

# L'evento sismico e la paura: la psicologia di emergenza e di post-emergenza. Trattamento dei disturbi psicologici post-traumatici\*

di Roberto Cafiso

*(Psicologo-psicoterapeuta, responsabile Servizio di Psicologia dell'AUSL n. 8 di Siracusa)*

Le patologie più ricorrenti e conosciute, descritte a seguito di eventi sismici di particolare rilevanza riguardano:

- il disturbo post-traumatico da stress (DSM IV, 309.81)
- il disturbo acuto da stress (DSM IV, 308.3)
- il disturbo d'ansia generalizzata (G.A.D.: DSM IV 300.02)
- il disturbo di panico senza e con agorafobia (DSM IV, 300.01 -300.02)

La componente d'ansia, con i suoi correlati biologici più comuni, è predominante nei disturbi descritti. Allorquando il disturbo tende a cronicizzarsi può complicarsi con una sindrome depressiva e/o con abuso di sostanze, maggiormente benzodiazepine, droghe, alcol.

I criteri diagnostici per il disturbo post-traumatico da stress, condizione patologica più diffusa a seguito di eventi sismici, riguardano:

- a) la presenza di un evento stressante e, appunto, traumatico al di fuori della comune esperienza;
- b) sintomi, a livello cognitivo e neurovegetativo, di tipo intrusivo, con rivisitazione ripetitiva del trauma;
- c) sintomi di evitamento;
- d) persistente aumento del livello di tensione emotiva di base;
- e) durata dei sintomi da un mese a più di un mese.

La caratteristica delle sindromi di ansia reattiva all'evento traumatico e il loro insorgere a cosiddetta, emergenza terminata, anche dopo alcuni mesi. Ciò, secondo il modello della neurotrasmissione, equivarrebbe all'osservazione in base alla quale durante l'esposizione allo stress acuto nell'animale si produce uno stato di analgesia da stress come nell'uomo,

con rilascio di oppiacei endogeni (enkefaline, endorfine), che produce uno stato di attivazione e relativa sedazione che consente l'operatività e, a tratti, un umore euforico.

Il D.P.T.S. sarebbe perciò interpretato come una sindrome da sospensione da oppiacei endogeni iperprodotti all'epoca dell'evento in fase acuta.

Dal punto di vista cognitivo i passaggi riguardano:

1 - Il grave evento (es. il terremoto);

2 - Il sovraccarico del sistema di processazione delle informazioni (facente parte del sistema di riferimento di ciascun individuo);

3 - Due ordini di reazione: a livello centrale un'iperallerta del S.N. con sintomi di iperattivazione (tachicardia, tensione muscolare, sbalzi pressori, esagerata reattività psicofisica alla rievocazione, problemi di sonno, alterata funzionalità immunitaria, ecc), a livello di pensiero un blocco della consueta processazione delle informazioni con pensieri intrusivi e, a livello comportamentale, sintomi di evitamento. La triade: sintomi da evitamento, di iperattivazione e i pensieri intrusivi costituiscono le premesse per il D.P.T.S..

Nelle zone colpite dal sisma in modo endemico, per un desiderio di normalità, vi è una tendenza diffusa a reprimere o rimuovere l'evento o la sua prospettazione nel tempo. Questo oblio da difesa è stato interpretato come un tentativo di adattamento alla vita, un po' come avviene nel post infartuato a cui si danno delle prescrizioni alle dimissioni che il soggetto tende a far rientrare nel proprio stile abituale di vita, senza considerarle continuamente legate all'evento traumatico.

Questo è lo sfumato confine tra la prevenzione di catastrofi naturali in cui ogni cittadino e la protezione civile dovrebbero attivarsi per avere sempre presente il manuale delle procedure e la tendenza a dimenticare la necessità della prevenzione, interpretando in modo fatalistico il ripetersi di un evento.

Si tratta di una riprocessazione spontanea e grossolana adattiva dell'evento sofferto. E in realtà, la terapia per il D.P.T.S. e per le sindromi d'ansia ov'è presente l'evitamento, dovrebbero mirare alla riprocessione entro schemi cognitivi emozionali adeguati, con nuovi spazi per la comprensione dell'evento sismico, delle sue caratteristiche e dei modi di considerarlo possibile o probabile senza incentrare su di esso l'intera esistenza. cosa che

avviene nelle sindromi descritte con la dilatazione emotiva di ricordi, sogni, sensazioni relative all'esperienza traumatica.

In tali emergenze sociali, ci riferiamo all'esperienza del terremoto del 1990 nel siracusano (1), c'è la tendenza al consumo di benzodiazepine. La letteratura scientifica in proposito, pur ammettendo le migliorie momentanee per i disturbi del sonno e la riduzione degli incubi notturni, sconsiglia l'impiego di tranquillanti senza un intervento di ristrutturazione psicoterapica. Il rischio, ed è la nostra esperienza, è viceversa quello di sviluppare una dipendenza farmacologica e innescare forme compensative di abuso in personalità già predisposte.

Le aziende sanitarie possono e dovrebbero organizzare progetti per la riduzione della risposta stressogena ad eventi attraverso incontri di gruppo (utili non soltanto per l'economicità dell'intervento, ma anche per il setting intriso di solidale partecipazione) con soggetti che presentano una sintomatologia riconducibile all'ansia e all'evitamento.

Si tratta di progetti non eccessivamente complessi, modulari, ove è possibile impegnare esperti sismologi, la protezione civile, soggetti che prima d'altri hanno superato i problemi psicologici. Le tecniche più efficaci sono risultate quelle cognitive - comportamentali, con particolare utilizzo delle R.E.T. di Ellis per la confutazione dei pensieri irrazionali che affollano la mente di chi è preda di un'ansia costante.

Nella nostra esperienza abbiamo lavorato per fasi:

1° - Addestramento degli operatori

2° - Organizzazione dei gruppi per livello culturale di base

3° - Apprendimento di tecniche di autodiagnosi del pensiero irrazionale; addestramento su griglia per iscritto; tecniche di rilassamento.

Gli incontri, di media 1 alla settimana, sono inizialmente allargati alla comprensione generale dell'evento sismico, ai problemi geologici del territorio, alle misure di emergenza basilari. La consapevolezza è correlata alla sicurezza personale.

Sono stati seguiti 43 soggetti in tre gruppi di 20 incontri ciascuno. Più della metà, all'ingresso del trattamento, presentava i sintomi classici riconducibili al D.P.T.S.

Un questionario di autovalutazione ha rilevato un abbassamento dello stato d'ansia generale con capacità aumentata di processazione dell'evento temuto entro un ragionevole

livello di preoccupazione soggettiva, senza tuttavia fenomeni di generalizzazione nell'ambito esistenziale. Alla fine dell'intervento, la metà dei soggetti che avevano iniziato una terapia con benzodiazepine o con antidepressivi non assumevano farmaci perché affermavano di non sentirne il bisogno.

I benefici riguardano inoltre il ripristino graduale delle attività sociali, occupazionali con un benessere familiare crescente a scapito di costosi aggravii sul SSS per consumo di farmaci, richieste di analisi e/o esami strumentali alla ricerca di patologie organiche con perdita di giorni lavorativi.

La difficoltà vera di un intervento così applicabile alle popolazioni psicologicamente colpite da catastrofi naturali riguarda essenzialmente il reperimento di operatori esperti nel trattamento psicoterapico specifico, la sensibilità delle autorità locali al problema, la capacità di attivazione della rete di sostegno (consigli di quartiere, zone adibite all'assistenza, circoscrizioni, etc.) senza eccessivi ritardi.

Se le calamità naturali, in altre parole, sono una peculiarità di gran parte del nostro territorio, la capacità di fronteggiarle, soprattutto nell'impatto emotivo che ne avrà la popolazione colpita, costituirà un parametro visibile nel tempo di civiltà, solidarietà ed interesse reale per la reclamata "qualità della vita". L'attivazione ed il coordinamento delle risorse umane e professionali presente in questo Paese sarà il riscontro reale per tutti quei cittadini, colpiti a vari livelli, che non intendono piegarsi, autocommiserarsi, arrendersi alle avversità.

*(1) Siracusa, già distrutta da un terremoto nel 1693, 60.000 morti complessivamente, è inserita in una faglia ad altissimo rischio di "big-one" e già nel '90 ha subito un sisma del 7° grado della scala Richter che ha provocato 17 morti. La zona si diparte da Messina (terremoto del 1908, 86926 vittime, 7,5 Richter) e si estende sino a Ragusa, 2.476.310 la popolazione interessata.*

*\* (Relazione presentata al convegno di Assisi del 29 novembre 1997: "Il cielo copre, la terra sostiene...")*



SIPSOT

SOCIETA' ITALIANA DI PSICOLOGIA  
DEI SERVIZI OSPEDALIERI E TERRITORIALI

Codice Fiscale: 91016430448  
sede: Via Vettore, 6 -  
63013 Grottammare (AP)  
Tel e fax: 0735/633621

[e-mail:ferretti@insinet.it](mailto:ferretti@insinet.it)