

Qui di seguito, per gentile concessione delle autrici, pubblichiamo il loro lavoro di diploma presentato alla scuola cantonale in cure infermieristiche (tutti i diritti riservati a Giada Rezzonico e Clara Ponzoni).

Rezzonico Giada, classe 3B - Ponzoni Clara,
classe 3A

1.

“Debriefing post-traumatico ... anche per gli infermieri?”

Lavoro di diploma livello II, 2001
Scuola cantonale in cure infermieristiche

INDICE

1. INTRODUZIONE	3
1.1. PREMESSA	3
1.2. MOTIVAZIONI CLARA	3
1.3. MOTIVAZIONI GIADA.....	4
1.4. OBIETTIVI COMUNI.....	6
1.5. METODOLOGIA	6
1.6. FONTI	7
1.7. SCADENZE.....	8
2. IL TRAUMA PSICOLOGICO	8
2.1. DEFINIZIONE E TIPI.....	8
2.2. STADI DI REAZIONE AD UN TRAUMA NEL TEMPO	8
2.2.1. Introduzione: lo stress.....	9
2.2.2. Reazione acuta da stress.....	10
2.2.3. Reazione traumatica acuta.....	10
2.2.4. Sindrome post traumatica cronica (Post Traumatic Stress Disorder, PTSD).....	11
2.3. VITTIME	12
3 IL DEBRIEFING	13
3.1. INTRODUZIONE	13
3.2. IL DEBRIEFING POST-TRAUMATICO.....	13
3.2.1. Cenni storici	13
3.2.2. Introduzione e scopo	14
3.2.3. Definizione	14
3.2.4. Tipi.....	15
3.2.5. Struttura	16
3.2.6. Quando è consigliato.....	19
3.2.7. Il debriefer	20
3.2.8. Il setting.....	21
3.3. IL DEBRIEFING TECNICO	21
3.4. IL DEFUSING	22
3.5. ALTERNATIVE AL DEBRIEFING POST-TRAUMATICO.....	22
3.5.1. Psichiatria.....	22
3.5.2. Oncologia	23
3.5.3. Commento	23
4. RISULTATI ED ANALISI DEI QUESTIONARI	23
4.1. INTRODUZIONE	23
4.2. DATI GENERALI.....	24
4.3. PARTE 1: DEFINIZIONE DI TRAUMA PSICOLOGICO	25
4.4. PARTE 2: ESPERIENZA PERSONALE	26
4.5. PARTE 3: IL DEBRIEFING POST-TRAUMATICO	30
5. CONCLUSIONI.....	32
6. RINGRAZIAMENTI	Errore. Il segnalibro non è definito.
7. BIBLIOGRAFIA.....	35

INTRODUZIONE

1.1. PREMESSA

Giunte al quarto anno di formazione presso la Scuola Cantonale in Cure Infermieristiche, ci siamo trovate a dover scegliere un tema da approfondire nel nostro lavoro di diploma.

Entrambe avevamo da tempo un interesse per il debriefing post-traumatico, per caso siamo venute a conoscenza di ciò. Ci è sembrato quindi naturale svolgere insieme il lavoro. L'inizio non è stato semplice, la prima grossa difficoltà è stata che il Consiglio di Direzione della scuola non ci ha dato il permesso di fare il lavoro insieme, essendo di due classi diverse, pur se dello stesso anno di formazione; chiaramente non ci siamo arrese, e dopo aver motivato con chiarezza il nostro interesse per l'argomento, la risposta alla nostra richiesta è stata finalmente positiva.

Così il nostro interesse iniziale si è pian piano allargato e sviluppato, e siamo giunte a creare un lavoro concreto, che con molto piacere vi presentiamo.

Buona lettura!

1.2. MOTIVAZIONI CLARA

09.11.00

Circa 2 anni fa, mi sono trovata, durante la mia attività di soccorritrice volontaria presso il Servizio Autoambulanza Mendrisiotto, a vivere una situazione di soccorso che mi ha molto colpita e che ho fatto fatica a superare. Per giorni ho avuto nella mia testa dei flash, che non mi permettevano di staccare i pensieri da ciò che avevo visto e vissuto:

notte-alba

lenzuolo bianco

cranio insanguinato sullo spigolo del marciapiede

paziente giovane, viso irriconoscibile

in tasca del paziente la foto di un uomo con in braccio una bambina piccola

gabbia toracica fratturata, instabile al massaggio cardiaco

difficoltà a rianimare, impossibilità a incanalare una via venosa e ad intubare

corpo senza identità, paziente senza documenti

intorno a noi ricominciava la giornata, che il paziente non avrebbe più potuto vivere

buio, lavoravamo con la luce dei fari delle ambulanze

odori

informazioni non precise da parte della centrale 144, quindi non ero psicologicamente pronta a questo intervento

alcuni altri interventi subito dopo, impossibilità di discuterne a caldo con l'équipe
paziente investito, auto investitrice fuggita

Probabilmente, se già ci fosse stata la possibilità di eseguire un debriefing post-traumatico, sarei riuscita a superare in modo diverso l'evento per me traumatico.

Dopo aver vissuto questa esperienza, mi rendo conto che anche ad un infermiere in ospedale può capitare di dover superare delle esperienze traumatiche e, personalmente, in questi anni di lavoro, non ho mai sentito parlare dell'esistenza di un'assistenza psicologica per il personale curante.

Per questo motivo ho deciso che l'obiettivo del mio lavoro di diploma del quarto anno sarebbe stato quello di valutare la possibilità dell'introduzione del debriefing post-traumatico in ospedale.

02.12.00

Qualche notte fa, sempre svolgendo l'attività come soccorritrice in ambulanza, sono intervenuta in un incidente mortale (la vittima anche in questo caso era un giovane padre) che per molti aspetti era simile a quello che avevo superato con fatica a livello psicologico due anni fa.

In questo caso ero più pronta a vivere l'evento, essendo a conoscenza dei meccanismi psicologici legati ad una situazione del genere e sapendo che comunque avrei potuto contare su un eventuale debriefing post-traumatico.

Molto importante è stato anche il poter discutere dei nostri vissuti all'interno dell'équipe, una volta tornati in sede; anche se ormai era notte inoltrata, ci siamo presi il tempo per parlarne, visto che tra di noi c'era anche chi una situazione del genere la viveva per la prima volta.

Sul luogo dell'incidente si era fermata, prima del nostro arrivo, un'assistente di cura dell'OBV, che aveva tentato di rianimare il paziente in un brutto contesto (di notte, al buio, in mezzo all'autostrada, presenza di sangue, ecc.). Mi è sembrato importante, il giorno seguente, d'accordo con il medico dell'ambulanza presente sul luogo dell'incidente, andare in reparto a parlare con questa persona dell'evento vissuto da entrambe la notte precedente. Abbiamo così molto liberamente discusso dei nostri vissuti e, prima di tornare al lavoro nel mio reparto, mi è sembrato importante segnalarle, nel caso avesse faticato a superare la situazione, della possibilità di discutere con persone appositamente formate, con le quali avrei potuto metterla in contatto, dei suoi vissuti traumatici.

1.3. MOTIVAZIONI GIADA

27.07.2000

Ore 16.32. L'elicottero del 118 di Bergamo decolla dalla sua base per un intervento: è avvenuto un incidente stradale.

A bordo vi sono cinque persone: il pilota, il tecnico di volo, il tecnico del soccorso alpino, il medico e l'infermiere professionale.

Poco prima di arrivare sul luogo, dalla Centrale 118 giunge via radio la notizia di annullare l'intervento; l'ambulanza, appena



giunta, ha comunicato che gli occupanti dell'auto coinvolta nell'incidente sono illesi. L'elicottero inizia il rientro alla base.

Poco dopo aver superato il crinale del monte Canto Alto (nei pressi di Bergamo), il pilota inizia una virata impostando la rotta di rientro ... il pilota avverte improvvisamente qualcosa di strano sulla coda del velivolo che inizia a far ruotare l'elicottero ... pochi secondi e l'elicottero impatta pesantemente di muso, con il fianco sinistro contro la vegetazione di alberi, tutto si è svolto in pochissimi momenti, non lasciando il tempo al pilota di adottare qualsiasi manovra.

Ore 17.00. “A circa 8 minuti dall'ultima comunicazione in cui annunciavamo che l'intervento era annullato perché l'incidente non aveva feriti, via radio arriva la comunicazione frammentaria: è il medico dell'elicottero che ci annuncia che l'aeromobile è precipitato e che i 5 membri dell'equipaggio sono illesi”, racconta il medico presente quel giorno in centrale.

“Non mi sono accorto di niente. Stavamo rientrando per un intervento annullato e, non so davvero perché, all'improvviso ci siamo ritrovati giù. Quasi non me ne rendevo conto ... E' accaduto tutto in un attimo. A terra abbiamo aperto le porte e ci siamo buttati fuori. Eravamo increduli” dice tecnico del soccorso alpino.

Il 118 invia subito un'ambulanza che non riesce però a raggiungere il luogo dell'impatto: un bosco sulle pendici del monte Canto Alto dove si può arrivare solo attraverso un sentiero.

Ore 17.30. Il 118 chiede l'intervento dell'elisoccorso di Clusone che raggiunge il bosco dove accanto ai rottami dell'elicottero ci sono i 5 uomini dell'eliambulanza. Li prende a bordo e li riporta alla base.

Tutti gli occupanti sono usciti indenni. Gli unici che hanno riportato danni sono il tecnico di volo, che si trovava seduto dalla parte dove l'elicottero ha urtato ed ha riportato leggere escoriazioni provocate dai rami degli alberi e l'altro è stato il medico che sedeva contromarcia e che è andato a sbattere con il casco contro il montante dell'elicottero procurandosi una leggera contusione al collo.

Fortunatamente tutti indossavano il casco; questo li ha protetti, come pure li hanno protetti gli spallacci che tutti indossavano oltre alle cinture di sicurezza dei sedili.

Traumi lievi e guaribili in pochi giorni....

10.08.2000

Questo è il racconto dei protagonisti dell'incidente dell'elisoccorso di Bergamo esposto durante il debriefing di gruppo nell'estate del 2000 al quale ho potuto assistere.

Infatti ho avuto la fortuna di accompagnare due soccorritori professionisti ed un psicologo (tutti debrifer I e II) nella trasferta a Bergamo.

Dopo le presentazioni da parte dei debrifer e è toccato a me: ho spiegato che tipo di scuola frequentavo e che in futuro avevo intenzione di svolgere un lavoro sul debriefing post-traumatico.

Dopo esserci accertati che la mia presenza non turbasse i presenti, la discussione è cominciata ... l'esito di questa discussione è in allegato n°14 al capitolo 8.

Ma perché ho deciso di svolgere il lavoro di diploma sul debriefing post-traumatico?

Sono venuta a conoscenza del tema da una persona a me cara che ha ottenuto il certificato debriefing livello I e II seguendo i corsi al Bigorio tenuti dalla dott.ssa Perren-Klingler.

Dalla sua esperienza personale e professionale è nato il mio interesse per l'argomento e l'intenzione di approfondirlo. La curiosità mi ha spinto a parlare e discutere del tema con chi ne sapeva di più. Leggendo documentazioni inerenti il tema e ascoltando chi un trauma l'ha subito è cresciuto il mio interesse.

Ritengo che un trauma psicologico possa colpire anche un infermiere e non solo soccorritori, pompieri, polizia, ecc., confrontati con il pre-ospedaliero, dove sono “abituati” o possono aspettarsi di essere di fronte a situazioni difficili.

Ho quindi scoperto un grande interesse per l’argomento, che mi ha suscitato una sempre crescente curiosità.

Se dovessi avere la possibilità in futuro intendo partecipare ad un corso per debriefer, questo unicamente a scopo didattico, per comprendere la materia, per confrontarmi con chi ha già subito traumi psicologici e quindi la possibilità di superarlo.

La frase: “Traumi lievi e guaribili in pochi giorni ...” è così scontata?

1.4. OBIETTIVI COMUNI

Discutendo in modo più approfondito del tema, ci siamo rese conto che, pur provenendo da due esperienze e motivazioni diverse per la scelta del tema, gli obiettivi che ognuna intendeva raggiungere erano comuni.

Siamo del parere che nei reparti ospedalieri ci sia una lacuna nell’assistenza al personale curante rispetto ai traumi psicologici che quotidianamente si presentano nell’ambito professionale:

vogliamo capire se questa è solo una nostra impressione, o se corrisponde veramente alla realtà.

Siamo entrambe a conoscenza del debriefing post-traumatico, e abbiamo potuto appurarne l’efficacia in situazioni di traumatismi psicologici:

intendiamo verificare le conoscenze sull’argomento nei reparti ospedalieri in area critica e nelle aree di degenza (es. medicina, chirurgia) e capire se vi è un interesse, una necessità di introdurre la figura dei debriefer in questi servizi e se la sua utilità è condivisa.

Per far ciò, approfondiremo la tematica del debriefing post-traumatico, partendo dai concetti base della psicotraumatologia.

1.5. METODOLOGIA

Il lavoro è iniziato con la redazione di una “scaletta” (indice indicativo) e con la suddivisione del lavoro in varie tappe. È seguita poi la stesura delle motivazioni e degli obiettivi che ci eravamo prefissate.

Durante le prime settimane di scelta del campo di approfondimento, abbiamo preso delle decisioni che ci hanno portate a sviluppare il lavoro nella direzione che si è poi rivelata quella definitiva. Abbiamo elencato di seguito i punti principali:

- Intendiamo analizzare la necessità ed eventualmente la possibilità di inserire un “servizio” di debriefing post-traumatico negli ospedali ticinesi, per ogni figura di curante (infermiere, medico, assistente di cura).
- Ambiti che vogliamo analizzare:
 - area critica (pronto soccorso, cure intense, pre-ospedaliero)
 - pediatria
 - oncologia

- psichiatria
 - area di degenza ospedaliera.
- Il campo è troppo vasto e le realtà ospedaliere a livello ticinese sono diverse tra di loro, restringiamo l'analisi negli ospedali EOC del Sottoceneri, essendo la zona che ci riguarda.
- Decidiamo di approfondire la tematica solo per la figura dell'infermiere, visto che ci dobbiamo concentrare per quella che sarà la nostra futura professione.
- Gli ambiti sono troppo diversi tra loro, dopo lunghi "pensamenti e ripensamenti", decidiamo di soffermarci sull'area critica, per i seguenti motivi:
- è il campo dove i traumi tipo I sono i più frequenti, anche se comunque "attesi", visto il campo dell'urgenza
 - il fatto che siano attesi ed il personale preparato per affrontarli non significa che sia sempre semplice e facile superarli
 - pensando ad un eventuale inserimento del debriefing post-traumatico in ospedale, crediamo che si punterà prima sull'area critica e, se l'approccio dovesse funzionare, ci si sposterà in seguito anche nell'area di degenza
 - nei reparti di oncologia, pediatria e psichiatria sappiamo esistono già delle tecniche messe in atto per la "cura psicologica" del personale curante; intendiamo quindi descrivere brevemente come ciò viene effettuato
- Scegliamo di eliminare l'ambito del soccorso pre-ospedaliero poiché, pur facendo parte dell'area critica, vogliamo soffermarci solo sulla realtà ospedaliera (pronto soccorso e cure intense).

Dopo aver delineato il campo di approfondimento, abbiamo sviluppato la parte teorica, riguardante la psicotraumatologia ed il debriefing post-traumatico. Per poter capire meglio l'argomento, abbiamo partecipato ad un corso di due giorni tenuto dalla dr.ssa Cornelia Klauser (Corso debriefer livello 1, Olivone 17-18 gennaio 2001).

In seguito abbiamo preparato e distribuito un questionario per infermieri dell'area critica del Sottoceneri. Abbiamo poi raccolto, analizzato e commentato i risultati dei questionari. Il lavoro si è concluso con la stesura del lavoro ed il nostro commento personale.

1.6. FONTI

Le fonti principali del nostro lavoro di diploma sono state sicuramente le nostre esperienze personali, che ci hanno motivate al lavoro e ci hanno fatto riflettere su ogni parola che abbiamo scritto.

Per lo svolgimento del nostro lavoro non abbiamo potuto consultare fonti o libri specifici in quanto, essendo l'argomento studiato da poco, la bibliografia è scarsa. Abbiamo raccolto le informazioni teoriche principalmente da materiale fornito dalla dr.ssa Gisela Perren e dr.ssa Cornelia Klauser, inerente i corsi tenuti per i debriefer; inoltre alcuni quotidiani ticinesi hanno riportato articoli sulla tematica alle nostre latitudini (vedi allegato). Abbiamo anche fatto capo ad alcune riviste specializzate in urgenza.

Molto utile per comprendere meglio ed approfondire il tema la nostra partecipazione al già citato corso debriefer.

Lo svolgimento del lavoro si è svolto con il supporto di regolari incontri e con i consigli della docente di riferimento Jeanette Venturi.

1.7. SCADENZE

Dopo la stesura del primo indice indicativo, abbiamo pianificato delle scadenze, per cercare ridistribuire il carico di lavoro in modo appropriato rispetto ai nostri stages ed agli esami scolastici.

La pianificazione del lavoro è stata la seguente:

Ottobre + Novembre 2000	→	ricerca apporti teorici, incontro con d.ssa Klauser.
Dicembre 2000	→	preparazione questionari.
Gennaio 2001	→	distribuzione questionari, corso debriefer, parte teorica.
Febbraio 2001	→	analisi questionari.
Marzo 2001	→	commento ai questionari.
Aprile 2001	→	stesura definitiva al computer.
Maggio 2001	→	consegna lavoro.

La pianificazione pensata inizialmente si è poi, durante lo svolgimento del lavoro, rivelata ideale.

2. IL TRAUMA PSICOLOGICO

2.1. DEFINIZIONE E TIPI¹

Il concetto di trauma ha subito negli ultimi anni un allargamento della sua definizione. Seguiamo qui la definizione americana di trauma (American Psychiatric Association, DSM IV).

Il trauma è definito come un evento vissuto al di fuori della norma (estremo, violento lesivo) che minaccia o ferisce l'integrità fisica e/o psichica di un singolo o di un gruppo di persone; in genere richiede uno sforzo inabituale per essere superato.

Tipi di trauma

- Trauma tipo I evento unico e imprevisto (incidente, catastrofe naturale, crimine) con un chiaro inizio ed una fine.
- Trauma di tipo II: è un evento violento a cui una persona viene ripetutamente esposta; minaccia permanente, prevedibile, cronica e sequenziale; è prevedibile ma inevitabile e questo crea quel senso di impotenza che diventa un elemento centrale di questo vissuto (violenza familiare, abuso sessuale oppure professioni come soccorritori, polizia, pompieri,...) Normalmente comincia con un il trauma tipo I.

2.2. STADI DI REAZIONE AD UN TRAUMA NEL TEMPO

Riteniamo importante, prima di affrontare i tipi di reazione al trauma psicologico, fare un accenno a quello che è lo stress e la sua gestione.

¹ Elaborato da: dr.ssa Cornelia Klauser, dispense "Corso debriefing", 17-18.01.2001

2.2.1. Introduzione: lo stress²

Quando una persona subisce un trauma in seguito ad un evento eccezionale, unico ed imprevedibile, a cui assiste o di cui è vittima, vive una situazione di stress...

Lo "stress" è diventato un termine di uso corrente nel corso di questi ultimi anni e costituisce un'esperienza umana universale.

Sebbene il concetto di stress fosse presente già nella preistoria (il termine deriva dal latino "stringere" e rinvia alle nozioni di tensione, di pressione, oppressione), è solo nel 20° secolo che si è arrivati a cristallizzare questo concetto in una terminologia scientifica.

Nel 1950, il dr. Hans Selye (1907-1982), uno dei maggiori studiosi in questo campo collegò lo stress all'insorgenza di alcune malattie specifiche (es. gastriti, ulcera, ipertensione,...) e attraverso degli esperimenti sui topi mette in evidenza l'effetto di un trauma psicologico sull'organismo.

Il concetto di stress rappresenta quindi una pietra miliare nello studio della salute e della malattia.

Selye, come già accennato, ha fatto numerosi studi e osservazioni sullo stress ed è arrivato a definirlo come:

"una reazione aspecifica dell'organismo di fronte ad un'esigenza o quando deve adattarsi ad una novità"

È una reazione biologica che si svolge in tre fasi (allarme, resistenza, esaurimento) e ha come finalità il mantenimento della stabilità interna del nostro organismo, minacciata dagli stimoli stressori.

È uno stato di tensione nel quale vengono attivate difese per affrontare una situazione di "minaccia". In altri termini, quando l'organismo è sottoposto ad un agente stressante presenta dei segnali d'allarme, ma nei casi più gravi, può soccombere: viceversa, nel caso l'agente stressante perduri e non sia troppo forte, l'organismo cerca di resistere, finché, in caso di esposizione eccessivamente prolungata, le energie giungono ad esaurimento e sopravviene la morte. Lo stress può trasformarsi in una reazione dannosa per il nostro organismo, contribuendo all'insorgere di malattie psicosomatiche e di disturbi comportamentali.

Per definizione un agente stressante psicologico è tutto quello che un individuo percepisce come una minaccia: non è necessario che sia reale, è sufficiente che appaia all'individuo come reale.

Gli agenti stressanti psicologici producono una serie di risposte soggettive e oggettive. Fra le risposte soggettive quella principale risulta essere l'ansia; altre possono essere l'angoscia, la collera, la depressione e la paura.

Alcune risposte oggettive sono invece l'irrequietezza, l'agitazione, l'ipercriticismo, la logorrea, la menzogna e il pianto.

Lo stress psicologico è correlato a quello fisiologico; infatti quello fisiologico è in qualche modo sempre accompagnato a quello psicologico e, al contrario, quello psicologico produce, nella maggior parte delle persone, alcune risposte tipiche dello stress fisiologico.

È quindi importante individuare, a livello personale, il modo migliore per gestire le sempre più frequenti reazioni di stress.

² Elaborato da: Elisabetta Cortesia, dispense "Seminario gestione dello stress", SCCI 2000

2.2.2. Reazione acuta da stress

Avviene durante l'esposizione al trauma

Come reazione immediata all'evento traumatico il nostro corpo e la nostra psiche reagiscono allo scopo della sopravvivenza. Una volta veniva infatti chiamato istinto di sopravvivenza, oggi piuttosto reazione di fuga e di lotta.

- A livello somatico la percezione del pericolo scatena:
 - maggior secrezione di adrenalina, endorfine, cortisolo, serotonina
 - maggior forza muscolare
 - attività cardiaca e respiratoria accelerate
 - anestesia somatica: la reazione al dolore diminuisce, non sente più la fame, la sete, ecc.

L'uomo è fisicamente pronto alla fuga o alla lotta. Queste situazioni corporee di stress provocano facilmente un senso di paura e lo rendono cosciente del pericolo.

- A livello psicologico contemporaneamente si manifestano:
 - Attenzione e concentrazione focalizzate all'esterno ("monitoring") portano ad azioni concrete (reazione necessaria ai soccorritori per agire in modo corretto).
 - Massima attenzione verso il proprio interno sviluppando un certo senso di sicurezza ("blunting", insensibilità, l'individuo si allontana con la mente da ciò che sta succedendo, si concentra intensamente su altri pensieri; importante per le violenze o torture subite)
 - Anestesia psicologica (emozioni sono alterate): per esempio in una situazione di soccorso o di urgenza in ospedale, momento di stress molto intenso, l'individuo rischia di prestare meno attenzione verso se stesso e di mettersi in pericolo, poiché l'attenzione è rivolta verso la persona che ha bisogno di aiuto.

Queste reazioni acute da stress traumatico sono assolutamente normali e naturali!

2.2.3. Reazione traumatica acuta

Avviene appena terminata l'esposizione al trauma

Dopo un incidente, una violenza, una catastrofe, collettivi o individuali, le persone colpite (vittime) reagiscono rimanendo molto scosse e l'evento continua a perseguitarle.

Tutto ciò può portare a mettere in discussione valori, certezze e a volte anche le relazioni personali.

Il malessere si manifesta nei seguenti modi:

- Ci si sente sopraffatti, non si riesce a dormire, si è iperattivi, si prova paura anche in un ambiente sicuro, si diventa impazienti ed aggressivi; appare nervosismo, agitazione, iper-mobilità, turbe del sonno, stordimento, tachicardia, sudorazione, ecc. C'è un bisogno fisico di smaltire l'adrenalina e lo stress prodotto nel momento del trauma. I ricordi di quest'ultimo possono riscatenare in ogni momento queste reazioni.
- Ci si sente continuamente scossi dall'evento traumatico pur cercando di non pensarci. Di giorno appaiono i cosiddetti "flashback" oppure di notte gli incubi; questi ricordi sono intrusivi e ricorrenti.

- Si cerca di diventare insensibili per evitare di rivivere lo shock dell'evento, contemporaneamente ci si rende però insensibili anche alle cose ed emozioni belle; a volte si evitano situazioni che potrebbero ricordare e far rivivere il disastro. Si può arrivare a parlare di fenomeni dissociativi.³

Un trauma psicologico porta quindi ad avere delle reazioni sia fisiche che psicologiche!

Anche in questo caso le reazioni sono tutte normali e naturali! Indicano che la vittima sta per superare l'evento traumatico e che la psiche ed il cervello stanno facendo del loro meglio per sopravvivere ed integrare quanto è accaduto. Esse non cessano improvvisamente, ma tendono a diminuire di frequenza ed intensità nei giorni seguenti.

Studi americani danno un termine di 4 settimane, al di là del quale queste reazioni possono diventare patologiche e portare a sindrome post traumatica cronica (vedi capitolo 2.2.4.).

In questa fase l'individuo è più esposto ai pericoli poiché c'è una diminuzione dell'attenzione e della concentrazione.

2.2.4. Sindrome post traumatica cronica (Post Traumatic Stress Disorder, PTSD)

Avviene dopo 4-6 settimane dal trauma

Se la reazione traumatica acuta perdura oltre le 4-6 settimane, le reazioni e la sintomatologia che prima erano considerate nella norma diventano invece patologiche.

Ai disturbi fisici e psicologici che già in precedenza erano presenti si aggiungono altri problemi legati alla situazione di stress (produzione cronica di adrenalina e altre esagerate stimolazioni fisiche portano ad ipertensione, problemi gastro-intestinali, reumatici, ecc.), causando anche la cronicità di determinate patologie psichiatriche (ansia, fobie, depressioni, ecc.).

Spesso l'individuo comincia ad abusare di alcool, psicofarmaci, droghe, che gli permettono di distaccare la mente dai ricordi opprimenti e dolorosi, riducendo così l'elaborazione del vissuto e la possibilità di riordinare i pensieri e dar loro un senso.

Naturalmente questo insieme di problemi porta ad una diminuzione della socialità e degli interessi, con una conseguenza di solitudine, apatia ed isolamento sociale. Pure all'interno del nucleo familiare vengono messi a dura prova i legami, con conseguenze anche di separazioni o divorzi.

In un vissuto così drammatico per un individuo il rischio suicidale aumenta nettamente.

È importante ricordare che dopo un trauma psicologico l'evoluzione verso la cronicità non dipende solo dall'individuo ma anche dall'entourage, dalla società: dopo la guerra del Vietnam i soldati americani sono stati etichettati e accolti in patria come assassini di bambini; in una situazione di cura un infermiere può venir considerato dai parenti il mezzo grazie al quale le sofferenze del loro caro possono aumentare o diminuire.

La PTSD può venir confusa con la sindrome del burnout, con la quale ha delle somiglianze ma un'importante differenza: la PTSD viene causata da un trauma psicologico singolo, il

³ Definizione da: AA.VV., "Enciclopedia compact della medicina", ed. De Agostani, Novara, 1995

"Dissociazione: alterazione delle abituali funzioni associative esistenti a livello del pensiero e comportamento. Ne consegue una mancanza di integrazione e organizzazione dell'attività psichica globale, che si esprime con discordanza e incongruenza tra le varie idee, tra pensiero e affettività, tra pensiero e comportamento."

burnout da una serie di traumi anche più leggeri che però, sommati tra loro, portano alla saturazione dell'individuo.

Sindrome del burnout = "il bruciarsi dell'operatore: sindrome tipica di chi si esaurisce senza darlo inizialmente a vedere, con comportamenti che si trasformano facilmente nel senso di insoddisfazione, nella facile e continua irritabilità, nella tensione verso i destinatari del proprio aiuto, i quali il più delle volte, vengono definiti (o anche solo pensate), come incapaci o scansafatiche. Oppure si manifesta con comportamenti alternativi di "fuga" quali il ricorso all'alcool, ad amicizie ambigue, ecc."⁴

FATTORI DI RISCHIO VERSO LA PTSD

- Senso dell'attività svolta:
ad ogni attività svolta va dato un suo senso, e va fatto nel migliore dei modi, con coscienza e rispetto verso ciò che viene compiuto.
- Gruppo di lavoro:
 - . l'unità all'interno dell'équipe permette di affrontare insieme le situazioni più difficili e di risolvere i problemi più facilmente
 - . il grado di familiarità dell'ambiente di lavoro permette di vivere le esperienze in modo più sicuro, sentendosi più protetti
 - . il rendersi conto di avere un'attività psicologicamente stressante riduce il rischio di trovarsi impreparati ad affrontare una difficile situazione
- Età:
alcune fasce d'età sono più a rischio, in quanto la struttura psichica non è ancora organizzata e delineata (bambini, adolescenti e giovani adulti)
- Stato generale:
lo stato di benessere dell'individuo porta a riuscire a reagire meglio ai traumi psicologici. Di grande importanza quindi un'ottima igiene di vita, come pure una buona personalità preesistente.

Non vi sono indicazioni per stabilire con che frequenza e chi può sviluppare questa malattia; spesso sono proprio coloro che continuano a "funzionare normalmente" che possono in seguito sviluppare sintomi di PTSD.

Nessuno di noi può dunque essere certo di non divenire mai una vittima vulnerabile in una situazione traumatica specifica ed inattesa.

2.3. VITTIME

Si possono dividere le vittime di un trauma in tre gruppi, in ognuno dei quali si può potenzialmente arrivare ad una sindrome post traumatica cronica:

1. Vittima primaria: l'individuo ha vissuto di prima persona il trauma psicologico. Es: persona coinvolta in un incidente stradale.

⁴ Alberto Rossati e Gerardo Magro, "Stress e burnout", ed. Carocci, Roma 1999, pag. 47

2. Vittima secondaria: figure professionali od occasionali coinvolte nel soccorrere, curare od aiutare la vittima. Es: soccorritori, personale ospedaliero, ecc.
3. Vittima terziaria: individuo che fa parte dell'entourage della vittima. Es: famigliari, amici.

3. IL DEBRIEFING⁵

3.1. INTRODUZIONE

Il termine debriefing significa "stendere rapporto dopo una missione di ciò che è stato fatto", e trae la sua origine nei servizi segreti americani. (il termine briefing significa invece "prepararsi ad una missione").

E' interessante constatare che sono i gruppi militari che da sempre praticano delle misure che possono essere chiamate meccanismi di gestione dello stress: allenamenti, automatismi, decisioni riservate, previsione e pianificazione, discussione degli interventi, rispetto dei programmi, igiene, disciplina.

Esistono due tipi di debriefing:

- il debriefing post-traumatico
- il debriefing tecnico

Essi verranno descritti nei prossimi capitoli.

3.2. IL DEBRIEFING POST-TRAUMATICO

3.2.1. Cenni storici

Degli studi effettuati negli Stati Uniti con i reduci della guerra del Vietnam hanno permesso di identificare reazioni specifiche a traumi psicologici negli individui interessati, indipendentemente dalla loro cultura, razza o provenienza: ogni individuo mostra infatti gli stessi comportamenti e la stessa sensazione di malessere psico-fisico, dopo l'esposizione ad un trauma psicologico.

Già l'esperienza della prima e della seconda guerra Mondiale, come pure l'olocausto hanno gettato le basi per questa comprensione, che però ha potuto essere studiata e approfondita con maggiore scientificità dopo la Guerra del Vietnam.

Alla luce di questi risultati, un gruppo di studiosi (tra cui il dr J.T. Mitchell), elabora un metodo chiamato "debriefing", per proteggere dallo stress da trauma psicologico chi è chiamato ad intervenire in situazioni estreme.

La prima volta è utilizzato con i soldati coinvolti nella guerra del Golfo, con risultati incoraggianti.

In Svizzera è introdotto dalla dr.ssa Gisela Perren-Klinger, 53 anni, pedopsichiatra e psicoterapeuta vallesana, che si impegna da diversi anni in organizzazioni nazionali ed internazionali facendo riconoscere la necessità di accompagnare psicologicamente le vittime di un trauma ed i loro cari.

⁵ I capitoli da 3.2.3. a 3.2.8. sono stati elaborati da: dr.ssa Cornelia Klauser, dispense "Corso debriefing", 17-18.01.2001

La convinzione profonda dell'assoluta necessità di accompagnare le vittime di traumi per aiutarle a sormontare i loro choc emozionali, ha condotto questa donna al Comitato per la prevenzione della tortura e dei maltrattamenti al Consiglio d'Europa a Strasburgo ed inoltre come delegata al CICR, nelle prigioni dell'America Latina, del vicino Oriente, in Europa ed Africa. Durante il suo mandato di medico consulente al Servizio Medico degli stranieri al Policlinico di medicina interna di Ginevra, è stata ugualmente confrontata al traumatismo ed alle specificità dei rifugiati, che non possono vivere e attraversare il loro trauma appoggiandosi sui loro valori culturali.

In vista dell'immensità della macchia e della sua urgenza per evitare un divenire patologico e, può essere, psichiatrico degli choc e dei traumi, Gisela Perren-Klinger ha deciso di creare, cinque anni fa a Viège (Vallese), l'Istituto Psicotrauma Svizzero (IPTS) e di creare un corso di "debriefing", al fine di formare dei professionisti di tutte le categorie all'accompagnamento delle vittime dei traumatismi.⁶

Non è però necessario aver vissuto un'esperienza di guerra per sviluppare una reazione traumatica. Nel nostro mondo post-moderno in cui eventi traumatici e violenza sono all'ordine del giorno e si stanno propagando come un'epidemia, è necessario conoscere e riconoscere reazioni psichiche e fisiche che sono legate a questi traumi.

3.2.2. Introduzione e scopo

Spesso il personale curante si trova a vivere situazioni critiche (la morte dei pazienti, urgenze inaspettate o delicate,...) o situazioni particolari che, seppure non siano potenzialmente traumatiche, fanno rinascere in lui vissuti che non riesce a superare; questo evento traumatico causa uno scombussolamento psichico, oltre che un'eventuale lesione fisica. A dipendenza dello stato psicofisico in cui si trova l'individuo, ciò può portare ad una reazione più o meno lunga e violenta.

E' fondamentale mai minimizzare gli effetti di un avvenimento, poiché la sua gravità non è sempre un indicatore sufficiente per determinare chi ha bisogno di sostegno. Ognuno reagisce in base alla propria storia personale ed al proprio vissuto.

3.2.3. Definizione

Uno dei meriti della società moderna è quello di prendere maggiormente in considerazione l'individuo, tenendo conto in modo globale dei suoi bisogni, delle sue sofferenze fisiche ma anche psichiche.

Non ci vuole l'esperienza traumatica di una guerra o di una catastrofe per sviluppare delle reazioni traumatiche, che seguono lo stesso schema in tutte le culture (vedi capitolo 3.2.1.). Nella nostra società, dove eventi traumatici e violenza sono all'ordine del giorno e si stanno propagando come un'epidemia, è necessario conoscere e riconoscere le reazioni psichiche e fisiche che sono legate a questi traumi. Bisogna ricordare pure che un tempo nella nostra società una persona traumatizzata riceveva un grande supporto dalla famiglia e da religiosi, valori che vanno lentamente scomparendo.

La categoria delle "help profession" (professioni di aiuto, come ad esempio infermiere, medico, psicologo, ecc.) è particolarmente a rischio di psicotraumi, visto l'ambito in cui si trova quotidianamente ad operare.

⁶ Paragrafo elaborato da: AA.VV., "Insieme. Rivista sui temi dell'handicap mentale", n°3, settembre 1997

Il debriefing post-traumatico non è una psicoterapia, ma un primo aiuto all'anima traumatizzata: è un colloquio strutturato (della durata media di circa un'ora, ma adattabile alle esigenze) con una persona formata (il debriefer, vedi capitolo 3.2.7.), che favorisce la mobilitazione delle notevoli capacità di superamento del vissuto traumatico di un individuo; ognuno di noi ha infatti risorse inaspettate per elaborare lesioni avvenute alla propria psiche (coping).

Il debriefing post-traumatico dovrebbe essere eseguito dopo che un individuo ha vissuto un evento fuori dalla norma e può prevenire efficacemente l'insorgere di disturbi psichici più gravi; vuole essere un collegamento ed uno stimolo per tornare alla calma dopo il trauma, creando ordine nel caos della psiche. È importante che l'evento sia chiuso, che la situazione traumatica sia conclusa (es: in una situazione di cura in ospedale).

Possiamo quindi affermare in modo semplice ogni situazione fuori dalla norma può potenzialmente provocare una ferita: il debriefing post-traumatico non ha lo scopo di farla guarire, ma di accelerare il processo di guarigione e di renderla più accettabile e compatibile con la vita quotidiana, che deve comunque continuare.

3.2.4. Tipi

Esistono due tipi di debriefing post-traumatico:

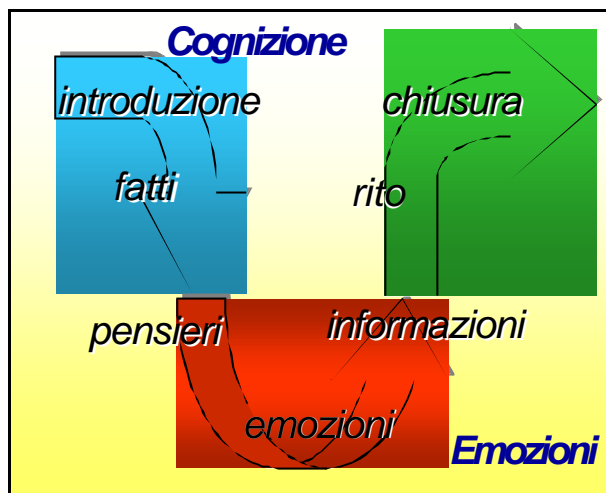
- D. individuale: viene effettuato ad un'unica persona, che da sola ha vissuto un trauma psicologico.
Solitamente viene condotto da un solo debriefer.

- D. di gruppo viene effettuato ad un'équipe o ad un gruppo di persone che ha subito un trauma psicologico o ha vissuto una situazione (es. professionale) fuori dalla norma.
E' importante che partecipi tutto il gruppo, anche se solo un membro di esso ha vissuto male l'evento, poiché tutti sono stati presenti sulla scena, e rivestono un ruolo importante nella ricostruzione dei fatti e nell'ordine delle idee.
E' fondamentale che ogni partecipante si esprima: la ricostruzione comune e completa della storia dell'accaduto, la percezione e l'esteriorizzazione, lo scambio delle emozioni e l'esperienza che altri hanno simili sensazioni, danno a ognuno quel tipo di conforto che aiuta a superare più facilmente e più rapidamente l'evento.
Un debriefing di gruppo, è condotto in genere da 2-3 debriefer, di cui uno esperto in salute mentale (psicologo, ecc.). I debriefer staranno molto attenti al rilevamento di espressioni di disagio verbali e non verbali e sapranno individuare persone con un vissuto particolarmente traumatico, per eventualmente seguirli poi a livello individuale (persone con vissuto traumatico precedente, con patologie psichiatriche, in situazioni familiari o sociali di particolare stress).

Per una stessa situazione traumatica possono essere effettuati più debriefing post-traumatico, per ogni categoria di vittima (primaria, secondaria o terziari, vedi capitolo 2.3.).

3.2.5. Struttura

La struttura del debriefing post-traumatico che è stata proposta in Svizzera della dr.ssa Gisela Perren è quella sviluppata dal dr. J.T. Mitchell, che noi intendiamo presentare in questo capitolo. E' sviluppato come dialogo strutturato in 7 precise fasi, che portano dalla cognizione dei fatti, per poi arrivare nelle emozioni e tornare infine a livello cognitivo.



Per rendere più semplice la spiegazione e la comprensione dello svolgimento del debriefing post-traumatico (fasi), usiamo delle abbreviazioni:

A: persona che necessita del debriefing post-traumatico (individuale o di gruppo)

B: persona che conduce il debriefing post-traumatico (debrifer), che guida lo psicotraumatizzato lungo le fasi del colloquio strutturato.

Dopo aver preparato con cura il setting (vedi capitolo 3.2.8.), il debriefing può cominciare!

FASE 1. Introduzione

- Presentazione a grandi linee del debriefing post-traumatico e del suo scopo, che è quello di far ordine nelle idee e nelle emozioni così da integrare bene il vissuto personale nella vita quotidiana.
- Assicurare il rapporto di confidenzialità, nessuno all'esterno verrà informato su quello che viene discusso (attenzione comunque alle implicazioni legali!)
- Ricordare il ruolo del debriefer: di aiuto, di guida al dialogo, di supporto; non giudica, non fa valutazioni personali, non sta dirigendo un'inchiesta.
- Importante per la riuscita del colloquio la fiducia reciproca, l'aprirsi al dialogo e rimanere fino alla fine.

FASE 2. Fatti, cognizione

Si inizia con il racconto dei fatti (quel che si è visto e poi fatto) a livello puramente cognitivo. Descrizione delle percezioni sensoriali, quello che è accaduto, visto, udito, fatto, odorato, e dopo, e dopo,=> chi, quando, come, cosa, dove?

In questa fase è molto facile che A cada nella sfera emozionale, che può scatenare sentimenti che disturbano il racconto dei fatti; B ha il compito di riportare nel cognitivo eventuali scivolamenti nella sfera emozionale: cognizione ed emozioni vanno infatti separate. B non deve lasciare troppo tempo ad A per riflettere (rischio di cadere nelle

emozioni), le domande devono essere rapide e precise, e permettere di ricostruire con precisione l'evento, seguendo un filo conduttore.

FASE 3. Pensieri

Questa fase permette il passaggio dalla cognizione (fase 2) all'emozione (fase 4) in modo graduale.

Ora che la storia, l'evento è stato riconosciuto, B guida A a ricordare i suoi pensieri, i suoi ragionamenti e ciò che ha avuto nella testa al momento del trauma. Ognuno dà la propria valutazione individuale sull'intervento rispetto ai suoi valori, norme e regole, che sono stati rispettati/lesi durante il momento del trauma.

FASE 4. Emozioni

Si chiede di esprimere ad ogni partecipante del gruppo o al singolo individuo i pensieri, le sensazioni e i sentimenti apparsi durante l'evento. L'evento peggiore è per ognuno diverso e legato a sentimenti individuali. B chiede ad A: "che cosa era più terribile, che cosa ha sentito, dove nel corpo, la temperatura, il peso, la superficie, la forma, il colore, il movimento..."

Importante è quindi descrivere con precisione le emozioni:

localizzarne la percezione, in che modo è entrata nel corpo (dall'interno all'esterno o viceversa), era calda/fredda, quanto pesava, di che forma/colore, a cosa poteva assomigliare, quantificare la percezione avuta di essa (per esempio con una scala 1-10). B chiede ad A di dare un nome all'emozione e di descrivere cosa per A ha significato.

Le emozioni più ricorrenti che una persona traumatizzata prova sono: collera, tristezza, paura, vergogna, impotenza, disgusto, rabbia, frustrazione, paralisi, panico, ecc.

B in questa delicata fase deve stare attento a non guidare A interpretando le sue emozioni, ma dandogli delle scelte e stimolandolo a ricordare e rivivere.

È fondamentale per la riuscita del debriefing post-traumatico che le fasi 2, 3, 4 vengano ben separate tra loro, compito non semplice per il debriefer.

FASE 5. Informazione sui sintomi normali e il coping

B spiega ad A la normalità e naturalezza dei sintomi e delle reazioni che egli ha avuto. Contemporaneamente cerca di far integrare queste reazioni in modo ragionevole nella vita quotidiana, per favorire una rapida ripresa della normalità, utilizzando delle risorse personali, di gruppo e sociali. "Per ciò che lei ha vissuto, quest'emozione è qualcosa di naturale e normale. Se lei non avesse espresso queste emozioni allora esisterebbe un problema".

B rende presente ad A che egli non sta impazzendo, quelle che descrive e mostra sono reazioni normali e naturali ad un trauma. Ognuno ha delle proprie emozioni ed una personale sensibilità.

Ad A viene ricordato il senso della coerenza di Antonovsky ⁷

1. **Comprensione:** è la base per l'accettazione e l'integrazione del vissuto traumatico nel quotidiano.
2. **Dare un senso:** per una buona salute psichica l'uomo ha bisogno di dare un senso a ciò che capita attorno a lui. Spesso non riesce a dare un perché a tutto (questo dipende da valori, credenze, religione, istruzione personale), e B deve farlo presente ad A.
3. **Controllare:** quando un individuo ha ricostruito un momento particolare dell'esistenza e gli ha dato un senso, è necessario che sappia che determinate situazioni possono portare a delle reazioni che inizialmente sembrano patologiche, ma che risultano poi normali e naturali. Occorre in seguito riuscire a convivere con i propri vissuti.

⁷ Nonostante ampie ricerche; non siamo riuscite a trovare ulteriori informazioni.

In questa fase B spiega brevemente ad A i metodi di gestione dello stress, che noi descriviamo brevemente:

Gestione dello stress

Ogni individuo ha dei meccanismi per il superamento di situazioni difficili (coping), ha delle risorse personali, di gruppo, nella società.

Dopo un evento traumatico è importante ritrovare la calma e la tranquillità, in ogni aspetto della vita di un individuo (biologico, psicologico, sociale).

B ha il compito di chiedere ad A cosa di solito lo fa stare meglio e di stimolarlo a svolgere questa attività.

SI CONSIGLIA

- Ristabilire al più presto la routine giornaliera, tornare ad un ritmo di lavoro normale, rientrare negli schemi giornalieri
→ aiuta a ritornare nella normalità e a non pensare al trauma, la vita deve continuare.
- Seguire una buona igiene di vita: avere una corretta alimentazione, pianificare tempo sufficiente per dormire e riposare
→ il benessere fisico porta ad avere più forza ed energia per superare difficoltà e problemi.
- Avere passatempi attivi: movimento fisico, esercizi di respirazione, hobby costruttivi, suonare uno strumento, ecc
→ investire energie e concentrazione per un'attività fa diminuire l'attenzione verso i brutti ricordi; viene pure stimolato l'appetito ed il bisogno di riposo.
- Relazionare con le persone che sono accanto, mantenere vivi i contatti
→ evita il subentrare di solitudine ed isolamento sociale.

SI SCONSIGLIA

- Smettere di lavorare, andare in vacanza, barricarsi in casa, avere passatempi passivi (lettura, ascoltare musica, guardare la TV, ecc.)
→ permette di avere tempo e di concentrarsi sul vissuto traumatico
- Assumere alcool, psicofarmaci, droghe
→ le sostanze dissociative allontanano da se stessi, non permettono di elaborare la situazione
- Passatempi rischiosi: sci fuori pista, moto, arrampicata, ecc.
→ il ricordo traumatico può far diminuire la concentrazione.

FASE 6. Trovare un rito di passaggio

Dopo aver ricostruito la storia, aver dato un senso ad essa e aver rielaborato e riconosciuto le emozioni, A ha bisogno di ritrovare una pace interna.

Il singolo individuo od il gruppo viene invitato da B a scegliere un rito, un segno comune di congedo e di conclusione del lutto. Il rito non deve essere una vendetta verso qualcuno che ci ha fatto del male, ma un mezzo per ritrovare la pace interiore.

Deve essere un'azione pratica, un gesto rituale comune che ha lo scopo di dire stop all'evento traumatico e iniziare una nuova fase della vita. Con questo rito il capitolo "trauma" nella vita di A viene chiuso. Esso deve venir scelto e concordato subito, ma può venir effettuato anche dopo qualche giorno. Importante che tutti vi partecipino.

Alcuni esempi di rito: recarsi al funerale di una vittima, piantare un fiore, ma anche trovarsi per una cena, ecc.

FASE 7. Chiusura

- Concordato il rito ed il momento del suo svolgimento, B fa ad A un corto riassunto del dialogo che è stato fatto. Si complimenta con A per ciò che è riuscito ad esprimere e per come ha affrontato la situazione; sottolinea ogni aspetto positivo, parla di risorse e non di problemi, ricorda ad A che ha innumerevoli mezzi personali per affrontare i momenti di crisi.
- Consegna un recapito telefonico (24 ore su 24) in caso di domande, paure, incertezze o problematiche non risolte.
- Si concorda un incontro dopo 4-6 settimane per valutare insieme i benefici ed i miglioramenti avuti (importante per un'eventuale inizio di PTSD). Viene valutata l'eventuale necessità di un ulteriore sostegno psicologico.
- Ricordare il dovere di confidenzialità.
- In un debriefing di gruppo: parlare singolarmente con chi non si è espresso o ha particolari problemi.

3.2.6. Quando è consigliato

Non è facile decidere quando è necessario eseguire un debriefing post-traumatico, i confini tra reazione traumatica acuta (normale) e sindrome post traumatica cronica o PTSD (patologica) i primi giorni dopo il trauma non sono tracciabili, tempo comunque nel quale è consigliato fare il debriefing post-traumatico. Di conseguenza non è facile capire se i sintomi che mostra una persona si fermeranno ad una reazione normale o entreranno nel patologico.

Il debriefing post-traumatico può rivestire quindi un ruolo importante nella prevenzione della PTSD, perché la vittima dello psicotrauma possa integrare ciò che ha vissuto nella vita quotidiana.

Nella nostra società un altro ostacolo che il debriefing post-traumatico incontra è il fenomeno del "machismo" (il sentirsi macho, infallibile e psicologicamente indistruttibile), che porta a sottovalutare determinati sintomi, comportamenti, emozioni che vengono mostrate dalle vittime di un psicotrauma.

Bisogna far capire alle persone a livello professionale potenzialmente a rischio (le "help professions", cioè medico, psicologo, assistente sociale, infermiere, soccorritore, ecc.) che cercare aiuto è segno di maturità e intelligenza, nella società non abbiamo bisogno di eroi che con il tempo scompensano, e che in ogni caso dal debriefing post-traumatico si può imparare qualcosa per il prossimo avvenimento traumatico.

Quindi è raccomandabile fare un debriefing post-traumatico dopo interventi, azioni di soccorso, situazioni di cura dove sono presenti le situazioni qui elencate:

- morti con un significato particolare
- i curanti o soccorritori sono esposti ad un grosso pericolo
- c'è stata violenza (armi da fuoco, aggressione, ostaggi, ecc.)
- morti innocenti (investimenti, ecc.)
- catastrofe, valanga, frana
- incidenti spettacolari
- ecc.

SEMPLICEMENTE: Quando una situazione è fuori dalla norma (per esempio nel reparto di cure intense una rianimazione è nella norma, ma una rianimazione pediatrica non lo è!)

3.2.7. Il debriefer

Il debriefer non deve scoprire il perché delle situazioni vissute (si tratterebbe di un intervento terapeutico, evidentemente riservato ad un professionista), ma unicamente far ricostruire alla persona traumatizzata, la storia completa dell'evento, in modo che quest'ultimo possa trovare un filo logico, un filo conduttore che lo aiuti a dare un senso agli avvenimenti. Questo per consentire di verbalizzare (quindi di portare a livello cognitivo) l'accaduto, descrivendo i fatti, i pensieri ed i sentimenti, e di informare sulla normalità dei disturbi che egli accusa, facendoli rientrare nella realtà quotidiana; ciò gli permette di restare operativo e di evitare un esaurimento personale e professionale.

Il debriefer è quindi una persona appositamente preparata per guidare un debriefing post-traumatico.

Il corso di formazione dura due giorni per diventare debriefer individuale, ai quali ne vanno aggiunti altri due per debriefer di gruppo.

Essi vengono tenuti da una persona esperta in psicotraumatologia e con una grande esperienza nel debriefing post-traumatico.

Nel Canton Ticino fino ad ora sono stati fatti otto corsi di formazione per debriefer individuale e sei di gruppo, durante i quali sono state formate persone provenienti da svariati campi professionali (polizia, pompieri, FFS, PTT, medici, infermieri, soccorritori, psicologi, docenti, impiegati di banca, responsabili della sicurezza, protezione civile, ecc.). Ciascuno di essi, si muove all'interno della sua professione apportando un aiuto appropriato alle persone o gruppi di vittime di un trauma.

Riteniamo importante annotare che nell'ambito infermieristico sono state fino ad ora (gennaio 2001) formate solo sei infermiere specialiste in cure intense, una docente della scuola infermieri della sede di Lugano e tre allievi infermieri.

Molte delle persone che si iscrivono al corso, giunte alla fine delle due giornate non si sentono in grado di tenere un debriefing: scopo del corso è comunque anche quello di portare informazioni sulla psicotraumatologia e di sensibilizzare le professioni a rischio su questi importanti concetti, in modo da poter riconoscere le situazioni a rischio.

Le persone neo-formate che intendono continuare, vengono affiancate a debriefer più esperti, svolgono sedute di esercizio, fino ad arrivare poi a gestire un debriefing post-traumatico.

AUTOPROTEZIONE DEL DEBRIEFER

Il debriefer è una persona che ha dei sentimenti, delle emozioni è quindi giusto che non si lasci coinvolgere in modo eccessivo dall'evento, per preservare così il suo equilibrio psicologico.

Quando vi è richieste di un debriefing post-traumatico, viene mandato uno o più debriefer con i seguenti requisiti:

- non personalmente coinvolto con i traumatizzati (amico, collega, vicino)
- non con figli della stessa età delle vittime
- non in gravidanza
- possibilmente un pari nell'ambito della professione (ambito sanitario, soccorso, scolastico, sicurezza, ecc.)

Il debriefer, informato a grandi linee dell'evento, può scegliere o rifiutare di fare il debriefing post-traumatico (quel giorno non sta bene fisicamente o psicologicamente, ecc.).

Una volta iniziato il colloquio con le vittime, usa delle strategie che gli permettono di staccarsi emotivamente dall'evento:

- non fissa la vittima negli occhi ma tra le sopraciglia (dalla persona osservata non viene percepita alcuna differenza)
- si ripete mentalmente in modo continuo le sette fasi
- usa verbi al passato
- non sottovaluta nessuna frase, si ripete tra sé e sé "per le (la vittima) è grave..."
- discute dopo il debriefing post-traumatico con un co-debriefer o con un supervisore
- usa metodi di gestione dello stress: fa una doccia, cambia i vestiti, fa esercizio fisico (vedi capitolo 3.2.5, fase 5.).

3.2.8. Il setting

E' fondamentale per lo svolgimento del debriefing che il singolo individuo o il gruppo si trovi a suo agio nel luogo scelto per il colloquio.

Il debriefer deve quindi adattare il locale al meglio per favorire la riuscita del debriefing post-traumatico.

Ecco elencati gli aspetti che egli deve curare:

- luogo tranquillo, senza interferenze
- nessun telefono
- carta per eventuali disegni (che aiutano a ricordare particolari dell'evento); i fogli devono essere bianchi, non si devono prendere appunti
- bibite e fazzoletti
- temperatura ideale
- disposizione delle sedie e posizione del debriefer

Al colloquio non possono partecipare persone che non hanno vissuto l'evento (es: capi, responsabili, ecc.)

3.3. IL DEBRIEFING TECNICO⁸

Il debriefing tecnico deve essere eseguito dopo ogni intervento o situazione tecnicamente impegnativa, e devono partecipare tutti i membri d'équipe.

Va inteso come momento di formazione, dove ricostruendo passo per passo l'intervento e la cura del paziente, si va alla ricerca dei lati positivi e negativi della situazione, proponendo soluzioni alternative ad eventuali problemi pratici e tecnici riscontrati.

Il risultato si traduce in una crescita professionale singola e di gruppo. (...) E' comunque evidente che si ottengono ottimi risultati quando ogni persona è cosciente dell'importanza di mettersi in discussione, di prendere in considerazione i consigli degli altri ed è disposto al cambiamento.

Un aspetto sicuramente molto importante del debriefing tecnico che non deve assolutamente venir sottovalutato è che esso non ha comunque solo uno scopo di formazione, ma deve permettere anche di individuare eventuali persone colpite particolarmente a livello emotivo, così da eventualmente poi poter usufruire del debriefing post-traumatico.

⁸ Elaborato da: Vincenzo Gianini e Micaela Borioli, "Rivista Croce Verde Lugano", agosto 2000

3.4. IL DEFUSING

Dopo un intervento o una situazione di cura particolari, spesso sorge spontaneo parlare a ruota libera con i colleghi dei vissuti personali e delle emozioni provate durante l'evento. È una tecnica importante, messa in atto in modo spontaneo e inconscio, che aiuta a scaricare immediatamente le tensioni accumulate e a capire subito che tutti hanno provato dei sentimenti e delle forti emozioni.

Il termine "defusing" nella traduzione letterale dall'inglese significa "disinnescare": ciò rende pienamente l'idea della funzione che ha questo "fiume di parole e sentimenti" che viene comunicato tra membri della stessa équipe dopo una situazione difficile vissuta in comune. Normalmente nasce spontaneo fare ciò durante una pausa, in un momento di relax dopo lo stress.

Nell'esercito o in situazioni particolari dove lo stress è prolungato (per esempio durante un incidente maggiore con più feriti), vengono imposte dai superiori delle pause obbligate, dove l'individuo inconsciamente fa defusing con i colleghi; degli studi hanno infatti confermato che se ha la possibilità di scaricarsi regolarmente il rendimento della persona è maggiore e più prolungato, e l'esaurimento psicologico nella maggior parte dei casi non subentra.

Ribadiamo quindi l'importanza di parlare e comunicare con i colleghi!
Spesso affrontare una situazione di cura difficile cominciando con un debriefing tecnico (sempre comunque utile per migliorare la qualità delle cure) aiuta a "rompere il ghiaccio" e ad addentrarsi con più facilità nel campo dei nostri sentimenti e delle nostre emozioni.

3.5. ALTERNATIVE AL DEBRIEFING POST-TRAUMATICO

Il debriefing post-traumatico non è comunque l'unico metodo che permette di dare un'assistenza al personale curante in difficoltà.

Nel Canton Ticino, nei campi di cura più a rischio di traumi psicologici nell'équipe, vengono regolarmente messe in atto misure o metodi che si prefiggono di curare e preservare la sfera psicologica del proprio personale.

Il debriefing post-traumatico non è quindi il metodo, ma uno dei metodi possibili, a dipendenza della situazione, per raggiungere questo scopo.

Qui di seguito vi elenchiamo alcuni esempi che esistono nella realtà di cura ticinese:

3.5.1. Psichiatria⁹

Su richiesta di un'équipe di cura (solitamente nei reparti di psichiatria), una persona esterna (il supervisore) ha il compito di condurre il gruppo al conseguimento di obiettivi prefissati dall'équipe.

Gli obiettivi si situano a due livelli:

1. Relativi all'apprendimento e al perfezionamento di conoscenze e competenze ("saper fare")
2. Relativi alla crescita personale e di gruppo nella relazione con il paziente e nelle relazioni interpersonali ("saper essere")

Vengono raggiunti utilizzando come strumento di lavoro la presentazione e discussione di storie di pazienti o di altre situazioni cliniche; in un secondo momento l'attenzione viene

⁹ Elaborato da: Michele Tomamichel, "Quaderni di cure palliative", Vol.3, n°2, 1995

spostata sui vissuti emotivi individuali rispetto alla situazione presentata, favorendo l'espressione.

Si termina poi con una riflessione sul ruolo del gruppo in quanto équipe terapeutica.

La supervisione deve rimanere un momento particolare che risponde a dei precisi bisogni di équipe di cura in un determinato momento della sua esistenza.

3.5.2. Oncologia

Negli ospedali EOC del Canton Ticino ci sono i seguenti servizi di oncologia:

Bellinzona – Osp. San Giovanni → ambulatorio e reparto

Locarno – Osp. La Carità → ambulatorio

Lugano – Osp. Civico → ambulatorio

Mendrisio – Osp. Beata Vergine → ambulatorio.

I quattro servizi infermieristici organizzano autonomamente al loro interno riunioni d'équipe alle quali partecipa uno psico-oncologo. In queste riunioni si discute di esperienze personali e di gruppo, viene dato un supporto al personale curante e viene discusso come prepararsi ad affrontare determinate situazioni. Il singolo individuo elabora poi singolarmente il proprio vissuto.

2. Ogni reparto decide la frequenza di queste riunioni (di solito una volta al mese).

3.5.3. Commento

Abbiamo presentato i metodi di gestione dello stress nei reparti secondo noi più a rischio di trauma psicologico, vista la casistica particolarmente toccante.

Ci siamo informate anche nei reparti di pediatria i quali, con nostra sorpresa, ci hanno riferito di non curare questo aspetto.

Obiettivo di questo breve capitolo era quello di capire se vi sono altri metodi impiegati in alternativa al debriefing post-traumatico. Non intendevamo dunque approfondirli e verificare la loro efficacia.

4. RISULTATI ED ANALISI DEI QUESTIONARI

4.1. INTRODUZIONE

Abbiamo consegnato 133 questionari ai reparti di area critica degli ospedali Civico, Italiano e Beata Vergine, con l'intenzione di capire se nelle strutture ospedaliere manca un supporto psicologico agli infermieri vittime di traumi psicologici e dunque se vi è l'esigenza di formare gruppo di infermieri atti a sostenere un debriefing ad un collega che lo necessita.

Dei 133 questionari distribuiti, 106 ci sono stati riconsegnati; abbiamo deciso di non prendere in considerazione 2 questionari, in quanto non accuratamente compilati e le cui risposte non erano coerenti tra loro.

Totale dei questionari analizzati: 104 (78%)

Abbiamo deciso di analizzare i dati relativi ai questionari raccolti nel seguente modo:

- vogliamo analizzare i tre ospedali (OBV, OCL, OIL) in modo globale, senza paragoni tra gli istituti: l'area che intendiamo analizzare è il Sottoceneri e non il singolo ospedale.
- non separiamo l'analisi in reparti di pronto soccorso e di cure intense, in quanto il nostro obiettivo è quello di analizzare l'area critica.

Nonostante ciò, in allegato (vedi capitolo 8) abbiamo messo i risultati (senza commento) dei singoli reparti, poiché alcuni responsabili (capi-reparto e capi-infermieri) ci hanno chiesto di avere il risultato dei loro ospedali, per poter avere un'idea della situazione all'interno di essi.

Per la preparazione, quindi per l'analisi dei dati, abbiamo diviso il questionario in tre parti:

1. definizione di trauma psicologico
2. esperienza personale
3. debriefing post-traumatico

4.2. DATI GENERALI

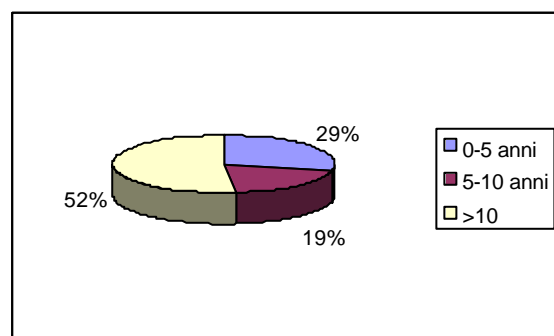
ETÀ MEDIA: 37 anni
 SESSO: uomini: 47% donne: 53%

Domanda 1: "Da quanti anni lavori nell'area critica?"

Obiettivo

Vogliamo renderci conto di quanta esperienza hanno gli infermieri che lavorano in area critica:

- 0-5 anni → in formazione, scarsa esperienza
 5-10 anni → media esperienza
 > di 10 anni → buona esperienza



Commento

La maggior parte degli infermieri di area critica lavora nel campo da più di 10 anni: ciò ci ha meravigliato poiché pensavamo fosse un ambito con un turn-over elevato.

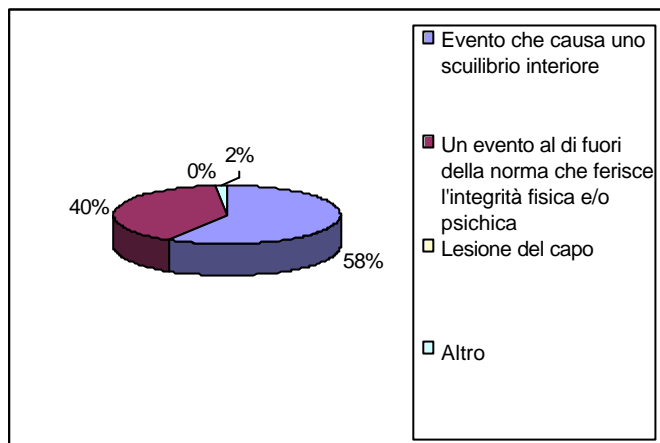
Probabilmente chi decide di lavorare in area critica si rende conto già da subito della realtà in cui si troverà a lavorare e riflette bene prima di iniziare; ciò è già una sorta di autoselezione, che evita in gran parte il rischio di trauma psicologico.

4.3. PARTE 1: DEFINIZIONE DI TRAUMA PSICOLOGICO

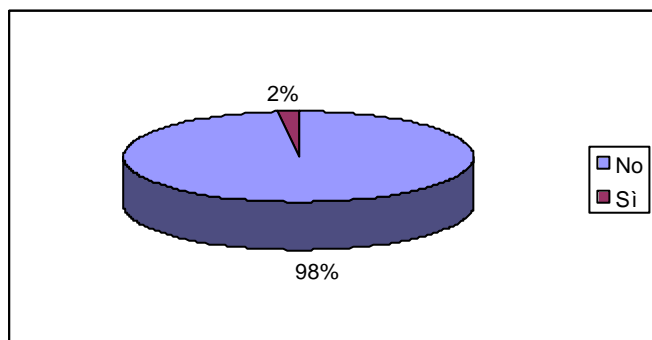
Obiettivo

Renderci conto di quanto gli infermieri in area critica siano al corrente del significato di trauma psicologico e quali sono i fattori che possono colpire psicologicamente un curante.

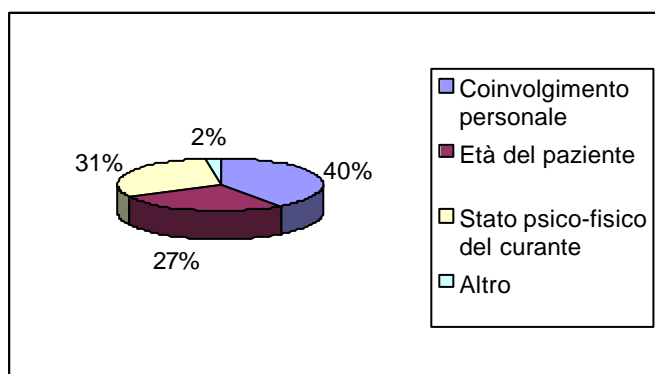
Domanda 2: *“Cos’è per te un trauma psicologico?”*



Domanda 3: *“Secondo te la possibilità che una situazione traumatica possa colpire un infermiere dipende solo dalla gravità della stessa?”*



“Dipende anche da ...”



Commento

Gli infermieri sanno cos'è un trauma psicologico, in grandi linee sono coscienti del fatto che sia il lato psicologico sia quello fisico possono essere colpiti.

È importante che il personale si renda conto di essere vulnerabile e facilmente soggetto ad una situazione al di fuori della norma; ciò porta già ad una messa in discussione del proprio stato d'animo e delle proprie reazioni al momento di un trauma psicologico. Conoscere il problema è quindi la base per poi affrontarlo nel caso dovesse succedere. Ciò significa confrontarsi con i limiti personali e comprendere l'importanza di chiedere aiuto.

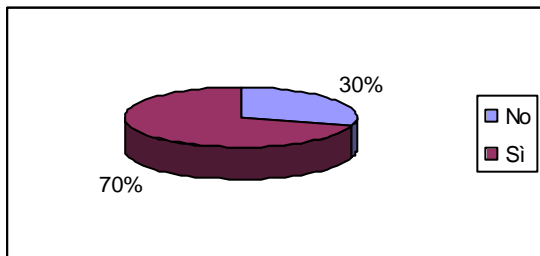
4.4. PARTE 2: ESPERIENZA PERSONALE

Obiettivo

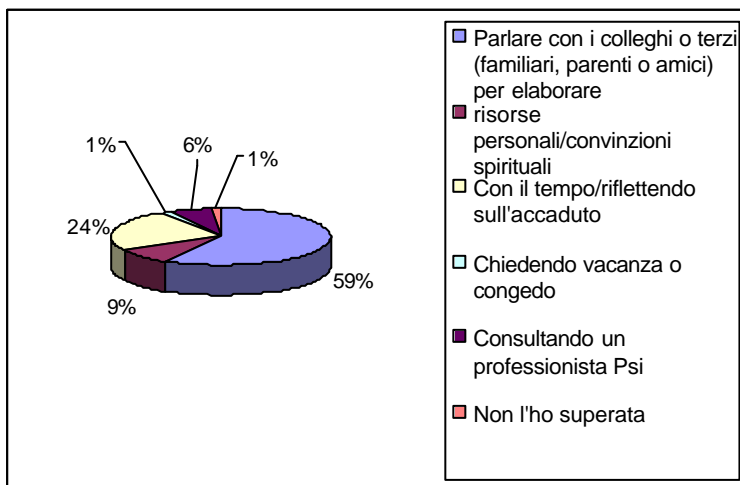
Capire, entrando nel vissuto dell'infermiere, se ha già subito un trauma psicologico o se ha già osservato un collega faticare a superarlo, e che strategia ha usato per superarlo o per aiutare il collega.

Indagare se gli infermieri di area critica si sentono una categoria psicologicamente stressata e a causa di cosa.

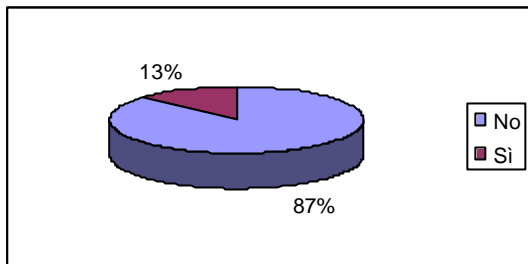
Domanda 4: *“Hai già avuto difficoltà a superare una situazione d'urgenza che ti ha particolarmente colpito?”*



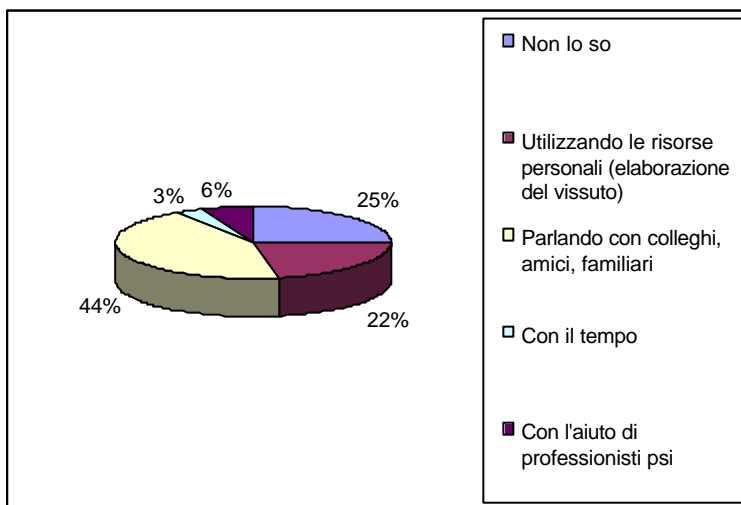
“Come l'hai superata?”



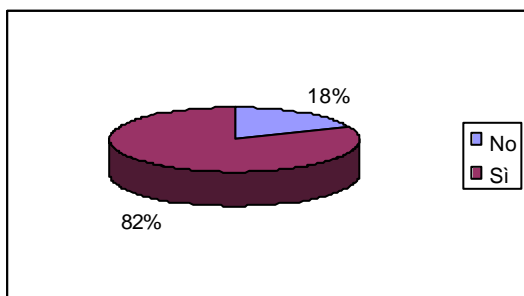
Domanda 5: *“Lavorando in questo ambito pensi che non ti capiterà mai di aver difficoltà a superare un trauma, pensi di riuscire ad affrontare senza conseguenze psicologiche ogni situazione?”*



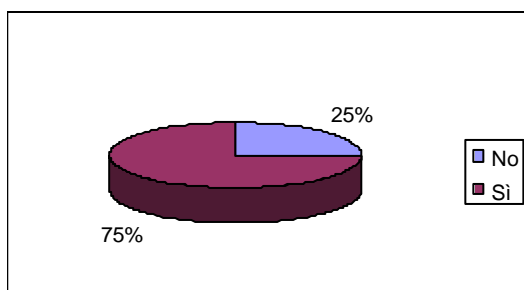
“Come pensi di riuscirci a superarlo?”



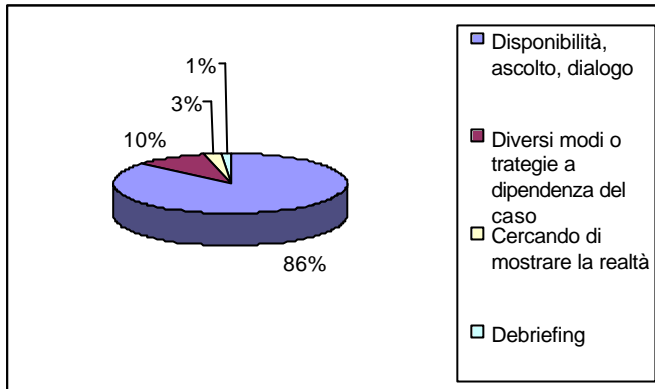
Domanda 6: *“Hai già avuto modo di osservare qualcuno nel tuo ambito che fatica a superare una situazione particolare?”*



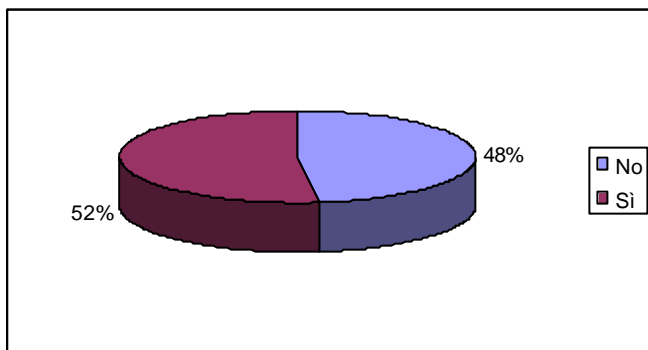
Domanda 7: *“Hai già aiutato persone a superare un trauma (colleghi, parenti, amici, pazienti,...)?”*



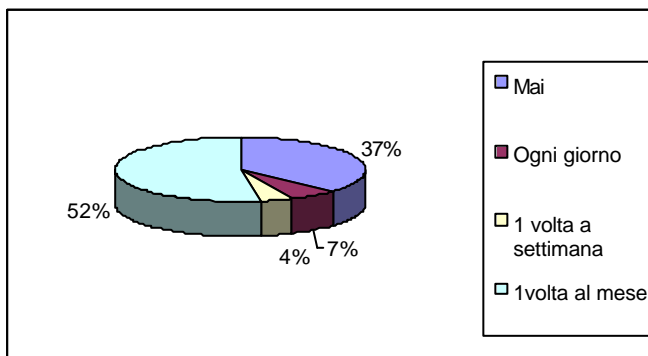
“In che modo?”



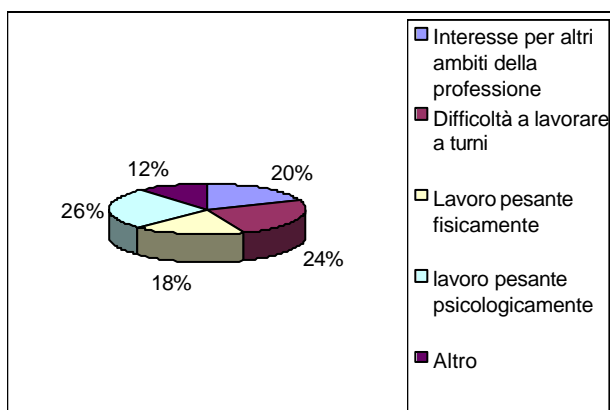
Domanda 8: *“Nel tuo reparto ti senti psicologicamente “sotto-stress”?”*



Domanda 9: *“Talvolta pensi di voler cambiare il lavoro?”*



“Se sì per quali motivi?”



Commento

La maggior parte degli infermieri ha già subito un trauma psicologico e gran parte di essi l'ha superato con il colloquio con una persona di fiducia (amico, collega, parente). Per chi è confrontato quotidianamente con situazioni stressanti e dunque importante poter parlare con qualcuno del proprio vissuto.

Dalla nostra esperienza personale possiamo affermare che lavorare in un'équipe solida e affiatata favorisce lo scambio di opinioni anche in situazioni difficili. Il rispetto e la sincerità tra colleghi è la base per creare un rapporto di fiducia e permette al singolo di esprimersi liberamente senza sentirsi giudicato.

Gli infermieri sono coscienti di essere possibili "vittime" ed hanno già osservato dei colleghi faticare a superare un trauma, aiutandoli ad andare oltre. Il modo più usato è quello della disponibilità al dialogo e all'ascolto: della loro importanza abbiamo già parlato sopra.

La metà degli intervistati si sente psicologicamente sotto stress nel reparto nel quale lavora. Del 63% dei quali pensa più o meno regolarmente di cambiare lavoro, 1 su 4 ha la motivazione del lavoro psicologicamente pesante (che corrisponde al 16% degli intervistati). Questi dati ci fanno riflettere sul fatto che il lavoro in area critica implica un investimento notevole di energie e prontezza sia professionale che psicologica, il personale curante è chiamato a dover prendere decisioni immediate e critiche: ciò mette alla prova in ogni momento l'equilibrio interno della persona.

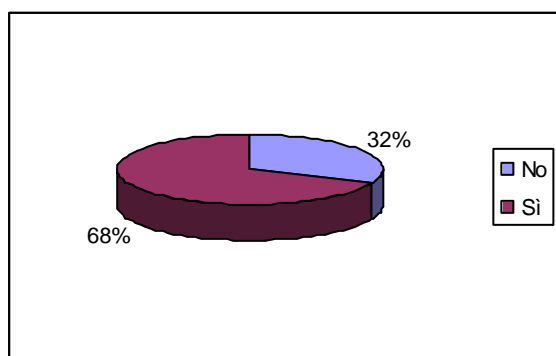
- Dopo aver fatto riflettere gli intervistati sul significato di trauma psicologico e sui loro vissuti rispetto ad esso, abbiamo posto loro una domanda, per noi fondamentale rispetto al lavoro.

Per questo motivo abbiamo effettuato un'analisi separata, ma sempre integrata nella parte dedicata all'esperienza personale.

Obiettivo

Verificare se la nostra impressione che vi sia una lacuna nell'assistenza psicologica ai curanti (obiettivo che ci siamo poste all'inizio del lavoro) è confermata dai diretti interessati.

Domanda 10: *"Pensi che nel contesto in cui lavori manchi un'assistenza psicologica, che possa aiutare a superare una situazione emotivamente difficile da sopportare da parte di un infermiere?"*



Commento

Riteniamo che questa domanda sia un punto fondamentale nel nostro lavoro, in quanto risponde al quesito che ci siamo poste all'inizio dello stesso.

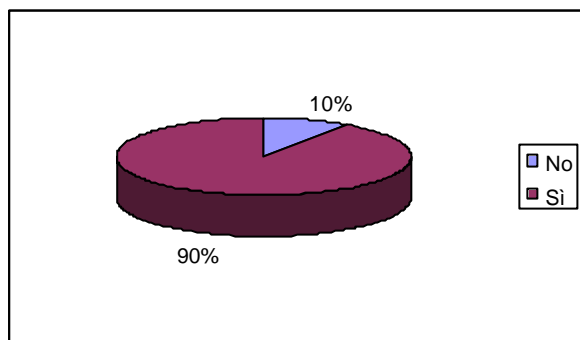
La risposta che gli infermieri ci hanno dato è esplicita, il risultato dimostra in modo chiaro la necessità ed il bisogno di assistenza psicologica per il superamento di situazioni difficili.

4.5. PARTE 3: IL DEBRIEFING POST-TRAUMATICO

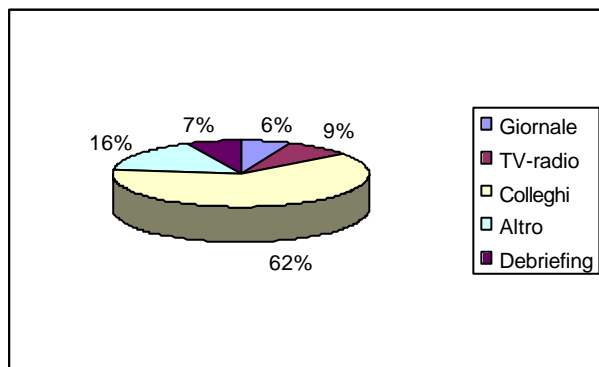
Obiettivo

Capire quanto gli intervistati conoscono dell'argomento, tramite che canale d'informazione ne sono venuti a conoscenza, se l'argomento suscita interesse e in che ambito ospedaliero ritengono sia necessario inserire un'assistenza psicologica.

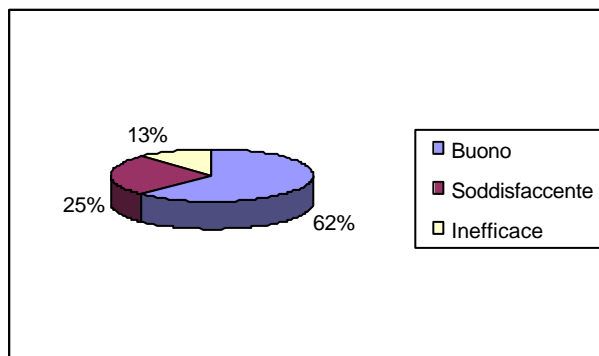
Domanda 11: *“Il debriefing psicologico è “un colloquio strutturato che aiuta a far ordine nelle idee spesso confuse di chi ha subito un trauma”. Ne hai già sentito parlare?”*



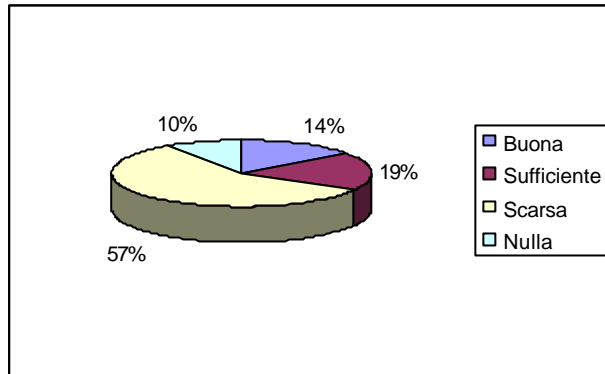
“Come sei venuto a conoscenza del debriefing?”



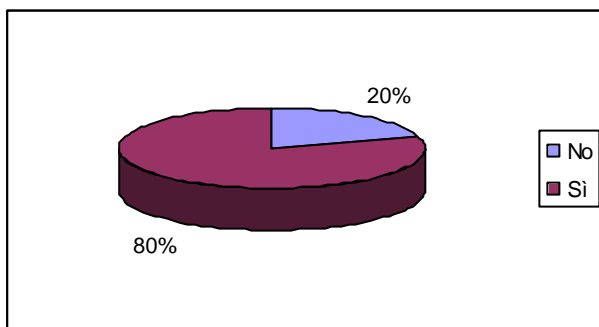
“Ho subito un debriefing con, un risultato...”



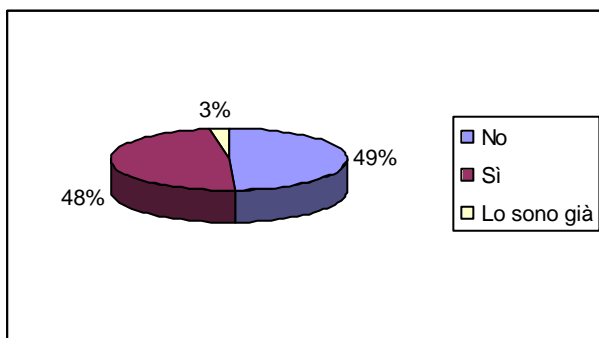
Domanda 12: *“L’informazione generale in merito al tema è:”*



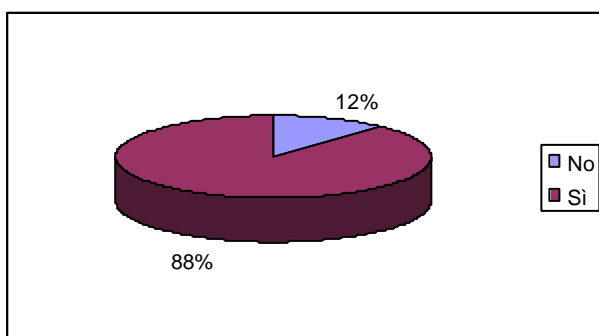
Domanda 13: *“Vorresti saperne di più?”*



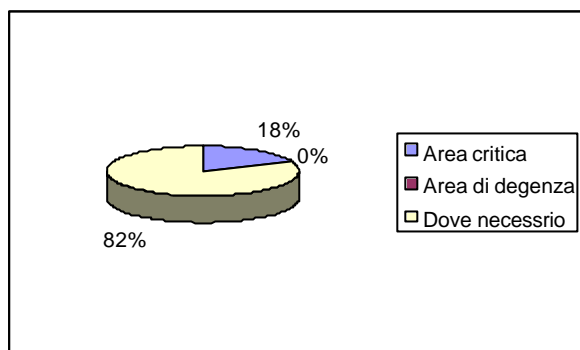
Domanda 14: *“Ti interesserebbe fare un corso per diventare debriefer?”*



Domanda 15: *“Troveresti utile inserire questa figura in ospedale?”*



"In quali ambiti?"



Commento

Gran parte degli infermieri conoscono l'argomento in modo piuttosto superficiale, in quanto le informazioni in merito ad esso sono ancora scarse. Principalmente la divulgazione avviene attraverso i colleghi più informati, e qui emerge nuovamente l'importanza della comunicazione all'interno dell'équipe. La voglia (ed il bisogno?) di saperne di più è stata esplicitamente mostrata dagli intervistati. Alcuni di essi si dicono interessati ad un corso di formazione per diventare debriefer.

I dati raccolti in conclusione del questionario dimostrano che la gran parte degli intervistati ritiene importante introdurre nelle strutture dove operano un'assistenza psicologica, non solo in area critica ma ovunque vi sia la necessità, con la motivazione che in qualsiasi reparto può esserci l'esigenza da parte del personale di un'assistenza psicologica. Pensiamo che gli infermieri di area critica non sottovalutano il rischio di trauma psicologico in un reparto di degenza, poiché prima di arrivare alla specializzazione hanno lavorato nei reparti "normali".

5. CONCLUSIONI

La scelta di introdurre il capitolo conclusivo con queste semplici immagini non è casuale: esse ci hanno da subito colpito per la loro semplicità e la loro concretezza nel rappresentare ciò che noi, con tante parole, abbiamo cercato di spiegare in questo lavoro.

La parola "trauma psicologico" può suscitare un'impressione di patologia, di importante disturbo psichico, che può colpire solo persone psicologicamente più deboli e quindi più suscettibili da circostanze particolari. Di conseguenza il tutto dovrebbe venir gestito e rinchiuso nell'enorme calderone della psichiatria, e risolto da persone esperte e competenti nel ramo.

La nostra società ci appare sicura e vivibile, eppure la violenza e gli abusi, con le conseguenze pericolose che essi comportano, sono all'ordine del giorno (mass-media, ecc.). A nostro avviso sembra venga purtroppo sottovalutato, a causa di una cultura poco attenta ma anche non sufficientemente sensibilizzata all'eventualità di incorrere in una situazione psicologicamente traumatica. Abbiamo l'impressione che di questi argomenti la gente non ne parli volentieri, forse perché l'immagine predominante e pubblicizzata è quella della persona forte e invincibile in ogni situazione.

Questo modo di comportarsi si ripercuote di conseguenza in quella che è la realtà ospedaliera. Infatti le potenziali situazioni traumatiche all'interno dell'ospedale sono molteplici, una serie di fattori possono scatenare il meccanismo del trauma psicologico che,

se non adeguatamente affrontato, può portare il curante in un circolo vizioso di sofferenza psichica con conseguenza sul fisico e sulla qualità di vita e professionale.

Il trauma psicologico non è scatenato solo da un evento eclatante (incidente grave, rianimazione, morti particolari, ecc.), ma anche da una semplice immagine che colpisce una persona. Un individuo è predisposto ad esse se non è motivato al lavoro che svolge, se non si trova a suo agio con i colleghi, se si trova in una fascia d'età a rischio (meno di 20 anni), se è in un periodo di instabilità psico-fisica, ecc.

Durante questi quattro anni di formazione, raramente abbiamo sentito parlare di assistenza psicologica al personale curante, e ciò ci ha spinto ad indagare, per mezzo del lavoro di diploma, se è realmente una lacuna da colmare (cosa che noi crediamo) o se questo tipo di assistenza non esiste semplicemente perché gli infermieri non sentono il bisogno di averla. Questa nostra impressione ed ipotesi di lavoro è stata confermata attraverso il lavoro di raccolta dei dati e di analisi:

GLI INFERMIERI HANNO ESPRESSO IN MODO ESPLICITO E CHIARO IL BISOGNO DI ASSISTENZA PSICOLOGICA.

Questa frase “parla da sola”, gli infermieri si rendono conto di aver bisogno di qualcuno che li aiuti a superare le situazioni più difficili.

Una volta fatta questa constatazione, possiamo affermare che l'ipotesi iniziale del nostro lavoro di diploma è stata confermata.

Secondo noi, il passo più difficile che un infermiere deve compiere non è quello di capire se per la categoria manca un'assistenza psicologica, ma quello di rendersi conto che anche in lui stesso può nascere il bisogno di essere aiutato. Gli infermieri, che vengono quotidianamente confrontati con situazioni potenzialmente traumatiche, non sono di ferro, chiedere aiuto non è assolutamente dimostrazione di debolezza bensì di maturità.

Abbiamo realizzato il lavoro di diploma sul debriefing post-traumatico avendo avuto delle esperienze personali positive in merito, ed è un metodo che ci sembra adatto e attuabile nella realtà ospedaliera che quotidianamente viviamo.

Dalla nostra ricerca emerge in modo esplicito la richiesta di avere a disposizione un supporto psicologico efficace e funzionante. Dopo questo approfondimento sul debriefing post-traumatico, siamo ancora più convinte dell'importanza di questo metodo che permette di superare più serenamente un trauma psicologico.

Ci sembra infatti un modello adatto alla nostra realtà ospedaliera: se la rete regionale di debriefing si svilupperà in modo organizzato ed efficiente (per ora siamo ancora agli inizi), se ne potranno trarre parecchi benefici. Infatti, riconosciuti precocemente i sintomi di trauma psicologico, per mezzo del debriefing post-traumatico si possono risolvere in modo semplice questi conflitti interiori, portando il traumatizzato ad essere l'attore protagonista del suo miglior benessere psicologico; agendo in questo senso viene fatta inoltre un'importante prevenzione rispetto all'insorgenza di disturbi psico-fisici ben più gravi.

Vogliamo usare, per far capire in modo chiaro il concetto di debriefing post-traumatico, una metafora che ci sembra molto esaustiva: il debriefing post-traumatico dà la possibilità ad una ferita psicologica di rimarginarsi più velocemente, evitando infezioni e stimolando il processo di cicatrizzazione. La cicatrice non sparisce, ma è meno visibile, di conseguenza potrebbe o dovrebbe essere più facile da accettare.

Come già sottolineato nel lavoro, lo scopo del debriefing post-traumatico è quello di rendere più comprensibile ed accettabile una ferita, non quello di cancellarla definitivamente. Siamo consapevoli del fatto che ciò non è sempre possibile, per queste situazioni è necessario

saper riconoscere il bisogno individuale di un aiuto più mirato e approfondito. Il debriefing post-traumatico è quindi una prevenzione alla Sindrome post-traumatica cronica e di conseguenza ad altre patologie derivanti da essa, che implicano enormi sofferenze interiori.

Nella bibliografia consultata abbiamo trovato solo pareri favorevoli al metodo, nel nostro approfondimento della tematica non abbiamo incontrato alcun aspetto che ci spingesse a dubitare dell'efficacia e attuabilità dello stesso.

Tra pochi mesi saremo confrontate in prima persona con il mondo del lavoro, verremo pienamente inserite in un'équipe e quindi chiamate a portare il nostro contributo nella crescita del ruolo professionale.

Questo lavoro ci ha portato a capire ancor di più l'importanza di risolvere le situazioni di crisi che incontriamo, senza aspettare che esse ci logorino. Da quando abbiamo iniziato ad approfondire la tematica, vediamo le situazioni di crisi nell'ambito lavorativo sotto un'ottica differente, cercando di non sottovalutare le nostre reazioni e quelle dei nostri colleghi di fronte a situazioni difficili. Ci riteniamo fortunate ad essere state sensibilizzate a questa problematica, quindi ci impegniamo già sin d'ora a trasmettere queste conoscenze, per favorire la qualità del nostro operato e la crescita personale.

Vorremmo che quanto emerso da questa ricerca contribuisca a sensibilizzare rispetto alla richiesta degli infermieri di avere un supporto psicologico per superare le difficili situazioni di cura che quotidianamente incontrano. Ci auguriamo dunque che vi sia qualcuno a dare un seguito al lavoro da noi svolto!

Questo capitolo conclusivo riporta un bilancio globale del lavoro svolto, quindi anche una valutazione dell'esperienza nello svolgere il lavoro in coppia. Possiamo affermare di aver vissuto in questi mesi un'esperienza molto positiva, collaborare alla creazione del lavoro è stato molto arricchente per entrambe. Abbiamo ricevuto nuovi stimoli, utili a livello sia professionale che personale.

All'inizio del lavoro abbiamo deciso di fondare la nostra collaborazione sulla massima sincerità, il rapporto tra di noi è sempre stato fluido e rispettoso, ciò ci ha portato a conoscerci meglio, concludendo serenamente e sempre motivate il lavoro di diploma.

6. RINGRAZIAMENTI

Vogliamo ringraziare tutte le persone che con il loro prezioso contributo ci hanno aiutate nella realizzazione del nostro lavoro di diploma, in modo particolare:

- Jeanette Venturi, docente di riferimento, per la disponibilità e la professionalità nell'accompagnamento al lavoro.
- Gli infermieri che hanno compilato il nostro questionario in modo preciso e completo.
- Stevens Cramer e Graziano Ragazzoni, per la documentazione, la stesura ed i preziosi consigli tecnici e non.
- Dr.ssa Cornelia Klauser per la documentazione e l'aiuto esperto.
- Le nostre famiglie per la comprensione, il supporto morale e la disponibilità in questi mesi.

7. BIBLIOGRAFIA

LIBRI

Angelo Filoramo, "Stress istruzioni per l'uso", ed. Ediesse, Roma, 1993

AA.VV., "Enciclopedia compact della medicina", ed. De Agostini, Novara 1995

Alberto Rossati e Gerardo Magro, "Stress e burnout", ed. Carocci, Roma 1999

ARTICOLI

Michele Tomamichel, "Quaderni di cure palliative", Vol.3, n°2, 1995

AA.VV., "N&A, Mensile italiano del Soccorso":

- Volume 95, ottobre 1999
- Volume 106, settembre 2000

Vincenzo Gianini e Micaela Borioli, "Rivista Croce Verde Lugano", agosto 2000

AA.VV., "Insieme. Rivista sui temi dell'handicap mentale", n°3, settembre 1997

AA.VV., "Bollettino d'informazione sul servizio sanitario coordinato in Svizzera", n°4, 1997

AA.VV., "Revue Optima", Edizioni Optima SA Montreux, settembre 1995

AA.VV. "Rivista di Lugano", 01.12.2000

DISPENSE

dr.ssa Cornelia Klauser, dispense "Corso debriefing", 17-18.01.2001

Elisabetta Cortesia, dispense "Seminario gestione dello stress", SCCI 2000

QUOTIDIANI TICINESI

- La Regione, 27.11.1999, 18.11.2000
- Corriere del Ticino, 17.11.2000
- Giornale del Popolo, 02.11.2000

Stampato da:

www.polizia.ti.ch