

PSICOLOGIA DELL'EMERGENZA NEGLI EVENTI SISMICI

di Roberto Cafiso

E' da qualche anno che la psicologia dell'emergenza sta diffondendosi come concetto di primo intervento e come operatività. Prima psicologia ed emergenza o urgenza sembravano due termini tra loro inconciliabili, perché lo studio del comportamento, del pensiero o delle emozioni appariva come un iter lungo, complesso, che non poteva conciliarsi con le situazioni di crisi, ove c'è necessità di un intervento solerte, precoce ed efficace.

I recenti eventi sismici in Italia, i campi profughi allestiti a seguito del conflitto bellico nella ex Jugoslavia, hanno attenzionato la necessità di poter prevenire sintomatologie post-traumatiche che di norma sono presenti in gran parte della popolazione, specie tra i bambini, allorché una calamità naturale o un evento eccezionale minaccia l'integrità fisica della popolazione.

TERRITORIO A RISCHIO

Gran parte del territorio italiano è geologicamente a rischio di terremoti. Alcune zone, inserite in particolari faglie di crosta terrestre, sono a rischio di "big one", un evento di potenziale proporzione distruttiva. In molte nazioni con caratteristiche simili la popolazione è addestrata all'idea e anche sul territorio nazionale frequentemente, soprattutto nelle scuole, si fanno simulate di sgomberi rapidi e si apprendono tecniche di sopravvivenza. Culturalmente in questi territori la previsione di un sisma è un evento considerato possibile. Malgrado ciò, quando esso si verifica, un gran numero di persone sviluppa una sintomatologia d'ansia e problemi ad essa secondari.

Le patologie più note a seguito di eventi sismici di ragguardevole entità riguardano sindromi descritte dal Dsm IV come:

- il disturbo post traumatico da stress;
- il disturbo acuto da stress;
- il disturbo d'ansia generalizzata;
- il disturbo di panico con o senza agorafobia.

In queste sindromi prevale la componente ansia con i suoi correlati biologici e cenesopatici. Le complicanze ed i problemi secondari accessori riguardano principalmente i disturbi depressivi e l'abuso di alcol, psicofarmaci e droghe.

IL DISTURBO POST - TRAUMATICO DA STRESS

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

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

La sintomatologia insorge di norma ad evento terminato. E' noto che durante le esperienze in cui la sopravvivenza è minacciata, sono impiegate le risorse psico-fisiche più idonee a mantenersi in vita. Spesso tale insorgenza si verifica dopo alcune settimane. 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. In questa fase avviene il rilascio di oppioidi endogeni che producono uno stato di attivazione e relativa sedazione. In questa fase la gente si mette in salvo, è attiva, persino di umore euforico. Il disturbo post traumatico da stress (dpts) potrebbe perciò essere interpretato come qualcosa di equivalente alla sospensione degli oppioidi endogeni, iperprodotti all'epoca dell'evento acuto.

Dal punto di vista cognitivo le fasi ipotizzabili riguardano:

- 1 - l'evento di eccezionale gravità (es. un sisma);
- 2 - il sovraccarico del sistema di processazione delle informazioni;
- 3 - la "tempesta" emozionale con i suoi correlati biologici durante la fase acuta;
- 4 - due ordini di reazioni:
 - 4a - a livello centrale un'iperallerta del S.N. con iperattivazione (tachicardia, tensione muscolare,

sbalzi pressori, esagerata reattività psicofisica alla rievocazione, insonnia, alterata funzionalità immunitaria.etc.)

4b - a livello di pensiero un blocco della consueta processazione delle informazioni.con pensieri intrusivi e, a livello comportamentali, sintomi di evitamento che non trattati tendono a generalizzarsi per analogia. La triade sintomi di evitamento, iperattivazione, pensieri intrusivi, costituiscono i presupposti per il dpts.

ORGANIZZARE UN INTERVENTO

Malgrado l'addestramento di talune popolazioni il cui territorio è ad alto rischio, la gente per un desiderio di normalità tende diffusamente a rimuovere o reprimere l'evento o la sua prospettiva temporale. Questa sorta di oblio è conosciuto dai cardiologi che devono addestrare il post infartuato ad un regime dietetico e comportamentale nuovo. La tendenza a rientrare nel proprio consueto stile di vita, può vanificare la rilevanza delle prescrizioni. Molti si aggrappano alla fatalità degli eventi per evitare cambiamenti ritenuti difficoltosi. C'è poi da dire che di norma l'addestramento delle popolazioni a rischio sismico non si interessa particolarmente delle reazioni emotive, della loro conoscenza e delle modalità per prevenire la sintomatologia.

In realtà il trattamento del dpts e per le sindromi d'ansia ov'è presente l'evitamento, dovrebbero mirare rapidamente alla riprocessazione dell'esperienza entro schemi cognitivi ed emozionali più adeguati.con una lettura più funzionale della comprensione dell'evento sismico, delle sue caratteristiche, delle sue probabilità, senza incentrare su di esso - una volta verificatosi il trauma - l'intera esistenza. Cosa che avviene frequentemente nella sindrome descritta con la dilatazione emotiva di ricordi, sogni e sensazioni dell'esperienza traumatica.

Le aziende sanitarie assieme agli enti locali ed alla Protezione civile in quei territori pre-definiti "a rischio" potrebbero.assieme alle altre misure.organizzare dei progetti per il trattamento degli psico-traumi con due modalità, una preventiva (pre-evento) dedicata a tutta la popolazione, anche attraverso depliant e materiale illustrativo che spieghi cos'è, come si struttura una reazione d'ansia e cosa si può fare.evitando abusi di alcolici e benzodiazepine. L'altra (post-evento) attraverso una task force di impiego rapido per trattare in gruppo soggetti che manifestano i primi segnali di un dpts.

Si tratta di progetti non complessi, modulari, ove possono essere impiegate varie figure professionali, dal sismologo, allo psichiatra, allo psicologo, sino al volontario che magari ha già avuto problemi simili, superandoli. Le tecniche più efficaci nella nostra esperienza sono risultate quelle cognitive - comportamentali, ed in particolare la teoria razionale, comportamentale ed emotiva (rebt) di Albert Ellis.utile per la sua generale comprensibilità e per la confutazione delle idee irrazionali che gestiscono o si associano alle reazioni ansiose.

UN'ESPERIENZA

Nella nostra esperienza abbiamo lavorato nel post evento sismico. Abbiamo trattato un gruppo di 43 soggetti,divisi in gruppi omogenei per livello culturale. Costoro presentavano la sintomatologia tipica del dpts, non tutti in maniera conclamata.Ad ogni gruppo sono stati dedicati venti incontri al ritmo di due alla settimana. Dei 43 soggetti 32 erano di sesso femminile. L'età variava dai 22 ai 57 anni. Nel 35 per cento dei casi l'anamnesi risultava positiva ad episodi di ansia, abuso di sostanze o fenomeni depressivi. All'inizio del setting è stato somministrato un questionario di autovalutazione dell'ansia, alla fine nuovamente. Il setting ha mostrato un miglioramento generale nel 75 per cento dei casi. Il restante 25 per cento è stato avviato ad un trattamento farmacologico e psicoterapeutico individuale. Ad otto mesi di tempo i risultati si sono mantenuti positivamente stabili per i tre parametri considerati (assenza di accessi d'ansia, problemi relazionali, abuso di farmaci o sostanze) nel 70 per cento dei casi.

I soggetti venivano addestrati a comprendere il significato di una reazione d'ansia, le sue manifestazioni e il significato soggettivamente attribuito ai sintomi. Il campione trattato apprendeva tecniche alternative alla reazione automatica, lavorando sul modo di pensare e sulla possibilità di trovare alternativa alla risposta, secondo il modello S-O-R, in cui O è il soggetto che filtra lo stimolo, dando quindi una risposta che in gran parte dipende da fattori storici ed attuali personali appresi e che quindi possono essere modificati opportunamente. I soggetti apprendevano inoltre tecniche di rilassamento per addestrarsi in qualsiasi luogo a contrastare i principali sintomi.

BENEFICI E PROSPETTIVE DI UN INTERVENTO PRECOCE

I benefici di un trattamento di questo tipo non sono solo soggettivi, ma anche sociali. Intanto chi soffre lavora male e poco, si assenta, chiede esami clinici, analisi, accertamenti strumentali, persuaso di dover trovare un riscontro organico. Inoltre i rapporti familiari e sociali si deteriorano ed oggettivamente la vita relazionale si impoverisce, favorendo i fenomeni depressivi di tipo secondario. Come già accennato, in taluni casi si intensificano i consumi di alcolici, psicofarmaci e sostanze stupefacenti, così che l'effetto patologico del dpts si irradia ad altre forme morbose che complicano il disturbo originario. Il trattamento precoce, rapido e attraverso gruppi, previene la strutturazione e la cronicizzazione di quadri clinici trascurati, sottovalutati, trattati unicamente con psicofarmaci. Nella nostra esperienza e per tutto il campione considerato, questo consumo s'è mantenuto a minimi livelli, nel rispetto delle prescrizioni in alcuni casi ritenuti utili, quanto meno nella fase iniziale del trattamento.

Se le calamità naturali sono specificità del nostro territorio, la capacità di far fronte a queste emergenze non può unicamente riferirsi ai soccorsi salva vita. Anche altri eventi drammatici, innescati dall'evento, si manifesteranno in modo silente ma inesorabile in una fetta considerevole della popolazione colpita. La capacità di far fronte al disastro dopo il disastro riteniamo sia possibile. Serve solo una maggiore attenzione a ciò che non si vede subito, eppure esiste. Che di norma è tutto ciò che è psicologico. Molti individui non intendono abbattersi, autocommiserarsi, piegarsi all'incapacità di reagire. A costoro una collettività civile ha il dovere di offrire gli strumenti per non portarsi dentro le cicatrici di una catastrofe naturale verificatasi molti anni prima.

BIBLIOGRAFIA

- Cesare De Silvestri - I fondamenti teorico-clinici della Ret - Atrofabis 1981.
- Liliana Dell'Osso e Giacomo Canepa - Diagnosi psichiatrica e DSM - Giuffrè ed. 1989
- Paolo Pancheri - Stress emozione e malattia - Mondadori 1980
- Roberto Cafiso - Sindrome post traumatica da stress: follow up dei soggetti trattati.
- Perry R.W., Lindell M.K. - The psychological consequences of natural disasters: a review of research on American communities - Mass emergencies, vo.3, nn.2-3, pp. 105-117 (1987).
- Kates R. W. e altri - Human impact of the Mangua earthquake - In Science, n. 182, pp. 981-990 (1973).

AUTORE

Roberto Cafiso è responsabile del servizio di psicologia dell'AsI 8 di Siracusa. Autore di diversi articoli su questa rivista sui fenomeni d'abuso, da anni studia ed opera nel campo della psicologia dell'emergenza su un territorio ad alto rischio sismico. I suoi interessi sono inoltre centrati sui fenomeni del burn out e del mobbing in ambito sanitario. -



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)