

Tulburări psihopatologice ale copiilor și adolescenților în dezastru

Psychopathological disorders of children and adolescents in disaster

Lupu Constantin

REZUMAT

În lucrarea de față, sunt descrise și exemplificate stările psihopatologice din cursul și după dezastru naturale și/sau antropice pe care le suferă copiii și adolescenții expuși la aceste situații.

Toate aceste evenimente trebuie parcurse ca urgențe medico-psihologice, astfel că se impune să fie cunoscute de specialiștii noștri, care pot lua măsuri de prevenție și tratament în multiple cazuri de catastrofe și dezastru.

Am insistat pe descrierea simptomatologiei următoarelor aspecte psiho-patologice:

- starea de șoc psihic acut din evenimentul catastrofal
- reacția psiho-patologică după un factor catastrofal
- reacția de panică populațională
- tulburarea cronică după stresul catastrofal.

La fiecare din aceste prezentări sunt referiri din experiența proprie și din măsuri de Prim Ajutor Medico-Psihologic. (PAMP)

Cuvinte cheie: dezastru naturale, tulburări psihopatologice, copil, adolescent

ABSTRACT

There are describe and exemplified psychopathological condition during and after natural and/or antropogenic disasters inflicted on children and adolescents exposed to these situations.

All these events must be covered on medical and psychological emergencies, so it is required to be known by our experts who can take preventive and treatment measure in many cases of catastrophes and disasters.

I insisted on describing the symptomatology on the following psycho-pathological issues:

- acute psychic states of shock during catastrophic events
- psycho-pathological reaction after a catastrophic factor
- state of population panic
- chronic disorder after catastrophic stress.

At each of these presentations are references from personal experience and from Medico-Psychological First Aid measures.

Keywords: Natural disasters, psychopathological disorders, child, adolescent

Situațiile și evenimentele psiho- traumatizante din dezastru sunt trăiri de distress acut pe care subiectul le trăiește și este confruntat cu evenimentul catastrofal în timpul căruia ar fi putut să fie grav rănit sau a fost și este amenințat cu moartea.

Aceleași trăiri psihopatologice le parcurg subiecții

care au fost martori direcți la evenimentele tragice, implicându-se ca participanți la ele.

Distressul psihic acut catastrofal are aceleași condiții, în plus subiectul simte și trăiește senzația de amenințare bruscă a vieții și/sau senzația de moarte iminentă. Un dezastru angrenează un număr mare

de suferinzi, conferindu-i un caracter de suferință populațională.

Participarea și răspunsul subiecților la evenimentul catastrofal se traduce prin simptomatologie psihică complexă: stare de anxietate și angoasă supraacută, sentimente și comportamente de blocaj și oroare, stare de panică acută. La copii, aceste manifestări se exprimă și prin agitație, stări conversive și suferințe psihosomatice. (12)

După trăirea catastrofală (cutremur, inundații, alunecări de teren, bombardamente, război cu agresiuni și distrugerii etc.) se instalează perturbări de suferință psihică de diferite intensități: disperare, anxietate, depresie, cu retrairi ale nenorocirii (flash-back-uri) și stări subconfuzionale-conversive urmate de amnezie. (16)

Descrierile suferințelor psihice din dezastr se pot clasifica în trei etape distincte:

Prima agresiune psihică

Este trăită în timpul dezastrului, care se instalează concomitent cu agentul fizic: momentele și/ sau perioada de suferință somatică și psihică de scurtă durată în cutremure și cele mai prelungite din inundații, taifune, invazie, tsunami, accidente de circulație și alte stări agresive asupra subiecților.

Dupa G. Perren-Klinger (1994) - în timpul și imediat după expunerea la o situație de șoc brutal, este clasic pentru fiecare persoană, adult sau copil, să parcurgă o reacție personală nespecifică sau specifică situației agresive. (15)

Dintre reacțiile nespecifice enumerăm: sentimentele de bocaj, de maximă neajutorare, teamă și groază de momentele traumatice trăite, pierderea securității personale interioare și a încrederii în sine și în cei din jur, deplângere și depresie prin pierderea de persoane, obiecte, planuri și iluzii.

Reacțiile specifice psihice ar fi: hipersomatizarea suferințelor (cefalee, tulburări cardiace, respiratorii și tensionale, tulburări digestive, reactivarea gastritelor, ulcerelor gastrice și hipermotilitate intestinală, perturbarea micțiunilor, dureri articulare acute etc.). Reacțiile specifice psihice sunt dominate de anxietate, de stări fobice, atacuri de panică, rememorări (flash-back), coșmaruri, parestezie și anestezie emoțională și somatică.

Cunoscând aceste suferințe, se poate elabora o strategie a medicului, psihologului și psihoterapeutului pentru recuperarea persoanelor agresate în diferite catastrofe.

La copii distresul este indus de stări conflictuale, de agresiuni și de diferite psihotraume care acționează la nivelul comunicării și informației psihice și psihosocio-economice, având intensitate și durată supraliminare capabile să producă modificări psihice acute, subacute sau cronice. (19)

Bineînțeles că trăirile și răspunsurile psihopatologice depind de capacitățile individuale de însușire, înțelegere, prelucrare și răspuns ale subiecților, de maturitate sau perturbarea maturității cognitive, adică de tipul de personalitate și tipul de vulnerabilitate. (18)

Experiența japoneză a demonstrat că o educație și instruire pentru controlul psiho-somatic din cutremure și din tsunami a redus simțitor stările de suferință acută în aceste dezastr.

Mecanismele distresului psiho-somatic se declanșează prin activare cortico-subcorticală, dar și prin mecanisme diencefalo-talamice și se transmit prin mecanisme neuro-vegetative ale axei neuro-endocrine, iar în final sunt preluate de viscere și de aparatul locomotor.

După C. Enăchescu (1973), formațiunile neocortexului care prelucrează agenții distress sunt: neocortexul prefrontal în acțiunile de orientare, praxie și unele conduite afective, iar neocortexul postrolandic determină funcțiile și disfuncțiile motorii; neocortexul postrolandic integrează funcțiile senzitive, rinencefalul (hipocampus, girus cinguli și amigdala temporală) pentru stimuli emoționali-afectivi și o parte din conduitele școlare-profesionale. (6)

După cum știm, în lobii frontali sunt prelucrate manifestările emoționale, în special anxietatea, iar zonele asociate ale lobilor frontali sumează și compară diferite informații din toate sectoarele cerebrale.

După Von Eiff și Steinmuller, bazele biologice ale distresului din dezastr sunt legăturile cortexului cu formațiile temporale limbice și ale hipotalamusului. (5)

Conform teoriei corticoviscerale (Pavlov, Bîcov), situațiile de șoc psihic se înregistrează și se prelucrează cortical, apoi induc o "furtună subcorticală" care declanșează mecanismele neurohormonale și neurovegetative.

Abordarea recentă a modificărilor psihice acute și cronice declanșate în condiții de agresiune somatică și psihică, introduce în ecuație declanșarea și comunicarea atribuită activității conjugate neuroni-neuroglie, care produc emisii de biunde cu formule pozitive sau negative. Această viziune prin teoria cuantică a funcțiilor cerebrale explică viteza de instalare și acțiune

fiziologică și/sau psihopatologică a stărilor negative din trăirile psihotraumatice. În plus, abordarea cuantică a comunicării prin biunde explică și stările de contagiune a funcțiilor emoționale precum anxietatea, depresia, angoasele (și veselia). Transmisia gândirii prin telepatia cuantică și transmisia trăirilor pozitive sau negative la copii este mai pregnant cu persoanele apropiate: mamă și rude din apropiere.

Această constatare este încă un argument psihoterapeutic în dezastre, în care intervenția noastră constă în recomandarea de sedative și anxiolitice, plus consilierea adulților de a nu transmite copiilor stările de anxietate, tristețe și disperare.

Revenind la analiza trăirilor psihopatologice din reacția acută la o psihotraumă catastrofală, am descris două faze ale acestor situații:

1. Starea psihopatologică de șoc psihic acut din timpul evenimentului catastrofal. Această fază durează în perioada acțiunii agentului catastrofal, deci de la câteva secunde la câteva minute (rar până la 1-3 ore). Starea de "rău de cutremur" durează în timpul seismului și pe durata replicilor când trăirile anxioase pot fi augmentate.

În timpul evenimentului catastrofal și în perioada imediat următoare agresiunii brutale și neprevăzute, subiectul parcurge o stare psihopatologică deosebită care constă în simptome de pierdere sau modificare senzorială și a conștienței, de tip dissociativ, semnalată și de Predescu și colab. la cutremurul din 1977: senzații de torpoare cu detașare și absența reactivității emoționale în acele momente, urmată de o scurtă reducere sau pierdere a stării de conștiență și de prezență în mediu (senzație de derealizare cu aspect de trăire în ceață, în nebuloasă), impresie de moarte iminentă, flash-back a unor perioade importante din viață, sau revederea imaginărilor a unor persoane apropiate cu amnezie dissociativă angoasantă asupra secvențelor din timpul evenimentului catastrofal parcurs.

Pentru victime, această stare de șoc este trăită ca o bulversare intensă cu schimbare brutală a mediului (distrugere în câteva secunde: incendiu, clădiri distruse), pierderea reperelor temporo-spațiale și de cele mai multe ori dispariția stabilității solului de sub picioare.

Conform DSM III și IV, în aceste momente se creează iluzia de centralitate în care subiectul simte că este în centrul catastrofei și impresia de vulnerabilitate extremă, fără să aibă un ajutor în proximitate.

L.Crocq (1992) subliniază că aceste trăiri se petrec cu convingerea prăbușirii invulnerabilității narcisice pe care o trăia înainte de dezastru.

Există și motive care nu permit recunoașterea de la început a acestei faze, prin senzația că tot ce se întâmplă în momentele de șoc acut ar fi trăire "normală" pe care o parcurg aparent mulți subiecți din jurul său.

2. Reacția după un factor catastrofal

În continuarea stării de "șoc psihic acut" urmează reacția acută propriu-zisă la un factor de stres, descrisă ca o "tulburare tranzitorie survenind la o persoană care nu prezintă nicio altă tulburare mentală manifestată și se exprimă după câteva minute de la experiența traumatizantă, dispărând de obicei în câteva ore sau zile" (CIM F43.0).

În această etapă evenimentul agresiv este re trăit constant prin imagini, gânduri, vise, memorări- iluzii, episoade flash-back recurente cu conținut anxiogen sau sentimente de retrăire a catastrofei.

Aceste retrăiri sunt intense la copii și adolescenți și argumentate de particularitățile fantasmatică și mitoplastice ale psihismului. După expunerea la evenimentul catastrofic și retrăirea situațiilor psihotraumatizante, majoritatea copiilor și tinerilor beneficiază de evacuarea gândurilor, sentimentelor și a filmului catastrofei, alții evită memorarea, conversațiile și activitățile care evocă dezastru.

Acestea ar fi o componentă a mecanismelor de apărare care fac parte din psihismul vârștelor copilăriei și adolescenței.

În intervențiile noastre vom ține cont și de faptul că victimele au perturbări în sistemul propriu de înțelegere și de relații sociale, deci aparent nu răspund de la început la suportul moral care se ofera din afară. Deci persoanele care intervin în cadrul Primului Ajudator Medico- psihologic (PAMP) trebuie să-și continue eforturile pentru a obține o detensionare a suferințelor post-dezastre. (19)

Starea de panică a populației

După CIM 10, F43.0, starea acută după catastrofa poate fi însoțită de trecerea de la psihismul individual (dezorientare, impresia de moarte iminentă cu tanatofobie, pierderea capacității de decizie, căutarea disperată de protecție sau de un model de comportament) la starea de psihism colectiv, adică de panică de grup sau colectivă. (7)

Această situație se resimte simultan de toți in-

divizii unei colectivități expuse la trăire catastrofală supraacută și se caracterizează prin regresivitatea mentalităților și comportamentelor la un nivel arhaic și gregar.

Manifestările în starea de panică populațională survin brutal, sunt dominate de stări de angoasă, fugi, agitație și violență, agresiuni și chiar suicid. Instalarea bruscă la un grup mic se propagă rapid prin contagiune, imitare și gregarisme după modelele inițiatorilor denumiți "germeni de panică".

La copii, după Girard și colaboratorii (1966) și Osada (1982), se constată o dislocare a conștiinței individuale pe fond anxios extrem cu alterarea percepției, sugestibilitate maximă, regres afectiv la atașament de sugar (solicită îngrijire ca pentru un sugar) și anxietate de separație. La elevi apar retractia socială, fugile, stereotipii și opoziționism, iar la grupurile de tineri, atracții spre comportamente obscure, violență și agresivitate, încât panica devine periculoasă pentru subiect și pentru cei din jur. Astfel se multiplică numărul de accidente, de victime de furturi, de acte de furie sau de inactivitate și pasivitate.

Contagiunea psihică este una din simptomele cele mai constante ale panicii populaționale, fapt înregistrat de noi la copiii și tinerii participanți la Revoluția din decembrie 1989 din Timișoara și la cutremurele repetate din zona Banloc din 1991. (12)

În cadrul comportamentelor colective ale elevilor și ale adolescenților specifice zonelor de dezastru, se constată în zona de impact, adică în epicentrul cutremurelor, comportamente de tipul agitație sau inhibiție- stupoare cu pierderea inițiativei, regrese cognitive și comportamentale, tulburări emotive, imobilism, prostrație și fugi centrifuge.

Există și stări de tip "tulburări psihotice acute de scurtă durată" pe care le-am găsit la tineri cu deficiență mentală ușoară sau medie.

Tulburarea de Stress Post-traumatic (TSPT)

Constă din răspunsul psihopatologic diferit sau prelungit, însoțit sau nu de leziuni corporale, care survine în mai puțin de 6 luni (între câteva săptămâni și câteva luni) după expunerea la factorul catastrofal și poate avea evoluție subacută și în continuare cronică dacă simptomatologia depășește 3 luni. Diagnosticul se stabilește dacă reapar și revin ideativ și imaginar trăirile din timpul evenimentului psihotraumatic prin amintiri invadante, prin vise și coșmaruri, context durabil de amnezie lacunară și labilitate emoțională,

anhedonie, indiferență și detașare socială, tulburări de somn.

În cadrul TSPT domină anxietatea, se poate instala depresia și ideea suicidară. Sunt asocieri comorbide cu atacuri de panică, fobii, multiple forme de suferință psihosomatică. Aceste tulburări oscilează în funcție de antecedentele fiecărui copil sau adolescent, majoritatea fiind stări nevrotice.

Primul Ajutor Medico- Psihologic în Cutremure (PAMP) Din experiența Centrului de Neurologie și Psihiatrie Copii și Adolescenți din Timișoara

Între 12 iulie și 4 decembrie 1991, în județul Timiș au fost două cutremure de pământ destructive și în acest interval au mai fost 202 replici. Zona de cutremur Banloc este clasată ca a doua zonă seismică din România, după zona Vrancea, de la Curbura Munților Carpați.

Suferințele psihice și comportamentale ale copiilor în situații catastrofale au început să fie studiate după anii 1950- 1960. Sunt foarte puține materiale care analizează repercursiunile situațiilor catastrofale în rândul victimelor umane, dar și mai puține despre suferințele copiilor.

Măsurile de prim ajutor în caz de cutremur încep cu urgențele pentru răniți, accidentați grav somatic și pentru prevenirea efectelor secundare ca suferința fizică, frigul, căldura, hipoxia și epidemiile care pot surveni după dezastru. Mult timp populația umană care nu era victimizată fizic în catastrofe era considerată ca neafectată de vreo suferință, ca atare aceștia "nu necesitau o intervenție specială". Totuși, semnalarea situațiilor de hiperanxietate, tristețe, tulburări ale conștiinței, blocaje ale gândirii, tulburări de somn și mai ales cele psiho- somatic a determinat efectuarea unor studii urmate de măsuri de protecție și de prim ajutor medico- psihologic.

Experiența noastră în zona de cutremure din Banat, începând cu anul 1991 și în următorii 5 ani ne-a format multe repere în relațiile de prim ajutor adresate populației calamitate.

Managementul distresului postseismic este bine să fie cunoscut de specialiștii din rețelele medico- psihologice pentru copii și adolescenți. La baza măsurilor care pot fi luate sunt cele preventive: construcții anti-

seisme, educația antiseismică a populației- care trebuie informată, pregătită și antrenată pentru reacții și comportamente raționale în caz de cutremur și totodată de pregătire a măsurilor de apărare și intervenție de prim- ajutor cu personal și voluntari instruiți.

Țara noastră este afiliată la Programul Internațional lansat de ONU în 1991, pentru reducerea efectelor dezastrelor naturale: IDNDR. Programul național de educare antiseismică a populației din România a lansat în 1992-1993 un set de materiale intitulat " Să ne protejăm în caz de cutremur". Prevenirea psiho-socială și educațională are un rol însemnat în protecția și minimalizarea consecințelor psihopatologice ale dezastrelor. Un factor protector pentru stările de distress psihic postseismic este și coping-ul la stress, care cultivă posibilitatea genetică îmbinată cu învățarea rezistenței la distress. După cutremure, intervențiile medico-psiho-terapeutice sunt diferite în funcție de faza în care pot ajunge specialiștii la victime.

Primul Ajutor Medico- Psihologic (PAMP) este necesar imediat după cutremur și în faza de latență post-seismic, precum și în timpul reacțiilor acute de distress post-seismic. Concret, în cutremurele din Banat, noi am fost prezenți cu echipa de constatare în aceeași zi a cutremurului, după patru ore de la producerea catastrofei. Am constatat că există o neliniște în populația care a suferit pierderi materiale serioase și au fost multiple stări de panică de grup în școli și grădinițe. Prima măsură împotriva anxietății a fost abordarea cu respect a suferinței copiilor din zona de cutremure. A doua zi am fost prezenți cu primele brigăzi de Cruce Roșie și medici specialiști pediatri și neuropsihiatri, psihologi, sociologi, personal mediu cu care am început să consultăm și să implementăm măsurile principale ale intervenției noastre:

A. Concomitent cu primul-ajutor medical acordat victimelor cu leziuni fizice (răni, fracturi, traumatisme de zdrobire corporală) am început să distribuim medicamente sedative și anxiolitice care se impuneau în situația post-seismică. A fost evident la fața locului că o măsură de prim ordin a fost această conduită de tratament medical, fiind detectabile consecințe psihopatologice de tipul Sindromului de dezastru, care, după Duffy (1988), este reprezentat de reacții psihopatologice imediate în primele ore după dezastru, la mai mult de 75% din populație.

În același timp, psihologii noștri au testat adulții și copiii pentru a cuantifica starea de anxietate post-

seismică.

A treia zi după primul cutremur am editat în tiraj mare un Buletin distribuit în cele 12 localități care au suferit cutremurul la intensitate maximă: Banloc, Livezile, Dolaț, Ofenița, Soca, Partoș, Ciacova, Obad, Ghilad, Macedonia, Petroman, Voiteni și Deta.

În acest Buletin am asigurat populația că situația lor este cunoscută și că toată țara dorește să îi ajute. Acest model l-am apreciat ca primă măsură psihoterapeutică de liniștire a oamenilor calamnitați de pierderea caselor și anexelor dărmate în cutremur și speriați pentru viitorul lor.

A patra zi a sosit primul transport de la Crucea Roșie din Germania de sprijin pentru populație, având vaccinuri, medicamente, în special anxiolitice: am utilizat pentru prima dată la noi 600 cutii cu Xanax-Alprazolam (care încă nu ajunsese în farmaciile noastre). Populația a înțeles imediat beneficiul și rostul medicației anxiolitice, încât se solicita sedative de către multe familii, inclusive pentru copii și adolescenți. În funcție de tulburările constatate de brigăzile noastre (tahicardii, HTA, dureri abdominale, tulburări de respirație, dureri articulare și musculare etc.), am solicitat grupului de sprijin al Crucii Roșii Daneze și Crucii Roșii Române alte medicamente: Propranolol, Extraveral, somnifere, hipotensoare, antispastice, antiinflamatoare.

În zilele următoare am revenit cu alte brigăzi medicale în aceste localități - totdeauna veneam de la Timișoara cu două autobuze cu personal medical care a tratat la copii frecvente stări febrile datorate scăderii capacităților imunologice, tulburări digestive, cefalee etc.

A sosit de la București Președintele Crucii Roșii Române, aducând fonduri și antibiotic, vaccinuri, sedative, corturi cu capacitate mare și alte dotări materiale specific intervențiilor CRR în catastrofe.

Important de știut este și strategia de atunci, de a avea în vedere și protecția personalului din cadrul brigăzilor de sprijin în care am lucrat cu colegii din Timișoara și cu personalul medical din localitățile sinistrate: fiecare participant a fost instruit despre posibilele stări psihopatologice din cutremure și s-a lucrat numai în afara clădirilor (curți, parcuri, spații libere) ca prevenție în caz de posibile replici de cutremure. Într-una din zile, fiind în Ofenița, ne-a surprins o astfel de replică, destul de puternică, s-a simțit o stare de zguduire a articulațiilor în special a genunchilor și a viscerelor. O colegă care a simțit aceste perturbări

necunoscute a pornit brusc în fugă pe stradă pentru a se depărta de clădiri.

B. După intervenția medicală de urgență sau concomitent, se instalează Primul Ajutor Psihologic (PAP) știind că în toate evenimentele catastrofice, natural este necesară prezența umană instruită pentru acordarea ajutorului psihologic, am oferit prin prezența noastră, Buletinul informativ, consultațiile, sfaturile și explicațiile specialiștilor, instruirea unor voluntari locali de Cruce Roșie, multe conversații și asigurări importante cu scop de liniștire și de prevenire a tulburărilor de stress posttraumatic (PTSD). Împreună cu toate aceste măsuri, am intervenit urgent în iarna 1991, la 4 decembrie când a fost încă un cutremur distructiv la Voiteni. Ajungând în aceeași zi în această localitate, am găsit multe case dărâmate, într-o zi cu ger de -5°C iar mulți oameni stăteau pe stradă și riscau să suporte efectele frigului (degerături, îngheț, infecții). Unii se tratau cu " automedicație" (adică cu băuturi alcoolice) pe care le ofereau și copiilor. Am cerut de urgență majoră o garnitură de tren cu vagoane încălzite și spre cinstea Direcției CFR Timișoara au sosit 28 de vagoane de călători pregătite pentru o noapte mai caldă. Astfel că la instalarea întinericului, adică la orele 17, am reușit, cu ajutorul primarului să conducem la gară în trenul încălzit familiile ale căror case au fost dărâmate de cutremur (cu toate că multe dintre victime nu acceptau la început să se despartă de casele căzute și de averea lor).

Am constat că, în cazuri frecvente, părinții și rudele nu pot fi utili în intervențiile de PAMP, astfel că rolul ocrotitor și psihoterapeutic trebuie preluat de un salvator (îngrijitor) instruit. Intervenția psihoterapeutică este dificilă la copii în situație de Sindrom catastrofal, deoarece trebuie să acopere cele trei cerințe care se pot implementa în minim 2-3 zile și în mod current în 7-8 zile: primul timp este cel al realizării catarsisului victimelor prin ascultarea relatărilor suferite de copii și de a accepta relatarea narativă a trăirilor proprii redată amănunțit.

A doua atitudine psihoterapeutică este a ofertei de sprijin în situația dată și asigurarea verbală că situația lui (a lor) de sinistrați este cunoscută și că mulți oameni sunt alături de ei și îi vor sprijini în continuare. Copiii victime cer insistent să fie asigurați că nu vor fi despărțiți de familie și nu vor fi evacuați din localitatea lor. Această detensionare a anxietății de separație trebuie repetată de multe ori, iar în situație de spitalizare sau de necesitate epidemiologică, asigurările

pentru revenirea în familie trebuie susținute de toți adulții din jur.

A treia etapă a PAMP se instituie în funcție de revenirea la o stare psihică mai abordabilă, deseori aceasta se obține numai cu ajutorul medicației anxiolitice și sedative. Această etapă constă în întruniri în grupuri mici- în familie sau în clasele școlare și constă din ședințe de psihoterapie de grup. Acestea vor începe cu probleme și jocuri- poezii, cântecele generale, dar și discuții despre măsurile și metodele de auto-apărare sub formă de joc, în caz de repetare a cutremurelor. Noi am realizat instructaje ale populației și am oferit informații despre cutremure ca fenomene naturale cunoscute evitând explicațiile supranaturale. Este important ca, copiii să știe să se plaseze sub bănci, mese și mai important să folosească triunghiul de protecție din jurul mobilelor mari. Se vor evita fugile pe scări sau pozițiile din cadrele ușilor.

În condițiile de catastrofe- cutremure repetate, cum a fost în zona Banloc, unde s-au înregistrat 202 replici seismice, capacitatea de control emotiv scade, copiii și adolescenții trăiesc stări anxioase și depresive mascate care le dereglează existența.

Pe acest fond se inoculează foarte ușor și alte simptome prin contagiune psihică. În aceste situații domină ideea mistică, tanatologică, suicidară și de migrare spre alte zone liniștite.

Copiii și adolescenții cu dizabilități mintale sau motorii suportă foarte dificil sindromul de catastrofă, manifestând stări psihice ample ca paroxisme anxioase și crize de panică, dezinhibiții emotive cu tensiuni angoasante intense și deseori zgomotoase. Cei imobilizați sunt expuși la accidente (fracturi, zdrobiri musculare sau visceral, traumatisme cranio- cerebrale etc).

În materialele OMS, H.Katsching, T. Konieczna și J. E. Cooper (1993) descriu existența în 17 țări din Europa a unor servicii de urgențe psihiatrice specializate în intervenții în crize, accidente, dezastr (cutremure, inundații, incendii etc.) cu două segmente: prespitalicesc și intraclinic.

Reiese că gestiunea distresului și a psihotraumelor din dezastr pot fi girate prin concepția celor două modalități de control:

- prin diminuarea surselor de suferință
- prin controlul reacțiilor fiziologice și emoționale, prin învățarea unor tehnici de a nu reacționa la fiecare agent prin anxietate și ostilitate
- prin controlul reacțiilor comportamentale de a nu iniția comportamente neadecvate (fugi, neliniște,

pasivitate, agresivitate etc.)

- prin controlul supremativ al stărilor, adică prin obținerea unor patternuri cu care să nu reacționeze prin gânduri negative nerealiste.

Aceste cerințe se pot realiza prin jocuri, povestiri, scurte spectacole cu păpuși și prin muzică cu dansuri etc.

La copii și tineri în dezvoltare nu este detectabilă reversibilitatea fenomenelor psiho- patologice, dar putem obține o bună compensare a tulburărilor psihi-

ce, care în evoluție se pot retrage sau să se neutralizeze în timp.

În concluzie, putem afirma că dezastrele pot induce stări psihopatologice acute și cronice, dintre care unele pot fi mai persistente, precum anxietatea și seismofobia.

Este știut și insistăm asupra ideii că o strategie de coping bine condusă, poate reduce mult efectele negative ale stărilor psihopatologice din dezastre.

*

* *

Psycho-traumatic situations from disasters are feelings of acute distress the subject lives and faces a catastrophic event during which he was or might be seriously injured or is threatened with death.

These psychopathological experiences go through the same subjects who were direct witnesses to the tragic events and are involved as participants in them.

Catastrophic acute mental distress has the same conditions, in addition subject feels and lives feelings of sudden threat of life and / or a feelings of impending death. A disaster engages a large number of sufferers, giving it a character of suffering population.

Participation and the response of the subjects to catastrophic events translates complex psychological symptoms: anxiety and superacute anguish, blocking feelings and behavior and horror, acute panic. In children, these manifestations are expressed through agitation, somatic conversion and psychological suffering.(12)

After catastrophic experiences (earthquakes, floods, landslides, bombings, war aggression and destruction, etc.) suffering is installed: despair, anxiety, depression, the reliving of calamity (flash-backs) and subconfuzional states - conversion followed by amnesia.(16)

Descriptions of mental suffering in disasters can be divided into three distinct phases.

The first psychological aggression

Felt during the disaster, which is installed along with physical agent: moments and / or somatic and mental suffering during short period in earthquakes and more prolonged in flood, typhoon, invasion, tsunami, traffic accidents and aggressive states on sub-

jects. After G. Perren-Klinger (1994) - during and immediately after the exposure to a brutal shock situation is classical for each person, adult or child, to undergo a personal reaction nonspecific or specific to the aggressive situation.(15)

Among non-specific reactions we include: feelings of block, maximum helplessness, fear and horror for the moments of the traumatic events, loss of personal security and self-confidence inside and in others, depression and deplore through the loss of people, objects, plans and illusions.

Specific psychological reactions would be: hiper-somatization suffering (headache, cardiac disorders, respiratory and blood pressure disorders, digestive disorders, reactivation gastritis, gastric and intestinal hypermotility, urinary disturbance, acute joint pain etc.). Specific psychological reactions are dominated by anxiety, phobic states, panic attacks, flash-back recollections, nightmares, emotional and somatic paraesthesia and anesthesia.

Knowing these sufferings we can guide the future doctor, psychologist and psychotherapist for individuals abused in various disaster recovery.

Distress is induced by conflictual situations, different psychotrauma aggression and acting on the mental and psychological communication and socioeconomic information, with intensity and duration capable of producing acute, subacute or chronic mental changes. (19)

Of course that the psycho-pathological feelings and responses depending on the individual capacities of learning, understanding, processing and response of subjects, maturity or disruption of cognitive maturity, meaning the type of personality and type of

vulnerability.(18)

The Japanese experience has shown that education and the training for psycho-somatic control in earthquakes and tsunami significantly reduces acute pain states in such disasters.

Psycho-somatic distress mechanisms are triggered by cortic-subcortical activation, and diencephalo-thalamic mechanisms and transmitted through mechanisms of neuro-vegetative neuro-endocrine axis, and finally are taken from the viscera and musculoskeletal apparatus.

After Enăchescu C. (1973), the neocortex formations that processes the distress agencies are: pre-frontal neocortex in actions guidance, the praxys and some affective behavior and determines postrolandic neocortex functions and motor dysfunction; postrolandic integrates sensory neocortex functions, rinecephalon (hippocampus, cingulate gyrus and temporal amygdala) for affective emotional stimuli - and part of school behavior - professional conduct.(6)

As we know, the frontal lobes process emotional manifestations, especially anxiety and associated areas of the frontal lobes summarize and compare different information from all the brain sectors.

After Von Eiffel and Steinmuller, biological basis of distress from disasters are links of the cortex with limbic and temporal bands of the hypothalamus.(5)

According to the corticoviscerale theory(Pavlov, Bîcov) psychological shock situations are recorded and cortical and processed, then they "induce a sub-cortical storm" that trigger the neurohormonal and neurovegetative mechanisms.

Addressing recent changes triggered by acute and chronic psychiatric conditions somatic and psychological aggression, enter into the equation the onset and the communication activities assigned to the conjugated neurons-neuroglia that produce positive or negative formulas.

Quantum telepathy and thought transmission by transmitting positive or negative feelings in children is more prominent with loved mother and relatives nearby.

This vision by quantum theory of brain function explains the speed of installation and physiological and / or psychopathological states psihotraumatice negative feelings. In addition, quantum communication waves approach explains the functions of emotional contagion states such as anxiety, depression, anxiety (and joy).

That is another psychotherapeutic argument in disasters where intervention is our recommendation of sedatives and anxiolytics, plus counseling of the adults not to submit anxiety, sadness and despair to the children.

Returning to the analysis of psychopathological experiences acute reaction to a catastrophic psychotrauma, we described two phases of these situations:

1. Acute mental stress state during catastrophic events. This phase lasts for the period of the catastrophic agent, so a few seconds to a few minutes (often up to 1-3 hours).

During catastrophic events and in the immediately following period of the brutal and unexpected aggression, the subject travel a particular psychopathological condition that consists of symptoms and sensory loss or consciousness modification, dissociative type, signaled by Predescu et al. the earthquake of 1977:feelings of calmness with detachment and lack of emotional reactivity in those moments, followed by a brief reduction or loss of consciousness and presence in the environment (derealisation feeling of living in a fog appearance in nebulous) impression of imminent death, reliving flash-back of important periods of life, or imaginary review of dissociative amnesia close people with anxiety over catastrophic event sequences during the process.

For the victims, this shock is experienced as intense brutal environmental change (destruction in seconds: fire, destroyed buildings), loss of time/space landmarks and often loss of soil stability underfoot.

According to DSM III and IV, in these moments is created the illusion of centrality in which the subject feels he is in the center of the disaster and the feeling of extreme vulnerability, without the aid in proximity.

L.Crocq (1992) emphasizes that these experiences happen with the collapse of invulnerability narcissistic belief that lived before the disaster.

There are reasons that don't allow the recognition from the beginning of this phase, through the feeling that everything that happens in moments of acute shock as they travel experience apparently normal subjects many around him.

2. Response after a catastrophic factor

Following acute psychiatric state of shock it is the

acute reaction described as a transient disorder occurring as "a person who has no other mental disorder shown and expressed as minutes from the traumatic experience, disappearing usually within hours or days (CIM F43.0).

At this stage the aggressive event is constantly relived through images, thoughts, dreams, illusions recollections-illusions, recurrent episodes containing anxiogenic flash-back or feelings of reliving the catastrophe.

These are intense reliving in children and adolescents and motivated by the mental peculiarities. After exposure to catastrophic events and remembering psychotraumatized situations, most children and young people benefit from evacuation thoughts, feelings and disaster film, others avoid remembering conversations and activities that evoke disaster.

This could be a component of defense mechanisms that are part of the psyche at a childhood and adolescence age.

In our interventions we take into account the fact that the victims have disturbances in their system of understanding and of social relations, so apparently they are unresponsive to the moral support that is offered from outside. So people involved in the First medical-psychological Aid (PAMP) must continue their efforts to achieve a post-disaster relief to sufferers.(19)

Status panic population

After ICD 10 F43.0, acute condition after disaster can be accomplished by moving from individual psyche (disorientation, feeling of impending death with tanatofobie, loss of decision, desperately seeking protection or a pattern of behavior) to the state of collective psyche, meaning that group or collective panic.(7)

This situation is felt simultaneously by all individuals of a community exposed to catastrophic superacute experience and mentalities and behaviors characterized by regressing to a level archaic and gregarious.

Events occurring in the state of panic population occur brutal, are dominated by anxiety, run, agitation and violence, aggression and even suicide. Sudden onset to a small group quickly spreads through contagion, imitation and gregarisme after the models initiators called „germ panic”.

In children, by Girard et al (1966) and Osada

(1982), there is a dislocation of the individual consciousness extremely anxious background with altered perception, maximum suggestibility, emotional setback in infant attachment (requests for care as an infant) and anxiety separation. In pupils appear social retraction, run, stereotypes and oppositional and in youth groups, attractions to obscure behavior, violence and aggression, so that panic is dangerous for the subject and for others.

Mental contagion is one of the most constant symptoms of panic population, which we actually recorded in children and young participants to the Revolution of 1989 in Timisoara and repeated earthquakes Banloc area since 1991. (12)

There are states of acute short psychotic disorder that we found in young mild or moderate mental deficiency.

PTSD- Post Traumatic Stress Disorder

It is consisted of different psychopathological or prolonged response, with or without injury, which occurs in less than 6 months (from several weeks to several months) after exposure factor and can have catastrophic evolution subacute and chronic if symptoms continue beyond three months. The diagnosis is established if ideation and imaginary experiences from the psihotraumatic event resurface and return by invading flash-back memories through dreams and nightmares, lacunar amnesia sustainable context and emotional lability, anhedonia, social indifference and detachment, sleep disturbances.

Within PTSD dominates anxiety, may occur depression and suicidal ideation. There are associations with comorbid panic attacks, phobias, multiple forms of suffering psychosomatic. These disorders varies according to history of each child or adolescent, mostly being neurotic states.

In conclusion, we can say that disasters can induce acute and chronic psychopathological states, some of which may be more persistent, such as anxiety and seismofobia.

It is known and insists that a well-run coping strategy can greatly reduce the negative effects of disasters psychopathological states.

First Aid medical and psychological Earthquakes (PAMP)

The experience of the Centre for Neurology and Psychiatry Children and Adolescents in Timisoara

Between 12 July and 4 December 1991 in Timisoara County were two destructive earthquakes in this period were 202 aftershocks. Banloc earthquake zone is ranked as the second seismic zone of Romania, after Vrancea curvature of the Carpathian Mountains.

Mental sufferings and children's behavioral in catastrophic situations began to be studied after the years 1950- 1960. There are very few materials that examines the repercussions catastrophic situations among human victims, and less about the suffering of children.

First aid measures in case of earthquake start with emergencies for injureds, seriously somatic injured and prevent side effects as physical pain, cold, heat, hypoxia and epidemics that may occur after disasters. For a long time human population that was not physically victimized in disasters was considered unaffected by any suffering, so they did not require a specific intervention. However, the alert situations hiperanxiety, sadness, consciousness disorders, blockage of thinking, sleep disorders and especially psycho-somatic determined studies followed by protective measures and medical and psychological first aid.

Our experience in the area of earthquakes in Banat, since 1991 and in the next 5 years, formed several landmarks in the first aid relations addressed to the suffering population.

Postseismic distress management it is good to be well known to those skilled in the medical and psychological networks for children and adolescents. On the basis of measures that can be taken are the preventive ones: building earthquake, earthquake education for population- to be informed, prepared and trained for rational reactions and behaviors in earthquake, also defense measures and first aid intervention with staff and trained volunteers.

Our country is affiliated to the International Programme launched by the UN in 1991, to reduce the effects of natural disasters: IDNDR. National Program for antiseismic education of the population of Romania launched in 1992-1993 a set of materials entitled "to protect us in case of earthquake". Psycho-social and educationa prevention plays a major role in the protection and minimizing the disasters consequences of disasters minimizing

A protective factor for psychological distress for states is postseismic stress is stress coping which

fosters learning opportunity combined with genetic resistance to distress. After the earthquake, medical, psychological and therapeutic interventions vary according to the stage where specialists can reach the victims.

Medical-Psychological First Aid (PAMP) is required immediately after the earthquake and post-earthquake lag phase and during acute reactions in post-seismic distress. Specifically, the earthquakes in Banat, we were present with the team finding the same day of the earthquake, after four hours of the disaster. We found that there is restlessness in the population that suffered serious material losses and multiple states of panic group in schools and kindergartens. The first measure against anxiety was tackled with respect to the pain of children in the earthquake zone. The next day I was presented with the first brigade of Red Cross and pediatric neuropsychiatric specialists, psychologists, sociologists, personal environment with which we began to consult and implement key measures of our intervention:

A. Along with prime medical help for victims of physical injuries (wounds, fractures, crushing injuries body) began to distribute sedative and anxiolytic which applied in post-earthquake situation. It was obvious to spot that a measure of prime order was the conduct of medical treatment, psycho-pathological consequences being detectable such as Syndrome of disaster, which, after Duffy (1988), is the immediate psycho-pathological reactions in the first hours after the disaster, to more than 75% of the population.

At the same time, our psychologists have tested adults and children to quantify post-seismic anxiety. On the third day after the first earthquake I edited a newsletter distributed in large circulation in the 12 municipalities that suffered the highest intensity earthquake: Banloc, Livezile, Dolat, Ofsenița, Soca, Partos, Ciacova, Obad, Gilead, Macedonia, Petroman, Voiteni and Deta.

In this newsletter I assured people that their situation is known as the whole country wants to help. This model I appreciated as a first step to calm people's psycho-therapeutic calamity and loss of homes destroyed in the earthquake Annexes and scared for their future

The fourth day of the first shipment from the German Red Cross to support the population, with vaccines, drugs, especially anxiolytics: we used for the first time 600 boxes Xanax-Alprazolam (which had not

reached in our pharmacies). The population immediately understood the anxiolytic medication benefit and purpose, so sedatives were required by many families, including children and adolescents. Depending on the disorders detected by our brigades (tachycardia, hypertension, abdominal pain, difficulty breathing, joint and muscle pain etc.), we requested from the Danish Red Cross and Romanian Red Cross group support other drugs: Propranolol, Extraveral, sleeping pills, hypotensives, antispasmodic, anti-inflammatory.

The next day we returned with other medical brigades in these localities- from Timișoara we always came from with two buses with medical personnel who frequently treated fever in children due to capacity immunological decreasing, digestive disorders, headaches etc.

The Romanian Red Cross president arrived from Bucharest, bringing funds and antibiotics, vaccines, sedatives, tents with large capacity and material features specific interventions in disaster CRR.

Important to note is the strategy then, to take into account the protection of the brigade support staff I worked with colleagues in Timișoara and medical personnel in the affected localities: Each participant was instructed about possible psychopathological states of earthquakes and worked only outside buildings (courts, parks, open spaces) as prevention in case of possible aftershocks of earthquakes. One day, being in Ofsenița, surprised us such a reply, strong enough, a state of shock felt particularly knee joints and viscera. A colleague who felt these unknown disturbance suddenly started running down the street to depart the building.

B. After or concurrent medical intervention psychological help (PAP) insals. Knowing that natural catastrophic events trained human presence is necessary for psychological aid, we offered our presence through newsletters, through consultations, advice and explanations for professionals through training of local Red Cross volunteers, through many conversations and important insurance purpose of calming and prevention of posttraumatic stress disorder (PTSD). With all these measures, we urgently intervene in the winter of 1991 in December 4, when there was still a destructive earthquake in Voiteni. Arriving on the same day in this town, I found many homes destroyed in a cold day °-5 C and many people were on the streets and risked to the effects of cold (freezing, frost, infections).

Some “treated with self-medication” (alcohol) which they offered the children also. I asked as a major emergency a heated coach train and in the honor of CFR Timisoara Department, 28 CFR Timișoara coaches arrived just prepared for a warmer night. So to the onset of darkness, at 17 h, we managed, with the mayor’s help we managed to lead with the heated train the families whose homes were destroyed by the earthquake (even though many did not accept to separate from their fallen houses and their wealth).

We found that, in common cases, parents and relatives may not be useful in PAP interventions, so the protector and psychotherapist role should be taken by a trained (caregiver) trained. Psychotherapeutic intervention is difficult to catastrophic syndrome children because you have to cover the three requirements that can be implemented in at least 2-3 days and the current in 7-8 days: the first is that of achieving catharsis for victims by listening to reports suffered by children and accept their feelings narrative account rendered detail.

The second psychotherapeutic approach is to offer support in this situation and ensure that the situation’s record (their) of victims is known that many people are with them and will support the next. Child victims ask insistently to be sure that they will not be separated from family and will not be evicted from their locality. This separation anxiety relief must be repeated several times and the situation asks hospitalization or epidemiological security of returning to the family have to be supported by all the adults around them.

The third PAP stage is set depending on the return to a more approachable state activity, each it is often achieved with the sedative and anxiolytic medication help. This step means small family group meetings or school classes and consists of psychotherapy group sessions. They will start with problems and games-poems, songs but also general discussions about the measures and methods of self-defense as game, in case of repeated earthquakes. It is important for children to know to place themselves under benches, tables and more important to use protective triangle around large furniture. Avoid running up the stairs or positions of the door frame.

In terms of disasters, repeated earthquakes, as Banloc area where there have been 202 aftershocks, emotional control capacity decreases, children and adolescents living sneaky feelings anxiety and depression disturb their existence.

On this background through contagion and other psychiatric symptoms easily inoculate. In these situations mystical, tanatological, suicidal and migration to other quiet areas ideation dominate.

Children and adolescents with mental or motor disabilities support very difficult the catastrophe syndrome, showing extensive mental states as paroxysms of anxiety and panic attacks, distressing lack of inhibition with intense emotional tension and often noisy. Those assets are exposed to injuries (fractures, tears in muscle or visceral, head trauma, etc.).

In the OMS materials H.Katsching, T. Konieczna and JE Cooper (1993) describe in 17 European countries the existence of the specialized psychiatric emergency services in crisis interventions, accidents, disasters (earthquakes, floods, fires, etc.) with two segments: prehospital and intraclinic.

It appears that the management of disasters and psychotrauma distress from disasters and can be en-

dorsed by the design of the two control methods:

- by reducing the sources of suffering
- by controlling the physiological and emotional reactions by learning techniques not to react to each agent by anxiety and hostility
- by controlling behavioral reactions so not to initiate inappropriate behaviors (run, anxiety, passivity, aggression etc.)
- by supremacy controlling of states, meaning to obtain patterns that do not react by unrealistic negative thoughts.

These requirements can be achieved through games, stories, short puppet shows and dance music etc.

In children and youth in development the reversibility in psycho-pathological phenomena is not detectable, but we can get a good compensation of mental disorders, which in evolution may withdraw or in time.

*

* *

BIBLIOGRAFIE / BIBLIOGRAPHY

1. 1.Ahearn F.L.,1981, Disaster and mental health pre and post earthquake comparisoan of psychiatric admission rates-Urban and social review 14 (22-28)
2. 2.Baba S. ,Tanaguschi H., Nambu S, Tsuboi S., Ishihara K, Osato S, 1996, The great Hanshin Earthquake ,Lancet 347 (307-309)
3. 3.Berz Co 1989, List of major natural disasters,1986-1987, Earthquakes and Volkanoes
4. 4.Crocq L.,1987, La psychologie des catastrophes et les attains psychiques. Medicine de catastrophe, Ed. Masson Paris
5. 5. Duffy J. C. 1988 Common psychological themes in societies reaction to terrorism and disasters. Military Medicine 153 (387-390)
6. 6. Eiff von A., 1981, Stress in der pathogenese von funktionsstorungen und erkrankungen therapiewoche 31(1-9)
7. 7.Enăchescu C. ,1973, Elemente de psihologie proectivă, Editua Științifică București
8. 8. Girard E. et all, 1966, La panique: etude socio Clinique et perspectives prophylactiques, Internation des Services de Sante 39 (7-9)
9. 9.Hatfield E, Janier Th Jun, 1993, Emotional contagion, Ed. Medical Press Hawaii-Honolulu
10. 10. Karanci A. N, Rustenul I.A., 1995, Psychological consequences of the Erzincan(Turkey) earthquake disasters 19(8-18)
11. 11. Khan M. The concept of cumulative trauma in Study of the Child 1963. J. Trauma Stress 18. (286-306)
12. 12.Lupu C, 1994, La separation dans des conditions catastrophiques, Rev. Neuropsychiatrie de lenfance et de l'adolescence, Paris nr 9 (591-595)
13. 13. Lupu C. 1996- Studiul tulburărilor psihice la copii și tineri in zona de catastrofe seismic repetate din Banat 1991. Teză UMF Carol Davila București
14. 14. Mein G et all ,1981, Aspecte catamnesticale ale recidivelor psihopatologice dupa seismul din 4 martie 1977, Rev de Neurologie , Psihiatrie, Neurochirurgie nr 4 (251-258)
15. 15. Osada A. ,1982, Children of Hiroshima Ed. Harper et Row, New York
16. 16.Perren Klinger G. ,1993 Psychotrauma a change in perspective from pathology to coping, Internat .Congress Children war and persecution, Hamburg
17. 17.predescu V., Nica Vdagi St, Nica Vdagi L., 1981, Tulburările de conștiință postseismice. Aspecte ale reacțiilor de șoc înregistrate la cutremurul din 4 martie 1977, Rev. Neurologie, Psihiatrie, Neurochirurgie, nr 2(147-154)
18. 18. Saylor C.F.,1993, Children and disasters, Plenum Press, New York-London
19. 19. Sugar M. – Children in a disaster 1989. Human Development 3 (164-178)
20. 20.WHO and ICRC, 1989, Coping with natural disasters,the role of local health personal and the community.Genova. Ed. OMS