

Scosse nella mente: gli effetti dei disastri naturali sulla salute psicologica del Sud del Mondo.*

Caso studio: lo stress post-traumatico in Nepal.

L'importanza della cura psico-sociale delle popolazioni vittime di catastrofi naturali anche a distanza di molti mesi dall'evento traumatico.

* Questo studio è stato pensato e supervisionato da Beppe Pedron, che ha curato anche la redazione finale del testo. Teresa Sassu ha collaborato nella fase di impostazione ed ha curato la distribuzione e raccolta dei questionari.

Sommario

Sommario Esecutivo.....	3
Prefazione	4
Cos'è il PTSD.....	4
Non solo PTSD	6
Metodologia.....	7
Lo strumento d'indagine.....	7
Il campione di popolazione.....	8
Area geografica	8
Modalità di somministrazione	9
Risultati	10
Nell' ultimo mese, quante volte si è sentito/a disturbato/a dal seguente problema? ..	11
Discussione dei risultati.....	14
Gli interventi.....	16
Il supporto psicologico alle "vittime" di PTSD.....	16
Terapia cognitivo-comportamentale.....	16
EMDR (Eyes Movement Desensitization and Reprocessing).....	17
Counselling non direttivo	17
Terapie psicodinamiche.....	17
La resilienza e l'approccio Psico & Sociale.....	17
La prevenzione del PTSD e delle patologie da stress in generale: interventi possibili ...	18
Conclusioni	20

Abbreviazioni

DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali)

HIV/ AIDS - human immunodeficiency virus/ acquired immune deficiency syndrome

ICD – International Classification of Diseases

OMS – Organizzazione Mondiale della Sanità

Sommario esecutivo

Durante la gestione delle emergenze, i soccorritori, siano essi governativi, non governativi o privati, si concentrano sui beni di prima necessità, sulla salute fisica, sulla ricostruzione delle abitazioni e sul recupero dei mezzi di sussistenza, lasciando invece in secondo piano la salute mentale, individuale e comunitaria. Sebbene ciò sia comprensibile in un'ottica di privilegiare le necessità fisiche delle popolazioni colpite particolarmente nelle primissime ore e giorni dall'evento calamitoso, lo diventa meno in un secondo momento, laddove studi dimostrano quanto la presa in carico della salute mentale post-traumatica sia necessaria per un equilibrio individuale e comunitario. L'affiancare quasi immediatamente ai soccorritori anche personale specializzato in psicologia d'emergenza e il sostanziare le attività di fornitura di generi alimentari, di servizi sanitari e abitativi, con interventi psicologici, sociali e, in caso di necessità, psichiatrici, è doveroso per evitare il protrarsi di sintomatologie post-traumatiche anche a mesi di distanza dalle catastrofi.

I risultati che vengono analizzati dimostrano la necessità di dare maggiore importanza – che significa maggiore investimento economico, maggiore attenzione alle professionalità specifiche sul campo e maggiore coordinamento tra gli attori degli interventi umanitari – alla salute mentale nel post-disastro al fine di costruire, insieme alle abitazioni a prova di catastrofe, anche rifugi mentali sicuri.

A due anni dal terremoto, infatti, lo studio condotto evidenzia come la sintomatologia derivante dallo stress post traumatico, seppure nell'impossibilità di fare una diagnosi certa, sia ancora presente e influisca sulla vita quotidiana delle persone.

Se sono bassi i sintomi soggettivi, legati al senso di colpa o ai pensieri svalutanti su di sé -del tutto in linea con il quadro culturale della società nepalese -, sono invece sempre superiori al 60% i sintomi legati ai pensieri intrusivi, a vissuti emotivi disturbanti e ai cambiamenti comportamentali soggettivi.

La popolazione femminile sembra la più colpita ma sorprende come, di fronte ad un evento così forte e devastante, anche la popolazione di sesso maschile – culturalmente e socialmente più immune a queste dinamiche – sia ancora significativamente segnata dalla catastrofe.

I giovani, nella fascia d'età tra i 16 e i 24 anni, risultano essere i soggetti più resilienti, quelli con più risorse per rispondere alla crisi, mentre gli adulti, tra i 30 e i 50 anni, risentono più di tutti degli effetti psicologici del terremoto.

Prefazione

Il presente documento completa e approfondisce il Dossier con Dati e Testimonianze (DDT) “Il terremoto dentro” che fotografa la realtà della salute mentale delle vittime dei terremoti in Nepal del 25 Aprile e 12 Maggio 2015. In questo *addendum* viene spiegata in modo più dettagliato la ricerca di campo che sta alla base dell’indagine presentata nel DDT con indicazione dello strumento d’indagine utilizzato, modalità di somministrazione dello stesso, campionamento e le possibili terapie per la risoluzione dei sintomi da stress conseguente alle catastrofi naturali.

Una descrizione più approfondita degli approcci comunitari, della necessità di un lavoro di rete tra professionisti diversi, delle caratteristiche individuali e ambientali e della letteratura che sostanzia gli interventi terapeutici è contenuta nel DDT.

I due strumenti, infatti, pur essendo sufficientemente esaustivi anche se letti singolarmente, sono stati pensati come complementari e chiarificatori l’uno dell’altro.

Cos’è il PTSD

La sindrome da stress post-traumatico (PTSD) è un disturbo che nasce in seguito a un evento traumatico, calamitoso, quale uragano, terremoto, tsunami o incidentale di varia natura e si caratterizza per una serie di sintomi psicologici e comportamentali che influenzano, poi, anche la sfera fisica. Possono esserne vittime sia le persone direttamente coinvolte ma anche altre che assistono da lontano alla scena o sentono i racconti relativi all’evento traumatico stesso.

I sintomi della sofferenza psicologica che accompagna il disturbo da stress post-traumatico sono molti e sfaccettati ma, secondo i manuali di diagnostica, perché la sindrome possa essere diagnosticata con certezza sono necessarie alcune caratteristiche, tra le quali:

- l’esposizione a un trauma, sia esso reale o riferito, avvenuto o anche solo minacciato;
- presenza di sintomi intrusivi: in seguito all’evento la persona soffre di ricordi ricorrenti, pensieri ripetitivi e sensazione di rivivere l’incidente;
- evitamenti degli stimoli associati all’evento traumatico: le persone cercano di evitare luoghi, persone ed emozioni che ricordino il trauma;
- variazioni importanti della sfera emotiva: emozioni negative legate a sé (senso di colpa, sfiducia, depressione), eccessi emotivi (rabbia, tristezza) che generano anche pensieri distorti sulla realtà.

La sindrome da stress post-traumatico è una patologia relativamente nuova che nasce, in termini di classificazione diagnostica, solo dopo la guerra del Vietnam per rispondere, anche relativamente ai compensi assicurativi, ai numerosissimi veterani che rientrano traumatizzati e feriti nella psiche. Secondo la quinta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali (DSM-5¹), per la diagnosi di PTSD è necessario che si trovi riscontro ai seguenti criteri:

¹ Il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM) è lo strumento più usato dagli psichiatri e psicologi di tutto il mondo e di ogni cultura per la diagnosi delle patologie e dei disturbi mentali. Si tratta di uno strumento che classifica più di 370 disturbi mentali e indica le modalità e i criteri diagnostici in base alla statistica e alla ricorrenza dei sintomi. La prima edizione – il DSM I – risale al 1952; l’ultima edizione, il DSM V, è del 2013. Pur essendo la cosiddetta “bibbia della psichiatria”, il DSM non è uno strumento perfetto e non mancano le critiche: tra di esse quella di essere eccessivamente rigido – nonostante l’ultima versione sia migliorata sotto questo aspetto – in relazione ai “cut-off” e all’approccio statistico e quella di essere manovrato dalle multinazionali del farmaco. Infatti, alcuni

Criterio A. La persona è stata esposta ad un evento traumatico nel quale erano presenti entrambe le caratteristiche seguenti:

1) la persona ha vissuto, ha assistito, o si è confrontata con un evento o con eventi che hanno implicato morte, o minaccia di morte, o gravi lesioni, o una minaccia all'integrità fisica propria o di altri;

2) la risposta della persona comprendeva paura intensa, sentimenti d'impotenza, o di orrore. Nei bambini questo può essere espresso con comportamento disorganizzato o agitato.

Criterio B. L'evento traumatico viene rivissuto persistentemente in uno (o più) dei seguenti modi:

1) ricordi spiacevoli ricorrenti e intrusivi dell'evento, che comprendono immagini, pensieri, o percezioni. Nei bambini piccoli si possono manifestare giochi ripetitivi in cui vengono espressi temi o aspetti riguardanti il trauma;

2) sogni spiacevoli ricorrenti dell'evento. Nei bambini possono essere presenti sogni spaventosi senza un contenuto riconoscibile;

3) agire o sentire come se l'evento traumatico si stesse ripresentando (ciò include sensazioni di rivivere l'esperienza, illusioni, allucinazioni, ed episodi dissociativi di flashback, compresi quelli che si manifestano al risveglio o in stato d'intossicazione). Nei bambini piccoli possono manifestarsi rappresentazioni ripetitive specifiche del trauma;

4) disagio psicologico intenso all'esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simbolizzano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento traumatico;

5) reattività fisiologica o esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simbolizzano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento traumatico.

Criterio C. Evitamento persistente degli stimoli associati con il trauma e attenuazione della reattività generale (non presenti prima del trauma), come indicato da tre (o più) dei seguenti elementi:

1) sforzi per evitare pensieri, sensazioni o conversazioni associate con il trauma;

2) sforzi per evitare attività, luoghi o persone che evocano ricordi del trauma;

3) incapacità di ricordare qualche aspetto importante del trauma;

4) riduzione marcata dell'interesse o della partecipazione ad attività significative;

5) sentimenti di distacco o di estraneità verso gli altri;

6) affettività ridotta (per es. incapacità di provare sentimenti di amore);

7) sentimenti di diminuzione delle prospettive future (per es. aspettarsi di non poter avere una carriera, un matrimonio o dei figli, o una normale durata della vita).

Criterio D. Sintomi persistenti di aumentato *arousal* (non presenti prima del trauma), come indicato da almeno due dei seguenti elementi:

1) difficoltà ad addormentarsi o a mantenere il sonno;

2) irritabilità o scoppi di collera;

3) difficoltà a concentrarsi;

4) iper-vigilanza;

5) esagerate risposte di allarme.

degli scienziati che si sono occupati della stesura dei manuali avevano ed hanno rapporti diretti con le potentissime industrie del farmaco. Al DSM, nella diagnosi e nella classificazione delle patologie, si affianca, o meglio esiste come alternativa, l' ICD – International Classification of Diseases – pubblicato dall'OMS e che ha una portata più ampia in quanto classifica tutte le patologie e non solo quelle psichiatriche. Spesso i criteri diagnostici dei due manuali si sovrappongono, particolarmente nelle loro ultime versioni, e così le classificazioni, mentre differiscono il raggruppamento dei comportamenti e l'approccio diagnostico.

Criterio E. La durata del disturbo (sintomi ai Criteri B, C e D) è superiore a 1 mese.

Criterio F. Il disturbo causa disagio clinicamente significativo o menomazione nel funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti.

Criterio G. Il disturbo non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza come ad esempio farmaci o alcol o a un'altra condizione medica.

A seguito di un evento stressante, oltre a sviluppare un PTSD, si possono manifestare anche sintomi dissociativi non attribuibili agli effetti fisiologici di una sostanza o ad un'altra condizione medica. Questi sintomi dissociativi possono riguardare:

- la depersonalizzazione: ci si può sentire distaccati dai propri processi mentali come se si fosse un osservatore esterno al proprio corpo;
- la derealizzazione: si possono avere persistenti o ricorrenti esperienze di irrealtà dell'ambiente circostante (ad esempio il mondo intorno sembra irrealistico, onirico, distante o distorto).

La depersonalizzazione e la derealizzazione rappresentano delle strategie difensive anche per i bambini che crescono in ambienti violenti, traumatizzanti, che producono paura e senso di impotenza costante², e, come da oggetto del nostro studio, per le vittime di eventi calamitosi-traumatici. L'ingresso in uno di questi due stati durante l'esperienza traumatica, infatti, rappresenta una strategia di regolazione e di fronteggiamento dell'intensa attivazione fisiologica che si presenta nel momento in cui la vittima (quando è ancora consapevole di ciò che le sta accadendo) inizia ad elaborare gli stimoli e le informazioni ambientali che vengono interpretati come pericolosi e fonte di sofferenza. Questa risposta difensiva che si scatena durante l'evento traumatico, nel corso del tempo, sarà poi generalizzata ed estesa ad altre situazioni e stimoli associati (ma anche non associati) al trauma passato.³

Non solo PTSD

La sindrome da stress post traumatico è solo una delle più frequenti⁴ tra le patologie mentali che derivano dai disastri naturali ma non l'unica. Molto spesso, le persone che sviluppano un PTSD presentano anche altre problematiche. L'80% degli individui con PTSD può avere anche altri disturbi mentali⁵ come ansia, depressione, disturbi del comportamento alimentare, problemi di sonno, somatizzazione, abuso di sostanze e altre dipendenze comportamentali.

Inoltre, è frequente l'associazione con il Disturbo Dissociativo dell'Identità (DDI) e con i disturbi di personalità, in particolare con il Disturbo Borderline di Personalità (DBP), con il Disturbo Evitante di Personalità (DEP), con il Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità e il Disturbo Narcisistico di Personalità (DNP).

Se poi una buona parte della popolazione, come dimostra la realtà, non sviluppa PTSD in senso stretto (ovvero la loro condizione non risponde e non rientra nei criteri sopra citati o non li soddisfa nel numero sufficiente per la diagnosi, come da indicazioni diagnostiche del DSM-5), presenta comunque chiari segni e sintomi di stress elevato con manifestazioni comportamentali quali:

² Spiegel, D., Loewenstein, R. J., Lewis-Fernández, R., Sar, V., Simeon, D., Vermetten, E., & Dell, P. F. (2011). Dissociative disorders in DSM-5. *Depression and anxiety*, 28(12), E17-E45.

³ Lanius, R. A., Brand, B., Vermetten, E., Frewen, P. A., & Spiegel, D. (2012). The dissociative subtype of posttraumatic stress disorder: Rationale, clinical and neurobiological evidence, and implications. *Depression and anxiety*, 29(8), 701-708.

⁴ Hang, W., Liu, H., Jiang, X., Wu, D., & Tian, Y. (2014). A longitudinal study of posttraumatic stress disorder symptoms and its relationship with coping skill and locus of control in adolescents after an earthquake in China. *PloS one*, 9(2), e88263.

⁵ APA (2013), come citato in Dziegielewska, S. F. (2014). *DSM-5 in Action*. John Wiley & Sons.

- ansia;
- paura generalizzata;
- senso d'insicurezza;
- rabbia e aggressività;
- apatia;
- disturbo da stress acuto.⁶

Metodologia

Lo strumento d'indagine

In mancanza di dati precisi e accurati dopo i terremoti del 2015, e in presenza di numerosi segnali circa un accresciuto disagio tra le comunità colpite, si è ritenuto opportuno promuovere un'indagine nuova e indipendente utilizzando uno strumento accreditato quale il PCL-5. Lo stesso, per poter essere somministrato alla popolazione nepalese, è stato tradotto a livello lessicale e semantico e somministrato attraverso interviste dirette a un campione scelto tra le comunità colpite. Lo strumento non ha lo scopo immediato, nè è stato da noi somministrato con questa finalità, di diagnosticare, in senso clinico, la presenza di sindrome da stress post-traumatico, ma di fotografare la realtà della salute e della serenità degli abitanti del Nepal, a quasi due anni di distanza dai sismi. Si è scelto, vista la vastità del sisma e il fatto che lo stesso abbia colpito “a tappeto” i distretti interessati, di somministrare il test a un campione eterogeneo di popolazione. Si è deciso di utilizzare, tra le diverse possibilità, il PCL 5 Standard che si basa sui criteri diagnostici del DSM-5. Lo strumento è composto di 20 domande (item) a cui l'intervistato dà una risposta scegliendo su una scala multipla di possibilità. Il test richiede un tempo di auto-somministrazione di al massimo 10 minuti e si riferisce ai sintomi sperimentati nel mese precedente all'intervista in relazione all'evento traumatico. Rispetto alla sua versione originale ed approvata, si è deciso di modificare il test riducendo la scale delle risposte da 5 (Per niente, Un po', Moderatamente, Abbastanza, Estremamente) a 3 (Per niente, Abbastanza, Estremamente) e ciò perchè, in seguito alla somministrazione ad un primo gruppo di controllo si è verificato che lo stesso non fosse in grado – per fattori culturali, di traduzione e di attenzione – di rispondere con la necessaria concentrazione a tutte le 20 domande, essendo le scelte multiple eccessivamente complicate. Il processo di adattamento dello strumento al contesto locale si chiama traduzione trans-culturale⁷ ed è diviso in 5 passi:

- traduzione dello strumento dall'inglese al nepalese;
- revisione della traduzione ad opera di un professionista, bilingue, della salute mentale;
- valutazione degli *items* ad opera di un gruppo di controllo;
- contro-traduzione “cieca” ad opera di un professionista della salute mentale non avvezzo allo strumento d'indagine;
- test pilota con un gruppo di controllo.

⁶ “I criteri per il disturbo da stress acuto sono simili a quelli elencati in precedenza per il disturbo da stress post-traumatico. [...] Le persone che riportano 9 dei 14 sintomi nelle cinque categorie di intrusione, umore negativo, dissociazione, evitamento ed *arousal* potrebbero avere una diagnosi di disturbo da stress acuto. I sintomi devono iniziare entro 3 giorni – dal trauma (N.d.A.) – e durare per un mese perché sia posta tale diagnosi.” Reichenberg, L. W. (2015). *DSM-5: l'essenziale*. Raffaello Cortina Editore.

⁷ Van Ommeren, M., Sharma, B., Thapa, S., Makaju, R., Prasain, D., Bhattarai, R., & de Jong, J. (1999). Preparing instruments for transcultural research: use of the translation monitoring form with Nepali-speaking Bhutanese refugees. *Transcultural Psychiatry*, 36(3), 285-301.

Come da procedura accreditata, il questionario è stato tradotto nella lingua locale – il *Nepali* - dagli studenti di psicologia dell'Università di Kathmandu sotto la supervisione del loro docente di riferimento e poi somministrato ad un altro gruppo di controllo misto. Lo stesso era composto di uomini e donne, vittime dirette e non del terremoto, persone con livelli d'istruzione diversa e impegno professionale vario, provenienti da almeno tre diverse località del Paese. Dopo gli opportuni aggiustamenti lessicali e la validazione da parte del gruppo di controllo il test è stato somministrato al campione di popolazione scelto⁸.

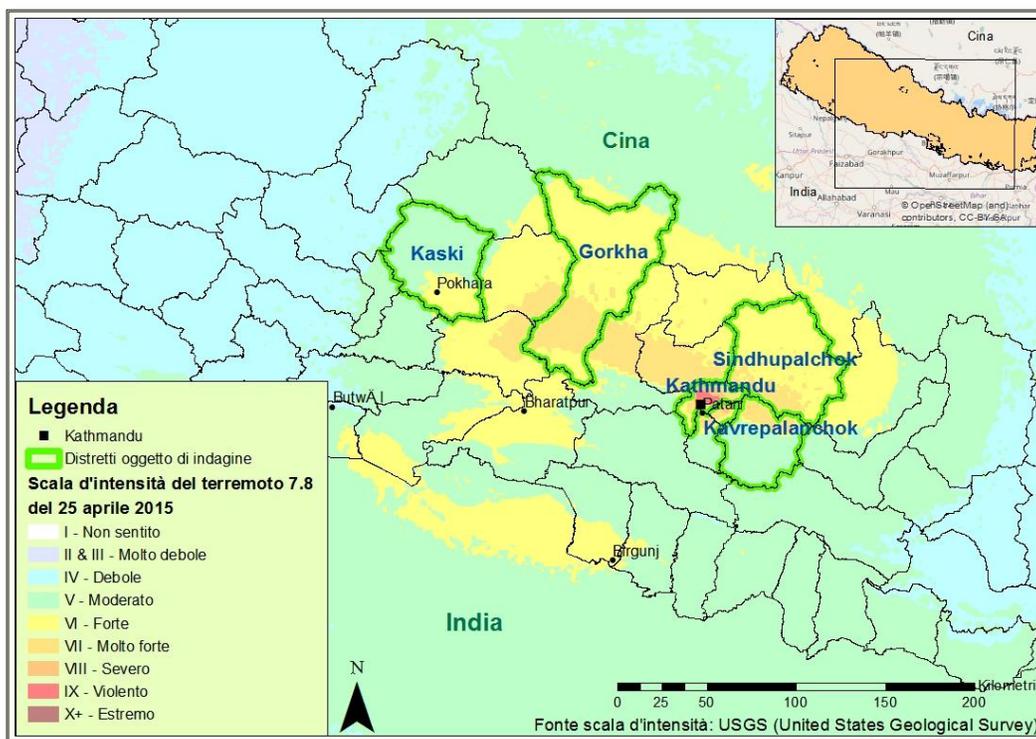
Il campione di popolazione

E' stato scelto un campione non randomizzato di popolazione quanto più eterogeneo possibile dove l'unico criterio di selezione è stato l'essere vittime dirette del sisma.

I test sono quindi stati somministrati a 270 persone di provenienza dai distretti di Gorkha, Kathmandu, Kaski, Kavrepalanchowk e Sindhupalchowk, di estrazione sociale varia, di genere misto, età compresa tra i 12 e i 75 anni, coniugati e non, sia con defunti nel sisma all'interno della famiglia diretta, sia senza casi di familiari deceduti nel terremoto.

Tra i 270 intervistati, inoltre, vi sono rappresentati appartenenti alle diverse etnie maggiormente rappresentate nei territori colpiti dai sismi.

Area geografica



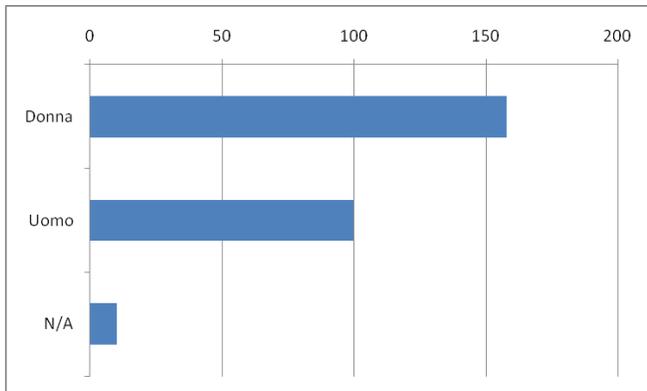
⁸ La parte relativa alla contro-traduzione cieca non è stata svolta principalmente per un fattore di tempo.

Modalità di somministrazione

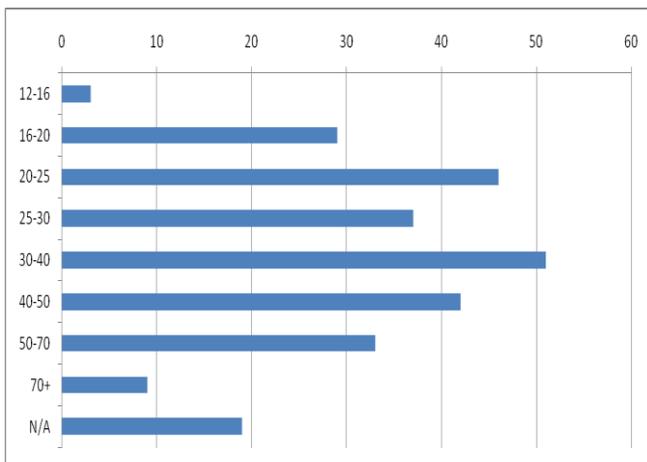
I questionari, per propria natura auto-somministrabili, sono stati proposti alle popolazioni da parte di operatori del settore psico-sociale di Caritas Nepal o di altre organizzazioni ad essa collegate. In questo modo, da un lato si è salvaguardata la tipologia dello strumento che non prevede lettura di gruppo degli *items* o spiegazione approfondita degli stessi ma, grazie alla presenza del personale di campo, si è anche assicurata l'assistenza in caso di mancata comprensione delle domande o della scala di autovalutazione. Gli operatori, dal canto loro, erano stati istruiti sulla natura e lo scopo del test ma anche sul fornire meno indicazioni possibili in modo da non influenzare le risposte. I questionari, quindi, sono stati portati sul campo, raggiungendo le popolazioni nelle loro abitazioni o in centri comunitari di villaggio, somministrati e ritirati al momento stesso, per poi essere codificati e registrati.

Risultati

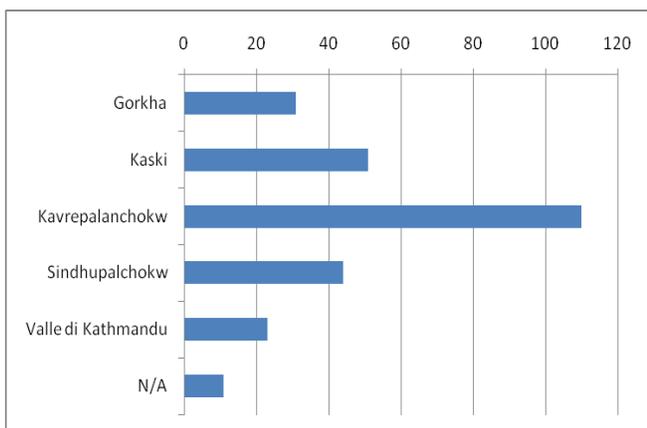
I grafici che seguono indicano con molta chiarezza le risposte ottenute dalla somministrazione del PCL 5 e anche permettono di capire l'impatto che il sisma ha ancora sulla popolazione del Nepal. Analizziamo una domanda alla volta, dopo aver fatto una rapida carrellata sul campione di popolazione intervistato.



Genere



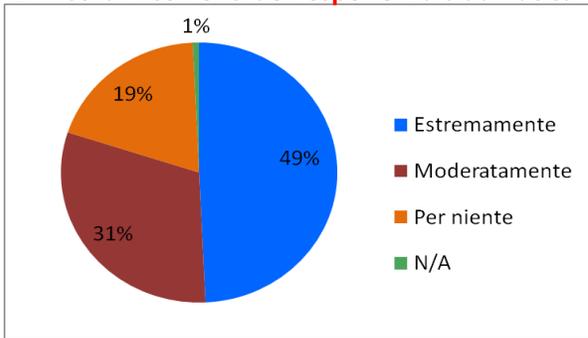
Età degli intervistati



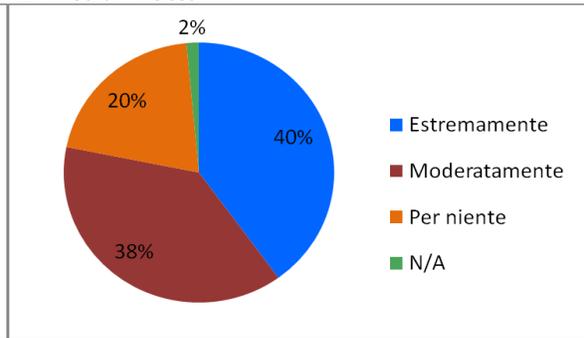
Distretto di provenienza degli intervistati

Nell'ultimo mese, quante volte si è sentito/a disturbato/a dal seguente problema?

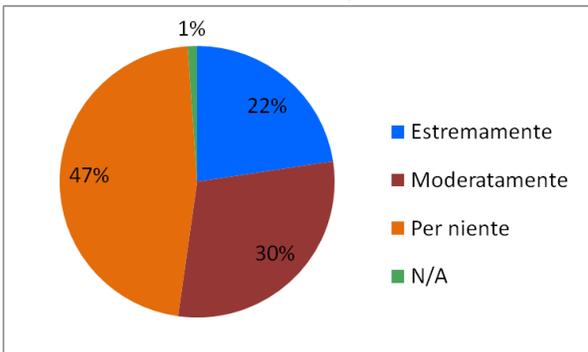
1. Ricordi ricorrenti dell'esperienza traumatica



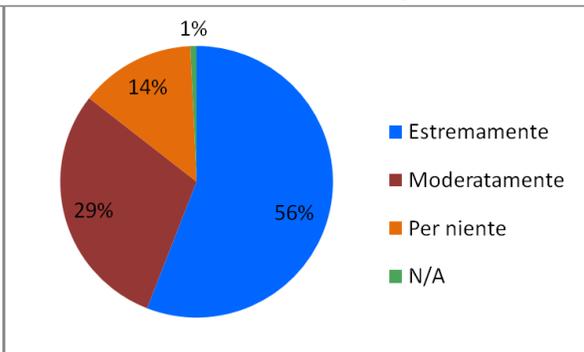
2. Incubi notturni



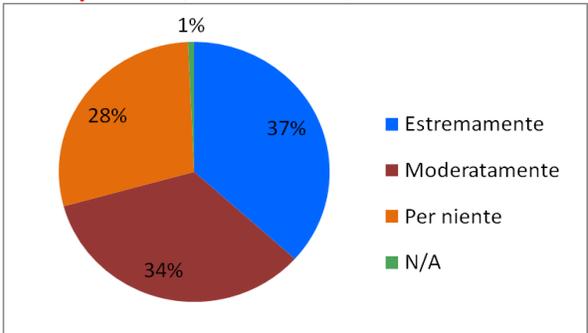
3. Sensazione di rivivere l'esperienza traumatica



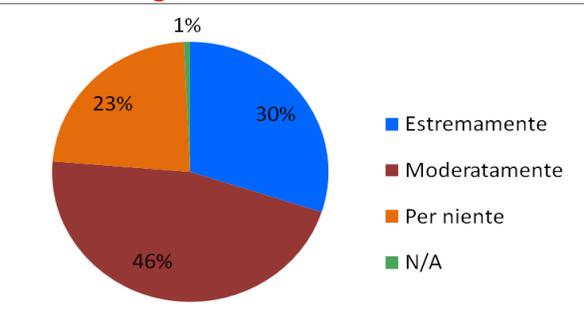
4. Nervosismo nel ricordare l'esperienza



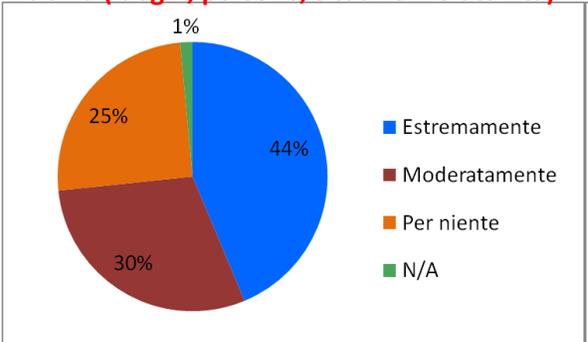
5. Palpitazioni, sudorazione, fiato corto



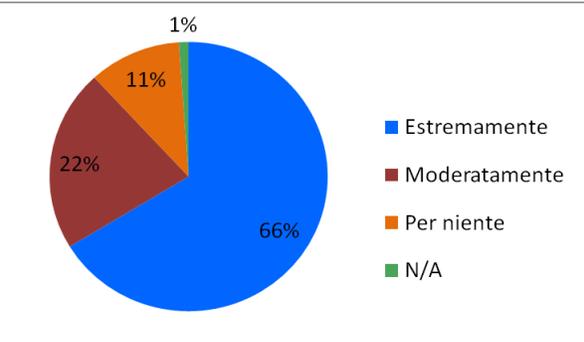
6. Evitamento di pensieri, sensazioni e ricordi legati al sisma



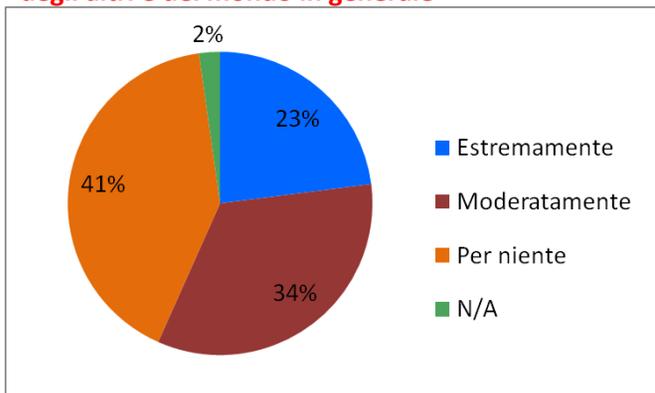
7. Evitamento di stimoli esterni che ricordassero il sisma (luoghi, persone, situazioni o attività)



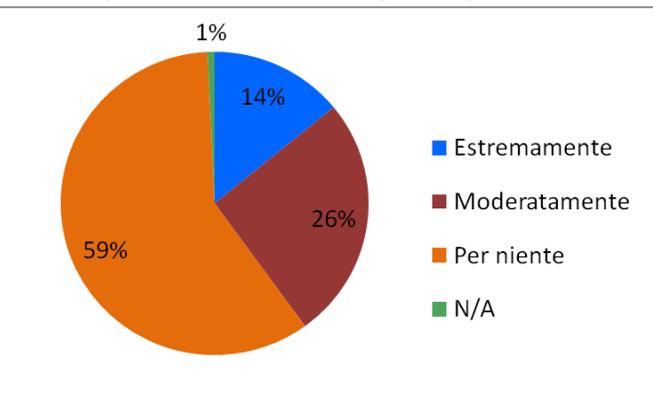
8. Difficoltà a ricordare parti dell'esperienza



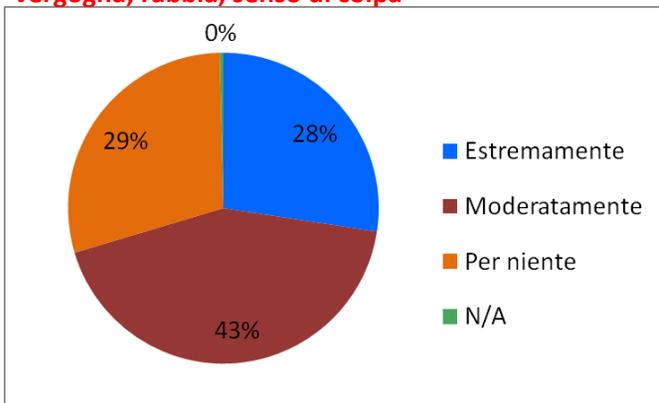
9. Percezione negativa de sé, degli altri e del mondo in generale



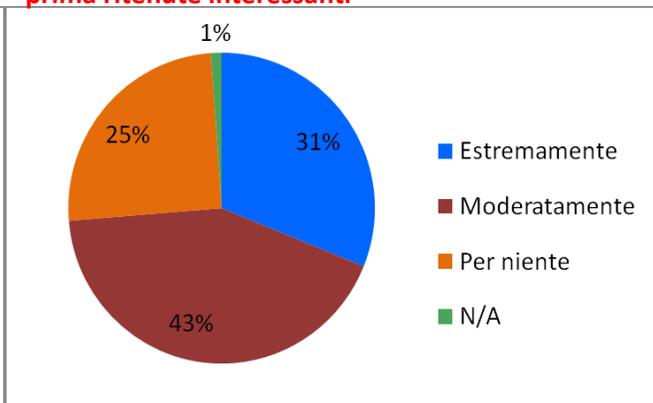
10. Colpevolizzare sé stessi e gli altri per l'accaduto



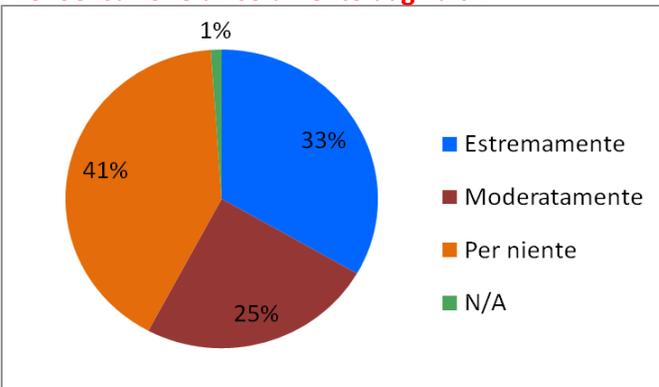
11. Provare forti emozioni negative come paura, vergogna, rabbia, senso di colpa



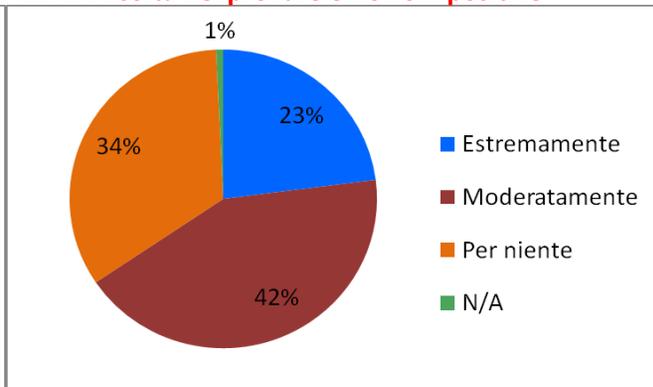
12. Perdita di interesse verso attività prima ritenute interessanti



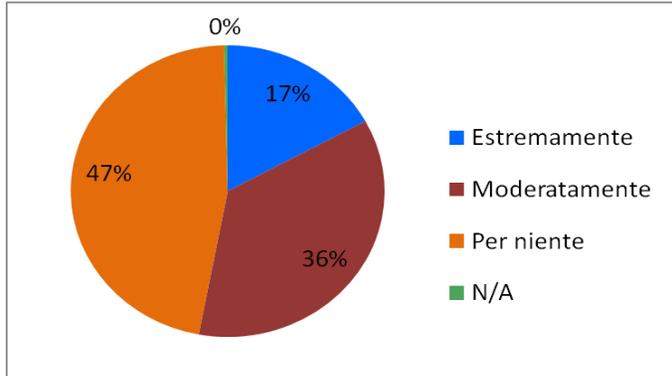
13. Sensazione di isolamento dagli altri



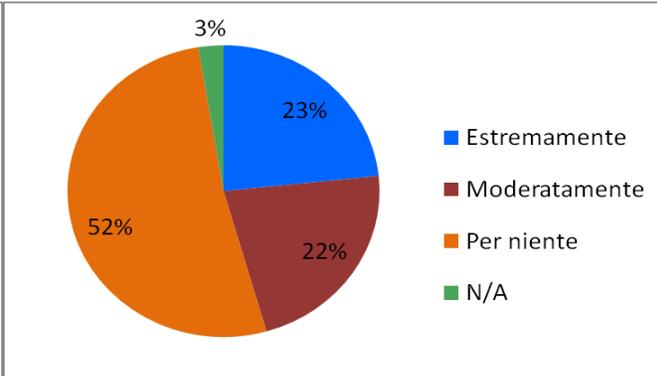
14. Difficoltà nel provare emozioni positive



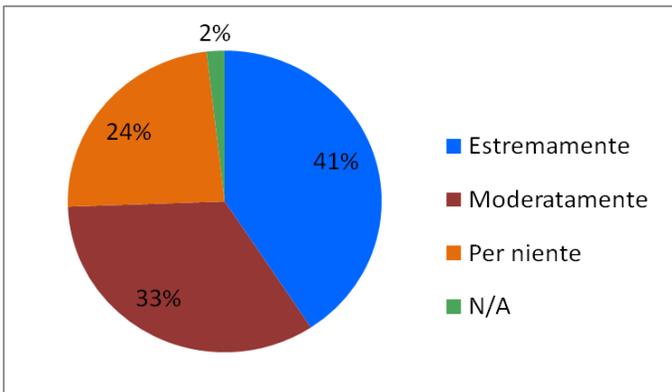
15. Comportamento irritabile, eccessi d'ira o agiti aggressivi



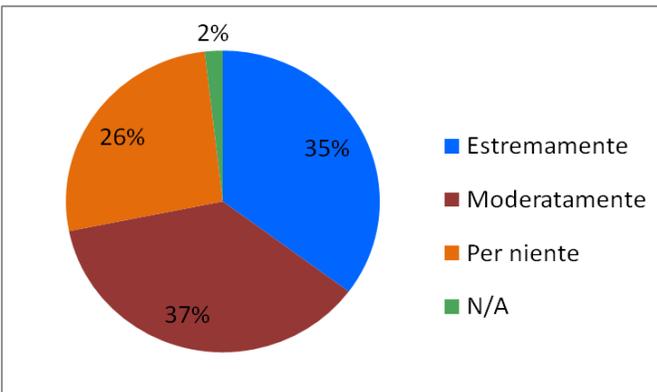
16. Agire in modo troppo rischioso o fare cose che potrebbero arrecarti danno



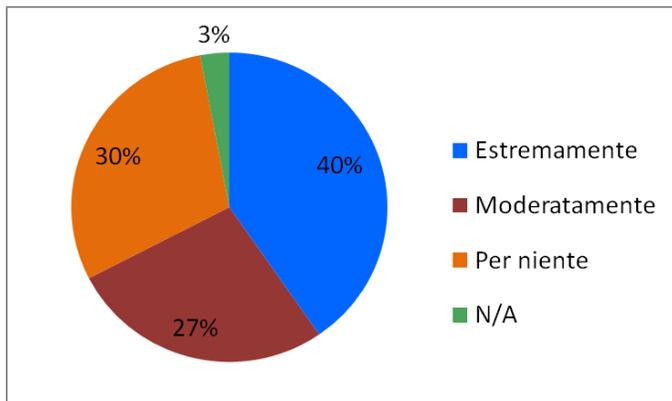
17. Essere iper-vigilante



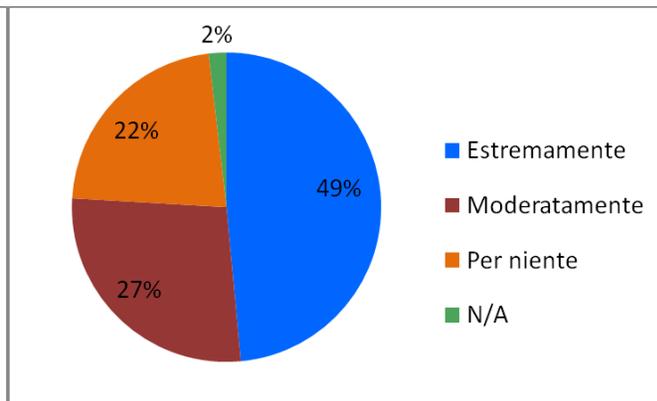
18. Sentirsi facilmente spaventato ed eccitabile



19. Difficoltà di concentrazione



20. Difficoltà nell'addormentarsi e insonnia



Discussione dei risultati

Dai dati raccolti non è possibile ricavare una diagnosi o, ancor meno, etichettare i rispondenti come malati o affetti da stress post-traumatico. Non è possibile e non è nemmeno lo scopo principale dello strumento (PCL 5) che serve per:

- monitorare i sintomi di stress post traumatico anche prima e dopo un trattamento specifico;
- fare un'analisi a campione sulla sintomatologia dello stress post traumatico;
- fare una diagnosi provvisoria di sindrome da stress post-traumatico.⁹

Chiarito quindi che i risultati dell'indagine non ci permettono di fare alcuna diagnosi certa, si evidenzia però, con chiarezza, che sono ancora presenti, nonostante siano passati quasi due anni dal sisma, numerosi sintomi derivanti dal trauma post-terremoto.

Come mostra la tabella 1, il distretto in cui si registra maggiore presenza di sintomi da stress è quello di Kavre con il 78% dei rispondenti "estremamente" affetti da sintomi da stress. Il fenomeno può essere dovuto al maggiore isolamento delle popolazioni intervistate rispetto a quelle degli altri distretti e al fatto che in quei siti le organizzazioni umanitarie siano arrivate con maggiore ritardo e minore intensità.

La valle di Kathmandu pare essere la meno colpita da stress laddove dei 20 soggetti che hanno risposto al test, il 63% sostiene di non avere affatto sintomi da stress derivanti dal terremoto. E della restante metà solo il 5% si sente "estremamente" colpito. Ancora una volta con ogni probabilità, la vicinanza al centro dei soccorsi e dei servizi di emergenza influisce, in questo caso positivamente, sulla salute mentale delle popolazioni.

La maggior parte delle persone affette da sintomi da stress è di sesso femminile, ad eccezione, ancora una volta di Kavre, in cui i rispondenti di sesso maschile dichiarano maggiore incidenza dei sintomi.

	PER NIENTE		MODERATAMENTE		ESTREMAMENTE		Totale intervistati
	M	F	M	F	M	F	
SINDHUPALCHOCK	34%	31%	7%	24%	3%	0	29
ETÁ MEDIA	41,6	26,8	35,7	17,1	51	0	
KAVRE	1%	0%	15%	6%	35%	43%	95
ETÁ MEDIA	52	0	39,4	39,1	68,06	33,5	
GORKHA	0%	24%	24%	50%	0%	3%	38
ETÁ MEDIA	0	20	34	25,57	0	21	
KASKI	2%	31%	10%	53%	0%	4%	51
ETÁ MEDIA	30	26,1	31,8	23,03	0	24	
KTM VALLEY	10%	53%	2%	40%	0%	5%	20
ETÁ MEDIA	24,5	19,2	20	24,74	0	25	
							233

Tabella 1. Risposte alle 20 domande del questionario per regione.

⁹ Per maggiori informazioni consultare il sito del National Center for PTSD, United States Department for Veterans Affairs, all'indirizzo <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp>

La fascia d'età che più dichiara sintomi da stress è quella dai 30 ai 50 anni, sia per i soggetti di sesso maschile sia per quelli di sesso femminile, seppure è da notare che l'età media dei maschi intervistati è sensibilmente superiore a quella delle femmine.

Le giovani donne sembrano essere le più resilienti con un'alta percentuale di ragazze tra i 16 e i 24 anni che dichiara di non essere "per niente" affetta da sintomi di stress post-traumatico secondo una distribuzione geografica abbastanza omogenea.

Sia per quanto concerne la sfera comportamentale e la modifica della stessa, sia per quanto riguarda quella emotiva e la sua attivazione, le persone che hanno risposto al test fotografano una realtà di alterazione rispetto alle condizioni pre-terremoto che di molto ("estremamente") o di poco ("moderatamente") supera sempre il 50%, con sola eccezione degli *items* 10 e 16 in cui la risposta "per niente" è stata scelta da oltre la metà degli intervistati.

Si registrano picchi elevati per quanto concerne il ricordo dell'esperienza traumatica (*items* 1 e 2), nervosismo ed emozioni intrusive (*items* 4 e 11), cambiamenti comportamentali come la difficoltà di concentrazione, insonnia e iper-vigilanza (*items* 17, 19 e 20) e la rimozione di parti dell'esperienza (item 8). Ecco allora che i pensieri intrusivi vengono registrati da oltre il 68% della popolazione e disturbi nel comportamento quotidiano da circa il 60% dei rispondenti.

Significativa anche la lettura dei dati relativi agli indicatori soggettivi, ovvero al senso di colpa o ai pensieri negativi rispetto a sé stessi, che risultano essere bassi in tutto il blocco. Ciò indica l'efficacia e la validità delle risposte ricevute: in una società come quella nepalese, infatti, dove l'individualità è secondaria alla collettività (sia essa di famiglia, di villaggio, di gruppo etnico, religioso o di casta) è del tutto coerente che i sintomi relativi ad una svalutazione del sé siano bassi e poco considerati. Ed è altrettanto coerente ed in linea con i valori societari il non cercare le colpe negli individui o nei comportamenti soggettivi: in Nepal, infatti, le solide fondamenta religiose spostano spesso le responsabilità e le cause su un piano divino e ultraterreno. Anche altri sintomi che influiscono sulle capacità di recupero, di ripresa delle attività lavorative, degli equilibri relazionali e della normalità della vita si presentano con una frequenza ancora elevate.

Sono segnali importanti che indicano come ancora, nonostante siano trascorsi quasi due anni, gli effetti psicologici del sisma siano forti e disturbino ancora la popolazione, richiedendo diagnosi ma anche interventi professionali adeguati. Quanto emerge dai test, perciò, suggerisce che gli interventi messi in atto sino ad ora si siano poco concentrati sulla salute mentale delle popolazioni per prediligere la ricostruzione delle abitazioni, degli edifici pubblici e la creazione di opportunità di lavoro per le comunità. Anche queste attività, come spiegheremo a breve, sono in realtà un aiuto fondamentale per la riabilitazione integrale delle vittime e quindi anche per il ripristino del loro equilibrio mentale. Ma di per sé non sono sufficienti. L'incidenza di sintomi da stress post-traumatico, infatti, chiede, nel silenzio confuso del mondo emotivo, che si intervenga in modo più preciso, competente e "curativo" per l'integralità della persona, con il suo bisogno di sicurezza, senso e speranza.

Gli interventi

Il supporto psicologico alle “vittime” di PTSD

Sono diverse le tecniche usate in psicologia¹⁰ per il supporto alle vittime di PTSD ma anche, più generalmente, dello stress derivante dalle catastrofi naturali (anche se non classificato in stress post-traumatico secondo i criteri diagnostici del DSM– V): la lista qui sotto ne riporta la maggior parte. L’elenco non può essere completamente esaustivo e l’efficacia delle diverse terapie è provata da studi scientifici che ne indicano l’uso a seconda dei casi specifici.

Terapia cognitivo-comportamentale

Lavora con la relazione tra pensieri, emozioni e comportamento e, utilizzando una serie di tecniche psicologiche specifiche - alcune delle quali rapidamente presentate qui di seguito - aiuta a cambiare la forza di attivazione di alcune emozioni modificando i sistemi di pensiero, le credenze e il comportamento.

Exposure Therapy o Esposizione Terapeutica Controllata

Con questo tipo di terapia il terapeuta aiuta le persone affette da PTSD ad affrontare i ricordi legati al trauma, gli oggetti e le persone associati con l’esperienza traumatica.

Nel trattamento del PTSD si usa:

- esposizione immaginaria o scrittura narrativa: la ripetizione della narrazione e dell’esposizione diminuisce la carica emotiva del ricordo e la terapia viene ripetuta fino a quando il paziente è in grado di gestire i ricordi senza la carica emotiva disturbante;
- esposizione *in vivo*: il soggetto viene esposto a situazioni stressanti che richiamano il trauma ma in modo controllato e protetto. Anche in questo caso, l’esposizione continua fino a quando le emozioni negative associate al ricordo non diminuiscono di carica o non svaniscono.

La terapia cognitiva

La terapia cognitiva venne sviluppata nel 1976 da Beck: attraverso il lavoro sui sistemi di riferimento del soggetto, sui pensieri e sulle emozioni, si ottiene la modifica del comportamento e la risoluzione dei sintomi. Così, ad esempio, spesso le vittime di eventi traumatici, particolarmente di stupro, vivono un forte e distruttivo senso di colpa: la discussione con il terapeuta secondo un principio di realtà, confrontando emozioni e comportamenti con i valori di riferimento, modificando le convinzioni e riverificando le nuove comprensioni, porta a comportamenti maggiormente adattivi.

Gestione dello stress

Il terapeuta insegna al paziente come gestire lo stress e la percezione dello stesso, attraverso:

- tecniche di rilassamento;
- tecniche di respirazione;
- pensiero positivo e tecniche di “dialogo con se stessi”;
- formazione sull’assertività;
- interruzione del pensiero (ossessivo).

La tecnica più usata per la gestione dello stress, anche PTSD, è quella sviluppata da Meichenbaum nel 1985, ovvero lo *Stress Inoculation Training*, che insegna al paziente il controllo sul proprio stress attraverso varie strategie di *coping* che vengono poi gradatamente testate e validate.

¹⁰ Gene-Cos, N. (2006). Post-traumatic stress disorder: The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. *The Psychiatrist*, 30(9), 357-357.

EMDR (Eyes Movement Desensitization and Reprocessing)

Questa tecnica terapeutica, inventata da Shapiro (2000)¹¹, attraverso un protocollo testato, approvato e verificato, riprogramma i ricordi degli eventi traumatici con esercizi di movimento oculare o con il ritmare delle mani. Sono numerosi gli usi della tecnica e numerosi anche gli studi che ne confermano l'efficacia. La procedura è da intendersi come parte di un programma più vasto per la risoluzione del trauma, spesso in associazione a una delle suddette tecniche cognitivo-comportamentali¹².

Counseling non direttivo

La terapia di *counseling* centrato sulla persona¹³ è una terapia di ascolto non direttiva, che a partire dalle sensazioni, idee ed emozioni del paziente lo aiuta a rimettere ordine dentro di sé per raggiungere serenamente ed efficacemente gli obiettivi che egli stesso si prefigge. La relazione con il *counselor* è di fondamentale importanza, anche se lo stesso non consiglia o non indirizza il paziente verso una direzione o l'altra ma lo accompagna competentemente nel percorso.

Terapie psicodinamiche

Le terapie psicodinamiche, che nascono dalle teorie psicanalitiche originarie e dalle loro modifiche nel tempo, tendono a lavorare con i conflitti inconsci che il trauma ha prodotto o riattivato. Il trattamento psicodinamico tenta di riattivare meccanismi normali di adattamento portando allo stato di coscienza ciò che è inconscio ed intollerabile¹⁴ ed ha lo scopo di comprendere il significato dell'esperienza stressante nel contesto della personalità dell'individuo, delle sue attitudini e delle sue esperienze infantili.¹⁵

La resilienza e l'approccio Psico & Sociale

Rimandiamo al DDT per una trattazione più completa del concetto di "resilienza" e dell'approccio Psico e Sociale e ne diamo, qui, solamente una definizione indicativa.

Il termine "resilienza" si riferisce originariamente alla capacità dei metalli di assorbire gli urti senza rompersi e, per estensione, in campo psicologico indica il processo di adattamento di fronte alle avversità, ai traumi, alle tragedie, alle minacce e anche di fronte a significativi fattori di stress¹⁶.

L'approccio Psico & Sociale, se attuato con la dovuta pianificazione e costanza, con la ricerca della qualità e della scientificità trans-culturale degli interventi, può essere uno strumento molto utile per la prevenzione e la cura dei disagi psicologici e psichici, per la costruzione di una società inclusiva e per il ripristino dell'equilibrio necessario alla Salute.

Come infatti è stato ampiamente evidenziato ed è comprovato da numerose ricerche scientifiche, i disastri naturali impattano fortemente sulla vita degli individui, delle comunità e della società in generale sia facendo emergere nuove problematiche sia esacerbando esistenti fragilità e disagi tanto a livello psicologico, quanto a livello sociale.

¹¹ Shapiro, F. (2000). *EMDR*. Milano, IT: McGraw-Hill Libri.

¹² Tanto che alcuni studiosi ritengono che il successo della tecnica sia legato dai movimenti oculari e dovuto, invece, proprio alle tecniche cognitivo comportamentali su cui la terapia si basa (Davidson, P. R., & Parker, K. C. (2001). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): a meta-analysis).

¹³ Rogers C.R. (2013). *La Terapia centrata sul cliente*. Firenze, IT: Giunti Editore. La terapia nasce nel 1951.

¹⁴ Kudler, H. S., & Blank, A. S. & Krupnick, JL (2000). *Psychodynamic therapy. Effective treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*, 176-198.

¹⁵ Levy, S., & Lemma, A. (2004). *The perversion of loss: Psychoanalytic perspectives on trauma*. Routledge.

¹⁶ American Psychological Association (2014). *The road to resilience*. Washington, DC: American Psychological Association. Citato in <http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx>

I due livelli sono strettamente interconnessi, interdipendenti e si influenzano l'un l'altro. Ed è per questo che attualmente, nel settore umanitario, gli interventi di supporto alle vittime si muovono sul binario del "psicosociale": direttive, indicazioni e linee guida di vari enti indicano chiaramente l'opzione operativa verso questa direzione.

La prevenzione del PTSD e delle patologie da stress in generale: interventi possibili

Applicando quindi l'approccio Psico & Sociale ai contesti a rischio di catastrofi naturali, in un'ottica di prevenzione, riduzione dei danni e benessere sociale delle popolazioni, l'elemento da rinforzare è quello della rete sociale e della coesione sociale. Se delle reti già si è detto (vedi DDT), la coesione sociale è definita come "i legami flessibili tra le persone che uniscono diverse parti di una comunità per portare mutuo aiuto reciproco"¹⁷ e la stessa si basa sull'amicizia, sulle visite a domicilio reciproche tra vicini, lo scambio di cose e di favori¹⁸.

Gli studiosi¹⁹ hanno scoperto e confermato che la povertà è legata ad una scarsa salute mentale e anche ad una scarsa coesione sociale intracomunitaria. Ma hanno anche scoperto, a conferma della tesi che stiamo spiegando, che gli effetti della povertà erano inferiori sulla salute mentale laddove la coesione sociale era alta e, al contrario, erano maggiori laddove la coesione sociale era di basso livello e qualità.

L'Istituto Inglese per la Coesione Sociale²⁰ identifica cinque fattori che legano le comunità:

- condizioni materiali: reddito, lavoro, abitazione, accesso alle cure e all'istruzione sono fondamentali per prevenire l'ansia, il distacco sociale, una salute precaria e condizioni di vita non dignitose;
- relazioni passive: tolleranza reciproca, tranquillità sociale, rispetto;
- relazioni attive: scambi tra le persone, reti di relazione, interazioni e creazione del capitale sociale;
- inclusione: senso di appartenenza, accettazione, inserimento sociale sano;
- equità: nell'accesso ai servizi, nella distribuzione della ricchezza economica ma anche sociale.

Il Modello stress-vulnerabilità²¹ dimostra come la vulnerabilità individuale (fattori biologici) e gli stress interni e/o esterni siano predittivi della qualità della salute, anche mentale. E al contrario quanto i fattori protettivi, particolarmente sociali, possano essere di aiuto per contrastare proprio la vulnerabilità e gli stress. L'aumento della coesione sociale e delle reti sociali – che di essa sono la spina dorsale – è la migliore strategia per poter avere individui più sani in una società più forte nel rispondere ai bisogni dei singoli, nel fornire supporto in caso di eventi stressanti e, quindi, per diminuire i casi di sofferenza psicologica (o patologia vera e propria) anche in seguito ai disastri. Sappiamo quindi che i meccanismi di protezione degli individui sono dati da elementi sociali quali quelli sopra descritti, che aumentano la resilienza, la duttilità interna delle persone di fronte agli imprevisti dell'esistenza ma anche dallo stile genitoriale della prima infanzia²².

Gli interventi di prevenzione che sia Caritas, sia le altre agenzie umanitarie, ma anche i governi potrebbero allora mettere in pratica per scongiurare l'insorgere di problemi mentali anche dopo le catastrofi naturali, ma più in generale, nella vita delle comunità dovrebbero perciò essere:

- educazione alla genitorialità per giovani coppie prima e dopo il matrimonio;
- educazione alla genitorialità per coppie sposate con figli piccoli;
- educazione alla maternità per gestanti e puerpere (prevenzione della depressione post parto);
- formazione per le comunità sulle competenze sociali²³, con divisione dei gruppi per fascia d'età e/o per capacità sociali di base;

¹⁷ TPO Nepal, AAVV, (2010), Psychosocial Support Model for Children Associated with Armed Forces and Armed Groups in Nepal, TPO, Kathmandu.

¹⁸ Fone, D., Dunstan, F., Lloyd, K., Williams, G., Watkins, J., & Palmer, S. (2007). Does social cohesion modify the association between area income deprivation and mental health? A multilevel analysis. *International Journal of Epidemiology*, 36(2), 338-345.

¹⁹ Ibidem.

²⁰ iCoCo Foundation, fondata dal Professor Ted Cattle. Cattle, T. (2005). *Community cohesion: a new framework for race and diversity*. Springer.

²¹ Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of abnormal psychology*, 86(2), 103.

²² Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and psychopathology*, 24(02), 335-344.

²³ Strain, P. S., Guralnick, M. J., & Walker, H. M. (Eds.). (2013). *Children's social behavior: Development, assessment, and modification*. Elsevier.

- attività finalizzate al senso di appartenenza sociale e all'aumento della fiducia individuale²⁴, quali la promozione del volontariato, il lavoro comunitario per un fine comunitario, attività culturali, attività sportive di comunità e così via;
- promozione di gruppi sociali NON fondati sul credito²⁵ ma basati su interessi comuni, divertimento, creazione di nuove esperienze indipendenti e sul godimento delle risorse sociali intrinseche;
 - formazione specifica sulle competenze sociali;
 - formazione specifiche sulle competenze emotive individuali e di comunità;
 - spazi di espressione della creatività.

Iniziare le suddette attività - e le molte altre possibili - solo nel post-emergenza è utile per porre le basi future ed eventualmente per alleviare alcuni sintomi ma non per risolvere la situazione che l'emergenza stessa ha creato.

Ne consegue che le attività sociali sono di fondamentale importanza sempre e che pianificare ed iniziare le stesse oggi è probabilmente già tardi per il prossimo evento calamitoso ma comunque necessario per creare i fondamenti di una società resiliente e coesa.

Alla parte sociale, si associa poi quella psicologica, dove gli interventi Caritas, e delle altre organizzazioni, potrebbero essere così strutturati:

- attività di *advocacy* per la creazione di un sistema efficiente per dare risposta ai bisogni di salute mentale;
- assunzione di personale qualificato nel seguire le situazioni di debolezza psicologica;
- coordinamento formale con le autorità dei governi e i dipartimenti di salute pubblica e salute mentale;
- creazione di protocolli per il raggiungimento dei beneficiari, l'individuazione di eventuali segnali di disagio psichico, la fornitura di supporto specializzato, il follow-up nel tempo;
- coordinamento con gli operatori sociali governativi ma anche dell'organizzazione stessa al fine di mantenere l'azione concertata tra "psico" e "sociale";
- inserire in tutti i programmi di DRR (riduzione del rischio nei disastri, o mitigazione degli effetti dei disastri naturali) dei moduli specifici sulla preparazione emotiva e sulle strategie per fronteggiare gli shock (*coping strategies*);
- esercitazioni emotive.

²⁴ Schofield, G. (2002). The significance of a secure base: a psychosocial model of long-term foster care. *Child & family social work*, 7(4), 259-272.

²⁵ In tutta l'Asia sono molto diffusi i Self-Help Groups (SHGs) che però si basano quasi esclusivamente sull'accesso al (poco!) credito e in esso trovano tutta la forza della propria esistenza. Talvolta le esperienze generano anche risultati non economici di capitale sociale, con aumento dell'aiuto reciproco, della collaborazione e delle conoscenze relative a diversi settori, ma nella maggioranza dei casi il collante è dato solo dai prestiti economici che il gruppo stesso può aiutare ad ottenere. Ne risulta perciò che l'alto potenziale sociale che i gruppi potrebbero avere non viene sviluppato e che il valore preventivo della creazione di reti resta inespresso. Il denaro, infatti, come molte ricerche dimostrano, ha il fortissimo potere di attrarre ma anche di allontanare e creare conflitti.

Conclusioni

A due anni dai sismi che hanno colpito il Nepal nel 2015 ancora una buona parte della popolazione evidenzia chiari segni di sofferenza psicologica.

Il ritardo derivante da un sistema politico ed amministrativo lento e farraginoso certo non aiuta il ritorno alla normalità sia in termini di ricostruzione delle abitazioni, sia di recupero delle attività produttive e anche in relazione al benessere psicologico.

Ma anche l'apparato umanitario, con le moltissime organizzazioni che da Aprile 2015 si sono riversate nel Paese, probabilmente ha mal calibrato l'importanza della salute mentale nel post-emergenza e gli investimenti in termini economici ma soprattutto di professionalità e costruzione delle competenze locali sono stati, se non inappropriati, di certo poco sostenibili nel tempo.

Ne consegue che la popolazione del Nepal, nella quotidianità fatta di duro lavoro, attese, ma anche di incubi, pensieri intrusivi e cambiamenti comportamentali, necessita ancor oggi di interventi che costruiscano reti con i servizi statali, seppur molto scarsi al di fuori delle città, con le comunità e con le organizzazioni umanitarie.

Solo così un popolo come quello nepalese, abituato alle durezze del clima e dell'ambiente e, anche per questo, molto resiliente e reattivo, potrà continuare a sostenere le proprie reti sociali di sicurezza, i propri sistemi valoriali di riferimento e una salute psicologica messa a dura prova, ma non ancora piegata, dalla potenza della Natura.