

## Psicologia dell'emergenza. Sindrome post-traumatica da stress: follow up dei soggetti trattati

di ROBERTO CAFISO (Capo Servizio di Psicologia USL 8 Siracusa)

*(Contributo presentato al Congresso Nazionale dell'Ordine degli Psicologi, Lecce 1-4 ottobre 1998)*

L'Italia è un Paese ad alto rischio sismico. Ciò dovrebbe suggerire l'opportunità di predisporre un sistema di protezione psicologica, all'interno di quella Civile, delle popolazioni che vivono in zone sismologicamente "sensibili", sia al termine che nei primissimi interventi dopo l'evento sismico

Le patologie più ricorrenti e descritte a seguito di eventi sismici di particolare rilevanza o calamità in genere 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 (DSM IV, 300.02)
- il disturbo di panico senza o con agorafobia (DSM IV, 300,01 300.02).

Ovviamente l'ansia è la componente predominante nei quadri descritti e se essa costituisce nella fase acuta il cosiddetto male peggiore, ad emergenza terminata, con disturbi d'ansia che tendono a cronicizzarsi, non di rado le conseguenze sono rappresentate da abuso di alcolici, psicofarmaci e droghe varie.

Ovviamente con una cascata di conseguenze sociali che supera di gran lunga lo stesso problema dell'emergenza psicologica in fase di acuzie.

I criteri diagnostici per il disturbo post traumatico da stress, il più diffuso durante i sismi, riguardano:

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

La caratteristica delle sindromi d'ansia reattive all'evento traumatico è il loro insorgere ad emergenza terminata, anche dopo mesi. Ciò, secondo il modello neurochimico della trasmissione cerebrale, 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 il rilascio di oppiacei endogeni, che produce uno stato di attivazione e relativa sedazione che consente l'operatività nell'immediato e, a tratti, euforia.

Il D.P.T.S. sarebbe perciò interpretabile come una sindrome da sospensione di oppiacei iperprodotti all'epoca dell'evento in fase acuta. Una sindrome d'astinenza che scatenerrebbe l'ansia e l'evitamento agorafobico. Dal punto di vista cognitivo i passaggi invece riguardano:

1 - IL GRAVE EVENTO (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, insonnia, alterata funzionalità immunitaria, etc.). A livello di pensiero un blocco della consueta valutazione delle informazioni con contenuti intrusivi e, a livello comportamentale, sintomi di evitamento. La triade: EVITAMENTO, IPERATTIVAZIONE E PENSIERI INTRUSIVI, costituiscono proprio le premesse per il D.P.T.S..

Nelle zone colpite dal sisma ed in costante rischio, probabilmente per un desiderio di normalità, si osserva una diffusa tendenza a 'rimuovere o reprimere l'evento o la sua prospettazione nel tempo. Questo "oblio" difensivo è stato interpretato come un tentativo di riadattamento, un po' come avviene nel post-infartuato a cui si prescrivono alle dimissioni delle limitazioni che il soggetto tende ad assimilare al proprio stile di vita, senza considerarle continuamente legate al trauma cardiaco.

Il più grosso problema legato alla prevenzione è la coscientizzazione dell'evento sismico senza che esso diventi una spada di Damocle ansiogena. Diversamente il rischio è l'improvvisare, sisma dopo sisma, come tutto avvenisse per caso e per la prima volta. La creazione di un manuale di procedura per gli esiti psico-sociali dei terremoti o di altre catastrofi annunziate è probabilmente l'antidoto a dimenticare la prevenzione, interpretando in modo eccessivamente fatalistico ogni evento naturale.

L'obiettivo sarebbe dunque quello di una riprocessazione più adattiva dell'evento sofferto. E in realtà la terapia specifica per le sindromi ansiose dov'è presente l'evitamento,

dovrebbe mirare alla riprocessazione dell'esperienza entro schemi cognitivo-emozionali adeguati, con maggiore comprensione dell'evento, delle sue caratteristiche e dei modi per considerarlo possibile o probabile pur senza catastrofizzarlo

In queste emergenze sociali cresce la tendenza al consumo di benzodiazepine. La letteratura scientifica al riguardo pur ammettendo le migliori momentanee per i disturbi del sonno e la riduzione degli incubi notturni, sconsiglia l'impiego di tranquillanti privo di un intervento di ristrutturazione psicoterapeutica.

Il rischio, nella nostra esperienza come detto all'inizio, è l'insorgere di nuove dipendenze farmacologiche e comportamenti compensativi di abuso di sostanze in personalità predisposte.

Le aziende sanitarie con la protezione civile e le prefetture potrebbero organizzare progetti nei comuni a rischio per la riduzione delle risposte stressogene attraverso incontri di gruppo economici ed aggreganti. Si tratta di progetti modulari, non complessi, a vari livelli, ov'è possibile impegnare i sismologi, la protezione civile, psicologi e quanti hanno già magari sofferto esperienze simili, superando i relativi problemi psicologici.

Personalmente in una zona altamente sismica abbiamo lavorato per fasi, utilizzando la terapia razionale emotiva di Ellis.

Una prima fase corrisponde all'addestramento basilare degli operatori sulle nozioni necessarie a fronteggiare l'emergenza a più livelli.

Una seconda fase l'organizzazione dei gruppi su cui incidere, formati in modo disomogeneo, come campione causale di popolazione, rispetto anche al livello culturale, Ciò fa crescere la quota di solidarietà che aumenta la coesione sociale..

Una terza fase riguarda l'apprendimento di tecniche di autodiagnosi del pensiero irrazionale con addestramento su griglia per iscritto e tecniche di rilassamento.

Gli incontri sono inizialmente allargati alla comprensione dell'evento sismico, alla conoscenza geologica del territorio e tecniche di addestramento sul comportamento più corretto da seguire durante le scosse.

Sono stati seguiti 43 soggetti di età variabile da 19 a 60 anni. 28 femmine, 15 maschi. Più della metà all'ingresso della presa in carico presentava i classici sintomi del D.P.T.S.

Un questionario di autovalutazione ha rilevato un abbassamento dello stato d'ansia baseline con un'aumentata e più razionale capacità di valutare l'evento temuto. Sono stati ridotti in modo accettabile i fenomeni di generalizzazione e di globalizzazione nell'ambito esistenziale. Alla fine del setting la metà dei soggetti che assumevano

benzodiazepine e/o antidepressivi a seguito della sindrome da stress non assumevano più farmaci perché affermavano di non sentirne il bisogno.

I benefici riguardano inoltre il ripristino graduale delle attività sociali, occupazionali con un'accresciuta armonia familiare, clic il D.P.T.S. a carico di un solo familiare è in grado di compromettere, nonché una diminuzione della richiesta di visite specialistiche, esami strumentali, alla ricerca di patologie organiche con perdita di giorni lavorativi e sensibile diminuzione di un'accettabile qualità della vita.

Questi soggetti sono stati eseguiti nel tempo sino al 1995 (36). 11 consumo di psicofarmaci riguardava solo 6 soggetti su dieci e per 5 era antecedente l'evento sismico in modo discontinuo. Negli altri casi non vi erano segnali della sintomatologia da D.P.T.S. neppure a seguito di leggere scosse manifestatesi frequentemente nell'intervallo di tempo nel quale è stato condotto il follow up. Solo 3 soggetti su 36 ricorrevano sporadicamente alla psicoterapia, ma per problematiche diverse dal disturbo che qui consideriamo.

La possibilità di fronteggiare l'impatto emotivo che talune calamità naturali avranno sulle popolazioni è paragonabile ai danni materiali che un sisma è in grado di provocare. Non c'è una vera ricostruzione di un territorio senza una ristrutturazione delle crepe, delle lesioni che si producono psicologicamente negli esseri umani, Non c'è territorio senza la sensibilità dovuta a chi lo popola. Non c'è casa senza chi vi abita con i propri vissuti, le tradizioni, le aspettative. Di ciò un Paese civile dovrà necessariamente occuparsi stabilmente.

*1) Siracusa, già distrutto da un terremoto nel 1693 (oltre 60.000 morti), è inserita in una faglia considerata ad altissimo rischio di "big-one" è già nel 1990 ha subito l'ultimo sisma del 7° della Richter, con 17 morti.*

*La zona ad alto rischio parte da Messina, ove nel 1908 un terremoto e maremoto distrusse la città provocando 86926 vittime. 7,5° Richter. e si estende ,sino a Ragusa. La popolazione interessata è di 2.480.000 abitanti circa.*

#### Bibliografia essenziale

- AT Beck: principi di terapia cognitiva. Astrolabio
- C. De Silvestri: I fondamenti clinici della "terapia razionale emotiva". Astrolabio
- H.J. Eysenck - S. Rachman: Terapia del comportamento nevrotico. F. Angeli
- P. Pancher: Stress, emozioni, malattia. Ed. Scientifiche e tecniche Mondadori
- E. Albert - : a tu per tu con l'ansia. Sansoni ed.
- S.R. Walen- R. Di Giuseppe - R.L. Wessler: A practitioner's Guide to Ret. Oxford University Press. New York

- A. Ellis: L'autoterapia razionale emotiva. Ed. Erickson
- AA. VV: Trattato italiano di Psichiatria, Masson

**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)