

***PROBLEMATICHE PSICOLOGICHE DELL'ANZIANO IN SITUAZIONE  
DI EMERGENZA.***

**(Mirna Moroni\* & Giuseppe Sacco \*\*)**

Riportiamo qui di seguito delle riflessioni che sono maturate sia leggendo la letteratura disponibile che dall'esperienza personale e di lavoro relativa alla situazione dell'anziano di fronte ad un'emergenza, come quella del terremoto, all'interno della classe delle catastrofi naturali.

C'è da precisare che le catastrofi naturali sono un tipo particolare di evento traumatico, in cui l'incidenza del fattore umano è scarsa: secondo la psicologia delle catastrofi ogni evento presenta delle caratteristiche che ne definiscono la specificità, condizionando la reazione delle vittime e il tipo di intervento da attuare.

Parlare dell'anziano in questa situazione è giustificato dal fatto che malgrado un crescente interesse del mondo politico e scientifico in generale per l'invecchiamento, riteniamo che le problematiche dell'anziano in situazione di emergenza siano scarsamente evidenziate. Dagli anni '70 l'orientamento teorico della psicologia nello studio dell'individuo è cambiato, con l'accentuata tendenza a ritenere ogni età della vita, vecchiaia compresa, capace di propri ritmi di sviluppo e si è presa sempre più in considerazione l'incidenza degli eventi di vita della persona. Nel sisma verificatosi in Umbria e Marche nel 1997 è stato attuato un intervento psicosociale (Grignani, 1998; Moroni e al. 2000) con la creazione di Centri di Ascolto con funzioni di ascolto, informazione e raccordo con i servizi territoriali. Successivamente abbiamo svolto una ricerca che ha visto la collaborazione della regione Umbria, la regione Marche, le ASL e l'Università di Pavia; tutto ciò ci ha permesso di essere protagonisti e spettatori allo stesso tempo, costituendo un osservatorio privilegiato per alcuni fenomeni al di là della raccolta dei dati (in corso di elaborazione).

\* *Psicologa, specializzanda presso la Scuola di Psicologia Clinica, Università degli Studi di Siena.*

\*\* *Docente Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica, Università degli Studi di Siena*

Abbiamo osservato comportamenti e atteggiamenti differenti in relazione all'età, al sesso e ai territori di residenza. Focalizzando l'attenzione sulla fascia di popolazione anziana, che è molto numerosa nel nostro territorio, si è evidenziato:

### **1. Un legame particolarmente forte con il luogo di vita, le abitudini, gli animali, gli spazi e i tempi della vita quotidiana.**

La catastrofe ha creato negli anziani un forte senso di perdita perché è andata a colpire la realizzazione di una vita intera. A questo si accompagnava il senso di sradicamento, ossia la perdita delle proprie radici, il sentirsi strappati dalla propria terra e dai propri legami sociali, particolarmente rappresentato dalla perdita della casa e il doversi trasferire in un luogo in cui si perde la propria identità, in cui c'è un'omologazione, un appiattimento. G. Giordano afferma come la casa "assume la valenza di appropriazione primaria dove trarre contenimento, sostegno e integrazione...la casa e ancor più la stanza, assume nella tarda età l'analogo spaziale dei temi dell'identità del sé che sono significativi, che sono distillati nel corso dell'esperienza e che sono incarnati in oggetti e cianfrusaglie cari all'anziano". La perdita della casa è intesa come "house" e come "home", cioè come criterio fondamentale dell'identità, di riconoscimento reciproco e di diversificazione rispetto agli altri. Il container veniva invece visto come "tomba", simbolo della rassegnazione.

### **2. Maggiori difficoltà a riorganizzarsi.**

È quindi stato difficile dover lasciare la propria casa, i luoghi abituali per trasferirsi nelle tendopoli, dove si sono creati problemi di convivenza legati all'uso dei servizi igienici e alla non facile adattabilità ai moduli abitativi; queste difficoltà si sono spesso innestate su situazioni precedenti di malattia e disagio, amplificandole. Ad esempio, nel caso degli anziani istituzionalizzati, si è proceduto al trasferimento in altri luoghi o al temporaneo reinserimento nelle famiglie e si è osservato che nel periodo successivo al terremoto si sono verificati decessi (23 su 273), peggioramenti, e tentativi di fuga in pazienti affetti da patologia psichiatrica.

Nei primi mesi del 1998 le richieste di istituzionalizzazione hanno superato quelle di tutto il 1997; si è ritenuto di grande valore l'intervento domiciliare, fondamentale affinché il terremoto non portasse con sé il totale sradicamento dal contesto familiare e da tutte quelle situazioni sociali e culturali che avessero fino a quel momento rappresentato un importante punto di riferimento. Molti anziani, inoltre, in

questo periodo hanno visto venir meno l'aiuto assistenziale di cui normalmente disponevano.

### **3. Minori prospettive per il futuro.**

Come evidenziato in una ricerca svolta dalla Sezione di Gerontologia e Geriatria dell'Università di Perugia, dall'Istituto di Gerontologia e Geriatria di Chieti e dall'IRRES di Perugia, con la collaborazione della Caritas Diocesana di Perugia-Città della Pieve, in cui gli autori (S. Pezzuto, P. Mecocci, P. Rinaldi, e al., 2000) hanno valutato le condizioni socio-economiche, ambientali e psicofisiche in rapporto alla differente situazione abitativa (casa/container) su un campione di 332 Ss anziani, poche persone (23%) si attendevano che la situazione personale e della propria famiglia nell'arco di due anni sarebbe stata migliore di quella precedente alla data del 26 settembre 1997; il 35% non aveva alcuna speranza. Il 10% pensavano che il proprio futuro dipendesse anche da sé stessi, mentre il 50% si riteneva ininfluenza sul proprio avvenire. Dopo il terremoto gli anziani si sentivano più soli (73%) e più insicuri (74%). Le donne avvertivano maggiormente la solitudine (76% vs 69%). Chi aveva una rete parentale più estesa avvertiva di meno la solitudine e si riconosceva maggiormente artefice del proprio destino. Il 14% prevedeva un avvenire buio, mentre il 29% non poteva o non voleva immaginare il proprio domani. Per il 20% la ricostruzione sarebbe stata lenta e lontana nel tempo; per l'11% avrebbe incontrato molte difficoltà, per il 19% sarebbe stata possibile e veloce. A causa delle caratteristiche dell'evento, con il perpetuarsi per vari mesi di scosse di grande intensità, la fase del primo impatto non si è distinta da quelle successive, determinando uno stress emotivo prolungato. Il terremoto ha causato distruzione ma poche vittime; per gli anziani del luogo il lutto ha riguardato anche il futuro, per cui la lunga durata del periodo sismico, i tempi presumibilmente lunghi della ricostruzione a fronte della breve durata della propria vita residua, hanno indotto spesso un senso di forte passività, rassegnazione e disinteresse per la ricostruzione.

### **4. Difficoltà a usufruire degli aiuti e minori richieste assistenziali.**

A questo proposito, anche Tanida afferma, a proposito del grande terremoto di Hanshin, in Giappone, verificatosi il 17 Gennaio del 1995, come le persone anziane tendessero a non evidenziare i propri problemi almeno che non venisse loro specificatamente richiesto.

## **5. Sembravano essere meno ansiosi e stressati e avere reazioni immediate più adattive**

Questo potrebbe essere collegato al fatto di aver subito anche traumi ritenuti più forti nell'arco della loro vita, ma questo dato, in particolare, andrebbe suffragato dai dati della ricerca. Infatti ciò potrebbe in parte essere legato alla maggiore difficoltà a richiedere l'aiuto. Gli anziani si sono visti portare via in un attimo "le fatiche di un'intera vita" e hanno provato disperazione; spesso i livelli di autonomia sono caduti insieme alle capacità progettuali e alle speranze. Altre volte hanno reagito con forza, trovando vigore nell'aver superato prove anche più difficili nel passato e la perdita di radici si è trasformata nel cercare di rinsaldarle ancora di più. Montesperelli e al. (1999) hanno individuato nella metà dei soggetti intervistati il punteggio più alto nell'indice "accettazione passiva", individuate come persone che si affidano agli altri per cercare di superare la difficile condizione determinata dal terremoto e una corrispondente scarsa "risposta attiva", indice desunto da comportamenti quali informarsi, leggere, partecipare alle riunioni per la ricostruzione, ecc. (indici costruiti tramite analisi fattoriale). Per quanto riguarda le conseguenze, il 60% degli anziani è risultato depresso, mentre meno frequenti e di lievissima entità risultavano i disturbi d'ansia. Il 9% assumevano BDZ. G. Villone Betocchi e A.M. Asprea (in Laicardi, 1987), in occasione del sisma che ha colpito l'Irpinia nel 1980, hanno inteso valutare la condizione di essere vecchi in una situazione di emergenza e le eventuali risposte di adattamento, tramite l'analisi delle risposte cognitive e di comportamento di un gruppo di anziani (50 Ss sopra i 65 anni) in una specifica situazione (il terremoto), secondo una prospettiva funzionale. Gli autori hanno concluso che i soggetti hanno nel complesso raggiunto un buon livello di adattamento; oltre ad aver sviluppato un maggior livello di sopportazione per aver vissuto in passato altre esperienze di stress, le autrici ritengono che in una situazione di emergenza, l'anziano che riesce ad agire e a sperimentarsi con efficienza non sopravvaluta le differenze generazionali. Infatti le autrici hanno rilevato come il sentirsi vecchio venga attribuito allo shock subito e chi non si sente vecchio afferma che non è possibile definire la vecchiaia in termini cronologici. Il 20% sosteneva che ci si può ritenere vecchi solo dopo gli 80 anni. La tendenza all'adattamento ha comportato l'accettazione di innovazioni, quali l'approvazione e la frequenza del centro per anziani. Anche i comportamenti difensivi come il dire di aver dimenticato la paura, non aver temuto di morire, voler dimenticare, rievocare l'emergenza, possono essere letti come tentativi di adattamento. Mentre nel

momento dell'emergenza lo sforzo adattivo era rivolto a richiedere l'appoggio dei familiari, in un secondo momento tendeva ad una maggiore socializzazione extra-familiare che portava a percepire la condizione dell'essere vecchi quasi sempre in termini positivi, capaci di risposte adattive in termini cognitivi ed emozionali.

#### **6. Differenze tra chi viveva nella propria abitazione e nei container.**

Si è osservato che chi viveva nei container avvertiva di più la noia della quotidianità e era più incline a cogliere gli aspetti negativi della nuova sistemazione. Nei villaggi-container erano facilitate le occasioni di incontro, socializzazione e aggregazione, anche se l'anziano veniva penalizzato dal punto di vista delle condizioni logistico-abitative e dell'organizzazione del tempo. Nei campi container si registrava una progettualità lievemente superiore rispetto a coloro che erano rimasti nelle proprie abitazioni, che gli autori (Montesperelli e al., 1999) imputano alla loro età (superiore ai 70); le reti di sostegno parentali e amicali risultavano maggiormente mantenute per questi ultimi, anche se nei villaggi erano più frequente le possibilità relazionali. L'ipertensione arteriosa è stata riscontrata nel 42,2% dei residenti in casa rispetto al 52,8% di coloro che residenti nei container. E' nota l'azione stimolante dello stress sull'attività simpatica nervosa; ciò giustifica anche il maggior uso di FANS (22% vs 32,7%) riscontrato. Si è evidenziato anche un incremento del punteggio totale alla CIRS, che esprime la presenza di un maggior numero di malattie concomitanti, per la riacutizzazione di condizioni croniche o il presentarsi di nuove patologie legate ad uno stato di maggiore stress. Coloro che vivevano nei container sono risultati essere più depressi (GDS) e ansiosi (HAS), in accordo con un'auto percezione della propria salute peggiore. Più del 30% dei soggetti viveva con il solo coniuge, situazione a rischio per entrambi se si pensa alla necessità di avere un valido ed efficace supporto in un periodo di emergenza.

**7. PTSD.** La letteratura sul trauma è equivoca rispetto alle conseguenze psicologiche post-traumatiche per gli anziani. Alcuni studi hanno evidenziato come gli anziani siano a maggior rischio rispetto ai giovani adulti, altri l'opposto. Schurr (1994) considera le persone anziane una fascia a rischio in quanto, eventi molto stressanti, associati alle difficoltà e ai problemi fisici e psicosociali dell'età, possono esacerbare i sintomi di PTSD. Goenjian e al. (1994), sottolineano come nessuno di questi studi abbia confrontato i profili sintomatologici del PTSD di giovani e anziani fortemente esposti ad un trauma. Gli autori hanno valutato la frequenza e la

gravità delle reazioni di PTSD di giovani e anziani a un anno e mezzo dal terremoto del 1988 in Armenia. 179 Ss sono stati intervistati con il Post-Traumatic Stress Disorder Index, presi da tre città a distanza crescente dall'epicentro. Un quarto gruppo era costituito da 60 Ss selezionati in base ai criteri del DSM III-R per verificare la concordanza dello strumento con la diagnosi del DSM III-R. Il Post-Traumatic Stress Disorder Index è un questionario autosomministrabile a 20 items basato sui criteri del DSM III-R per il PTSD. Include tre categorie: B, ripetizione; C astenia/evitamento; D, attivazione. Il confronto tra anziani e giovani maggiormente esposti al trauma indica un diverso pattern di sintomi. Sebbene non ci siano differenze significative nel punteggio totale dell'indice, i Ss giovani mostrano un punteggio più alto agli items della categoria B, e più basso a quelli della D rispetto agli anziani. I soggetti anziani mostrano meno ricordi intrusivi, e gli autori notano che questi soggetti hanno partecipato meno alle operazioni di salvataggio, quindi sono stati meno riesposti a esperienze di orrore; oppure considerano la possibilità di deficit di memoria che hanno interferito con la formazione e il richiamo delle immagini traumatiche. Si evidenziano anche punteggi più alti nei sintomi di iperattivazione, che gli autori ipotizzano legati ai cambiamenti dovuti all'età nei meccanismi cerebrali inibitori che modulano la risposta di allarme e/o i processi inibitori che regolano l'attivazione autonoma; ipotizzano, inoltre che alcuni sintomi, come i disturbi del sonno, potrebbero essere associati indipendentemente all'età.

#### **8. Da queste considerazioni emerge la necessità di una maggiore attenzione alle problematiche dell'anziano in situazione di emergenza.**

Per il principio di continuità, il terremoto è ritenuto un agente di amplificazione delle condizioni sociali preesistenti all'evento catastrofico. D'altra parte i terremoti sono eventi naturali che divengono catastrofi nella misura in cui il sistema sociale non attua misure preventive e di controllo. Sono stati evidenziati gli effetti omologanti del terremoto che risiedono principalmente nelle risposte di immediato soccorso e di prima ricostruzione. Basta pensare alla serialità, uniformità, massificazione delle tende e successivamente dei container, che non solo si scontra con i bisogni peculiari dell'anziano ma spesso anche con la sua cultura rurale, che pone enfasi sull'individualità (Montesperelli e al. 1999). Ricordando come caso limite il terremoto di Hanshin in Giappone del 1995, Tanida descrive una situazione critica della popolazione anziana. In questo terremoto devastante, gli anziani sono

stati colpiti molto più duramente delle altre fasce di popolazione, sia per il numero di morti (in particolare sopra gli 80 anni) che nelle conseguenze a lungo termine. Infatti il numero di sfollati eccedeva grandemente la capacità degli alloggi designati, così ognuno ha dovuto trovare il proprio spazio e molti anziani e disabili sono stati trascurati e relegati in spazi marginali. Il freddo, la scarsità di cibo e acqua, fecero sì che le persone anziane restringessero i loro bisogni, sia per dare spazio ai più giovani sia perché i servizi igienici erano scarsi e i bagni temporanei esterni all'edificio. I locali comuni erano distrutti e non sapevano a chi rivolgersi. Molti anziani si ammalarono di polmonite oltre a sviluppare il disturbo post-traumatico da stress. Solo quando si tornò ad una parvenza di normalità emerse il problema anziani, a cui si cercò di rispondere con un altro rifugio e maggiore assistenza. Ora l'effetto fu quello di una ghettizzazione di anziani e disabili nei rifugi temporanei in cui spesso vivevano soli. Molti anziani si suicidarono, altri furono trovati morti in un fosso, presumibilmente si erano persi. Chiaramente i problemi degli anziani erano stati sottostimati, in particolare l'attenzione a ridurre al minimo la distruzione dei vecchi legami e favorire la costituzione di nuovi. Questo terremoto è stato, nel suo potenziale distruttivo, fuori ogni aspettativa e i piani di intervento sono risultati inadeguati. Situazioni che dovrebbero farci riflettere per il futuro, dato che la popolazione anziana è in costante crescita, a prestare una maggiore attenzione ai bisogni di questa fascia di popolazione. Nel terremoto umbro-marchigiano, abbiamo visto come sia presente un maggior tasso di comorbidità negli anziani residenti nei prefabbricati; ciò potrebbe essere legato al peggioramento di patologie pregresse, come quelle muscolo-scheletriche e respiratorie. Inoltre, malattie osteoarticolari e respiratorie possono esacerbarsi per le basse temperature e l'umidità dei prefabbricati, giustificando anche il maggior uso di FANS e comportando un maggior consumo di farmaci in generale. L'architettura dei moduli abitativi non forniva un ambiente salutare per gli anziani affetti da poli- patologie e in particolar modo quelle osteoarticolari, per la cattiva qualità dell'isolamento. Le dimensioni erano modeste, non c'erano rampe e/o gradini di accesso per disabili alla porta di ingresso che era sopraelevata; infatti erano disposti sopra dei blocchi di cemento che li rendevano instabili, alimentando la paura di nuove scosse, l'ansia, l'insicurezza e lo stress. E' importante identificare soluzioni specifiche di risposta, come sistemazioni che rispondano ai particolari bisogni degli anziani (porte più larghe, gradini più bassi, ecc.), cercando di ridurre al minimo i tempi di permanenza negli alloggi temporanei.

Nei casi di catastrofi naturali l'intervento non può essere che psicosociale, attento ai processi collettivi relativi alle diverse fasi dell'evento, in quanto oltre a colpire il singolo colpisce l'intera comunità. Inoltre andranno valorizzate le risorse interne alla comunità, tra cui sono compresi anche gli anziani.

Nella società moderna gli anziani sono visti spesso come peso. In una situazione di emergenza, che va a colpire tutta la popolazione e a cui è importante far fronte valorizzando le risorse della comunità, anche l'anziano, ma non solo, potrebbe essere considerato una risorsa, rendendosi utile a sé e agli altri. Ad esempio, sarebbe interessante formare gli anziani all'ascolto e alla relazione, evidenziando i loro punti di forza e di debolezza al fine di utilizzare le loro risorse nella comunità, come soggetti competenti nelle situazioni di crisi. Non dimentichiamo che lo sperimentarsi efficiente fa sentire l'anziano meno vecchio, con tutti i significati negativi associati all'essere "vecchio". Inoltre, una revisione più approfondita della letteratura dovrebbe chiarire i differenti risultati rispetto all'età come fattore di rischio per lo sviluppo del disturbo post-traumatico da stress, confrontando, oltre ai risultati, anche gli strumenti e la metodologia adottati dai diversi autori.

## **BIBLIOGRAFIA**

- **A. Toni** "La catastrofe, lo sradicamento il reinserimento", in "Atti Conferenza Nazionale Il terremoto dentro", 15/16 ottobre 1999, Foligno
- **M. Grignani** "Il terremoto invisibile, le reazioni psicologiche alla catastrofe", in Studi e Informazioni Anno XI-XII. Numero 31-32, settembre 1998-aprile 1999 IRRES-Regione dell'Umbria
- **M. Moroni, M. Argentati, S. Felicetti** "L'intervento psicosociale in emergenza: il sisma di Umbria e Marche 1997, in Atti della Prima Giornata di Studio su Gravi stress, traumi e salute, 2000, Ed. Kappa, Roma.
- **M. Grignani, A. Toni.** "I Centri di Ascolto nei comuni terremotati dell'Umbria. Esperienze e linee guida per una proposta di intervento". Rassegna italiana di valutazione n. 9, 1998.
- **S. Pezzuto, P. Mecocci, P. Rinaldi e al.,**"Impatto del terremoto del 26 Settembre 1997, in Umbria, sulle condizioni socio-ambientali e psicofisiche di una popolazione anziana in rapporto alla differente -situazione abitativa." Giornale di Gerontologia, 2000; 48: 505-511.



- **P. Montesperelli**, W. Nanni, A. Longo, P. Rinaldi. "Anziani a Nocera Umbra: le condizioni sociali e lo stato psico-fisico dopo il terremoto". Studi e Informazioni, A. XII, n. 33, 1999-IRRES
- **N. Tanida**. "What happened to elderly people in the great Hanshin earthquake. Br. Med. J. 1996; 313: 1133-1135
- **A. K. Goenjian a al.** "PTSD in elderly and younger adults after the 1988 earthquake in Armenia. Am. J. Psych. 1994; 151: 895-901
- **C. Laicardi**. "Psicologia e qualità della vecchiaia", 1987, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma
- **M. Cuzzolaro**, L. Frighi. "Reazioni umane alle catastrofi", Ed. Gangemi, 1998.
- **M. Sgarro**. Post Traumatic Stress Disorder. Aspetti clinici e psicoterapie. Ed. Kappa, Roma, 1997