

# Cap. 27

## ASPETTI PSICOLOGICI DEGLI INTERVENTI DI SOCCORSO



# ASPETTI PSICOLOGICI DEGLI INTERVENTI DI SOCCORSO

Questo capitolo della dispensa inerente agli aspetti psicologici degli interventi di soccorso viene diviso in 2 parti.

La prima parte si occuperà di trattare le tematiche inerenti alla gestione dell'intervento da parte del soccorritore, ponendo l'attenzione su come intervenire sul contesto (inteso in senso ampio) e sulla gestione delle relazioni con il paziente ed eventuali familiari presenti.

Nella terza parte verrà dato invece più ampio spazio agli aspetti psicologici riguardanti lo stato d'animo e le emozioni del soccorritore, suddivise a seconda dei momenti (preparazione all'intervento, durante l'intervento, dopo l'intervento).

Concluderanno l'esposizione alcuni cenni su tecniche psicologiche che possono essere spunto per la costituzione di buone prassi al rientro dall'intervento, utili per la prevenzione delle problematiche del burn-out, del disturbo acuto da stress e del disturbo post-traumatico da stress.

## I TRE ASPETTI DELL'INTERVENTO:

1. Il contesto
2. Il paziente
3. Se stessi

### IL CONTESTO

In linea generale si può affermare che lo scenario dell'emergenza è ricco di ansia e adrenalina, che possono portare quindi a confusione e agitazione, con conseguenti azioni che non portano a nulla o, nei casi peggiori, all'adozione di comportamenti poco funzionali all'obiettivo.

Con il termine "contesto" facciamo riferimento non solo al luogo fisico, ma anche a tutto ciò che costituisce la "scena", ovvero anche le condizioni in cui si opera, che si esplicano anche nella presenza del paziente, dei suoi familiari, di testimoni, di curiosi, ciascuno con possibili diversità culturali, aspettative, visioni della vita e delle cose.

Tra i compiti del soccorritore, proprio per questa ragione, è primario quello di cercare di diventare una fonte di stabilità, anche emotiva, per il contesto dell'intervento.

La priorità degli interventi è ovviamente la messa in sicurezza dello scenario operativo per la propria e altrui sicurezza, e le azioni sanitarie; ma è altrettanto importante la stabilizzazione psicologica, una sorta di "messa in sicurezza emotiva", da cui talvolta dipende l'esito dell'intervento. Non si può fare psicoterapia sul posto, ma conta molto come ci comportiamo, cosa e come lo diciamo.

Già la sola presenza dell'equipaggio dell'ambulanza ha un suo effetto ed è importante. "Sono arrivati!" e questo può contribuire a dare sollievo a chi sta male o a chi è con lui/lei. Il paziente ed i suoi familiari, nella maggior parte dei casi, non sanno cosa accadrà quindi da quel momento sono "nelle nostre mani".

## IL PAZIENTE

### Comunicazione e relazione in emergenza

Spesso la comunicazione in emergenza è molto essenziale e viene poco curata a causa della natura stessa della situazione e dalla priorità data allo svolgimento degli aspetti sanitari del servizio, tuttavia possono bastare alcuni piccoli accorgimenti perché essa avvenga in modo migliore.

Innanzitutto occorre instaurare un rapporto attivo col nostro paziente, dire e spiegare cosa facciamo e perché lo facciamo: in questo modo interpretiamo un ruolo di mediazione in un momento di caos e incertezza, contribuendo ad ottenere maggiori tranquillità e collaborazione.

Dire che va tutto bene è paradossale, non risponde al vero, quindi può creare confusione e aggressività:

“Se va tutto bene perché è venuta l’ambulanza e sono tutti agitati?”

E’ più utile quindi curare e non sottovalutare le preoccupazioni del paziente (ad es. chi avvisa la famiglia? Le chiavi della macchina incidentata? La Polizia Locale? ...) e anticipargli cosa accadrà (PS, visita, eventuali consulenze, ...) per aiutarlo a fronteggiare l’incertezza e rassicurarlo.

Costruire, seppur in quel breve lasso di tempo, una buona relazione, ci garantisce più fiducia e collaborazione da parte di tutti e, ovviamente, questo si ripercuote positivamente sullo svolgimento del servizio nella sua globalità.

Alcune strategie di base che dovrebbero sempre essere messe in atto per instaurare una relazione positiva e funzionale sono:

- Comportarsi sempre professionalmente;
- Chiarire i ruoli (soccorritore, IP, medico);
- Chiedere al paziente (e/o ai familiari e/o ai presenti) cosa è successo interessandosi al suo punto di vista (che però può essere utile anche per noi);
- Difendere la privacy (es. nel trauma se va spogliato);
- Comprendere gli sfoghi ...

Gioco dei ruoli:

“Se fossi io? Come vorrei essere trattato?”

“Se fosse mio figlio, un mio familiare?”

### Regole di base per la comunicazione in emergenza

Esistono alcune regole molto semplici da comprendere e seguire per ottimizzare la comunicazione con il paziente o con i suoi familiari durante gli interventi urgenti o in emergenza. Tali regole sono alla portata di tutti e sortiscono un effetto sicuramente

positivo sul contesto “sociale” dell’intervento, oltre che ottimizzarlo e lasciare nell’altro un’impressione migliore. E’ primariamente importante, e sulla scorta di questo vengono espresse le regole seguenti, che occorre preoccuparsi non solo di quello che diciamo ma soprattutto di come lo diciamo.

Tono di voce dev’essere quanto più calmo e chiaro, in modo da risultare meglio comprensibile;

Lo sguardo dev’essere diretto, si mostra che si sta dando attenzione e quindi risulta più rassicurante;

Fare attenzione alla “prossimità”, ovvero rispettare le distanze sociali (cercando di non stare troppo vicino – che viene vissuto come una sovrastazione, ma nemmeno troppo lontano - distacco).

Il contatto fisico è sempre un elemento da valutare di volta in volta, a seconda della persona ma anche della tipologia di paziente che ci si trova di fronte (es i pazienti psichiatrici in particolar modo possono non gradirlo) . Nell’eventualità, può andare bene toccare parti sociali come le mani o le braccia. Se l’altra persona si manifesta più o meno portata al contatto, è sempre meglio adeguarsi al suo livello (in particolar modo se la persona lo ama poco);

Mostrare congruenza tra comunicazione verbale e non verbale – in altre parole non posso dire delle cose e comportarmi in un modo che le smentisca (ad es. dire al paziente che non c’è nulla di cui preoccuparsi e poi agire in modo concitato e portarlo via in codice rosso.)

Per essere certi di essere compresi occorre adeguarsi al livello comunicativo e culturale del pz stimando la sua capacità di comprensione (per es possiamo usare terminologia medica se ci troviamo di fronte ad un sanitario ma non ad anziano).

Nella maggior parte dei casi quindi è opportuno spiegare le cose evitando di utilizzare tecnicismi o parole poco comprensibili, se necessario parlare in dialetto o, se siamo in grado, anche in altre lingue se si tratta di pazienti stranieri.

(es. cosa capirebbero i vostri nonni se diceste “siamo stati allertati dalla C.O. per un Sierra 2, sul posto abbiamo fatto il PTC, caricato sull’Alpha1 in cod. 2 e andati direttamente in shock room del PS???)

Per essere certi di esserci spiegati chiaramente accertiamoci sempre di essere stati compresi, chiedendo esplicitamente “E’ tutto chiaro? C’è qualcosa che non ho spiegato bene?”

Laddove le difficoltà del paziente siano palesi, ma ci siano parenti o amici, può essere utile chiedere la loro collaborazione: essi conoscono il pz meglio di noi, quindi vanno tenute in considerazione le loro indicazioni perché possono senz’altro esserci d’aiuto facendosi da tramite o fornendo informazioni che il paziente stesso omette (per vergogna, ansia, perché non le ritiene importanti, per confusione, o semplicemente a causa di patologie neurologiche o psichiatriche).

### **Gestire la rabbia dell’infortunato**

Una reazione piuttosto comune e comprensibile che si può constatare è quella di rabbia: in quel momento per il paziente o i suoi cari sta avvenendo qualcosa di imprevisto, di

strano, di pericoloso, che “scombina”, nella miglior ipotesi i programmi della giornata o, nella peggiore, anche di una vita intera.

Per questa ragione nasce, in tutti gli individui, il bisogno di trovare un colpevole, una spiegazione, una causa, di colmare un vuoto o comunque di cercare un senso a quello che sta accadendo.

Spesso questa operazione, da un punto di vista logico, non ha alcun significato, ma acquisisce un'importanza cardine da un punto di vista psicologico.

Un meccanismo spesso utilizzato è il ricorso al cosiddetto “pensiero controfattuale”. Alcuni esempi di frasi che potremmo sentire possono chiarire cosa intendiamo:

“Se fosse uscito di casa un minuto prima non avrebbe fatto l'incidente ...”

“Se ieri fosse andato dal medico ora non sarebbe in queste condizioni ...”

“Se avessi insistito di più non sarebbe stato lì ...”

Come si può ben capire in realtà il riferimento ad un episodio del passato non costituisce una risposta al PERCHÉ quella cosa è accaduta, ma solo una chiave interpretativa data a posteriori. Non può essere il singolo avvenimento, e nemmeno una serie di coincidenze che portano a ciò che è accaduto, in quanto si potrebbe teoricamente procedere all'infinito (..se fosse uscito prima non avrebbe fatto l'incidente, se avesse trovato l'ascensore libero sarebbe uscito prima, se si fosse alzato prima avrebbe trovato l'ascensore libero, se ieri sera non avesse fatto tardi si sarebbe alzato prima e così via..)

In emergenza tuttavia è normale questo tipo di processo psicologico e di attribuzione degli eventi in quanto è l'unico modo disponibile nel momento per dare un senso a quanto è successo, per interpretare la realtà e darle un significato, per quanto non corretto.

Questo pensiero, nell'immediatezza dei fatti, non va né rafforzato (in quanto non è corretto e potrebbe avere ripercussioni negative a posteriori) ma nemmeno negato (in quanto unica “àncora” di salvezza disponibile).

L'alternativa a questo meccanismo è il nulla, ed esso è fonte di ancora maggior ansia e preoccupazione.

Sul momento è utile che il soccorritore sia consapevole di quello che accade, recepisca lo sfogo e cerchi di “normalizzare” la reazione ma senza mai minimizzare. La realtà sarà dal nostro paziente (e/o dai suoi familiari) meglio elaborata fuori dalla concitazione di quel momento.

### **Comunicazione e relazione con pazienti “speciali”**

#### **Bambini**

L'argomento dell'approccio al paziente pediatrico è complesso e vasto, in questa sede ci limiteremo a dare alcune nozioni di base rispetto alla modalità di relazionarsi con il bambino.

Il bambino ha una limitata esperienza di vita, è quindi per lui normale interpretare la realtà usando come “filtro” i genitori o altre figure di riferimento (es i parenti, la maestra ecc). Un esempio di questo è il classico caso in cui il bimbo cade, si guarda intorno, se la mamma ride ride lui stesso, se la mamma ha lo sguardo preoccupato invece piange. Non bisogna inoltre mai dimenticare che i bambini sono molto attenti ai segnali ambientali!

Per calmare i bambini quindi bisogna prima di tutto calmare i genitori o, detto in altre parole, calmare i genitori è il modo migliore per proteggere psicologicamente il bambino tanto più che il genitore, solitamente adulto, comprende meglio ciò noi gli diciamo!

Ciò è tanto più vero soprattutto in emergenza, in cui i bambini hanno maggiormente bisogno di punti di riferimento ed i soccorritori, per quanto ben intenzionati, sono degli sconosciuti nient'affatto consolatori.

Laddove è possibile è buona cosa portare con sé in ambulanza i cosiddetti "oggetti transazionali", ovvero oggetti significativi per il bambino (orsacchiotto, coperta ecc) che gli ricordino, con la loro presenza, l'ambiente che per lui è più sicuro e familiare e che facciano da tramite nel passaggio da tale ambiente ad un altro sconosciuto e potenzialmente minaccioso.

Poiché infine i bimbi sono molto più sensibili alla comunicazione non-verbale rispetto a quella verbale, sono opportuni un atteggiamento sorridente, il mantenimento del contatto visivo e fisico e l'utilizzo del nome proprio e del "tu".

Ovviamente è sempre auspicabile l'utilizzo di tecniche di distrazione (es. il famoso guanto gonfiato tipo palloncino) e l'attuazione di tentativi di ristrutturazione dell'esperienza da negativa a positiva ("pensa che domani racconti ai tuoi compagni di scuola che sei andato via con l'ambulanza!" "Poi fai un bel disegno e ce lo porti..!" ecc..).

### **Anziani**

Nel caso di emergenza sanitaria, per gli anziani il dramma più grande lasciare la casa: essa rappresenta la loro identità (foto, oggetti personali, ricordi), rappresenta l'insieme di abitudini portate avanti da anni, di cui essi, più di altri pazienti, hanno bisogno.

Comprensibilmente subentra inoltre la paura di non tornare (abbandono, morte), o che abbandonare la propria casa significhi esporla a rischi (furti, i figli la vendono, capita qualche incidente ecc ecc).

L'anziano spesso si sente fragile ed in balia degli eventi, è ancora più importante fornire informazioni su cosa facciamo, dove andiamo, dire che arriveranno i familiari, il tutto in modo empatico e con un linguaggio a lui facilmente comprensibile.

Se la situazione lo permette, è bene avere piccole-grandi attenzioni quali permettere che porti con sé cose che ritiene importanti come "le carte", le protesi acustiche, gli occhiali, le medicine, l'agenda con i numeri di telefono, il rosario ...

In tal modo si sentirà meno in ansia, non abbandonato, e potrà pensare al ritorno dopo la visita/ricovero.

Al momento di andare via, per quello detto sopra, assicurare che la casa sarà chiusa e magari dare a lui stesso le chiavi.

### **Disabili**

Esiste una profonda variabilità in funzione del tipo e del grado di disabilità e, di conseguenza, nei livelli di autonomia e collaborazione dei pazienti diversamente abili.

Spesso il soccorritore può vivere l'approccio col disabile con un certo imbarazzo perché non sa bene come comportarsi. Se il paziente è lucido e collaborante è semplicemente utile chiedergli "in che modo posso aiutarti?" Noi non conosciamo i suoi problemi, ma

spesso è lo stesso paziente ad essere perfettamente in grado di dirci cosa riesce o non riesce a fare da solo, in quanto è "miglior esperto" rispetto alle sue difficoltà.

Non dimentichiamo inoltre che, mentre noi spesso non sappiamo avvicinarci ai disabili, sicuramente il disabile è capace di rapportarsi coi "non disabili" perché ci è abituato e sa quali possono essere le NOSTRE difficoltà nei suoi confronti e ci aiuta quindi a risolverle.

Occorre però ricordare che la rottura della routine crea un'alta vulnerabilità psicologica.

Se il livello di disabilità è grave ed il paziente non è in grado di cooperare con noi, occorrerà sostituirlo in ciò che non riesce a fare da solo, utilizzare una comunicazione tranquilla e rassicurante, se possibile farsi accompagnare da un parente o da figura di riferimento che ci faccia da interlocutore, far portare un oggetto caro o significativo con sé.

### **Stranieri**

Per etimologia Straniero = strano, quindi qualcosa che spesso non riusciamo bene ad inquadrare o comprendere. Quando ci avviciniamo a pazienti di altre etnie occorre avere particolari attenzioni, in quanto spesso sono sottesi differenti modelli culturali di riferimento ovvero diverse interpretazioni delle cose, dei valori, attribuzione di significati, aspettative, sensazioni e quant'altro.

Occorre tenere conto di questo non necessariamente per comprenderle o tantomeno giudicarle (magari ai loro occhi siamo noi quelli strani!) ma per raggiungere l'obiettivo della comunicazione, del soccorso e del trasporto in ospedale.

Ancora una volta l'accorgimento principale consta nell'utilizzo di un linguaggio semplice, se occorre anche ripetendo alcune domande o informazioni per essere certi di essersi capiti.

Forniamo di seguito alcuni esempi di quanto riportato sopra:

- Per il cinese del sud è normale sputare anche in luoghi chiusi.
- La donna col velo si farà visitare solo da altre donne.
- Per certe culture, parla sempre l'uomo anche se il paziente è la moglie.
- La nigeriana urla non per aggressività fisica, è la sua modalità culturale e sociale di esprimere la sofferenza.
- Un rom ricoverato fa sì che l'intero clan vada in PS. Si dovrà individuare il "capo del clan", parlare con lui che poi riferirà agli altri.
- L'immigrato dell'Est Europa è più introverso di un sub sahariano.

### **Alcolisti e tossicodipendenti**

Generalmente il soccorritore non è ben disposto nei confronti degli interventi che li vedono protagonisti, se poi sono anche stranieri, l'insofferenza emotiva può essere ancora più forte.

Mettono alla prova anche perché mettono in crisi la nostra identità in quanto il soccorritore (seppur spesso implicitamente) ha bisogno di conferme, riconoscimento e gratificazioni rispetto al proprio operato mentre tali pazienti ci sembrano ingrati e che "siano andati a cercarsela".

E' normale che possa emergere un pensiero del tipo "Sono volontario, è notte, domani lavoro, c'è freddo, ti aiuto, ... e tu mi tratti così!?" e dentro di noi, tensione, frustrazione, rabbia, giudizio, rifiuto sono dei vissuti che possono essere normali.

Può essere legittimo avere emozioni negative perchè sotto la divisa di soccorritore c'è una persona che pensa e ha le sue idee, il giudizio morale ci può essere ma non deve influenzare il nostro operato sull'intervento (Regolamento militi e dame ...) e riconoscere tali emozioni e vissuti, è il primo passo per elaborarli e gestirli.

Può aiutare pensare per un attimo: "perché questo ha fatto così? Perché si è ubriacato? Perché si droga? Forse sta male anche lui ...". Va eventualmente giudicato il comportamento negativo, ma non la persona che lo mette in atto, adottando un comportamento sempre professionale.

## **Il paziente psichiatrico**

Già l'approccio al servizio che si svolgerà con un paziente psichiatrico si configura come difficoltoso, il paziente psichiatrico non viene spesso considerato come paziente con un "problema sanitario", anche perché spesso da un punto di vista sanitario effettivamente non occorre quasi mai fargli niente (es al massimo prendere i parametri) quindi mentre si va affiorano pensieri del tipo "che scatole, vado su uno psichiatrico!"

Occorre un approccio medico alla questione: non siamo davanti a un maleducato, a un rompiscatole, ... è una persona malata, non libera di comportarsi secondo i canoni della normalità.

Si consideri quindi che:

- è normale sentirsi in difficoltà;
- non è un intervento di "serie B";

Il pz psichiatrico scompensato non può comportarsi bene, come ci aspettiamo!! Il suo comportamento "problematico" può manifestarsi diversamente poiché la psichiatria è vastissima e gli interventi devono essere personalizzati.

Ci possiamo trovare di fronte a deliri, allucinazioni, psicosi, attacchi di panico, comportamenti ossessivi e compulsivi, forte ansia, grave depressione, ciascuno con un quadro specifico di comportamenti e di situazioni.. nonostante non ci siano "sangue" o "segni e sintomi" più prettamente medici, tali comportamenti spesso "irritanti" sono frutto di una patologia. Se si sente affiorare questo fastidio occorre ricordare che non c'è intenzionalità in questi.

Chiediamoci invece

"Si può camminare con una frattura di femore? "

"Si può respirare bene con 85% di saturazione? "

"Si può correre con un infarto in atto?"

OVVIAMENTE LA RISPOSTA E' NO! Lo stesso vale per i comportamenti dei pazienti psichiatrici..

"Può comportarsi adeguatamente un paziente scompensato con una malattia mentale?"

OVVIAMENTE LA RISPOSTA E' SEMPRE NO! Se è vera patologia il paziente soffre, non lo fa apposta.. Esattamente come in un trauma!

Proprio per la natura stessa della problematica, spesso creare le condizioni perché il pz si fidi di noi non è facile. Meglio che ci parli uno solo, non tutti addosso a fare domande o

insistere che venga via; si otterrà solo l'effetto contrario. Di seguito alcune indicazioni da tenere sempre presenti:

Autoprotezione (eventualmente 118 per CC perché possono essere pazienti talora violenti)

Tenere un atteggiamento tranquillizzante, sereno, non timoroso; paziente, non sbrigativo.

Non alzare la voce, non sfidare, non creare tensioni ulteriori e smorzare le esistenti.

Capire cosa succede dal suo punto di vista e spiegare il nostro.

Attenzione al contatto fisico, in alcuni casi può essere mal vissuto.

Va "agganciato" e portato in PS, questo in quel momento significa proteggerlo.

### **L'evento morte**

Premesso che in emergenza la constatazione e la comunicazione di morte la fa il medico, è buona cosa mettere in luce alcuni aspetti per proteggere il soccorritore.

La morte è una delle situazioni più difficili e delicate da affrontare, nel momento in cui si verifichi un decesso sul servizio ci sono cose da accettare, altre da ricordare, altre da evitare.

Innanzitutto è normale sentirsi a disagio, in ansia, frustrati, impotenti, poiché l'esperienza della morte mette in crisi l'identità del soccorritore, che vuole "salvare". In emergenza si pensa sempre di ricevere un feedback immediato, e lo si immagina positivo. Infatti risulta per noi più facile fare il PTC, il BLS ecc. perché 1 si seguono protocolli precisi, 2 c'è ancora speranza, 3 ci si sente ancora utili.

La morte al contrario interrompe storie di vita, progetti, sentimenti e nell'affrontarla ci sono anche aspetti culturali e sociali (silenzio/chiusura VS urla/teatralità) che possono aumentare la difficoltà del soccorritore.

Non esiste la frase giusta, magica che faccia accettare o diminuire il dolore della morte. Le nostre parole non cambieranno la realtà però esistono frasi o parole che possono aumentarlo.

Ricordiamo che la parte "verbale" è solo una parte della comunicazione, può essere contemplato ed efficace anche il silenzio, esso è più fastidioso e imbarazzante per il soccorritore che per un familiare.

Quello che possiamo fare è agire e dire cose che emergeranno poi nella narrazione dei fatti, quando ad esempio i familiari lo racconteranno ad altri, e serviranno per ri-costruire l'evento, per elaborarlo in modo meno traumatico. Questo significa prendersi cura della sofferenza oltre il "mi spiace", perché quando non si può guarire (evidente nel caso della morte), si può "prendersi cura".

In seguito un possibile esempio di comunicazione di decesso:

Si dovrebbe partire da cosa è successo, es.:

.. c'è stato un incidente

I soccorsi sono stati rapidi

È stato portato in ospedale

È stato fatto tutto il possibile

Ci dispiace ma non ce l'ha fatta.

Se si dice subito "non ce l'ha fatta" non ci ascoltano più!

In ogni caso è sempre sconsigliata la comunicazione per telefono (se per es. arrivano in macchina rischiano di farsi del male! Non si sa se si sia soli o con altri, se chi riceve la comunicazione ha problemi di salute ecc.)

Dopo l'intervento sarà normale ripensare a quello che abbiamo fatto:

"Potevo fare di più?"

"Ho usato le parole giuste?"

"Potevo dire qualcosa di meglio?"

Accettare limiti umani e la nostra non onnipotenza vivendo la situazione non come un fallimento, significa essere più protetti...!

## SE STESSI

### L'autoprotezione del soccorritore (ovvero ... e noi come ne usciamo??)

L'emergenza è per definizione lo scenario in cui si condensano emozioni violente e confuse, incertezze, ricerca disperata di rassicurazioni, bisogno di attaccarsi ad una speranza, necessità di prendersela con qualcuno e di trovare subito spiegazioni.

Il soccorritore non è "Rambo", imperturbabile, senza emozioni, freddo e calcolatore.

Un assunto errato sulla figura del soccorritore è proprio "IL SOCCORRITORE CHE STA MALE NON E' UN VERO SOCCORRITORE ...!"

Questo ovviamente non è affatto vero perché il soccorritore è, prima di tutto, una persona! E se una persona non sta male in certe situazioni ... allora significa che non sta affatto bene ...! Le situazioni in cui un soccorritore decide di agire sono proprio quelle circostanze di pericolo, dolore e sofferenza da cui, normalmente, gli individui tendono a fuggire.

### Lo scenario delle emozioni

"Cosa fare? Come fare? Cosa dire? Come dirlo? Quali rischi? Quali ripercussioni alla fine del servizio?"

Queste sono solo alcune delle molte domande che un soccorritore si pone quando si avvicina al volontariato in ambulanza ed esce per un intervento.

Per un soccorritore è sicuramente importante:

- cercare di non farsi travolgere dalle emozioni nostre e altrui (anche se a volte non è facile), ma allo stesso tempo ...
- non negare questa dimensione umana! (anche nell'ottica di assumere un ruolo di stabilizzatore emotivo in uno scenario ricco di ansia)

Lì per lì possiamo anche essere in grado di metterle da parte, ma poi occorre farci i conti!

Nel soccorso il nostro lavoro è, prima di ogni altra cosa, la protezione.

Proteggere la scena dove interveniamo, proteggere la vittima che andiamo a soccorrere, ma altrettanto importante è proteggere noi stessi = AUTOPROTEGGERSI!

Significa riconoscere l'esistenza e prendersi cura delle proprie dimensioni emotive, ma anche di quelle dei colleghi, sia prima, che durante che in seguito ad un intervento particolarmente difficile.

Occuparsi di se stessi inoltre è l'unico vero modo per potersi occupare veramente degli altri.

L'etimologia stessa del termine proteggere (pro-tergo) significa difendersi, parzialmente, difendendo in parte anche l'altro lasciando magari anche scoperta una piccola parte di sé



### LE EMOZIONI PRIMA DELL'INTERVENTO

Cosa succede in ambulanza ... dopo la telefonata del 118?

Nel volontario si innescano una serie di modificazioni a livello fisico, cognitivo ed emotivo, tali modificazioni consentono di prepararci a far fronte all'intervento che ci apprestiamo a fare dai suoi molteplici punti di vista.

L'adrenalina ci sveglia, i nostri muscoli sono più pronti all'azione, il nostro cervello si concentra sulle operazioni che dovremo svolgere (ad es. ci si ripete i vari ABC dei protocolli di intervento, ...)

Possiamo sentirci preoccupati, possiamo sentirci "esaltati", possiamo essere spaventati o anche arrabbiati a seconda delle aspettative che abbiamo sul servizio che andremo a svolgere, rispetto alle persone con cui stiamo andando o rispetto ad una molteplice serie di altre variabili.

Si parte e poi....Come reagireste se ...





## LE EMOZIONI DURANTE DELL'INTERVENTO

Come sappiamo a volte gli interventi "operativi" possono avvenire in contesti difficili, anche da un punto di vista emotivo! Alcuni esempi possono essere forniti dalle situazioni esplicate dalle immagini di cui sopra.

In quali situazioni occorre stare più attenti? Esistono dei fattori di rischio a seconda del:

Tipo di evento: cruento, massiccio, causato dall'uomo piuttosto che dalla natura, evitabile, disgustoso, coinvolgente bambini, ...

Coinvolgimento personale: in qualche modo sono stati toccati dei nostri temi sensibili? Ci siamo identificati?

Fattori psicologici personali: mi è già capitato? Sono stato in grado di farvi fronte? Sono una persona sensibile?

Supporto diretto: qualcuno mi ha dato una mano? Ho avuto modo di confrontarmi? Di rielaborare quanto è successo, quanto ho sentito o fatto?

Essere soccorritori che fanno molti turni o in servizio da anni: I soccorritori "esperti" tendono ad andare "col pilota automatico" riflettendo ed elaborando meno, tendendo così ad accumulare livelli di stress più elevati. Il neofita al contrario è tendenzialmente più sensibile e più attento, controllato e in guardia.

Come si può vedere la difficoltà emotiva legata agli interventi non è sempre una questione necessariamente "oggettiva" (ad es. i pazienti pediatrici sono critici più o meno per tutti) ma è più frequentemente legata alle tematiche sensibili (i "nervi scoperti") di ciascuno rispetto ai suoi tratti caratteriali, esperienze personali, stile di vita, valori o momento di vita attuale.

A prescindere da questo bagaglio personale nella maggior parte dei casi durante l'intervento si cerca di rimanere focalizzati sulle procedure da mettere in atto, lasciando in secondo piano la dimensione emotiva e relazionale. Non dimentichiamo che però essa è sempre presente anche se non la "stiamo ascoltando".

Ignorare questa dimensione può portare a volte a delle problematiche.

Di seguito alcuni esempi di emozioni che si possono attivare durante un intervento a seconda della situazione e di alcuni fattori personali:

**ANSIA:** esco preoccupato rispetto a ciò cui mi posso trovare di fronte, poiché diffido nella mia capacità di saper gestire quella situazione in modo adeguato e/o non mi fido delle altre persone che sono in equipaggio con me, indipendentemente dalle ragioni per cui penso queste cose.

**PAURA:** esco di notte, in un luogo e su una situazione potenzialmente minacciosa (rissa in stazione alle 2 di notte) e mi preoccupo per la mia incolumità fisica poiché non mi ritengo in grado di tutelarmi..

**RABBIA:** esco di notte al freddo per andare a raccogliere il classico ubriaco che, magari, vorrebbe solo essere lasciato in pace dove sta e diventa violento; devo intervenire in modo rapido ed i passanti/curiosi non mi lasciano lavorare agevolmente.

**TRISTEZZA:** mi capita di intervenire in una situazione di disagio sociale (famiglia povera, anziani soli, bambini malati, pazienti cronici in cui magari mi identifico ecc)

**IMPOTENZA:** arrivo sul luogo dell'intervento e mi rendo conto che c'è una sproporzione tra i mezzi che ho a disposizione e quello che sarebbe necessario (per esempio sono l'unica ambulanza e ci sono 3 pazienti gravi che invece necessiterebbero di un medico), oppure ad es. nel caso della morte..

E molte altre ancora ....!!!

Questa dimensione non va negata ma riconosciuta e affrontata con serenità.

Infatti se ben riconosciuta ed elaborata, tale sofferenza ci permetterà di essere soccorritori migliori in futuro, perché ci consentirà di comprendere meglio la sofferenza emotiva di chi stiamo aiutando col nostro lavoro.

## **LE EMOZIONI DOPO IL SERVIZIO**

In seguito troviamo alcuni esempi di problemi rilevanti di natura psicologica che possono occorrere nel momento in cui invece le emozioni disfunzionali emerse "durante-in seguito" ad un intervento non vengano adeguatamente elaborate ed abbiano degli strascichi anche pesanti. Vengono portate 2 definizioni cliniche mutuata da uno dei principali manuali diagnostici (DSM IV), che possono dare un'idea generale rispetto alle situazioni in cui eventualmente un soccorritore deve preoccuparsi del suo stato emotivo/psicologico.

### **Disturbo Acuto da Stress**

La caratteristica essenziale del Disturbo Acuto da Stress è lo sviluppo di ansia e sintomi dissociativi (es. depersonalizzazione, derealizzazione) che si manifestano entro 1 mese dall'esposizione ad un evento traumatico.

L'evento traumatico viene rivissuto persistentemente e l'individuo mostra evitamento degli stimoli che possono evocare ricordi e ha sintomi di ansia (...). I sintomi devono causare disagio clinicamente significativo. Il disturbo dura almeno 2 giorni e non persiste oltre 4 settimane dopo l'evento.

### **Disturbo post-traumatico da stress**

Si definisce come "sviluppo di sintomi tipici che seguono l'esposizione ad un fattore traumatico estremo che implica l'esperienza personale diretta (...) o indiretta di un evento che causa o può comportare morte o lesioni gravi o altre minacce all'integrità fisica..".

Tra i sintomi principali troviamo:

- continuo rivivere l'evento traumatico (ricordi ricorrenti e intrusivi dell'evento, sogni sgradevoli ricorrenti, flashback)
- l'evitamento persistente degli stimoli associati al trauma,
- l'ottundimento della reattività generale,
- sintomi costanti di aumento dell'attivazione fisiologica (es. tensione muscolare, tachicardia, sudorazione, disturbi gastrointestinali).

Il quadro sintomatologico completo deve essere presente per più di 1 mese e il disturbo deve causare disagio clinicamente significativo.

### **Alcune strategie per alleviare la tensione**

Senza necessariamente dover arrivare a problemi di rilevanza clinica, è possibile rientrare da un servizio essendo "emotivamente appesantiti" sulla scorta di come è andato il servizio (Come è andato? Dove sono andato? Come mi sono visto nel servizio? Come ho visto gli altri? Come mi sono sentito? Mi sono immedesimato? Come sto ora?)

Se mi rendo conto di questo "malessere" cosa posso fare per gestirla e sentirmi meglio? In seguito tutta una serie di piccole modalità per riprendersi:

- Mi prendo i miei tempi per digerire la cosa senza voler star bene subito e a tutti i costi (nella gran parte dei casi è controproducente).
- Faccio riferimento alla mia rete sociale (amici, famiglia, fidanzati ecc.).
- Cerco di rientrare nella mia routine (normalizzazione)
- Discuto l'evento con i colleghi
- Utilizzo forme di rilassamento o distrazione.
- Mi prendo qualche piccola gratificazione (non è strano-insensibile anche farci qualche "battutaccia" e riderci su - umor nero!!).
- Mi consento degli sfoghi emotivi (anche il pianto) consapevole del fatto che sono previsti anche dal Corpo dei Marines!
- Evito di berci su o di prendere sostanze (quando ritorniamo dallo "sballo" l'eventuale problema sarà ancora lì ...).

E' utile sapere che il 90% delle reazioni, seppur forti, sono transitorie e assolutamente normali quando ci troviamo a gestire eventi che invece normali non sono affatto

Occorre inoltre la consapevolezza del fatto che, dopo un impegno emotivo rilevante, è fisiologico sentirsi "schiacciati" da emozioni pesanti (se facessi 1000 flessioni non avrei dolori muscolari??) ricordando che la reazione si rinormalizzerà nel giro di qualche ora o qualche giorno attraverso la ripresa della quotidianità, delle relazioni ecc.

Se il problema non si risolve nell'arco di alcuni giorni è meglio fare una chiacchierata con uno psicologo.

### **E se sta male un altro soccorritore?**



- Anche a lui lascia il SUO tempo, ricordando che ciascuno reagisce in modo assolutamente personale.
- Se desidera parlare di quanto avvenuto, ascolta con attenzione, senza giudicarlo, ricordando che ciò che racconta può o potrà essere anche un tuo vissuto.
- Rassicuralo e ricordagli che sono reazioni normali ad eventi anormali.
- Evita che eventualmente venga stigmatizzato dal gruppo per la sua reazione all'evento.
- Se ti rendi conto che le sue difficoltà sono forti e durature (settimane o mesi) accenna la possibilità di parlare con un professionista per valutare meglio la situazione.

## **Il ruolo del gruppo**

Il gruppo può costituire una risorsa importante per la protezione del singolo soccorritore e viceversa l'intervento di un singolo soccorritore può fare del bene all'intero gruppo.

Se dopo un "brutto" servizio esprimo i miei sentimenti e le mie emozioni, seppur negative, è probabile che anche gli altri si esprimano: scopriremo allora che non siamo i soli ad essere angosciati o a sentirci male! Questo servirà a noi per sentirci meno soli, ma anche agli altri soccorritori per "tirare fuori" quello che sentono in quel momento.

In seguito alcuni interventi di gruppo strutturati che possono servire come spunto per discutere l'avvenimento con gli altri colleghi soccorritori (i primi 2 possono essere fatti anche da qualsiasi persona, l'ultimo invece deve essere condotto da un professionista).

### **DEFUSING**

Il DEFUSING consiste in un breve colloquio di gruppo, non necessariamente condotto da uno psicologo, che si tiene dopo un intervento particolarmente critico.

L'obiettivo è cercare di iniziare a rielaborare brevemente e collettivamente il significato dell'evento, riducendo l'impatto di un avvenimento potenzialmente traumatico.

Le persone che partecipano hanno occasione di discutere dei fatti inerenti all'intervento, dei loro pensieri e del loro vissuto emotivo.

### **DEMOBILIZATION**

Si intende un semplice momento, con la situazione operativa appena trascorsa, che permetta di far decantare brevemente i vissuti più intensi, di "darvi parola" condividendo il carico emotivo con i colleghi, e che sancisca simbolicamente il passaggio dal "luogo e tempo dell'emergenza" al "luogo e tempo della normalità quotidiana" (una sorta di passaggio guidato).

### **DEBRIEFING**

Intendiamo una tecnica di intervento psicologico-clinico strutturato e di gruppo.

Consta di 7 fasi:

1. Introduzione
2. Discussione dei Fatti
3. Discussione dei Pensieri/Cognizioni
4. Discussione delle Emozioni
5. Discussione dei Sintomi
6. Fornire Informazioni
7. Conclusione.

## **In conclusione**

Fare il soccorritore implica un grande impegno su più fronti, quello emotivo è tra questi e non bisogna trascurarlo o sottovalutarlo.

Alcuni interventi possono lasciare su di noi delle piccole "cicatrici emotive" ...

Ma come per quelle fisiche ... non sono gravi! Anzi, sono quei "segni particolari" che contribuiscono a fare di noi la persona che siamo!

