hanno come origine comune l'esposizione ad un evento traumatico o stressante. Nel DSM 5 (Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi psichiatrici) vi è nuovo capitolo dei Disturbi Correlati a Stress e Trauma che comprende:
Disturbo da Attaccamento Reattivo.
Disturbo da Coinvolgimento Sociale Disinibito.
Disturbo Post – traumatico da Stress (PTSD).
Disturbo Acuto da Stress.
Disturbi dell'Adattamento.

Disturbo Acuto da Stress: si manifesta in seguito all'esposizione diretta o indiretta della persona ad un evento stressante o traumatico che implica la morte o la minaccia di essa, lesioni gravi o violenza sessuale. Per fare diagnosi di Disturbo Acuto da Stress si deve riscontrare la presenza di almeno nove sintomi in una qualunque delle seguenti categorie:
intrusione (ricordi angoscianti ricorrenti e intrusivi o sogni dell'evento, reazioni dissociative, disagio prolungato),
stato d'animo negativo (e incapacità di provare emozioni positive),
dissociazione (alterazioni della realtà, dell'altro, di sé e amnesia dissociativa),
evitamento (di ricordi, pensieri e sentimenti associati all'evento e degli stimoli esterni capaci di suscitarli)
attivazione (irritabilità e scoppi di ira, esagerate risposte di allarme e ipervigilanza, comportamenti autodistruttivi, difficoltà nella concentrazione e nel sonno), aventi inizio successivamente all'evento traumatico.
Si caratterizza per un forte disagio e una compromissione rilevante del funzionamento sociale, lavorativo e altre aree fondamentali per l'individuo e la sintomatologia non deve essere riconducibile agli effetti di una sostanza o ad una condizione medica.
Si differenzia dal Disturbo Post – traumatico da Stress per la durata dei sintomi che va da tre giorni ad un mese dopo l'esposizione al trauma. Se i sintomi persistono per più di un mese e soddisfano i criteri per un Disturbo Post-traumatico da Stress, la diagnosi da Disturbo Acuto da Stress cambia in PTSD.

Disturbo Post-Traumatico da Stress (o Post-Traumatic Stress Disorder, PTSD): è l'insieme delle forti sofferenze psicologiche che conseguono all'esposizione diretta o indiretta ad un evento stressante o traumatico che implica morte o minaccia, lesioni gravi o violenza sessuale. Può trattarsi di catastrofi naturali, guerre, attacchi terroristici, rapimenti, torture, prigionie, incidenti, violenze sessuali, rapimenti, morte violenta o minaccia che essa si verifichi per una persona cara.
Il PTSD si presenta con sintomi che si possono raggruppare nel cluster:

- **Sintomi intrusivi**, come ad esempio ricordi ricorrenti dell'evento (o nei bambini con età superiore ai 6 anni, giochi ripetitivi associati all'avvenimento e sogni spaventosi ricorrenti privi di un contenuto identificabile

- **Sintomi di evitamento** degli stimoli associati all'evento traumatico o agli eventi traumatici.
- **Sintomi di alterazioni** cognitive ed emotive quali incapacità di ricordare un aspetto importante dell'evento traumatico e convinzioni o aspettative negative, persistenti ed esagerate su se stessi, gli altri e il mondo – ad es., "Non ci si può fidare di nessuno", "Sono cattivo".
- **Sintomi di iperattivazione e reattività** quali comportamento irritabile, ipervigilanza, difficoltà di concentrazione e del sonno.

Empowerment: Accrescimento delle risorse personali in termini di conoscenza e abilità, che comportano solitamente un incremento della stima di sé, della percezione di autoefficacia, e una partecipazione più attiva ai contesti sociali. Il concetto di empowerment può essere applicato a livello della singola persona, del gruppo o di una intera comunità.

Eye Movement Desensitization and reprocessing (EMDR): E' un metodo psicoterapico ideato da Francine Shapiro nel 1989, impiegato nell'ambito di svariati approcci e su tutta una ampissima gamma di disagi. È una metodologia completa che utilizza i movimenti oculari o altre forme di stimolazione ritmica destro-sinistra per trattare disturbi legati ad esperienze passate o a disagi presenti dei soggetti.
La procedura prevede l'integrazione dei diversi elementi del trauma (sensazione, emozione, pensiero, ricordo, immagine, livello di disagio) che vengono attivati in modo contestuale mentre viene erogata una stimolazione oculare bilaterale (la stimolazione bilaterale può essere anche uditiva o tattile).

Gestione dello Stress: Ampio spettro di trattamenti psicologici che hanno l'obiettivo di controllare i livelli di stress, specialmente nelle forme croniche, pervasive e invalidanti.

Miolesione: è una condizione clinica legata ad una lesione del midollo spinale che comporta una grave disabilità fisica. Oltre alla distruzione delle strutture situate nel segmento midollare colpito (livello di lesione), si ha la perdita di tutte le funzioni (motorie sensitive e viscerali) situate al di sotto del livello lesionale e normalmente controllate dai centri superiori, a causa dell'interruzione delle vie ascendenti e discendenti che collegano il midollo spinale al cervello.
Si parla di tetraplegia se la paralisi interessa i quattro arti e di paraplegia se interessa parte del tronco e gli arti inferiori. In entrambi i casi, le funzioni di alcuni organi sono compromesse in misura più o meno grave, a seconda dell'entità della lesione.

Primo Soccorso Psicologico (Psychological First Aid, PFA): è un modello di intervento sviluppato dal National Traumatic Stress Network, che può essere adottato da tutti coloro che intervengono in una situazione di trauma ed emergenza, finalizzato ad aiutare bambini, adolescenti, adulti e famiglie nel periodo immediatamente successivo ad un disastro o ad un attentato terroristico. Il Primo Soccorso Psicologico è solitamente strutturato per ridurre lo stress iniziale causato da eventi traumatici e per promuovere l'adattamento a breve e a lungo termine

Psicologia dell'emergenza: è l'ambito delle conoscenze psicologiche applicate alla ricerca, e alla pratica nei contesti di emergenza. Essa si occupa principalmente di studiare le reazioni umane negli eventi avversi, di promuovere la salute mentale e di rafforzare le competenze psicosociali prima che tali circostanze siano avvenute e dopo il loro accadimento. (Pietrantoni e Prati, 2009).

Psicoeducazione: informazioni che si possono dare alle vittime per meglio far comprendere i processi emotivi che stanno attraversando, puntando così ad un processo di normalizzazione.

Resilienza: Capacità di far fronte a eventi traumatici, di rispondere alle avversità riorganizzando la propria esistenza.
Il concetto di resilienza può essere valutato anche in riferimento ad un'intera comunità, in particolare nell'analisi dei contesti sociali che hanno subito gravi catastrofi naturali

o dovute all'azione dell'uomo (in questi casi si parla di Comunità resilienti).

Trauma cranico (TC), o trauma cranio-encefalico (TCE): si intende un colpo o una ferita penetrante alla testa che altera la funzione cerebrale. In base ai punteggi della Glasgow Coma Scale (GCS che valutano durata e gravità del coma), ma anche in base all'estensione delle lesioni, alla durata dell'amnesia post-traumatica i TCE vengono distinti in lieve, moderato e grave.

Aspetti legati al Trauma cranico (TC), o trauma cranio-encefalico (TCE):

- ***Abulia:*** si manifesta in una mancanza o insufficiente volontà nel prendere una decisione o eseguire un'azione, che si manifesta in alcune sindromi nevrotiche e in alcune psicosi, ma anche in conseguenza a condizione fisiopatologica quale quella prodotta dalla presenza di TCE.

- ***Afasia:*** Per afasia si intende un disturbo conseguente un danno cerebrale che riguarda sia la produzione che la comprensione del linguaggio. Si riconoscono diversi tipi di afasia, classificati in base alla presenza di disturbi maggiormente a carico della produzione o della comprensione, in base alla fluenza, e in base all'area del linguaggio (fonologica, lessicale o semantica) maggiormente compromesse

- ***Amnesia:*** L'amnesia è un deficit della memoria a lungo termine episodica. La persona affetta da amnesia non è in grado di ricordare informazioni ed eventi successivi la lesione cerebrale (amnesia anterograda), sebbene sia in grado di apprendere nuove abilità motorie e cognitive (ad esempio come avviare un computer) e sebbene dimostrare buone capacità di memoria a breve termine (è in grado di ripetere correttamente una serie di parole o numeri appena uditi) o di memoria di lavoro. In alcuni casi l'amnesia anterograda si accompagna ad amnesia retrograda, cioè l'incapacità a rievocare eventi accaduti prima del danno cerebrale.

- ***Amnesia Post-Traumatica:*** Per Amnesia Post-Traumatica (APT) si intende la fase di uscita dalla perdita di coscienza durante la quale l'individuo è disorientato nel tempo e nello spazio, confuso, ha problemi di attenzione, non ricorda cosa è successo subito prima della perdita di coscienza (amnesia retrograda), non è in grado di apprendere e memorizzare alcuna informazione (amnesia anterograda). La durata della APT può variare da pochi minuti a molti giorni o mesi. L'APT si misura abitualmente usando la Galveston Orientation and Attention Test (GOAT Levin et al., 1979) e la Scala Westmead, che vengono somministrate almeno una volta al giorno.

- ***Anosognosia:*** si riferisce all'incapacità del paziente di riconoscere il suo stato di malattia, il paziente è fermamente convinto di possedere ancora le capacità che in realtà ha perso in seguito alla lesione cerebrale. Se confrontato con i suoi deficit il paziente confabula o produce delle spiegazioni assurde, incoerenti con la realtà. Il termine fu coniato da Babinski nel 1914 come conseguenza di lesione dell'emisfero cerebrale destro e fu interpretato come un disturbo originante dal mancato controllo da parte della coscienza della metà del corpo paretica. L'anosognosia non si verifica solo per i deficit motori, ma può presentarsi anche in altri deficit neurologici, ad esempio nell'eminegligenza e nella cecità corticale. Quando presente è necessario un intervento mirato, perché essa può interagire in modo negativo con la riabilitazione del paziente.

- ***Eminegligenza Spaziale:*** neglect o negligenza spaziale unilaterale o eminattenzione è un disturbo della cognizione spaziale nel quale, a seguito di una lesione cerebrale nella maggior parte dei casi a carico del lobo parietale dell'emisfero destro, il paziente non è in grado di esplorare lo spazio controlaterale alla lesione, non è consapevole degli stimoli presenti in quella porzione di spazio

esterno, corporeo o immaginativo.

- ***Cecità Corticale:*** è caratterizzata da deficit completo della funzione visiva, normalità dei riflessi pupillari, normale l'aspetto del fondo oculare e normale la motilità oculare. Può conseguire diverse cause, traumi o gravi fenomeni ipossici che interessano bilateralmente le vie ottiche retrogenicolate e la corteccia striata.

- ***Ipermetamorfosi:*** il paziente è attratto da qualsiasi stimolo visivo e prova l'irresistibile impulso a reagire ed imitare ogni stimolo visivo che vede.

- ***Ipersessualita:*** il paziente manifesta un incremento della libido, masturbazione sfrenata e scelta di partner sia omo che eterosessuali, queste manifestazioni non sono mai correlate al vissuto emotivo del paziente.

- ***Sindrome apallica:*** o coma vigile o più comunemente usato "stato vegetativo persistente" è uno stato di non consapevolezza post-traumatica.

- ***Sindrome di Klüver-Bucy:*** è causata da una lesione bilaterale del lobo temporale coinvolgente bilateralmente l'amigdala. Si manifesta con i seguenti sintomi clinici: una tendenza esagerata all'esplorazione orale e tattile degli oggetti, ipersessualità, bulimia, assenza di paura, diminuzione dell'aggressività, ipermetamorfosi, deficit di memoria e difficoltà a riconoscere oggetti e persone. Risponde positivamente al trattamento farmacologico.

- ***Sindrome di Locked-In:*** è una condizione neurologica molto grave che risulta da una lesione ventrale troncoencefalica che esita in tetraplegie e impossibilità a comunicare verbalmente in pazienti coscienti e svegli integri da un punto di vista cognitivo. I pazienti affetti da tale sindrome possono comunicare con il mondo esterno attraverso la chiusura delle palpebre e/o i movimenti oculari visto che le vie efferenti ai nervi ottici e oculo-motori non sono danneggiate. A differenza dello stato vegetativo persistente nella sindrome locked-in non vi sono danni ai centri dell'encefalo superiore.

Ania Cares

PRONTO SOCCORSO PSICOLOGICO PER LE VITTIME DELLA STRADA

RIFERIMENTI

Riferimenti

Adams, J. H., Doyle, D., Ford, I., Gennarelli, T. A., Gra- ham, D. I. y McLellan, D. R. (1989). Diffuse axonal injury in head injury: definition, diagnosis and grading. Histopathology, 15, (1), 49-59.

Akerstedt, T. (2006). Psychosocial stress and impaired sleep. Scandinavian Journal of Work, Environment and Health, 32, (6), 493–501

Alberico, A. M., Ward, J. D., Choi, S. C., Marmarou A., & Young, H. F. (1987). Outcome after severe head injury, relationship to mass lesions, diffuse injury and ICP course in pediatric and adult patients. J. Neurosurg, 67, (5), 648

Amir, N., Stafford, J., Freshman, M. S., Foa E.B. (1998). Relationship between trauma narratives and trauma pathology. J Trauma Stress, 11, (2), 385-92

Baer, R.A., Carmody, J., Hunsinger, M. (2012). Weekly change in mindfulness and perceived stress in a mindfulness-based stress reduction program. J Clin Psychol, 68, (7), 755-65

Bernat, J.A., Ronfeldt, H.M., Calhoun K.S., Arias I. (1998). Prevalence of traumatic events and peritraumatic predictors of posttraumatic stress symptoms in a non-clinical sample of college students. Journal of Traumatic Stress, vol. 11, (4), 645-664.

Blanchard, E.B., Hickling, E.J. (2004). After the Crash, American Psychological Association. Washington, DC, US: American Psychological Association.

Blanchard, E.B., Hickling, E.J., Forneris, C.A., Taylor A.E., Buckley T.C., Loos WR, Jaccard J. (1997). Prediction of remission of acute post-traumatic stress disorder in motor vehicle accidents victims. Journal of Traumatic Stress, 10, (2), 215-234.

Blanchard, E.B., Hickling, E.J., Taylor, A.E., Loos, W.R., Forneris, C.A., Jaccard, J. (1996). Who develops PTSD from motor vehicle accidents? Behaviour Research and Therapy. 34, (1), 1–10.

Bleich, A., Gelkopf M., Solomon Z. (2003). Exposure to terrorism, stress related mental health symptoms, and coping behaviours among a nationally representative sample in Israel. JAMA, 290, (5), 612-620.

Boccia, M., D'Amico, S., Bianchini, F., Marano, A., Giannini, A., Piccardi, L. (2015). Different neural modifications underpin PTSD after different traumatic events: an fMRI meta-analytic study. Brain Imaging and Behavior, doi:10.1007/s11682-015-9387-3

Boccia, M., Piccardi, L. Cordellieri, P. Guariglia, C., Giannini A.M. (2015). EMDR therapy for PTSD after motor vehicle accidents: meta-analytic evidence for specific treatment. Frontiers in Human Neuroscience 9(213) doi:10.3389/fnhum.2015.00213

Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P., Peterson, E. (1991). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in an urban population of young adults. Archives of General Psychiatry, 48, (3), 216-222.

Brown, G. K., Nicassio, P. M. (1987). Development of questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. Pain, 31, (1), 53-64.

Bryant, R., Creamer, M., O'Donnell, M., Silove, D., Clark, C.R., McFarlane, A.C. (2009). Post-traumatic amnesia and the nature of post-traumatic stress disorder after mild brain injury. Journal of the International Neuropsychological Society, 15, (6), 862–867.

Buckman, R. (2001). S'asseoir pour parler. L'art de communiquer de mauvaises

nouvelles aux malades. Paris: Guide du Professionnel de SantéMasson (trad. it. La comunicazione della diagnosi in caso di malattie gravi, Raffaello Cortina, Milano, 2003)

Bush, E.G., Rye, M.S., Brant, C.R., Emery, E., Pargament K.I., Riessinger C.A. (1999). Religious Coping with Chronic Pain. Applied Psychophysiology and Biofeedback, 24, (4), 249-260.

Carlson, E.B., Dalemberg, C.J. (2000). A conceptual framework for the impact of traumatic experiences. Trauma, Violence & Abuse, 1, (1), 4-28.

Chossegros, L., Hours, M., Charnay, P., Bernard, M., Fort, E., Boisson, D., Sancho, P.O., Yao, S.N., Laumon, B. (2011). Predictive Factors of Chronic Post-Traumatic Stress Disorder 6 Months after a Road Traffic Accident. Accident Analysis & Prevention, 43, (1), 471-477.

Clifton, G.L., Grossman, R.G., Makela, M.E. et al. (1980). Neurological course and correlated computed tomography findings after severe closed head injury. J Neurosurg, 52, (5), 611–624

Crystal, A., Gabert-Quillen, Irish, L.A., Sledjeski, E., Fallon, W., Spoonster, E., Delahanty D.L. (2011). The Impact of Social Support on the Relationship-BetweenTrauma History-and Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in Motor Vehicle-Accident Victims. American Psychological Association.

D'Zurilla T.J., Goldfried M.R., (1971). Problem solving and behavior modification. Journal of Abnormal Psychology, 78, (1), 107-126.

De Mey-Guillard, C., Yao, S.N., Cottraux, J., Martin, R., 2005. Post-traumatic stress disorder in an anxiety disorder unit and in a victims support association. Encephale 31 (1 Pt. 1), 76–81.

Donahue, R.G. (2006). Predictors of posttraumatic psychological distress in young adult motor vehicle accident survivors: gender similarities and differences. Unpublished doctoral dissertation, State University of New York at Albany.
Ehlers, A., Clark, D.M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. Behaviour Research and Therapy, 38, (4), 319-345.

Ehlers, A., Mayou, R.A., Bryant, B. (2003). Cognitive predictors of posttraumatic stress disorder in children: results of a prospective longitudinal study. Behaviour Research and Therapy, 41, (1), 1-10.

Ehring, T., Ehlers, A., Glucksman, E. (2006). Contribution of Cognitive Factors to the Prediction of Post-traumatic Stress Disorder, Phobia and Depression after Motor Vehicle Accidents. Behaviour Research and Therapy, 44, (12), 1699–1716.

Ehring, T., Frank, S., Ehlers A. (2008). The role of rumination and reduced concreteness in the maintenance of PTSD and depression following trauma. Cognitive Therapy and Research, 32, (4), 488–506.

Ellis, A. (1962). Reason and Emotion in Psychotherapy. New York: Stuart.

Endler, N. S., Parker, J. D. A. (1990). Multidimensional Assessment of Coping: A Critical Evaluation. Journal of Personality and Social Psychology, 58, (5), 844-854.

Fallowfield, L.J., Hall, A., Maguire, G.P., Baum, M. (1990). Psychological outcomes of different treatment policies in women with early breast cancer outside a clinical trial. British Medical Journal, 301, (6752), 575-580.

Feinstein, A., Dolan, R. (1991). Predictors of post-traumatic stress disorder following physical trauma: an examination of the stressor criterion. Psychological Medicine,

21, (1), 85-91.

Feinstein, A., Hershkop, S., Ouchterlony, D., Jardine, A., McCullagh, S. (2002). Posttraumatic amnesia and recall of a traumatic event following brain injury. The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences, 14, (1), 25–30.

FitzHarris, G., Petro,s M., John, C. (2007). Changes in endoplasmic reticulum structure during mouse oocyte maturation are controlled by the cytoskeleton and cytoplasmic dynein. Developmental Biology, 305, (1), 133-134.

Foa, B.E., Molnar, C., Cashman, L. (1995). Change in rape narratives during exposure therapy for posttraumatic stress disorder. Journal of Traumatic Stress, 8, (4), 675-690.

Francescato, D., Ghirelli, G. (1988). Fondamenti di psicologia di comunità. Roma: La Nuova Italia Scientifica.

Freedman T.G. (2004). Voices of 9/11 first responders: patterns of collective resilience. Clinical Social Work Journal, vol. 32, n. 4, pp. 377-393.

Gabriel, E., Patricia, C., Kathleen, M., Joseph, A. (2009). PTSD After severe vehicular crashes. National Study Center for Trauma & EMS, University of Maryland School of Medicine, 53, 177-193.

Geary, C., Rosenthal, S.L. (2011). Sustained impact of MBSR on stress, well-being, and daily spiritual experiences for 1 year in academic health care employees. J Altern Complement Med. 17, (10), 939-44.

Gil, S., Caspi, Y., Ben-Ari, I.Z., Koren, D., Klein, E. (2005). Does memory of a traumatic event increase the risk for posttraumatic stress disorder in patients with traumatic brain injury? A prospective study. American Journal of Psychiatry, 162, (5), 963–969.

Green, B.L. (1994). Psychological research in traumatic stress: An update. J Traumatic Stress, 7, (3), 343-361.

Green, B.L., Lindy, J., Grace, M. (1985). Posttraumatic stress disorder: Toward DSM-IV. Journal of Nervous and Mental Disease, 173, (7), 406-411.

Harris, I.A., Young, J.M., Rae, H., Jalaludin, B.B., Solomon, M.J., 2008. Predictors of post-traumatic stress disorder following major trauma. ANZ Journal of Surgery 78 (7), 583–587.

Harrison, W.A. (1999). The role of experience in learning to drive: a theoretical discussion and an investigation of the experiences of learner drivers over a two-year period. Monash University Accident Research Centre, Report No. 156

Herman, J.L. (1992). Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence--From Domestic Abuse to Political Terror. New York: Basic Books.

Hickling, E.J., Blanchard, E.B. (1999). The psychological treatment of motor vehicle accident-related posttraumatic stress disorder: Conceptualization and two pilot studies, in E.J. Hickling, E.B. Blanchard (Eds.). The international handbook of road traffic accidents: Psychological trauma, treatment and law, Elsevier Science, London, pp. 321-339.

Hobfoll, S. E, Watson, P, Bell, C. C, Bryant R. A, Brymer, M. J, Friedman, M. J,, Gersons, BP, de Jong, JT, Layne, CM, Maguen, S, Neria Y, Norwood, AE, Pynoos, RS, Reissman, D, Ruzek, JI, Shalev, AY, Solomon, Z, Steinberg, AM, Ursano RJ. (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. Psychiatry, 70, (4), 283–315.

Holbrook, T. L., Anderson, J. P., Sieber, W. J.,Browner, D., Hoyt, D. B. (1998). Outcome after major trauma: discharge and 6- month follow-up results from the Trauma Recovery Project. Journal of Trauma, 45, (2), 315-323.

Holbrook, T.L., Hoyt, D.B., Anderson, J.P. (2001a). The importance of gender on outcome after major trauma: functional and psychologic outcomes in women versus men. Journal of Trauma Injury, Infection, and Critical Care, 50, (2), 270–273.

Holbrook, T.L., Hoyt, D.B., Stein, M.B., Sieber, W.J. (2001b). Perceived threat to life predicts posttraumatic stress disorder after major trauma: risk factors and functional outcome. Journal of Trauma Injury, Infection, and Critical Care, 51, (2), 287–292, discussion 292–293.

Holeva, V., Tarrier, N. (2001). Personality and peritraumatic dissociation in the prediction of PTSD in victims of road traffic accidents. Journal of Psychosomatic Research, 51, (5), 687-692.

Irish, L., Ostrowski, S.A., Fallon, W., Spoonster, E., Dulmen, M., Sledjeski, E.M., Delahanty, D.L. (2008). Trauma history characteristics and subsequent PTSD symptoms in motor vehicle accident victims. Journal of Traumatics Stress, 21, (4), 377–384

Istituto Nazionale di Statistica. (2013). Statistica degli incidenti stradali. Anno 2014. Roma: Istat-Produzione libraria e centro stampa.

Jacobson, E. (1938). Progressive relaxation. Chicago: University of Chicago Press.

Janoff-Bulman, R. (1992). Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma. NY: Free Press

Kabat-Zinn, J. (1990). Full catastrophe living:" Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. NewYork: Delta.

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. Clinical Psychology: Science and Practice, 10, (2), 144-156.

Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hurges, M., Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national Comorbidity Survey. Archives of General Psychiatry, 52, (12), 1048-1060.

Kilpatrick, D. G., Saunders, B. E., Amick-McMullan, A., Best, C. L., Veronen, L. J., Resnick H. S. (1989). Victim and crime factors associated with the development of crime-related post-traumatic stress disorder. Behavior Therapy, 20, (2), 199-214.

Koren, D., Arnon, I., Klein, E. (1999). Acute stress response and posttraumatic stress disorder in traffic accident victims: A one year prospective, follow-up study. American Journal of Psychiatry, 156, (3), 367-373.

Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. London: Oxfford University Press.

Lazarus, R. S., Folkman S. (1984). *Stress, appraisal and coping.* New York: Springer.

Leash, R.M. (1994). Death notification: A practical guide to the process. Hinesburg VT: Upper Access.

Lehman, D. R., Ellard, J. H., & Wortman, C. B. (1986). Social support for the bereaved: Recipients' and providers' perspectives on what is helpful. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, (4), 438–446.

Lemay, M. (2005). Riflessioni sulla resilienza., in B. Cyrulnik, E. Malaguti (EDs.), Costruire resilienza. La riorganizzazione positiva della vita e la creazione di legami

significativi. Trento: Edizioni Erickson.

Levine, R., Miyake, K., Lee, M. (1990). Places rated revisited: Psycho-social pathology in metropolitan areas. Environment and Behavior, 21, 531-553.

Lord, J.H. (1987). No time for goodbyes. Ventura, CA: Pathfinder.

Lori, G., Battagli F. (2013). La comunicazione del decesso improvviso ai familiari delle vittime. Firenze: Cerchio blu.

Luminet, O., Bouts, P., Delie, F., Manstead, A.S.R., Rime´, B. (2000). Social sharing of emotion following exposure to a negatively valenced situation. Cognition & Emotion, 14, (5), 661–688.

Luminet, O., Zech, E., Rime´, B., Wagner, H.L. (2000). Predicting Cognitive and Social Consequences of Emotional Episodes: The Contribution of Emotional Intensity, the Five Factor Model and Alexithymia. Journal of Research in Personality, 34, (4), 471–497.

Mahoney, M. J. (1977). Personal Science: A Cognitive Learning Therapy. In A. Ellis & R. Grieger (Eds.). Handbook of Rational Psychoterapy (pp.352-368). New York: Springer.

Malt, U. (1988). The long-term psychiatric consequences of accidental injury. A longitudinal study of 107 adults. British Journal of Psychiatry, 153, 810–818.

Malt, U.F., Hoivik, B., Blikra, G. (1993), Psychosocial consequences of road accidents. European Psychiatry, 8, (4), 227-228.

Malt, U.F., Olafsen, O.M. (1992). Psychological appraisal and emotional response to physical injury: a clinical, phenomenological study of 109 adults. Psychiatric Medicine, 10 (3), 117–134.

Matl, U.F., Blikra, G., Hoivik, B. (1989). The three year bio-psychosocial outcome of 551 hospitalized accidentally injured adults. Acta Psychiatrica Scandanavia, 80, 84-93.

Mayou, R., Bryant, B. (2001). Outcome in consecutive emergency department attenders following traffic accidents. British Journal of Psychiatry, 179, 528-534.

Mayou, R., Bryant, B. & Duthie, R. (1993). Psychiatric consequences of road traffic accidents. British Medical Journal, 307, (6905), 647-651.

Mayou, R., Ehlers, A., Hobbs, M. (2000). Psychological debriefing for road traffic accident victims Three-year follow-up of a randomized controlled trial. British Journal of Psychiatry, 176, 589-593.

McFarlane, A.C. (1999). Risk factors for the acute biological and psychological response to trauma. In R. Yehuda (Ed.), Risk factors of Posttraumatic Stress Disorder (pp.163-190), Washington,: American Psychiatric Press.

McFarlane, A.C., Atchison, M., Yehuda, R. (1997). The Acute Stress Response Following Motor Vehicle Accidents and its Relation to PTSD. Annals of the New York Academy of Sciences, 821, 437–441.

Meichenbaum, D. (1985). Cognitive change methods. In F.H. Kanfer & A.P.Goldstein (Eds.), Helping people change: A textbook of methods (pp. 346-380). New York: Pergamon Press

Meichenbaum, D., Goodman, J. (1971). Training impulsive children to talk to

themselves: A means of developing self-control. Journal of Abnormal Psychology, Vol 77, (2), 115-126.

Michaels, A.J., Michaels, C.E., Moon, C.H., Smith, J.S., Zimmerman, M.A., Taheri, P.A., Peterson C. (1999). Posttraumatic stress disorder after injury: impact on general health outcome and early risk assessment. Journal of Trauma Injury, Infection, and Critical Care, 47, (3), 460–466.

Norris F.H. (1992). Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60, (3), 409-418.

North, C. S., Smith, E. M., Spitznagel, E. L. (1994). Post-traumatic stress disorder in survivors of a mass shooting. American Journal of Psychiatry, 151, (1), 82-88.

O'Leary, V., Alday, C., Ickovics, J. (1988). Models of Life Change and Posttraumatic Growth. In R. Tedeschi, C. Park, & L. Calhoun (Eds.), Postraumatic Growth: Positive Changes in the Aftermath of Crisis (pp.127-151), Mahwah, NJ: Erlbaum

O'Donnell, M. L., Creamer, M., Pattison, P. (2004). Posttraumatic stress disorder and depression following trauma: Understanding comorbidity. American Journal of Psychiatry, 161, (8), 1390–1396.

Oliver, G., Wardie, J., Gibson, E.L. (2000). Stress and food choice: a laboratory study.

Psychosom Med 62,(6), 853-865

Pennebaker J.W. (2004). Scrivi cosa ti dice il cuore: auto-riflessione e crescita personale attraverso la scrittura di sé. Trento: Edizioni Erickson.

Pennebaker, J. W. (1993). Putting stress into words: Health, linguistic, and therapeutic implications. Behavior Research & Therapy, 31, (6), 539-548.

Piedmont, R. L. (2004). Spiritual Transcendence as a predictor of psychosocial outcome from an outpatient substance abuse program. Psychology of Addictive Behaviors, 18, (3), 213-222.

Pietrantoni, L., Prati, G. (2007). La formazione psicologica degli operatori di Primo Soccorso. In G. Trabucco & F. Buonocore (Eds), Pronto soccorso triage. Accoglienza, rassicurazione, cura, aspettative, vissuti psicologici, bisogni (pp.477-484). Verona: Libreria cortina.

Pietrantoni, L., Prati, G. (2009). Psicologia dell'emergenza. Bologna: Il Mulino.

Pietrantoni, L., Prati, G., Morelli, A. (2003). Stress e salute nelle Forze dell'Ordine. Nuove tendenze della Psicologia 3, (1), 20-41.

Pietrantoni, L., Prati, G., Palestini, L. (2008), Il primo soccorso psicologico nelle maxi-emergenze e nei disastri. Bologna: Clueb.

Pietrantoni, L., Prati, G., Valli, E. (2006). La comunicazione del decesso nel lavoro di polizia, Nuove Tendenze della Psicologia, 4, (2), 235-248.

Putnam, S., Stiles, W., Jacob, W., James, S. (1988). Teaching the medical interview: an intervention study. J. Gen. Intern. Med., vol. 3, (1), 38-47.

Read, K.M., Kufera, J.A., Dischinger, P.C., Kerns, T.J., Ho, S.M., Burgess, A.R., Burch, C.A. (2004) Lifealtering outcomes after lower extremity injury sustained in motor vehicle crashes. J Trauma 57,(4), 815-823.

Reilly, P.L., Simpson, D.A., Sprod, R., Thomas, L. (1988). Assessing the conscious

level in infants and young children: a paediatric version of the Glasgow Coma Scale. Childs Nervous System., 4, 30-3.

Ross, C. E. (1990). Religion and Psychological Distress. Journal for the Scientific Study of Religion, 29, (2), 236-45.

Rubin, G.J., Brewin, C.R., Greenberg, N., Simpson, J., Wessely, S. (2005). Psychological and behavioural reactions to the bombings in London on 7 July 2005: cross sectional survey of a representative sample of Londoners. British Medical Journal, 331, (7517), 1-7.

Sbattella F., Tettamanzi M., Iacchetti F. (2005). Basic Therapeutic Actions: un modello di intervento psico-sociale per le vittime dello tsunami. Nuove tendenze della Psicologia, Edizioni Erikson, Trento, 3, (3), 399-429.

Sbattella, F., Tettamanzi, M. (2007). Le conseguenze psicologiche degli incidenti stradali. Milano: Diritti allo Studio, Università Cattolica.

Sbordone, R.J, Liter, J.C. (1995). Mild traumatic brain injury does not produce post-traumatic stress disorder. Brain Inj, 9, (4), 405–12.

Schultz, J. H., Luthe, W. (1959). Autogenic training;: A psychophysiologic approach in psychotherapy. Oxford: Grune & Stratton.

Scotti, J.R., Ruggiero K.J., Rabalais, A.E. (2002). The Traumatic impact of motor vehicle accidents. In La Greca, Silverman, Vernberg, Roberts (Eds), Helping Children Cope with Disaster and Terrorism. Washington, DC: America Psychological Association,.

Servadei, F. , Ciucci, G., Piazza, G. Bianchedi, G., Rebucci, G. Gaist, G., Taggi, F. (1988). A prospective clinical and epidemiological study of head injuries in northern italy: The commune of Ravenna. Ital J. Neurol. Sci., 9, (5),449-457.

Seynaeve, G. (2001). Psycho-Social Support in Situations of Mass Emergency. An European Policy Paper concerning different aspects of psychological support and social accompaniment for people involved in major accidents and disasters. Belgium Ministry of Public Health, Brussels.

Shalev, A.Y., Freedman, S., Peri, T., Brandes, D., Sahar T., Orr, S.P., Pitman, RK. (1998). Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. American Journal of Psychiatry, 155, (5), 630– 637.

Shapiro, F. (1989). Eye movement desensitization: a new treatment for post-traumatic stress disorder. Journal J Behav Ther Exp Psychiatry. of traumatic stress, 2, (3), 211-217.

Shapiro, F. (2001). Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures. New York: Guilford Press.

Shapiro, F. (2007). EMDR, adaptive information processing, and case conceptualization Journal of EMDR Practice and Research, 1, pp. 68–87

Shapiro, F. (2014). EMDR Therapy Humanitarian Assistance Programs: Treating the Psychological, Physical, and Societal Effects of Adverse Experiences Worldwide. Journal of EMDR Practice and Research, Volume 8, 4, pp. 181-186(6)

Simpson, D. Reilly, P. (1982). Pediatric coma Scale. Lancet, 450.

Stewart, A.E. (1999). Complicated bereavement and posttraumatic stress disorder following fatal car crashes: reccomandations for death notification practice. Death Studies, 23, (4), 289-321.

Taylor, A.J.W. (1999). Towards the Classification of Disasters and Victims. Traumatology, 5, 12-25.

Teasdale, G., Jennett, B. (1974). Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet, 2, 81-84.

Tettamanzi, M., Sbattella F. (2011). La tutela della salute dei minori in situazioni Critiche. Rivista di Psicologia dell'emergenza e dell'assistenza umanitaria, 5.

Ursano, R.J., Fullerton, C.S., Epstein, R.S., Crowley B., Vance K., Kao T.C., Baum A. (1999b). Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress disorder following motor vehicle accidents. American Journal of Psychiatry, 156, (11), 1808–1810.

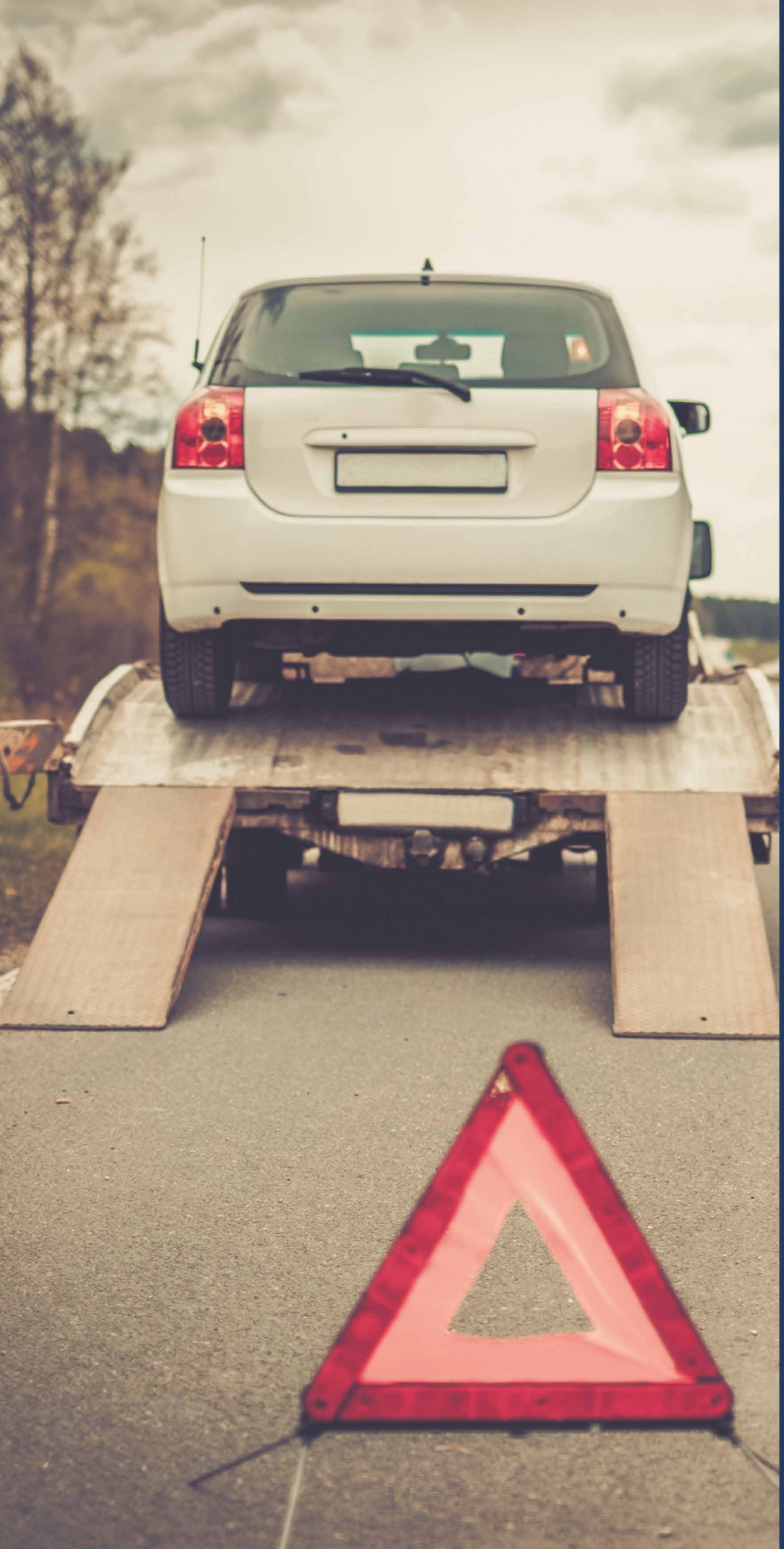
Ursano, R.J., Fullerton, C.S., Epstein, R.S., Crowley, B., Kao, T.-C., Vance, K., Craig, K.J., Dougall, A.L., Baum, A. (1999). Acute and chronic posttraumatic stress disorder in motor vehicle accident victims. American Journal of Psychiatry, 156, (4), 589–595.

Wald, J., Taylor, S., Fedoroff, I.C. (2004).The challenge of treating PTSD in the context of chronic pain. In S. Taylor (Ed) Advances in treatment of posttraumatic stress disorder: cognitive-behavioral perspectives (1971-221). New York: Springer.

Wilson, J.T., Pettigrew, L.E., Teasdale, G.M. (1998). Structured inter- views for the Glasgow Outcome Scale and the extended Glasgow Outcome Scale: guidelines for their use. J Neurotrauma, 15, 573-585.

Wissow, L.S. (1996). What clinicians want to know about teaching families new disciplinary tools. Pediatrics, 98, (4), 815–817.

Wreng er, M., Lange, C., Langer, M., Heuft, G., Burgmer, M. (2008). Psychiatric disorders after an accident: predictors and the influence of the psychiatric condition prior to an accident. European Psychiatry, 23 (6), 434–440.

Zatzick, D.F., Jurkovich, G.J., Gentillelo, L, Wisner, D., Rivara, F.P. (2002). Posttraumatic stress, problem drinking, and functional outcomes after injury. Arch Surg, 137, (2), 200–205.

Zatzick, DF, Kang, S-M, Muller, H.G., Russo, J.E., Rivara, F.P., Katon, W., Jurkovich, G.J., Roy-Byrne, P. (2002). Predicting posttraumatic distress in hospitalized trauma survivors with acute injuries. Am J Psychiatry, 159,(6), 941–946.