

Di fronte al terremoto, dentro di sé. Disagio e interventi *Face to face with the earthquake, inside of itself.* *Discomfort and interventions*

Marco Grignani

Dipartimento Salute Mentale USL Umbria 1

Parole chiave: catastrofi naturali, depressione e PTSD, risorse della comunità, integrazione

RIASSUNTO

Con questo articolo ci si propone di esaminare le patologie insorgenti dopo una catastrofe naturale, confrontare i modelli di intervento utilizzati nel 1997 e quelli utilizzati nel 2017. Vengono presentati alcuni dati della letteratura internazionale e vengono comparati con le esperienze effettuate sul territorio dell'Umbria, nel 1997 ed oggi, anche attraverso l'esposizione di due casi clinici. Si confrontano quindi i risultati ottenuti in vari paesi e con diverse metodologie, per dimostrare quanto sia complesso analizzare questi approcci in modo rigoroso e approfondito. Si conclude con l'esposizione di un percorso di intervento che integra i metodi di azione di prevenzione psicosociale con quelli più strettamente clinici all'interno di un cammino unitario, caratterizzato da filtri professionali per l'accesso al livello successivo di intensità di presa in carico, sotto il controllo diretto delle strutture pubbliche.

Key words: natural catastrophes, depression and PTSD, community resources, integration

SUMMARY

In this paper we propose to examine pathologies arising after a natural catastrophe and then to compare the intervention models used in 1997 to those used in 2017. We shall present data coming from international literature, that will be compared to the experiences we set up in Umbria territory in 1997 and 2017. In this work, two clinical cases will also be exposed. The results obtained in various countries with different methodologies of intervention will be scrutinized in order to demonstrate the difficulty and complexity of

Autore per corrispondenza: marco.grignani@uslumbria1.it

an organic and rigorous approach to the problem. Finally, we shall expose an intervention pathway in which psychosocial preventive methods and strictly clinical intervention procedures will be integrated in a unique way, characterized by professional filters for the admission to more intensive levels of taking charge, under the direct control of Public Services.

Introduzione e dati epidemiologici

In questo momento tutta l'Italia può essere considerata area sismica e si deve necessariamente affrontare il problema di come un disastro ambientale si trasformi, sul piano psicologico, in un trauma tale da generare gravi squilibri interiori.

Tralascieremo qui le notevoli differenze che intercorrono tra un disastro naturale e una situazione traumatica prodotta dall'uomo (guerre, violenze ...), perché la discussione ci porterebbe troppo lontano dagli scopi di questo lavoro. Semplificando, comunque si può affermare che, in realtà, anche le evenienze sismiche, nella contingenza attuale, hanno una componente antropica molto importante. Ciò è dovuto alle conseguenze più o meno gravi, dal punto di vista dei danni, derivanti proprio dalle modalità con cui l'uomo ha affrontato quella determinata calamità.

Ci attesteremo quindi su un discorso che riguarda in modo generale i disastri naturali e le loro conseguenze traumatiche individuali e di comunità.

L'inquadramento epidemiologico del problema ci dà già la misura della complessità del campo nel quale vorremmo addentrarci, in quanto si notano variabilità di numeri, sovrapposizioni e giustapposizioni di quadri clinici, tali da rendere difficile un approccio rigoroso. Soprattutto, è necessario considerare come le variabili per la rilevazione dell'incidenza e della prevalenza dipendano da una enorme quantità di elementi interni ed esterni alle vittime, a svariate condizioni sociali e psicologiche, al punto che non si può procedere con facilità ad una definizione precisa della situazione. In generale possiamo dire che i fattori di sofferenza maggiore sono legati alla intensità e alla durata del trauma, ma anche al fatto che esso si sia esplicato in situazioni sociali o psicologiche più o meno favorevoli.

In uno studio dell'aprile 2016 (1) si può leggere come le percentuali del disturbo in adolescenza dopo un terremoto siano molto elevate, ma come sia anche presente una comorbilità significativa: la prima valutazione dopo dodici mesi ha evidenziato un'elevata prevalenza di disturbo da stress post traumatico (43.9%), depressione (20.9%) ed entrambi (18.2%); altri disturbi presentano un'incidenza marcatamente inferiore (0.9%); alla seconda valutazione, dopo trenta mesi una consistente percentuale di giovani soffriva ancora di disturbo da stress post traumatico (15.7%) e depressione (21.6%).

In un altro studio (2) viene riportato che un anno dopo il terremoto di Haiti, l'incidenza di PTSD e depressione era compreso tra il 68% e il 40.9%, mentre nel gruppo di controllo l'incidenza era tra il 50% e il 20.5.

In un terzo studio (3), in Turchia, le percentuali di disturbo da stress post-traumatico (PTSD) e depressione sono intorno al 20% all'epicentro e al 14% a Istanbul, a 100 km di distanza dal sisma.

Si può notare, anche da questi pochi accenni come sia difficile proporre un quadro epidemiologico univoco e scevro da differenze ambientali, sociali, psicologiche. Per ciò che riguarda gli interventi, sembra che la difficoltà di definizione sia simile. Da un lato emerge come sia necessario impostare terapie di tipo cognitivo comportamentale o EMDR¹ che appaiono più efficaci di quelle di supporto sociale (4), ma da un altro, in una revisione Cochrane (5) sugli interventi psicologici per il PTSD, si propone la tesi che tutti gli interventi psicologici sul trauma per la riduzione dei sintomi specifici di malattia siano relativamente poco efficaci. Come già segnalato circa vent'anni fa in occasione del terremoto di Umbria e Marche del 1997 (6), ci troviamo dunque in una seria difficoltà di tipo epistemologico, in quanto si fondano risultati tecnici apparentemente positivi su sistemi di raccolta dati quantomeno incerti; non ci sono cioè basi sicure per la valutazione degli esiti, dal momento che non ci sono dati assoluti su incidenza e prevalenza. In ogni parte del mondo, a seconda del tipo di disastro, delle condizioni sociali e psicologiche delle popolazioni e delle persone colpite, i dati variano in modo notevole. È un'aleatorietà intrinseca all'applicazione di metodi epidemiologici a qualsiasi modello di intervento in salute mentale, ma questo discorso ci porterebbe molto fuori dal seminato. Ci limiteremo quindi ad utilizzare questo tipo di ragionamento per sostenere due tesi che ci preme illustrare: la prima indica negli interventi psicosociali di prevenzione uno strumento utile per combattere il disagio psichico e differenziarlo dai disturbi psicopatologici veri e propri; la seconda, che nell'emergere di un problema specifico è molto importante il vissuto profondo e la modalità dell'evoluzione storica e dell'elaborazione dell'esperienza personale.

In modo superficiale si può affermare che il trauma genera sofferenza, come disse Vito Antuofermo alla fine di un match pugilistico con Marvin Hagler: *“Col suo pugliese di Brooklyn disse ai cronisti: ‘il dolore fa male’. Non vinse più un incontro”* (7) e che una storia politraumatica predispone in modo più deciso all'insorgere di sintomi specifici; se ci sono stati eventi gravi nella vita di un soggetto, quest'ultimo avrà più facilità di sviluppare

1. L'EMDR (dall'inglese *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*, Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari) è un metodo psicoterapico strutturato che facilita il trattamento di diverse psicopatologie e problemi legati sia ad eventi traumatici, che a esperienze più comuni ma emotivamente stressanti. È un approccio psicoterapico interattivo e standardizzato, scientificamente comprovato da più di 20 studi randomizzati controllati condotti su pazienti traumatizzati e documentato in centinaia di pubblicazioni che ne riportano l'efficacia nel trattamento di numerose psicopatologie inclusi la depressione, l'ansia, le fobie, il lutto acuto, i sintomi somatici e le dipendenze. La terapia EMDR ha come base teorica il modello AIP (Adaptive Information Processing) che affronta i ricordi non elaborati che possono dare origine a molte disfunzioni. Numerosi studi neurofisiologici hanno documentato i rapidi effetti post-trattamento EMDR. (dal sito emdr.it)

segni e sintomi di una sofferenza specifica.

Se andiamo ad esaminare le comorbidità, oppure la distribuzione nelle popolazioni, della prevalenza di depressione o PTSD, ci rendiamo conto che gli eventi di vita divengono centrali. Vorremo citare per esteso una frase, tradotta da un abstract, che rivela in pieno la complessità del problema: *“otto anni dopo il terremoto del Wenchuan 11.8% di coloro che avevano risposto ai questionari avevano un PTSD sintomatologicamente evidente, and 24.8% avevano una probabile depressione. I risultati indicavano che il genere femminile, una bassa educazione, una percezione personale di cattiva salute, ed esperienze traumatiche associate al terremoto erano associati con alti tassi sia di PTSD che di depressione tra i sopravvissuti. L'esposizione diretta al terremoto era associata con PTSD e depressione (OR=1.86; 95% CI=1.42, 2.44). Chi aveva solo una depressione era più probabilmente non sposato/divorziato/vedovo, ed aveva sperimentato paura durante l'evento (OR=1.34; 95% CI=1.04, 1.72), mentre quelli con il solo PTSD provenivano più probabilmente dagli agglomerati di Yongan piuttosto che da Guangji (OR=1.86; 95% CI=1.06, 3.31)”* (8).

In questo testo esemplare viene messo in evidenza che i fattori di vita e le caratteristiche personali e sociali influenzano in modo preciso l'insorgenza dei vari disturbi. Non si possono quindi lasciare in disparte le caratteristiche generali del territorio e della popolazione quando si parla della natura del fenomeno depressivo in rapporto con eventi naturali. Vedremo in seguito come queste siano a loro volta indissolubilmente legate al mondo interno dei soggetti colpiti, ma per ora è meglio limitarsi a queste considerazioni di tipo metodologico ed esterno. Si vuole però sottolineare che si sono di fatto modificati i modelli di comprensione della reazione alla catastrofe e di conseguenza i parametri di base per l'impostazione degli interventi; tutto si è spostato su un versante molto più operativo, ma anche di maggiore semplificazione dell'approccio al problema.

La situazione attuale

Dal momento che non si parla più di sofferenza o di dolore e nemmeno di disagio, ma piuttosto di malattia o disturbi, si deve fare ricorso a modelli di lettura diversi, più legati alla descrizione esteriore che non alla comprensione profonda del problema del singolo e della comunità. Si fa cioè ricorso all'esame dei sintomi e dei segni e non si cerca più un modello esplicativo della difficoltà. In modo profondamente autoironico, ma estremamente efficace, durante l'evento *“Come ricostruire la comunità negli aspetti psico-sociali dopo un evento sismico”* a Sellano il 19 ottobre 2017, la rappresentante dell'associazione Emdr di Milano affermava che il loro intervento aveva avuto successo, non perché se ne conoscessero le basi scientifiche del funzionamento, ma perché tramite il passaparola tutti sapevano che toglieva il mal di testa e ridava il sonno perduto; durante la comunicazione ha invece documentato inoppugnabilmente questa seconda tesi, grazie all'esposizione di dati raccolti in modo molto rigoroso (9).

Come è evidente da questo esempio, nel corso degli anni le esperienze di sostegno psicologico, si sono rivolte sempre di più ai singoli casi, in modo quasi ambulatoriale con interventi specifici sul sintomo o sul disagio e molto meno all'intervento globale.

In questo senso, colpisce l'azione nell'ultimo recentissimo terremoto del Centro Italia in cui molti interventi sono stati svolti dagli Ordini Professionali. Certo questa è una condizione legata alla necessità: il Servizio Pubblico si trova in una tale difficoltà organizzativa e di risorse che non è in grado di affrontare direttamente un'emergenza di questa portata. Colpisce come l'organizzazione generale dello Stato debba affidarsi a strutture professionali e non sia in grado di organizzare direttamente l'intervento, magari cooptando, al suo interno, anche queste strutture. Si ha così l'impressione di un grandissimo impegno, di ottimi risultati specifici, almeno stando ai resoconti, ma di una difficoltà complessiva a coordinare gli aiuti e di una frammentazione che impedisce di fatto una visione di insieme dello stato di salute della popolazione. Si giunge al paradosso di affidare il lavoro di cornice ad una professionalità specifica, quella dell'Assistente Sociale, che contiene in sé tutte le voci della comunità. Nella sua comunicazione a Sellano GV. Pula (10) ha bene espresso i caratteri generali di un intervento di comunità:

*“Promuovere la COMUNITÀ e la SOSTENIBILITÀ del rapporto con l'AMBIENTE ... sociale” iniziative dedicate alla collettività utili a fronteggiare problemi e conflitti e per sviluppare il senso di appartenenza che è fatto di consapevolezza, responsabilità e partecipazione (concetto già noto al servizio sociale di comunità anche in tempo di pace, già dagli anni 50, poi sviluppatosi con il concetto di integrazione degli interventi tra i soggetti coinvolti – la rete – concretizzatosi coi piani di zona del 2000). Dovrebbe contribuire a rendere “tutti protagonisti”: gli stessi cittadini che diventano insieme alle istituzioni i costruttori della propria realtà. Concetto che in tempo di pace chiamiamo **Cittadinanza attiva**: il cittadino che dedica parte del proprio tempo, del proprio impegno, per sviluppare tutti quei processi che favoriscono la partecipazione ...*

Si nota chiaramente un intento unitario nell'impostazione dell'operatività, ed una forte consapevolezza della necessità di interventi integrati, ma tutto questo viene riproposto come specifico della propria categoria professionale, quasi a trasmettere la sensazione di una carenza di cornice programmatica comune a tutti gli ambiti professionali.

Il terremoto del 1997

In realtà, quelli che vengono messi in evidenza da Pula oggi sono gli stessi principi che guidarono gli interventi del 1997. All'epoca furono costruiti dei “Centri di ascolto” all'interno di alcuni campi, dove un container veniva dedicato all'accoglienza di qualsiasi tipo di bisogno: dalla semplice tazza di tè, fino al colloquio per sofferenze legate alla perdita di qualsiasi cosa fosse cara. L'idea che ci mosse fu che le persone avessero bisogno essenzialmente di sentire altre persone vicino, di ricostruire una trama di vita e di rapporti.

Non ci venne in mente di curare problemi specifici o sintomi, anzi proponevamo, all'interno del Centro un piccolo opuscolo in cui spiegavamo le reazioni più comuni e il loro significato, come far fronte ad esse e come chiedere aiuto se divenivano eccessive o insopportabili. Partivamo dalla necessità di riattivare le forze ancora vive dentro ogni persona e nei gruppi comunitari. Per questo in molti campi gli operatori erano del posto e condividevano il dramma della perdita con gli altri, così come condividevano storie racconti e tradizioni che si rivivificavano nei momenti di incontro e che costituivano il tessuto della ricostruzione e della rinascita. Questo metodo portò al contenimento dell'insorgenza di PTSD al 10% della popolazione, secondo una ricerca da noi portata avanti e mai pubblicata per motivi legati essenzialmente alla difficoltà di stratificazione di un campione significativo.

Il problema che si poneva allora e che si pone oggi è però distinguere in modo molto preciso quella che è la sofferenza insita in una perdita o in un trauma avvenuti nella realtà esterna, da quella più intima e più interna legata alla propria esperienza complessiva di vita e alle modalità che si sono costituite nel tempo, per fare fronte alle difficoltà.

Durante il convegno più volte citato, P. Angelucci (11) ha proposto un'efficace sintesi di ciò che avevamo già segnalato nel 1997 (12-13): esiste un "terremoto invisibile" che corrisponde a quello esterno e che ne ripropone, in altri termini la problematicità. Ai crolli, alle crepe, all'inagibilità delle case, alla perdita dei propri cari e dei propri luoghi, corrispondono dispositivi interiori che si configurano come dolore, paura e rabbia. Molti autori si sono soffermati sull'esperienza del dolore, soprattutto di quello psichico, ed alcuni hanno cercato di differenziarlo dalla sofferenza. In particolare il filosofo Ricoeur (14) si occupa di questo in un saggio in cui distingue l'esperienza del dolore, visto come fenomeno eminentemente somatico, da quella della sofferenza che invece attiene al campo dello psichico. L'autore afferma: " *Ci troveremo dunque d'accordo nel riservare il termine dolore agli affetti sentiti in certi particolari organi del corpo, o magari in tutto il corpo, e il termine sofferenza agli affetti aperti alla riflessività, al linguaggio, al rapporto con sé, al rapporto con gli altri, al rapporto con il senso, all'interrogazione... (pag. 32)*".

Nel campo della sofferenza si potranno distinguere due assi: il primo connesso con la capacità di agire e patire, il secondo con la relazione sé altri. In quest'ultimo la sofferenza si esplica come un danno alla capacità di raccontare la propria esperienza. Si nota come l'aspetto relazionale sia preso in considerazione in modo molto preciso, come una componente essenziale della sofferenza. In un contesto psicoanalitico, W. R. Bion (15) propone un modello in cui le esperienze traumatiche primordiali non sono rappresentate né rappresentabili; questa impossibilità a raffigurare ciò che si è esperito pone il soggetto in uno stato di angoscia incomprensibile, tanto che l'Autore afferma che ci sono individui che " *possono dire che soffrono; ma solo perché non sanno cosa sia soffrire e confondono il sentire il dolore con il soffrirlo*" (pag. 30).

Il dolore viene quindi provato in modo inevitabile ad un livello profondissimo, mentre la sofferenza, che potremmo definire come capacità di rappresentazione psichica del dolore, deve essere in qualche modo concepita, conosciuta e riconosciuta, in modo da poterla elaborare e superare. Senza questo passaggio psichico, il dolore risulterà inaccessibile e quindi senza possibilità di essere risolto.

È quasi inevitabile però che in questa situazione si instaurino processi che proteggono da una sofferenza, che comunque si rivelerebbe assai elevata; ci troviamo di fronte infatti a fenomeni estremi, catastrofi, appunto, e quindi anche le difese psicologiche possono assumere carattere estremo, potremmo dire primitivo. Ne abbiamo individuate alcune che ci sono apparse più complesse da affrontare. La prima è l'isolamento: nei volti, negli atteggiamenti, nei comportamenti si legge facilmente: chiusura, distanziamento emotivo, silenzio. La perdita è rappresentata nella chiusura e nella distanza; è necessario recuperare una vicinanza e una presenza significative, anche in termini fisici, e, attraverso questo, rielaborare la perdita.

La seconda è la fuga: specie in queste ultime esperienze l'allontanamento dai luoghi del dolore sembra essere stata una soluzione anche istituzionale, attraverso l'ospitalità in alberghi lontani. Essa rappresenta però anche la negazione della mancanza e la sua sostituzione con altro, immediatamente suppletivo e fruibile, in un modo che nega ogni sofferenza e propone una velocissima cancellazione di ciò che è accaduto per guardare solo avanti, senza sostare nella catastrofe e renderla parte del proprio vissuto emotivo.

Il terzo elemento è ancora più complesso e consiste in una sorta di separazione dal vissuto emotivo di perdita e mancanza. Ogni sorta di difficoltà viene eliminata e posta in una condizione di apparente distanza o addirittura di non esistenza; è questa la condizione più problematica, perché comporta l'emergere di sintomi che si propongono come sostituti dell'elaborazione dell'annientamento esterno ed interno. Si tratta di una condizione eminentemente clinica e si evidenzia appunto attraverso una modalità di relazione particolare e l'insorgere di sintomi di un disturbo specifico, come sarà evidente nell'esempio clinico successivo.

Esempi clinici

Di solito queste tre condizioni si trovano conglobate all'interno dell'esperienza emotiva individuale ed è necessario distinguere elementi diversi. Per questo è opportuno esemplificare le situazioni attraverso la narrazione di vignette cliniche di pazienti attualmente seguiti in psicoterapia.

B. ha avuto una storia tempestosa: proviene da un territorio che ha subito molti terremoti e la sua casa è stata più volte danneggiata; abitando in una zona montagnosa e povera la sua famiglia ha avuto rovesci economici rilevanti, al punto di perderla, la casa, e di doverla ricomprare all'asta, accendendo un mutuo. B. se lo è accollato, grazie ad una posizione

economica vantaggiosa, raggiunta attraverso studi faticosi e una carriera accidentata. Il terremoto del 2016 ha lesionato l'abitazione di famiglia un'altra volta e B. è dovuta andare a vivere con i genitori anziani nuovamente in un campo attrezzato. Si era appena rimessa da una grave malattia che le ha lasciato strascichi di debolezza e di affaticamento; nonostante ciò, non ha perso il suo fascino e nel campo ha trovato un corteggiatore. Purtroppo, in una notte della scorsa primavera la situazione è precipitata improvvisamente: B. decide di imporsi, forte delle proprie competenze, sull'organizzazione del campo, intraprendendo una serie di attività, di fatto sovrapposte a quelle già svolte dagli addetti alla cura del campo, in un modo così incongruo ed affannoso da determinare la necessità di un ricovero psichiatrico.

La storia di B. si intreccia con quella dei terremoti che hanno colpito la Valnerina, con le caratteristiche socio culturali del territorio, ma soprattutto si muove nello spazio interno di B. e nell'evoluzione dei suoi vissuti. La sua identità si è andata formando attraverso una dura lotta contro i vincoli familiari e le dinamiche culturali del paese; ha dovuto sfruttare le sue caratteristiche di intelligenza, ma ha anche dovuto liberarsi di una serie di identificazioni profonde con oggetti e modalità provenienti dal passato familiare e si è strutturata e rafforzata attraverso le nuove identificazioni con il ruolo di professionista e di donna affermata e partecipe nella società civile. L'ultimo terremoto rappresenta un precipitare nel passato, un ritorno a vecchie esperienze e vecchie dinamiche, che, sebbene elaborate a lungo, non sono però del tutto superate e sono pronte a tornare. I pilastri del suo nuovo funzionamento sono stati minati quasi contemporaneamente, la sua attuale identità si è volatilizzata ed è tornata come indietro nel tempo. Il terremoto, insieme alla difficile esperienza della malattia ha fatto affiorare elementi scissi e che hanno gettato una luce nefasta sulla sua condizione attuale, impedendole di accettare il corteggiamento, che pure le interessava, riproponendo il trauma non raffigurato dei suoi primi anni di vita. Purtroppo la visione del terremoto è troppo vicina a quella del passato e si è totalmente sovrapposta, occupando tutto lo spazio della fantasia e riattivando antiche modalità di contrapposizione e superiorità, che l'hanno portata all'espressione di un "episodio di eccitamento in paziente con disturbo bipolare", ma che nella sua storia hanno un senso ben più profondo e complesso.

Un racconto simile emerge dall'analisi, riportata in seduta, dell'esperienza diretta di una visita nei luoghi colpiti dal sisma da parte di una persona che ha un legame stretto con quei territori e che li ha visitati dopo una lunga assenza, subito dopo gli eventi tragici delle ultime scosse.

"Volevo andare in luoghi precisi, e ciò era evidente, e in un periodo della mia vita preciso, cioè quando frequentavo i Sibillini insieme ai miei genitori, M. e D. In effetti dopo quegli anni ci sono tornata molte volte, ma la visita di questa settimana si riferiva esclusivamente a quel periodo. Tempi in cui ero meno sola e in cui c'erano i girasoli in fiore tra la Valnerina

e Perugia. Tempi in cui le mie emozioni erano più vive e più forti e non seccate dalla siccità della vecchiaia. Tempi in cui i borghi medievali con la loro austera bellezza erano lieti e vivaci. Dove, almeno d'estate, si incontravano bambini e ragazzetti nei parchi giochi.

Ora non c'è veramente più nulla. Le macerie sono ovunque. Al massimo si trova una pattuglia dell'esercito e quattro cani e/o gatti.

Io passavo in bicicletta davanti alla chiesa di Campi e anche una persona poco sensibile all'arte come me non poteva non notarla. Tutto distrutto.

E il Vettore. È sicuramente la cima su cui sono salita più volte. Non è più lui, non ci sono i laghi di Pilato, la Cima del Lago è devastata da una faglia che ha inciso il terreno, alzato le pietre e creato una specie di voragine aggettante dalla parte dei laghi, che aspetta solo di crollare. E guardando le creste che più volte ho percorso si vedono frane, crolli e siccità e silenzio. Tanto, tanto silenzio. Non era così. Forse i motociclisti che arrivavano a Forca di Presta disturbavano, ma era una festa. Forse il silenzio è ciò che più mi ha colpito dopo le macerie. Silenzio, silenzio, solo il vento. Per fortuna ci sono ancora le stelle alpine. Ma nulla tornerà come prima.

Cercavo emozioni, sì. Cercavo la dolcezza dei ricordi. Speravo che la terra spaccata e sofferta mi evocasse le dolcezze, la tenerezza e la vitalità del tempo passato. Ho trovato macerie ed arsura. E se proprio devo concludere con ciò che mi esce dal cuore devo dire: non so più dove andare.”

Il ritorno in luoghi noti, ma modificati e distrutti, desta sensazioni di disperazione e di vuoto. Si perdono, con i luoghi annullati, anche i ricordi e le emozioni faticosamente custodite e raccolte; torna l'esperienza di un dolore irraggiungibile che toglie il fiato e la speranza. Non c'è più spazio di evoluzione e di progresso, manca tutto quello che si era cercato da sempre. Per fortuna, la possibilità di raccontarlo, di dirlo a qualcuno in una relazione significativa, fa sbocciare parole poetiche e profonde che danno accesso ad un nuovo senso, anche se le emozioni sono negative e pesanti. Queste ultime, vissute nel rapporto e nella riattivazione del ricordo, generano di fatto una liberazione dall'indicibile e una nuova potenzialità di muoversi e di riattivarsi. Si può riprendere a vivere, consapevoli della propria sofferenza, attuale e passata, ma anche in grado di far fronte alla difficoltà, attingendo a quanto di creativo e fecondo la nuova vita ha prodotto.

I due esempi clinici dimostrano, in modi diversi, come il terremoto possa incidere immediatamente sul mondo interno delle persone. C'è una sorta di comunicazione diretta tra l'evento e la sofferenza personale, ma nello stesso tempo si può verificare la distanza tra le due grandezze, interno ed esterno. Nel primo caso possiamo vedere come il trauma esterno irrompa nella vicenda personale e rappresenti una sorta di “goccia che trabocca il vaso”, un ulteriore carico di stress e di significati che modifica in modo irreparabile un equilibrio in quel momento fragile; nel secondo, l'elaborazione personale è tale da consentire un contenimento del dolore e della rabbia, in modo da poterli sviluppare in

modo proficuo e raggiungere il senso profondo della sofferenza.

La discussione potrebbe portare molto lontano dal seminato e spingerci su un piano teorico che porterebbe all'interno dell'enorme problema del rapporto tra realtà psichica e realtà esterna; già all'interno del lavoro di Freud troviamo cambiamenti e precisazioni su questo rapporto molto complessi e pieni di implicazioni cliniche. Non ci sembra opportuno quindi battere questa via. Dovremo però sottolineare come i casi illustrati brevemente indicano una diversa connessione tra interno ed esterno, dovuta a differenti modi di vivere il trauma e il dolore. Ci possiamo cioè imbattere in modalità diverse di rapporto con la catastrofe che vanno dalla semplice difficoltà materiale nell'affrontare una condizione di disagio, fino ad una vera e propria sintomatologia clinica conclamata.

Conclusioni

Abbiamo visto come ansia, depressione e PTSD siano le forme più comuni di espressione di malattia, ma in situazioni acute abbiamo assistito anche ad episodi dissociativi, a disturbi comportamentali gravi e, talora, ad abuso di sostanze. Non abbiamo ancora chiaro quali siano le motivazioni di insorgenza della patologia solo in alcuni individui e non capiamo come in uno si manifesti una patologia e in altri un'altra. Sono quindi necessari molti tipi di intervento e non si può ridurre la problematica ad una correzione dei sintomi evidenti al momento del trauma o insorgenti successivamente, perché questo limiterebbe grandemente l'efficacia dei programmi di cura. È necessario invece definire un percorso in cui sia presente una progressione degli interventi. Questo dovrebbe partire da un'azione di comunità allargata e di cittadinanza attiva, secondo le modalità descritte da Pula (10) e Angelucci (11), per passare ad attività più specifiche, ma sempre di ordine generale, come la riattivazione dei Servizi e delle reti esistenti, fino ad interventi di gruppo su specifiche problematiche, per arrivare ad interventi individuali per patologie conclamate. Sarà perciò necessario introdurre una serie di filtri professionali e operativi che tengano conto della gradazione della sofferenza, della capacità di elaborarla e del ruolo e delle potenzialità della comunità in questo ambito.

Solo attraverso la costruzione di un intervento articolato e supervisionato dalla Struttura Pubblica, come garante della continuità e dell'unitarietà del percorso, si potranno evitare sprechi e sovrapposizioni e costruire vie agibili e chiare, che permettano prestazioni appropriate per le diverse condizioni di rilevanza clinica ed altre altrettanto appropriate per la gestione della difficoltà, del disagio, del dolore e della sofferenza.

BIBLIOGRAFIA

1. Tang W, Zhao J, Lu Y et al. Mental health problems among children and adolescents experiencing two major earthquakes in remote mountainous regions: a longitudinal study. *Compr Psychiatry*. 2017; 72: 66-73. doi:10.1016/j.comppsy.2016.09.004
2. Blanc J, Bui E, Mouchenik Y, Derivois D, Birmes P. Prevalence of post-traumatic stress disorder and depression in two groups of children one year after the January 2010 earthquake in Haiti. *J Affect Disord*. 2015; 172:121-6. doi: 10.1016/j.jad.2014.09.055. Epub 2014 Oct 13
3. Başoğlu M, Kiliç C, Salcioğlu E, Livanou MJ. Prevalence of posttraumatic stress disorder and comorbid depression in earthquake survivors in Turkey: an epidemiological study. *Trauma Stress*. 2004; 17(2): 133-41.
4. Bradley R, Greene J, Russ E, Dutra L, Westen D. A. Multidimensional Meta-Analysis of Psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*. Published online: February 01, 2005. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.2.214>
5. Sin J, Spain D, Furuta M, Murrells T, Norman I. Psychological interventions for post-traumatic stress disorder (PTSD) in people with severe mental illness Editorial Group: Cochrane Schizophrenia Group. Published Online: 24 JAN 2017 Assessed as up-to-date: 10 MAR 2016 DOI:10.1002/14651858.CD011464.pub2
6. Grignani M, Argentati M, Felicetti S. Del dolore e della malattia. In: Atti del convegno nazionale Il terremoto dentro. 15-16 ottobre 1999, Comune di Foligno, Asl 3, Regione Umbria.
7. Turano G. Il dolore fa male. *L'Espresso*. 2017; 63, 40.
8. Guo J, He H, Qu Z, Wang X, Liu C. Post-traumatic stress disorder and depression among adult survivors 8 years after the 2008 Wenchuan earthquake in China. *J Affect Disord*. 2017; 210: 27-34. doi: 10.1016/j.jad.2016.12.009. Epub 2016 Dec 16
9. Maslovic G. L'intervento EMDR negli adulti e nei bambini nelle zone del cratere sisma 2016. In: Come ricostruire la comunità negli aspetti psico-sociali dopo un evento sismico. Sellano, 19 ottobre 2017 Regione Umbria, Comune di Sellano.
10. Pula GV. Promuovere la comunità e la relazione con l'ambiente sociale. In: Come ricostruire la comunità negli aspetti psico-sociali dopo un evento sismico, Sellano 19 ottobre 2017 Regione Umbria, Comune di Sellano.
11. Angelucci P. Dai centri d'ascolto del sisma '97 a nuovi modelli del sisma 2016. In: Come ricostruire la comunità negli aspetti psico-sociali dopo un evento sismico, Sellano, 19 ottobre 2017 Regione Umbria, Comune di Sellano.
12. Grignani M. Il terremoto invisibile, le reazioni psicologiche alla catastrofe, Studi e informazioni 1998-1999; 31-32: 53-64.
13. Toni A. La rappresentazione della catastrofe e la dimensione soggettiva. Studi e informazioni. 1998-1999; 31-32: 65-73.
14. Bianchini P, Peronaci S. (eds) *Sofferenza e dolore. Intorno a Paul Ricoeur*, Chieti, Solfanelli, 2016.
15. Bion WR, *Attenzione e interpretazione*. Roma, Armando, 1982.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno