

IMPLICAȚII ALE ATACURILOR TERORISTE ASUPRA SĂNĂȚĂII MENTALE ȘI A TRATAMENTULUI VICTIMELOR COLATERALE

Viorel Robu

Universitatea „Petre Andrei” Iași

ABSTRACT

Our study concerne the psychological effects on new-yorker – but not only - following the September 11th attacks upon World Trade Center. The survies conducted by local government in the next time after attacks have shown a significant increase of PTSD, depression or agoraphobia incidence. Unprecedented press covering of this event has contributed to increase of the trauma exposure level in american public – and this effect was associated with some specific risk factors. In this paper we survey many recomandations regarding the role and the ways of intervention for psychiatric/mental health services. The most important conclusion of the many studies was is necessary a rigorously planning of all resources available in community. All this aspects were discussed.

Key words: terrorist attacks, mental disorders, risk factors, mental health service interventions

Efecte imediate în planul sănătății mentale ale atacurilor de la 11 septembrie 2001

Pe 11 septembrie 2001, SUA suferea cel mai cumplit atac terorist din istoria sa. În New York, aproximativ 3000 de oameni au căzut victime atacurilor teroriste arabe asupra World Trade Center, în timp ce multe alte mii și-au salvat viețile fugind. Milioane de rezidenți din alte zone decât Manhattan au observat explozia și focul declanșat la nivelele superioare ale celor două turnuri și au respirat fumul toxic care a împânzit orașul.

Lăsând la o parte distrugerile materiale masive și pierderile de vieți omenești, impactul psihologic al acestor evenimente terifiante asupra populației (mai ales a celei care a fost martoră directă) a fost profund, reflectându-se în creșterea semnificativă a frecvenței unor **tulburări mentale** (fie ele și tranzitorii) (Galea & colab., 2002, pp: 982-987; Herman, Felton & Susser, 2002, pp: 322-331; Schlenger & colab., 2002, pp: 581-588).

Într-o anchetă pe populația new-yorkeză cerută de guvernarea locală imediat după atacuri, Herman & colab. (2002) au estimat un minimum de aproape 500.000 de cazuri de tulburări mentale încadrabile nosologic. Cercetările ulterioare au confirmat prevalența impactului emoțional. Astfel, o anchetă prin telefon desfășurată în 2002 pe un eșantion de 1008 rezidenți adulți acoperind o mare parte din Manhattan a ajuns la concluzia că aproximativ 7.5 % dintre subiecții investigați prezentau simptomele **sindromului de stres posttraumatic** (SSPT) de cel

puțin una până la două luni după 11 septembrie (**Galea & colab.**, 2002). O anchetă națională pe Internet desfășurată aproximativ în același timp (**Schlenger & colab.**, 2002) a găsit o rată similară a cazurilor de sindrom de stres posttraumatic printre new-yorkezi, în timp ce ancheta condusă de **Hoven & colab.** (2002) pe aproximativ 8000 de elevi în clasele IV-XII din New York a identificat o rată de 10.5 % a cazurilor de sindrom de stres posttraumatic (cf. **Herman & Susser**, 2003, p. 3). Anchetele conduse de **Hoven** (2002) și **Galea** (2002) au ajuns la concluzia creșterii ratelor și a altor tulburări, precum **depresia** sau **agorafobia**. Ultima se pare că releva teama (efect reactiv) persoanelor obișnuite ca nu cumva în locurile deschise să se întâmple un atac terorist de genul celui de pe 11 septembrie.

Factorii de risc

Riscul dezvoltării unor tulburări mentale consecutive unui atac terorist pare să fie asociat cu **gradul de expunere** la evenimente (**Herman & Susser**, 2003, p. 3). De exemplu, rata cazurilor de depresie a fost mai ridicată printre adulții care au raportat pierderea unui prieten sau a slujbei ca urmare a atacurilor din 11 septembrie 2001 (**Galea & colab.**, 2002, p. 985). Deși încă nu au fost aduse date sistematice în legătură cu incidența cazurilor de SSPT printre persoanele care au fost evacuate din World Trade Center sau din clădirile învecinate, există evidențe care susțin ipoteza potrivit căreia acestea au suferit puternice simptome de stres posttraumatic (**Schlenger & colab.**, 2002). De vreme ce atacul a beneficiat de o excepțională și fără precedent acoperire mass-media (inclusiv filmarea *live* a impactului avioanelor cu cele două turnuri), ne-am putea întreba dacă **expunerea indirectă** la evenimente n-ar fi putut crește cumva riscul unor tulburări mentale în populația martoră. Deși mai puțin explicate, există totuși o serie de evidențe ale asocierii între vizionarea frecventă a acestor imagini și simptomele unor tulburări mentale. Un număr destul de mare de cercetări s-au axat asupra rolului unei varietăți de **factori de risc** (fără ca aceștia să aibă legătură neapărat cu expunerea directă) în dezvoltarea unor sechele psihologice consecutive dezastrelor. Aceștia includ atât atribute individuale (de exemplu: sex, simptome psihiatrice preexistente, antecedente ale expunerii la traumă etc.), cât și factori sociali (de exemplu, nivele scăzute ale suportului social) (**Norris**, 2001). **Schlenger & colab.** (2002), apoi **Galea & colab.** (2002b, pp: 340-353) au raportat printre factorii asociați cu dezvoltarea sindromului de stres posttraumatic consecutiv atacurilor de la 11 septembrie: pierderea slujbei, sexul feminin, suportul social scăzut și trăirea unor evenimente de viață mult mai stresante în intervalul de cel mult 12 luni dinaintea atacului.

Evoluția efectelor în planul tulburărilor mentale

În legătură cu sindromul de stres posttraumatic, datele pe termen scurt strânse în cadrul anchetelor consecutive atacului sugerează că majoritatea cazurilor s-au ameliorat destul de rapid. Astfel, **Galea & colab.** (2002b) au raportat scăderea ratei cazurilor de SSPT la 1.7 % în luna ianuarie 2002. De asemenea, aceeași anchetă a raportat o scădere a cazurilor de depresie reactivă. Astfel de **regresii** în ceea ce privește incidența cazurilor de tulburări mentale apărute ca efect al unor atacuri teroriste de anvergură au mai fost înregistrate în anii precedenți (de exemplu, în urma atacului cu bombă din Oklahoma City din 1999 – cf. **North & colab.**, 1999; apud **Herman & Susser**, 2003, p. 3), deși nu toate studiile au ajuns la aceleași rezultate.

Prevederi pentru implicarea serviciilor de asistență psihiatrică

Așa cum am văzut, atacurile din 11 septembrie 2001 de la World Trade Center au avut efecte marcante asupra sănătății mentale a new-yorkezilor. Dar care sunt implicațiile acestor concluzii pentru psihiatri și ceilalți lucrători în domeniul serviciilor de sănătate mentală – chemați să răspundă necesităților comunității afectată de un atac terorist major ? Imediat după un atac terorist se pare că **intervenția serviciilor de sănătate mentală** și de asistență psihiatrică trebuie împărțită în două faze distincte (**Herman & Susser**, 2003, pp: 3-4): intervenția într-o **fază acută** și cea într-o **fază post-acută**. Durata fiecăreia dintre cele două etape depinde de intensitatea dezastrului, de gradul amenințării în planul echilibrului psihic al victimelor, precum și de răspunsul comunității din care acestea fac parte (o atitudine și o conduită mai mult sau mai puțin suportivă, gradul de coeziune, mobilitatea membrilor etc.).

Serviciile necesare în timpul fazei acute includ intervenții în situații de criză, educație psihologică, suport social pentru a ajuta persoanele afectate să se adapteze la stresul psihic provocat de expunerea la dezastru. O mare parte din aceste intervenții trebuie acordată *in vivo* (de pildă: școli, biserici și alte medii care pot fi asociate cu situații de urgență etc.) (**Herman & Susser**, 2003) și mai puțin în mediul formal al institutelor sau serviciilor de sănătate mentală (deoarece se scontează o eficiență mai mare a însușirii conținuturilor atunci când audiența nu este ruptă de mediul natural în care își desfășoară activitatea). În general, se pare că diferitele comunități (inclusiv cea din New York în momentul atacurilor din septembrie 2001) nu au fost adecvat pregătite pentru a-și mobiliza resursele de care dispuneau, astfel încât capacitatea acestora de a oferi intervenție și sprijin efectiv s-a dovedit destul de limitată. Deși impactul acestei strategii pe termen scurt (o putem denumi prin termenul de *debriefing*) a fost recunoscut, nu există

suficiente argumente pentru a susține și efectele pe termen mai lung – concluzie la care a ajuns chiar National Institute of Mental Health, 2002 – cf. **Herman & Susser**, 2003, p. 3).

După faza acută, atenția serviciilor de asistență psihiatrică și de sănătate mentală trebuie să fie direcționată asupra tratamentului și recuperării tulburărilor mentale diagnosticabile, a victimelor cu simptome încă nerezolvate, precum și asupra celor la care simptomele unui dezechilibru psihologic s-au activat tardiv (**Herman & Susser**, 2003, p. 4). Există o bogată literatură de specialitate privind tratamentul tulburărilor mentale cel mai probabil consecutive expunerii în masă la violență și traume severe. Un număr relativ mare de studii acreditează eficacitatea intervențiilor psihoterapeutice în tratamentul sindromului de stres posttraumatic, precum terapia psihodinamică individuală și de grup. De asemenea, farmacoterapia poate oferi un beneficiu persoanelor care au suferit un sindrom de stres posttraumatic, prin destructurarea unor sisteme biopsihologice formate ca mecanisme reactive la stresul extrem și restabilirea funcționării normale în plan fizic, psihic și social. În plus, frecvența mare a comorbidității înregistrată în rândul pacienților suferind de sindrom acut de stres posttraumatic subliniază importanța abordărilor farmacoterapeutice în tratamentul acestei tulburări (**Foa & International Society for Traumatic Stress Studies**, 2000; apud **Herman & Susser**, 2003, p. 4).

Răspunsul comunității

Mai sus am descris intervențiile necesare la nivelul indivizilor izolați, a familiilor acestora sau a grupurilor mici de victime colaterale dezastrelor prin atacuri teroriste, însă în literatura de specialitate s-a subliniat frecvent necesitatea și importanța unor intervenții ținute pe comunitatea mai largă din care provin aceste victime sau care este expusă în masă la atacuri teroriste violente. Astfel, se vorbește despre activități destinate să mențină împreună membrii unei comunități pentru a se crea un **suport social și emoțional** eficient pentru cei care au suferit de pe urma atacurilor teroriste (pierderi semnificative, precum cea a unor membri ai familiei, a slujbei, a locuinței etc.). Astfel de activități ar putea contribui și la **creșterea coeziunii sociale** a comunității, precum și a **suportului mutual** – ambele având importante beneficii pentru sănătatea mentală a membrilor. De pildă, atitudinea și acțiunile întreprinse de primarul New York-ului, Rudolph Giuliani, în zilele imediat următoare atacurilor teroriste de la 11 septembrie 2001 au avut drept efect sporirea mobilității comunității new-yorkeze, precum și a solidarității. Din exemplul de mai sus decurge că leaderii locali pot contribui la promovarea și menținerea unor scopuri comune și a unui filon de atitudini/acțiuni solidare în rândul membrilor unei comunități afectată de un grav atac terorist.

În fine, literatura de specialitate acreditează necesitatea existenței unei **infrastructuri anticipate** în domeniul centrelor de asistență psihologică sau psihiatrică, dacă dorim ca intervențiile la scară largă pentru recuperarea și/sau menținerea sănătății mentale a comunităților afectate de atacuri teroriste să fie eficiente (**Herman & Susser**, 2003, p. 4). Această infrastructură trebuie să includă planificarea comprehensivă a resurselor și a răspunsurilor coordonate și coerente, o forță de muncă (personal) bine instruită, precum și crearea/întreținerea printre membrii autorităților administrative locale a mentalității orientate către recunoașterea faptului că preocuparea permanentă pentru sănătatea mentală a comunității este o parte esențială a stării de pregătire a acestora pentru situații majore de genul unor atacuri teroriste.

Concluzii

Cele mai multe conflicte sunt rezultatul unor procese dinamice în plan politic (de pildă, lupta pentru putere), economic (lupta pentru resurse) și sociocultural (conflictele interetnice), iar sechelele unor asemenea conflicte pot fi rezolvate numai printr-o abordare multisectorială sau la diferite nivele a serviciilor de sănătate mentală publică (**de Jong, Komproe & van Ommeren**, 2003, p. 8). În acest sens, antropologia medicală, științele comportamentale și epidemiologia pot fi de mare folos. În vederea intervenției publice în domeniul sănătății mentale în cazul unor dezastre (naturale sau provocate de om, precum atacurile teroriste sau războaiele), trebuie elaborate cadre de referință unice (de exemplu, politici de asistență/îngrijire psihologică, medicală și socială primară în acord cu nevoile identificate ale comunității).

Istoria conflictelor armate interetnice, a atacurilor teroriste sau a dezastrelor naturale a demonstrat că supraviețuitorii acestora sunt predispuși la o vulnerabilitate mai crescută în fața unei varietăți destul de largi de factori suplimentari – alții decât conflictele sau atacurile în sine, precum: creșterea dificultăților economice, absența abilității de adaptare într-un nou mediu (de pildă, în cazul în care este necesară evacuarea sau refugierea), marginalizarea (de pildă, în cazul conflictelor interetnice), sărăcirea condițiilor de trai material, probleme de sănătate fizică, colapsul rețelei sociale sau a resurselor suportive etc. (**de Jong**, 2002; apud **de Jong, Komproe & van Ommeren**, 2003, p. 8). Cu alte cuvinte, multe dintre problemele legate de sănătatea mentală a victimelor colaterale conflictelor armate sau dezastrelor naturale sunt determinate nu numai de expunerea propriu-zisă la traumă, ci și de contextul social și economic în care survine acest fapt.

Tocmai de aceea, intervențiile pentru aceste populații trebuie să se axeze atât pe latura psihologică și medicală, cât și pe cea socio-economică. Iar pentru ca aceste intervenții să fie eficiente și să acopere o cât mai mare parte din populația afectată, studiile epidemiologice joacă un

rol important. Pe lângă acestea, autorii (de pildă, **de Jong**, 2002; **de Jong & Komproe**, 2002; apud **de Jong, Komproe & van Ommeren**, 2003, p. 9) au mai subliniat și alte criterii care pot contribui la selectarea priorităților în domeniul intervenției publice a serviciilor de sănătate mentală, precum: nivelul funcționării socio-economice a comunității, nevoile efective ale populației, identificarea problemelor solvabile cu resurse limitate și ușor accesibile, eficacitatea costurilor etc.

În concluzie, studiile de specialitate au relevat necesitatea adoptării unei **abordări sistematice** care să înglobeze resursele oferite de indivizi în parte, de familiile dintr-o comunitate, ca și de comunitatea în ansamblul ei. Sechelele evenimentelor traumatice (ne referim aici, în primul rând, la atacurile teroriste) trebuie să fie înțelese ca manifestându-se ele însele la diferite nivele – nu numai individual, ci și micro/macrosocial.

BIBLIOGRAFIE:

- De Jong, J., Komproe, I. & van Ommeren, M. (2003), „Terrorism, Human-Made and Natural Disasters as a Professional and Ethical Challenge to Psychiatry”, în *International Psychiatry. Bulletin of the Board of International Affairs of the Royal College of Psychiatrists*, issue 1/July;
- Galea, S., Ahern, J., Resnick, H., et al. (2002), „Psychological Sequelae of the September 11 Terrorist Attacks in New York City”, în *New England Journal of Medicine*, 346;
- Galea, S., Resnick, H., Ahern, J., et al. (2002), „Posttraumatic Stress Disorders in Manhattan, New York City, after the September 11th Terrorist Attacks”, în *Journal of Urban Health*, 79;
- Herman, D., Felton, C. & Susser, E. (2002), „Mental Health Needs in New York State Following the September 11th Attacks”, în *Journal of Urban Health*, 79;
- Herman, D. & Susser, E. (2003), „The World Trade Center Attack: Mental Health Needs and Treatment Implications”, în *International Psychiatry. Bulletin of the Board of International Affairs of the Royal College of Psychiatrists*, issue 1/July;
- Schlenger, W. E., Caddell, J. M., Ebert, L., et al. (2002), „Psychological Reactions to Terrorist Attacks: Findings from the National Study of American’s Reactions to September 11”, în *Journal of the American Medical Association*, 288;

Apărut în revista electronică *Jurnalul APR*, nr.1/2005