

# **REAZIONI PSICOLOGICHE E MISURE DI INTERVENTO DI FRONTE AD UN ATTACCO NON CONVENZIONALE DI TIPO BIO-CHIMICO**

**Antonio Zuliani**

Publicato su "Emergency Oggi", anno IX, n° 9, ottobre 2003  
[www.emergencyoggi.it](http://www.emergencyoggi.it)

L'obiettivo principale del terrorismo è quello di irrompere nella società, creando un'intensa paura, frantumando il senso di personale sicurezza, che una persona ritrova solitamente all'interno della comunità in cui vive. Da questo punto di vista gli obiettivi del terrorista non sono solamente le persone, che direttamente soccombono durante l'attacco, ma l'interna comunità locale o nazionale. Tant'è che la sola minaccia di un attacco terroristico può sortire effetti dirompenti, all'interno di una collettività già provata e spaventata da queste minacce. Vi sono poi degli agenti stressanti aggiuntivi legati alla situazione nel quale la minaccia terroristica è avvertita. E' ben diverso se parliamo di una zona isolata o di una grande città, ma anche se, tale minaccia, si manifesta in una situazione di relativa tranquillità sociale o se si inserisce in un momento già teso e difficile per cause preesistenti. Non dimentichiamo che qualsiasi reazione emotiva non nasce nel nulla, tanto che possiamo dire che le risposte emotive ad un evento sono comprensibili solamente all'interno del contesto storico e culturale nel quale si manifestano. A titolo di esempio, tutti ricorderanno la trasmissione radiofonica durante la quale Orson Wells annunciò l'arrivo dei marziani a New York. La reazione della

popolazione fu immediata e travolgente: le persone abbandonarono i loro posti di lavoro e le strade si riempirono automobili cariche di persone che cercavano di allontanarsi dalla città, così per le ferrovie e le metropolitane. Tale reazione rischia di essere inspiegabile se non si riflette sulla data di messa in onda: 30 ottobre 1938. In quel periodo gli Stati Uniti erano percorsi da due pesanti preoccupazioni: la possibilità di una guerra in Europa, dopo i gravi lutti e i profondi problemi sociali derivati dalla partecipazione al primo conflitto mondiale, e quella per la pesante recessione economica (la crisi del 1929 era ancora nella memoria di tutti). Ecco che i marziani hanno ben rappresentato o coagulato tutte queste paure e, quindi, la trasmissione non ha fatto altro che dare un ultimo colpo ad una bottiglia già pronta per scoppiare.

## **REAZIONI PSICOLOGICHE**

All'interno di questo scenario, già di per sé complesso, si inserisce la possibilità di un attacco terroristico che utilizzi armi di distruzione di massa di tipo chimico e biologico e questa nuova possibilità contiene degli sviluppi psicologici importanti sia per la popolazione, che ne è minacciata, sia per coloro che sono chiamati ad intervenire in soccorso. Di seguito esamineremo alcuni fattori che rendono l'utilizzo di agenti bio-chimici particolarmente minaccioso e spaventoso.

Il primo problema lo pone lo stesso agente che potrebbe essere usato per l'attacco, che ha la fondamentale caratteristica di essere invisibile e impercettibile anche agli altri sensi. Ciò può rievocare le nostre paure più radicate e più profonde di essere invasi e distrutti da una forza invisibile. Esiste, dentro di ognuno di noi, una paura legata all'immaginario dell'invisibilità come a qualche cosa di pericoloso. L'invisibilità è stata spesso associata al maleficio, alla magia nera; d'altra parte lo spirito puro non aveva ragione di celarsi agli altri. Ciò rinforzato da una minaccia che viene dall'esterno e della quale la possibile vittima non si sente minimamente responsabile, anzi, essa rientra tra cose considerate immorali, nel contesto della convivenza mondiale.

Un altro aspetto riguarda il modo di manifestarsi del terrorismo. Esso colpisce in modo improvviso, secondo tempi e forme assolutamente imprevedibili e presenti solamente nella mente degli individui che stanno nella "cabina di regia" dell'attentato.

Se possiamo essere pronti a riconoscere l'esistenza di armi convenzionali sempre più mortali, diventa spaventoso considerare che qualche cosa di molto familiare, come è stato un aereo nel caso del World Trade Center, possa divenire un'arma letale. Diviene, allora, difficile accettare che proprio la tecnologia, creata dall'uomo per suo benessere, si trasformi, nelle mani di alcuni individui in uno strumento decisivo per la sua morte. Infine, possiamo riflettere sulla profonda angoscia che può determinarsi dal vedere due agenti fondamentali per la sopravvivenza, come l'aria e l'acqua, che si possono improvvisamente trasformare in veicoli di morte. Qualcuno, e ritorna il tema del nemico invisibile e onnipotente, ha la capacità di trasformare ciò che dà vita in veicolo di morte; e questo è un pensiero intollerabile.

Un ulteriore aspetto che crea ansia è determinato dal fatto che il riconoscimento di un attacco bio-chimico non è facile e immediato come si vorrebbe: più che dai sintomi individuali, infatti, si riconosce dal modo in cui si diffonde l'infezione, che insorge rapidissima e in una percentuale alta della popolazione. Si tratta, inoltre, di malattie raramente viste nella pratica medica quotidiana. Questo fatto arriva a mettere medici e pazienti sullo stesso piano: coloro

che dovrebbero garantire della nostra salute sanno ben poco su questo settore e, spesso, ne sono le prime vittime. Questo evidenzia un altro aspetto del bioterrorismo che ha profondi risvolti psicologici: esso non appartiene alla nostra esperienza umana e tutto ciò che non è conosciuto, “narrato” all’interno di una collettività diventa, di per sé, ancora più spaventoso. Anche per questi motivi, la distanza temporale tra l’esposizione agli agenti e il manifestarsi della malattia produce una forte ansia e una notevole incertezza tra coloro che anche solo temono di essere stati infettati. Come vedremo, questo vissuto deve essere considerato seriamente in un piano di intervento che voglia salvaguardare anche la salute mentale. Ricordiamo, in proposito, che durante l’attacco con il gas Sarin alla metropolitana di Tokio del 1995 morirono 11 persone. Circa 1.000 furono ricoverate in ospedale con sintomi tossici e più di 4.000 crederono di essere avvelenate pur non avendo avuto alcuna seria esposizione al gas tossico (Hubo, 1997).

A fianco di quanto detto, va considerata la limitatezza dei trattamenti disponibili e come questo sia percepito da parte della popolazione. Pensiamo a tutta la preoccupazione che si è scatenata sulla disponibilità o meno di un numero di vaccini contro il vaiolo, anche in questo caso una discussione che non ha fatto bene alle menti.

In merito alla pericolosità di certe discussioni, ricordiamo come molte dispute scientifiche sono, aimè, più funzionali all’aumento dell’ansia che al raggiungimento di una verità.

Consideriamo poi come gli agenti biologici non siano ben capiti al di fuori di ristretti gruppi professionali e di come manchi ancora la capacità di questi di presentare le cose in modo chiaro ed efficace alla popolazione.

Un altro aspetto sconvolgente è legato al mutamento dell’idea che era prevalente in tutti gli esperti, prima dell’11 settembre 2001, secondo il quale sarebbe stato contro gli interessi dei terroristi provocare l’uccisione di un gran numero di persone e che, in ogni caso, sarebbe stato nell’interesse dell’attentatore quello di pensare alla salvaguardia della sua vita. Ora dobbiamo cambiare questa immagine, che rappresentava una sorta di saggezza convenzionale sul terrorismo, ma modificare simile immagine non è semplice, anche perché non sappiamo ancora bene con che cosa sostituirla. Certamente è difficile farlo con quella che veda il terrorismo come una valenza assolutamente incontrollabile e senza limiti, perché si tratterebbe di un pensiero inaccettabile, mentre noi, sia percettivamente sia emotivamente, abbiamo bisogno di fare rientrare tutto all’interno di schemi noti. Non a caso subito dopo l’11 settembre, e in buona parte ancora oggi, si parla di guerra al terrorismo: il termine guerra, per quanto pesante, riporta l’immaginazione all’interno di un campo noto e dalle conseguenze, tutto sommato, prevedibili.

Vi è poi un aspetto grottesco nello stesso modo in cui funzionano le regole della comunicazione di massa. Ad esempio, abbiamo paura del vaiolo, sappiamo che il vaiolo deturpa il volto di chi è contagiato e mostriamo proprio questi volti nei nostri giornali e televisioni: proprio un bel modo per incrementare paura e terrore! Infatti, un altro degli aspetti che creano paura ed ansietà di fronte ad un attacco terroristico che impieghi elementi biologici è rappresentato proprio dalle deformità e dalle deturpazioni che crea nei corpi delle persone che ne sono colpite.

Vi è un’ultima considerazione da fare. Abbiamo imparato che nelle situazioni di emergenza vi sono delle manifestazioni emotive e somatiche assolutamente normali e attese. Di fronte al

bioterrorismo dobbiamo, quindi, imparare ad accettare una certa dose di ipersuggestibilità come fattore intrinseco.

Secondo Boss (1997) dobbiamo prendere in considerazione anche la presenza di un certo isterismo epidemico, che si manifesta quando le persone hanno una visione simile sul significato dei sintomi collegati ad una malattia, al punto di riconoscerli e manifestarli anche in assenza della stessa. Tale fenomeno è presente all'interno di ogni epidemia, ma risulta poco studiato. Ciò anche a causa di una tendenza molto negativa presente negli esperti quando giudicano i comportamenti della popolazione. Quando gli esperti richiedono precauzioni supplementari nelle situazioni di incertezza, essi le chiamano contenute misure per preservare la salute, quando il pubblico prende precauzioni supplementari gli esperti lo definiscono isterismo o panico. L'atteggiamento più utile sarebbe quello di comprendere il senso delle paure espresse dalla popolazione e considerare le misure di autoprotezione spontanee come un segnale del desiderio di attivarsi (da guidare) e del bisogno di avere delle indicazioni da parte delle autorità competenti. Se si sviluppasse questa attenzione sarebbe più facile il dialogo esperti popolazione, con il conseguente contenimento dei fenomeni sopra descritti.

## **IMPLICAZIONI PER I PROGRAMMI DI INTERVENTO**

Sulla base delle valutazioni esposte si possono trarre alcune indicazioni operative utili per la predisposizione di programmi di intervento efficaci. In questo articolo, mi limiterò a discutere due aspetti particolarmente importanti nel contrasto alle conseguenze di un attacco terroristico: la mitizzazione del panico e la tendenza a limitare l'intervento solamente agli aspetti sanitari del problema.

### **Mitizzazione del panico**

Benché nessuno possa sapere con esattezza come una determinata popolazione potrà reagire ad un attacco senza precedenti come quelli che dovessero impiegare agenti bio-chimici, si nota la tendenza a dare troppa enfasi al problema del panico. Molti addetti ai lavori sembrano preoccupati che la popolazione cada in preda al panico e che, per questo motivo, non collabori con le indicazioni fornite dalle autorità.

Con panico ci si riferisce, principalmente, ad un fenomeno di gruppo in cui la paura intensa e contagiosa spinge i singoli individui a pensare solo a se stessi a danno degli altri. Non, quindi, alle reazioni individuali avulse da una situazione collettiva e, tanto meno, agli "attacchi di panico" che si manifestano anche in situazioni ordinarie e che appartengono alla sfera della psicopatologia.

La creazione del panico è, indubbiamente, uno degli obiettivi principali di un'azione terroristica, ma come osservano Glass e Schoch-Spana (2002) l'analisi dell'esperienza dei comportamenti delle popolazioni durante i disastri naturali e tecnologici indica una reazione in genere efficace e adattabile e poche situazioni di panico. Ciò è avvenuto nell'incidente di Tree Mile Island, durante l'attentato del 1993 al World Trade Center e anche dopo l'attacco dell'11 settembre 2001 durante il black out che ha colpito gli Stati Uniti nell'agosto del 2003. Tra il 1932 e il 1945 i giapponesi attaccarono la Cina utilizzando tutti i generi di agenti bioterroristici, dalla peste bubbonica, al colera, all'antrace. Se andiamo ad esaminare con

attenzione quello che avvenne tra le popolazioni colpite, riscontreremmo ben pochi casi di panico così come siamo abituati a vederli nei film. Uno studio di Crosby sull'epidemia di influenza spagnola del 1918 ha evidenziato come, anche di fronte ad un evento così catastrofico, le reazioni delle persone fossero caratterizzate da ingegno, civiltà e muto aiuto.

La paura irrazionale, con manifestazioni di fuga incontrollata, si manifesta in pochi casi, per lo più circoscritti a situazioni nelle quali le persone si sentono intrappolate dal fuoco senza avere visibili vie di fuga.

A volte si confonde il panico con il fatto che le persone, in determinate situazioni, non facciano quello che ci si aspetta da loro e questo, indubbiamente, rappresenta un problema di pianificazione nell'emergenza. Ma ciò può corrispondere ad un bisogno delle persone coinvolte di attivarsi con un comportamento concreto, piuttosto che ad una reazione sconsiderata e negativa.

Questa considerazione suggerisce di prestare molta attenzione alle conseguenze negative che si possono creare nel caso in cui il panico sia "mitizzato" come principale conseguenza attesa in un'emergenza e si lavori primariamente per evitarlo. Ciò porterà, da un lato, a trascurare ogni piano di informazione preventivo, giudicato inutile di fronte al panico e, dall'altro, a pensare di fornire informazioni infondate o imprecise al solo scopo di rassicurare e calmare il pubblico per non indurlo al panico.

Dimenticando che il più grande rischio nelle emergenze è quello che le notizie negate e edulcorate dalle autorità siano poi poste a conoscenza della popolazione (d'altra parte questo è il ruolo dei media) e ciò fa cadere la credibilità di tutte le notizie date e di tutte le misure di protezione richieste.

### **Attenzione all'aspetto sanitario**

Una seconda considerazione sulla quale riflettere riguarda la tendenza del personale di emergenza, forse perché fortemente focalizzato su i propri compiti professionali, a pensare che alle persone coinvolte come a dei soggetti passivi e che, in ogni caso, non debbano entrare in modo attivo nello scenario dell'intervento. Se ciò si giustifica ampiamente per incidenti localizzati e contenuti, diviene improponibile all'interno di uno scenario come quello proposto da un massiccio attacco terroristico. Laddove il numero delle persone coinvolte, o che si sentono in pericolo, e l'estensione territoriale, di cui occuparsi, divengono ingestibili.

La struttura sanitaria, da sola, non sembra in grado di far fronte alle conseguenze di un attacco bio-chimico, non solo perché la struttura ospedaliera potrebbe non riuscire a far fronte ad un così grande numero di persone colpite, ma, e questa è la ragione principale, perché l'emergenza non può limitarsi al semplice trattamento medico, ma deve affrontare anche il tema della salute mentale. Si tratta di un impegno così gravoso e di così ampia complessità sociale da dover essere affrontato facendo tesoro di tutte le risorse sociali.

Da questo punto di vista dobbiamo imparare a valorizzare le potenzialità di mutua assistenza all'interno dei gruppi sociali. Ciò dovrebbe indurre ad una maggior attenzione alla politica di informazione e coinvolgimento delle organizzazioni e dei gruppi sociali nelle procedure di aiuto, ma in questo caso si può usare il termine di auto aiuto, delle popolazioni colpite. Di ruolo e di funzioni ricopribili dalle associazioni dei cittadini ve ne sono molte: dall'organizzazione degli incontri formativi all'assistenza alle persone ammalate, dal supporto logistico al sostegno sociale, fino al fondamentale ripristino delle routine quotidiane sia personali sia comunitarie. Per non dimenticare il valore aggiunto di autorevolezza e di

credibilità nell'informazione se questa viene avvalorata dalle organizzazioni dei cittadini e dei loro leader.

Ecco allora che fornire un'informazione preventiva corretta e molto importante, come prima realizzazione di un piano di emergenza che consideri nella giusta importanza l'aspetto della salute mentale. Di fronte al terrorismo di tipo bio-chimico la comunicazione del rischio deve tenere conto che non si ha a che fare con un pubblico apatico e distratto, bensì con persone molto attente e interessate, che privilegiano facilmente l'ipervigilanza. In questi casi l'apparente disinteresse non sarà la manifestazione di apatia, bensì di un meccanismo psicologico ben più grave: la negazione. Tale atteggiamento che sottende al negare la presenza del pericolo non può essere affrontata aumentando l'informazione, perché ciò provocherebbe l'aumento della negazione: se un evento spaventa al punto di negarlo, tale resistenza aumenterà con l'incrementarsi delle notizie del pericolo. L'atteggiamento più corretto è quello di capire la ragione delle paure che hanno determinato la negazione e la presenza di una spinta sociale ad affrontarle. Qui torna nuovamente l'importanza della collaborazione di cui si parlava.

## Bibliografia

- Benedek D.M., Holloway H.C. e Becher S.M. (2002), *Emergency metal health management in bioterrorism events*. Emergency Medicine Clinic of North American, 20, 393-407.
- Boss L.P. (1997), *Epidemic hysteria: a review of the published literature*. Epidemiologic Review, 19, 233-243.
- Clarke L. (2003), *The problem of panic in disaster response*. the Johns Hopkins Center for Civilian Biodefense Strategies
- Covello V.T., Peters R.G., Wojtecki J.G. e altri (2001), *Risk communication, the West Nile virus epidemic, and bioterrorism: responding to the communication challenges posed by the intentional or unintentional release of a pathogen in an urban setting*. Journal of Urban Health, 2001, 78, 382-391.
- Crosby A.W. (1989), *American's forgotten pandemic: the influenza of 1918*. Cambridge University Press, Cambridge, 1989.
- Digiovanni C. (1999), *Domestic terrorism with chemical or biological agents: Psychiatric aspects*. American Journal of Psychiatry, 156, 1500-1506.
- Glass T.A. e Schoch-Spana M. (2002), *Bioterrorism and the people: How to vaccinate a city against panic*. Clinical Infectious Diseases, 2002, 34, 217-223.
- Holloway H.C., Norrwood A.E., Fullerton C.S., Engel C.C. e Ursano R.J. (1997), *The treat of biological weapons: Prophylaxis and mitigation of psychological of social consequences*. Journal of the America Medical Association, 278, 425-427. Molly J.L. e altri (2002), *Psychological and Behavioral impact of bioterrorism* PTSD Research Quarterly, vol. 4, n.3.
- Nord C.S. e Pfefferbaum B. (2002), *Research of the mental effects of terrorism*. 288, 633-636.
- Norwood A. (2003), *Anticipated psychological impact of bioterrorism*. the Johns Hopkins Center for Civilian Biodefense Strategies.
- Sandman P. (2001), *Antrax, Bioterrorism, and Risk Communication: Guidelines for Action*. [www.psandman.com/col/part1.htm](http://www.psandman.com/col/part1.htm).
- Sandman P. (2001), *Risk Communication and the War Against Terrorism: High Hazard, High Outrage*. [www.psandman.com/col/9-11.htm](http://www.psandman.com/col/9-11.htm).