

Disturbo Post-Traumatico da Stress

Domenico Navarra¹

¹Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale, libero professionista, Bari

Riassunto

Nel corso degli ultimi anni c'è stata una forte crescita nella consapevolezza dello stress traumatico e nell'interesse clinico. Infatti, a partire dall'inizio del secolo tale condizione è diventata oggetto di interesse e studio scientifico. Oggi, è possibile verificarne i criteri diagnostici e intervenire clinicamente sui fattori di vulnerabilità, sui fattori di mantenimento e su eventuali comorbidità. Il trattamento cognitivo-comportamentale è tra i più studiati attraverso degli studi di efficacia.

Parole chiave: criteri diagnostici, comorbidità, fattori vulnerabilità, fattori di mantenimento, trattamento

Summary

Recent years have seen a strong growth of interest in traumatic stress. In fact, since the beginning of the century this condition has become a subject of interest and scientific study. Is now possible to diagnose the problem and intervene with psychological treatments. You can act on vulnerability factors, maintenance factors and possible comorbidities. Cognitive behavioral treatment is among the most studied and found in efficacy studies and appears to be the most effective for the treatment of post traumatic stress disorder

Inquadramento storico

Gli ultimi anni hanno visto una forte crescita della consapevolezza dello stress traumatico. Infatti, dall'inizio di questo secolo la condizione è diventata oggetto di interesse scientifico. A partire da Freud, Kraepelin e Janet, i quali hanno verificato e parlato di reazioni allo stress traumatico in seguito ad incidenti, incendi e altri eventi, passando attraverso le esperienze della Guerra Civile Americana e la Prima Guerra Mondiale, durante le quali guerre, si è assistito a stress traumatici. In tale contesto, inizialmente, si è parlato di danno organico cerebrale in seguito alle esplosioni sul campo di battaglia ("shock da bombardamento") e, solo successivamente, si è verificato come, le reazioni dei militari, non differissero di molto dalle reazioni allo stress traumatico di civili in seguito a traumi non militari.

Il DPTS è stato inserito ufficialmente nel manuale diagnostico dell'*American Psychiatric Association* (DSM) nel 1980, ma già nella letteratura del Novecento è stato descritto con dizioni differenti (es., nevrosi da guerra, cuore del soldato, shock post-traumatico) per indicare una patologia che insorge acutamente in conseguenza dell'esposizione ad eventi stressanti di gravità estrema che mettono a repentaglio la propria o altrui incolumità. Mentre nella letteratura dei primi anni Ottanta si faceva riferimento prevalentemente alle conseguenze psicologiche di soggetti esposti a operazioni di guerra, da qualche anno le situazioni potenzialmente in grado di portare allo sviluppo del DPTS sono aumentate, mantenendo nel DSM IV il riferimento alla "gravità oggettiva estrema" della situazione (Fullerton e Ursano 2001).

Nel 1987 i criteri diagnostici sono stati significativamente modificati nel DSM-III R e altri piccoli cambiamenti sono stati riscontrati nel DSM-IV. La versione più recente della *International Classification of Diseases* (ICD-10) ha incluso per la prima volta il DPTS.

Criteri diagnostici e presentazione clinica

Il DPTS è un grave disturbo psichiatrico che, nelle sue forme più croniche, si sviluppa sono in una minoranza di sopravvissuti ad un trauma. Rappresenta l'incapacità di integrare l'esperienza traumatica con la visione integrata di sé e del mondo. I soggetti con DPTS rimangono, dunque, incastrati nel ricordo terrifico incapaci di concentrarsi sul presente. Il disturbo è caratterizzato dalla continua intrusione nella coscienza di ricordi dolorosi a cui segue una forte attivazione fisiologica con relativi tentativi di impedire il riaffiorare dei ricordi attraverso strategie di evitamento attivo e passivo. Questo schema di intrusione ed evitamento porta ad un progressivo peggioramento dei sintomi e delle disabilità nel periodo che segue l'esposizione al trauma.

Il primo criterio che deve essere soddisfatto per la diagnosi di DPTS è *l'esperienza di un evento traumatico*. Per questo criterio vi è stato un acceso dibattito relativo al livello di gravità necessario perché si possa parlare di trauma. In tal senso, gli studi sul campo del DSM-IV hanno dimostrato che non si ha un incremento significativo della prevalenza di DPTS se si adotta una definizione di trauma meno rigorosa (Kilpatrick et al.,1997). Inoltre il DSM-IV nel criterio A1 pone molta enfasi sulla presenza di una minaccia fisica verso di sé o gli altri.

Fondamentale risulta essere la *risposta del soggetto* all'evento traumatico: infatti, nel criterio A2 si parla di "paura, impotenza ed orrore". Il tempo che intercorre perché la sofferenza si manifesti è interpretato abbastanza liberamente.

Il secondo gruppo di criteri è probabilmente il più importante per la comprensione dello stress traumatico per la prevalenza e l'importanza data, all'interno del quadro clinico, ai *ricordi*

spiacevoli. Almeno un sintomo di questo gruppo è necessario per la diagnosi. I criteri riguardano il rivivere l'esperienza traumatica in qualche modo.

- Il criterio B1 si riferisce ai ricordi intrusivi comprese immagini e altre percezioni (odori o suoni) che invadono la coscienza (non si parla di un semplice rimuginio su quanto accaduto)
- Il criterio B2 si riferisce ai sogni e agli incubi i quali, sono spesso accompagnati da agitazione motoria, vocalizzi, sudorazione e , occasionalmente dall'agire aspetti del sogno, rendendo impossibile per il partner dormire accanto al soggetto.
- Il criterio B3 fa riferimento ad esperienze in cui il paziente crede di rivivere l'evento traumatico. Si tratta di fenomeni pseudo-dissociativi chiamati "*flashback*", i quali, essendo rari vengono spesso confusi con la sintomatologia precedentemente descritta.
- I criteri B4 e B5 si riferiscono, rispettivamente, a sofferenza psicologica e sintomi fisici di attivazione durante il ricordo del trauma e riguardano, complessivamente, il rivivere il ricordo. Tali tracce mnestiche possono comprendere anche elementi idiosincratici quali suoni, odori o anche stati interni al momento del trauma.

La sintomatologia relativa al *rivivere il trauma* creano elevata sofferenza psicologica e, generalmente, nel tentativo di ridurre tali fenomeni intrusivi, verranno messe in atto strategie di evitamento. Tali sintomi sono raccolti nel gruppo C e ne sono necessari almeno tre per fare diagnosi di DPTS.

- I criteri C1 e C2 riguardano, rispettivamente, l'evitamento di luoghi o persone e di pensieri, sentimenti e conversazioni e presentano caratteristiche fobiche data la presenza di tentativi di evitamento attivi e producono un conseguente peggioramento dello stile di vita a causa delle limitate possibilità di interazione.
- I criteri C3 e C4 riguardano, invece, tentativi più passivi di evitamento (ottundimento emotivo nelle forme più gravi) e fanno riferimento a amnesie psicogene o una perdita di interesse nelle normali attività come nei disturbi depressivi.
- Il criterio C5 fa riferimento al modo in cui il soggetto viene visto dall'esterno, ovvero, distaccato o estraneo alle altre persone significative e, con il criterio C6, si arriva ad una ridotta modulazione delle risposte affettive.
- Con il criterio C7 si fa riferimento alla percezione, da parte del soggetto, dell'impossibilità di poter vivere una vita lunga e felice a causa del senso di accorciamento del futuro.

Alcuni autori (Foa et al.,1995b) sostengono che *ottundimento e evitamento* attivo siano aspetti differenti e che, inoltre, l'ottundimento è un aspetto centrale per la diagnosi di DPTS differenziandolo dalle reazioni psicologiche al trauma più comuni.

Le modalità di evitamento possono interferire con le relazioni interpersonali e portare a conflitti coniugali, divorzio o perdita del lavoro. In alcuni casi gravi e cronici possono essere presenti allucinazioni uditive ed ideazione paranoide. Inoltre, possono essere presenti: sentimenti di colpa per il fatto di essere sopravvissuti a differenza di altri o per ciò che hanno dovuto fare per sopravvivere; compromissione della modulazione affettiva; comportamento autolesivo e impulsivo; lamentele somatiche; sentimenti di inefficienza, vergogna, disperazione; sentirsi irrimediabilmente danneggiati; perdita di convinzioni precedentemente sostenute; ostilità; ritiro sociale; sensazione di minaccia costante; cambiamento delle precedenti caratteristiche di personalità (American Psychiatric Association 2002).

L'ultimo gruppo riguarda i sintomi relativi ad un *persistente aumento dell'attivazione*.

- Il criterio D1 fa riferimento ai disturbi del sonno nei giorni immediatamente successivi al trauma. Alcuni soggetti raccontano di aver paura di andare a dormire per paura degli incubi, altri si sentono imperi solo all'idea di andare a letto. Spesso si verifica un'evoluzione cronica di tale sintomatologia.
- Il criterio D2 si riferisce a rabbia e irritabilità, sintomi questi, che possono avere un effetto distruttivo sulla rete di sostegno allontanando, in tal modo, proprio coloro i quali si sforzano di aiutare e sostenere il soggetto.
- Il criterio D3 riguarda la probabile concentrazione disturbata a causa dei pensieri intrusivi.
- Il criterio D4 fa riferimento all'ipervigilanza mostrata dai soggetti attenti a qualsiasi stimolo di pericolo.
- Il criterio D5 si riferisce all'esagerata risposta di soprassalto caratterizzata oltre che dall'elevata attivazione fisiologica anche dalla incapacità di adattarsi a stimoli simili o uguali che portano al sobbalzo.

Per il DSM-IV i criteri E ed F fanno riferimento alla necessità che i sintomi persistano da almeno un mese e che il disturbo causi significativa sofferenza o compromissione funzionale.

Se i sintomi durano da meno di tre mesi si parla di *disturbo acuto* mentre, superati i tre mesi, si parla di *disturbo cronico*.

Infine si parla di "*forma tardiva*" del disturbo se la sintomatologia si presenta dopo i sei mesi dall'esperienza traumatica.

Il DPTS spesso viene sottostimato a causa di diversi aspetti, tra i quali: la scarsa familiarità di molti medici con questa diagnosi; l'alta frequenza di disturbi che compaiono in comorbidità col DPTS e che possono portare a diagnosi come depressione maggiore, disturbo d'ansia generalizzata, disturbo di panico, fobia sociale, fobia specifica o disturbo da abuso e dipendenza da sostanze; l'impossibilità di individuare l'evento traumatico nella storia del paziente (Fullerton e Ursano 2001).

Nonostante la vasta gamma di risposte soggettive/individuali agli eventi traumatici, si può individuare e delineare una serie di sintomi che possono far seguito ad un'esperienza traumatica.

- *La riesperienza intrusiva.* I ricordi dell'evento traumatico possono essere altamente intrusivi, ripetitivi, sempre uguali e possono esprimersi in forma di flashback, incubi, riattualizzazioni interpersonali, sensazioni somatiche, stati affettivi e/o temi di vita pervasivi (van der Kolk et al., 2004). La "riesperienza" non avviene sempre in uno stato di piena coscienza, ma può manifestarsi a vari livelli di coscienza: a) in condizioni di totale mancanza di coscienza; b) in stati di fuga quando i rivissuti avvengono in uno stato di coscienza alterata; c) essere sotto forma di frammenti di percezione monolitici e separati che irrompono nella coscienza" (van der Kolk, 2004); d) in fenomeni di transfert in cui l'eredità traumatica viene rivissuta come destino ineluttabile e) nell'espressione parziale ed esitante dell'esperienza come narrazione insopportabile (van der Kolk et al., 2004).
- *Iperreattività autonoma.* Le risposte fisiologiche nelle persone affette dal PTSD sono condizionate a reagire agli stimoli evocatori del trauma con la reattività autonoma dell'emergenza mettendo in allerta l'organismo. Ma proprio questa facile attivazione rende i soggetti incapaci di fidarsi delle loro sensazioni per prepararsi in maniera adeguata. L'aumento della stimolazione autonoma, che può essere suscitato da uno stimolo attivante ma anche solo dell'ansia stessa, interferisce non solo con il benessere psicologico ma può anche scatenare reazioni inadeguate alle necessità.
- *Ottundimento della sensibilità.* I soggetti traumatizzati sembrano impiegare le loro energie per evitare le sensazioni interne che provocano stress o a controllare le proprie emozioni. In questo modo tendono ad affrontare l'ambiente con ritiro emotivo ovvero con ottundimento emotivo (in forma di depressione, anedonia, mancanza di motivazione, reazioni psicosomatiche, stati dissociativi).
- *Reazioni emotive intense.* I soggetti traumatizzati perdono la capacità di regolare gli affetti. La risposta affettiva è immediata, senza che il soggetto possa comprendere la cosa che lo

turba. I soggetti provano intense sensazioni di paura, ansia, rabbia e panico, anche di fronte a stimoli di lieve entità. Il paziente, di conseguenza, ha una reazione eccessiva oppure, per evitare ciò, si chiude completamente e/o si isola. Sia bambini che adulti che soffrono di questa iperreattività, facilmente sviluppano un disturbo del sonno e/o difficoltà di concentrazione.

- *Difficoltà di apprendimento.* In seguito alle difficoltà di concentrazione e all' iperreattività fisiologica, i soggetti frequentemente sviluppano la mancanza di capacità di apprendimento dall' esperienza. Sono stati osservati anche perdite di modalità di coping dello stress elaborate in precedenza e assunzioni di modalità di coping regredite.
- *Disturbi della memoria e dissociazione.* Da una parte possiamo individuare l' ipermnesia dell' evento traumatico che, come ricordo intrusivo si ripete nel tempo. Dall' altra parte si possono individuare sindromi amnesiche relative all' evento traumatico che possono essere parziali o complete. La dissociazione in questo caso è "capacità psicologica" (Reddeman, Dehner – Rau, 2006) usata per fronteggiare l' insopportabilità dell' evento. Putman (1989) scrive che i bambini esposti a traumi gravi e/o prolungati possono organizzare interi tratti di personalità per far fronte alle esperienze traumatiche.
- *Aggressione contro di sé ed altri.* Studi hanno evidenziato che soggetti affetti dal PTSD rivolgono verso altri o verso se stessi l' aggressione subita. Maltrattamenti durante l' infanzia sono un forte fattore di rischio per lo sviluppo di atteggiamenti aggressivi contro sé stessi oppure verso altri. Comportamenti aggressivi sono stati ben documentati anche nei veterani di guerra (Lewis 1990, 1992)
- *Reazioni psicosomatiche.* Tanti pazienti affetti da PTSD vivono lo stress (ansia, arousal elevato, rabbia) a livello fisico e non come stato psicologico (Saxe et al., 1994) . Soffrono di alessitimia, dell' incapacità di identificare, articolare e tradurre le sensazioni somatiche in sentimenti elementari quali rabbia o paura. Secondo Krystal, (1978) e Pennebaker (1993) è proprio la loro ansia "cronica" ma anche l' ottundimento emotivo ad ostacolare la capacità di riconoscere gli stati emotivi interni.

Comorbidità

Nel DPTS cronico in tantissimi casi si verifica la presenza di almeno un' altra diagnosi. Per esempio Kulka e collaboratori hanno verificato che il 98% dei veterani del Vietnam presentavano un' altra diagnosi. La National Comorbidity Survey (Kessler et al., 1995) ha riportato che quasi il

90% degli uomini e quasi l'80% delle donne con DPTS cronico presentava almeno un'altra diagnosi.

In tale ottica spesso è possibile verificare la presenza di senso di colpa (sintomo incluso nel DSM-III poi eliminato nella versione rivista del 1987) in soggetti sopravvissuti a un trauma. Tale emozione può riguardare il semplice fatto di essere sopravvissuti, i comportamenti messi in atto per sopravvivere e anche i comportamenti successivi all'evento.

Molto presenti sono anche i sintomi depressivi, con conseguenti problemi di diagnosi a causa della sovrapposizione della sintomatologia delle due patologie. Infatti la depressione rappresenta la diagnosi maggiormente diagnosticata in comorbidità con il DPTS (nel 46% dei casi, Kessler et al., 1995). Infatti, il modello basato sulla teoria dell'impotenza appresa di Seligman (1975) afferma che "la convinzione di non poter controllare ciò che influisce sulla propria vita può portare alla depressione. Anche la componente cognitiva dell'impotenza appresa è un fattore critico per l'insorgenza e il perdurare della depressione. A volte le persone che hanno subito un trauma continuano a sentirsi impotenti anche se hanno già riacquisito da tempo un certo controllo" (Carlson, 2005).

Nel 20-30% dei casi è possibile che venga diagnosticato in comorbidità un disturbo di panico e ansia sociale.

Si può verificare un calo dell'autostima in seguito alle difficoltà, per esempio, lavorative e nelle relazioni sociali causate da ansia e depressione.

Possono essere presenti dei disturbi dell'identità in seguito ad un'esperienza traumatica, (per es. confusione circa la propria identità, sensazione di essere in balia di una forza esterna, confusione riguardo ai propri desideri o scopi personali). I problemi di identità possono essere provocati anche dai sintomi dissociativi di depersonalizzazione e amnesia: la persona può sentirsi irreali, distaccata da sé o priva di controllo sul proprio comportamento", che, combinati con l'incapacità di rievocare certi aspetti dell'esperienza traumatica, possono interferire con la percezione di sé e la memoria autobiografica.

Possono verificarsi comportamenti aggressivi in seguito ai sintomi primari del DPTS o come risposta associata al trauma.

In molti casi (52% degli uomini e 28% delle donne) i soggetti con DPTS cronico finiscono per abusare di sostanze fino alla dipendenza. Tale abuso può rientrare nelle forme di evitamento e ottundimento messe in atto dal soggetto per sfuggire ai ricordi dolorosi.

Infine possono essere presenti problematiche di natura somatica quali: problemi gastrointestinali, crampi e dolori, sintomi cardiovascolari e difficoltà psicosessuali.

Infine, si possono riscontrare problematiche di natura sociale e relazionale in seguito a sintomi quali “paura, rabbia, comportamenti aggressivi, appiattimento affettivo, evitamento sociale”.

Come indicazione di massima si può dire che circa la metà di coloro i quali sviluppano il DPTS dopo un trauma guariscono nei primi mesi senza bisogno di alcun trattamento, mentre dopo i 6 mesi i sintomi non miglioreranno se non si fornisce assistenza (Solomon, 1989, Kessler 1995) con la possibilità che il disturbo cronicizzi e che i sintomi possano verificarsi anche per anni senza alcun intervento.

Prevalenza e decorso

Studi epidemiologici recenti hanno dimostrato che l’esperienza del trauma è relativamente comune con stime nella popolazione generale che vanno dal 51% degli uomini, al 61% delle donne. (Kessler et al., 1995) fino all’84% nei campioni misti (Vrana e Lauterbach, 1994). Non tutti i soggetti che subiscono un trauma svilupperanno un DPTS e di quello che lo svilupperanno molti si riprenderanno nei primi mesi successivi all’evento.

Stime sulla prevalenza nel corso della vita variano dall’ 1% al 10% per le donne e al 5% per gli uomini (Kessler et al., 1995). La natura dell’evento traumatico è molto importante per lo sviluppo di un DPTS. Lo stupro riporta in generale la prevalenza più alta. Kessler et al., hanno riportato che il 65% dei maschi e il 46% delle donne in seguito a stupro hanno sviluppato DPTS.

Il DPTS può andare incontro a remissione dei sintomi anche senza trattamento specifico. La National Comorbidity Survey ha trovato che il 60% dei casi in ultima analisi hanno un miglioramento della sintomatologia, senza alcun trattamento, nei primi 12 mesi. Uno studio sul DPTS di vittime di aggressioni non sessuali (Riggs et al., 1995) ha dimostrato che il 71% delle donne e il 50% dei maschi presentava diagnosi di DPTS subito dopo l’evento traumatico. A distanza di 3 mesi solo il 21% delle donne e nessun uomo soddisfaceva i criteri per una diagnosi di DPTS. Gli stessi autori riportano un andamento simile per le donne vittime di aggressione sessuale.

Dunque, in linea di massima, circa la metà di coloro i quali presentano un DPTS dopo il trauma guariscono nei primi mesi successivi senza alcun trattamento specifico. Per coloro i quali la sintomatologia non migliora i dati sono meno ottimistici. I dati forniti da molti studi (ad es., Solomon, 1989; Kessler et al., 1995) mostrano che i soggetti che soddisfano ancora i criteri del DPTS dopo sei mesi dall’evento traumatico probabilmente non miglioreranno senza un trattamento specifico, con il rischio concreto che il disturbo possa cronicizzare e perdurare anche per decenni.

E' importante sottolineare che il DPTS non è una normale risposta ad un evento traumatico. Si tratta di un grave disturbo psichiatrico che, almeno nella sua forma cronica, si sviluppa solo in una minoranza di soggetti sottoposti a trauma.

Fattori di vulnerabilità

Una revisione dei fattori di rischio e vulnerabilità è stata fatta da Yehuda (1999) verificando come possano essere divisi in tre grandi fasi: *pretrauma*, *peritrauma* e *post-trauma*.

Per ciò che concerne il *pretrauma* vi sono alcune evidenze che sembrano indicare come un basso livello di istruzione e socioeconomico si possano associare ad un maggiore rischio di DPTS, così come i maschi sposati sarebbero più esposti dei celibi (Kessler et al., 1999b).

Le variabili relative all'ambiente sociale che possono influire sulla capacità della persona di fronteggiare uno *stressor* traumatico sono: l'indigenza, il livello di violenza, la trascuratezza, la presenza di disturbi mentali nelle figure di accudimento, una storia familiare di comportamento antisociale, la precoce separazione dai genitori. (Carlson 2005; Andrews et al. 2003; Connor e Butterfield 2003).

Alcune ricerche (True et al. 1993) hanno evidenziato che una parte della varianza nelle risposte al trauma dipende da fattori genetici, ma il meccanismo di influenza è ancora sconosciuto. Una possibile spiegazione è che la soglia oltre cui si resta sconvolti dalla paura e dal senso di impotenza varia da una persona all'altra in parte in funzione di differenze genetiche nelle risposte fisiologiche ed emozionali agli *stressor*, specialmente nella propensione alle risposte ansiose. E' stata avanzata anche l'ipotesi di una predisposizione biologica non genetica, ossia fattori ambientali (es., esposizione a tossine o ormoni nell'utero materno o nelle prime fasi dello sviluppo) ed esperienze di vita (es., esposizione a *stressor*) possono produrre cambiamenti biologici permanenti.

Inoltre oggi c'è un maggior numero di prove che spinge nella direzione di una maggiore probabilità che le femmine incorrano in un DPTS rispetto ai maschi (Breslau et al., 1997).

Numerosi studi hanno dimostrato che una storia di pregressi disturbi psichiatrici o una preesistente tendenza all'ansia e alla depressione può essere un fattore di vulnerabilità per il DPTS (Rothbaum et al., 1992b; Blanchard et al., 1996b)

Gran parte della ricerca suggerisce che pregresse esperienze traumatiche, con particolare riferimento ad abusi fisici e sessuali nell'infanzia, costituiscano un importante fattore di vulnerabilità per lo sviluppo di DPTS in conseguenza di traumi successivi (Breslau et al., 1999).

Rispetto al fattore 'precedenti esperienze traumatiche', la questione è complessa e in letteratura esistono due diversi modi di inquadrare le loro conseguenze sulla capacità di fronteggiare ulteriori esperienze di stress.

- 1) Il fatto di aver vissuto eventi stressanti può aumentare la resistenza della persona alle successive circostanze stressanti; *stressor* poco frequenti e di livello relativamente basso potrebbero avere un effetto di rafforzamento che desensibilizza la persona agli effetti di *stressor* successivi e possono essere significativi rispetto alla successiva capacità di gestire il pericolo, dando l'opportunità di apprendere e praticare abilità di adattamento e sviluppando modelli interiori del sé e del mondo più flessibili che permettano di assorbire più prontamente i traumi futuri.
- 2) Gli eventi stressanti del passato potrebbero menomare la capacità individuale di fronteggiare un trauma (minori risorse emozionali e cognitive a cui attingere); previsione suffragata dalla maggior parte degli studi che rilevano una maggiore incidenza di DPTS nelle popolazioni di persone che vivono in circostanze più stressanti e un'associazione tra esposizione a eventi traumatici in passato (soprattutto se si tratta di abusi fisici e sessuali nell'infanzia) e aumento del rischio di DPTS (Andrews et al. 2003; Connor e Butterfield 2003; Carlson 2005).

Carlson (2005) ha sviluppato un modello teorico che potrebbe spiegare i due effetti opposti degli *stressor* precedenti: (a) contenimento: quando essi fanno apparire un trauma più controllabile e meno negativo; (b) sensibilizzazione: quando lo fanno apparire meno controllabile e più negativo.

La *fase peritraumatica* riguarda il periodo di tempo che comprende la situazione al momento del trauma e immediatamente dopo. La gravità del trauma rappresenta un fattore critico per il successivo adattamento (Kulka et al., 1990; Kessler et al., 1995). Infatti, gli eventi più gravi presentano un livello di minaccia molto elevato per la propria incolumità, durano più a lungo, sono maggiormente complessi ed espongono anche alla sofferenza altrui. Inoltre si è verificato che le persone si adattano molto più facilmente anche ad elevati livelli di stress purchè previsti o prevedibili al contrario di eventi traumatici gravi assolutamente incontrollabili (Creamer et al., 1993; Blanchard et al., 1995).

Infine, alcuni studi hanno rilevato che la dissociazione peritraumatica è un predittore del DPTS migliore rispetto alle caratteristiche oggettive del trauma. E' stato proposto che l'*arousal* ansioso peritraumatico aumenta la memoria correlata al trauma e sensibilizza i sistemi neurobiologici implicati nella patogenesi del DPTS (Andrews et al 2003; Brunet et al. 2001).

Infine, esistono dei fattori post trauma che possono modulare il livello di adattamento. Per esempio un buon sostegno sociale (Creamer et al., 1993; Green, 1996) e le abilità di gestione dello

stress (Foa et al., 1991b) possono essere considerati fattori protettivi e aiutare nella guarigione del soggetto.

Alcuni studi hanno inoltre evidenziato dei fattori che si associano a un maggiore rischio di sviluppare un DPTS cronico e/o caratterizzato da sintomi più gravi al *follow-up*, quali: un grave danno fisico, una rabbia persistente, una grave depressione, assistere alla morte o alla lesione di un'altra persona, la dissociazione, un ridotto supporto sociale, l'esperienza di nuovi traumi nei periodi di *follow-up*, un numero maggiore di sintomi di evitamento e di altri sintomi DPTS, disturbi psichiatrici o medici in comorbilità (Davidson 2002; Mellman et al. 2002; Perkonig et al. 2005; Connor e Butterfield 2003). Mentre le misure

delle iniziali reazioni al trauma spiegano la significativa variazione nel predire il DPTS, i processi che avvengono durante i primi 1-2 mesi dopo il trauma sembrano essere importanti fattori determinanti della progressione o risoluzione della sofferenza post-traumatica (Mellman et al. 2002).

Fattori di mantenimento

Il modello costruito da Ehlers und Clark (2004) si riferisce al circolo vizioso che si instaura dopo "l'interpretazione" di un evento traumatico e dà il via ad un PTSD cronico.

Il modello spiega come l'evitamento degli stimoli (a livello cognitivo e comportamentale) sia responsabile per il mantenimento del disturbo. A causa di quest'evitamento la vittima è ostacolata nel correggere l'interpretazione disfunzionale della realtà attuale, che è ormai "senza pericolo". Gli autori si basano sulla conoscenza, condivisa dalla maggior parte degli autori, che l'esperienza di ansia intensa (insopportabile, annientante) stia alla base del disturbo, e che questa esperienza abbia il suo risvolto nell' ambito clinico a causa di tre componenti:

- la tipologia della memoria traumatica
- l' interpretazione disfunzionale del trauma e delle conseguenze
- il comportamento fortemente evitante di situazioni "stressanti" e l'attivazione di comportamenti rassicuranti che a loro volta sono responsabili della non – correzione dell' interpretazione disfunzionale dell' evento.

Gli autori fanno riferimento alla riesperienza intrusiva, che ha carattere di "qui ed ora", che viene ricordata sensorialmente, che può avvenire senza stimoli connessi direttamente all' esperienza traumatica (per questo possiamo parlare di una "miriade" di stimoli attivanti).

Ehlers e Clark integrano anche le conoscenze relative ai diversi tipi di memoria specifica e annotano che le caratteristiche e specificità della memoria implicita e di quella procedurale sono responsabili della riesperienza intrusiva e della reattività autonoma.

Trattamento

Un evento traumatico può modificare e alterare la percezione di sé e del mondo per quanti ne vengono colpiti, con un conseguente cambiamento radicale del soggetto. In tal senso, considerando che non tutti i cambiamenti devono essere necessariamente negativi, superare un trauma può consentire una crescita personale con lo sviluppo di modelli adattivi di sé e del mondo più funzionali al proprio benessere personale.

Un'esperienza traumatica può svelare che quegli assunti di base riguardo se stessi e il mondo, che normalmente forniscono struttura e significato alla vita della persona facendo da sfondo ad aspettative, comportamento e giudizio (es., identità, visione del mondo, sicurezza, stima, potere, indipendenza, etc.), sono sbagliati, insufficienti o inadeguati. Gli assunti patogeni (es., vulnerabilità, sfiducia, senso di impotenza) possono in seguito sostituirsi ai precedenti assunti e generalizzarsi a molte aree di vita (Shalev 2001). Questo favorisce lo sviluppo dei sintomi di intrusività, evitamento e *iperarousal*

del DPTS. Dopo un evento traumatico il sistema cognitivo cerca di elaborare le informazioni ad esso associate e non ancora integrate e continua a valutarle incompatibili e minacciose per il modello schematico del sé e del mondo. Questa continua valutazione nella memoria fa sì che la persona sperimenti una costante attivazione e riattivazione del "modulo paura". Le persone traumatizzate sperimentano una sensazione continua di essere in pericolo, le valutazioni delle informazioni legate al trauma irrompono

nella coscienza in modi diversi, dal pensiero intrusivo agli incubi. Inoltre la presenza nell'ambiente di stimoli ricollegabili al trauma vengono elaborati in modo selettivo e nella memoria attivano le informazioni correlate al trauma, favorendo la comparsa di fenomeni intrusivi. Conseguentemente, l'individuo mette in atto meccanismi difensivi, tra cui l'evitamento di stimoli che ricordano il trauma (Yule 2000). Tali meccanismi di evitamento tendono a ripetersi in quanto permettono, nel breve periodo, di non sperimentare ansia o paura determinando la generalizzazione del comportamento evitante ad un numero sempre maggiore di stimoli interni ed esterni associati al trauma impedendo, di fatto, l'estinzione degli stati emotivi spiacevoli.

Il trattamento dovrebbe avere come finalità l'eliminazione di tutta la sintomatologia del DPTS e il ritorno ad uno stato di funzionamento pretrauma, ma non sempre è possibile. Infatti, per casi acuti

con poche complicazioni è ragionevole un'alta probabilità di successo in poche sedute (6-10); al contrario in soggetti con DPTS cronico, comorbidità importanti e abuso di sostanze con conseguente peggioramento del funzionamento lavorativo e sociale l'aspettativa di successo si abbassa notevolmente. In tali casi gli obiettivi terapeutici saranno il miglioramento nella gestione della sintomatologia con conseguente innalzamento della qualità della vita attraverso un maggiore utilizzo delle risorse sociali e personali.

Esistono differenti approcci per il trattamento del DPTS ma sono pochi di questi sono stati studiati attraverso degli studi di efficacia. Il trattamento cognitivo-comportamentale, in questo senso, è tra i più studiati.

Trattamento cognitivo – comportamentale del DPTS

Il trattamento cognitivo - comportamentale del DPTS prevede l'utilizzo di più componenti perché intende perseguire i seguenti obiettivi: 1) intervenire sull'appraisal per verificare ed eventualmente correggere eventuali distorsioni cognitive in merito alla valutazione del dato emotivo (arousal), 2) intervenire, con l'obiettivo di estinguerle, sulle memorie intrusive dell'evento traumatico e quindi sulla desensibilizzazione del paziente a tutti gli stimoli associati al trauma attraverso esposizione ripetuta (Connor e Butterfield 2003).

Nel trattamento di un Disturbo Post Traumatico Da Stress è importantissimo lavorare sulla **gestione dell'ansia**. Infatti, tale disturbo, è caratterizzato da una persistente attivazione con elevati livelli di paura correlati ai ricordi e agli stimoli correlati al trauma. Per questo è fondamentale, nelle prime fasi di trattamento, insegnare al soggetto un repertorio di strategie per una migliore gestione dell'attivazione e della sofferenza psicologica con l'obiettivo di favorire una riduzione della vulnerabilità personale del soggetto.

Questi primi passaggi non affrontano le cause sottostanti ma rappresentano un importante elemento per affrontare, successivamente, il processo di esposizione.

La gestione dell'ansia riguarda tre grandi ambiti: fisico, cognitivo e comportamentale con interventi mirati per ognuno di questi aspetti.

- *Le strategie ad orientamento più fisico* messi in atto con l'obiettivo di ridurre l'eccesso di attivazione, spesso producono effetti rapidi che aiutano il soggetto a sentirsi meglio agendo anche sull'autoefficacia percepita e aumentando, in tal modo, le prospettive di guarigione. In tal senso si fa riferimento a semplici tecniche di controllo della respirazione, rilassamento muscolare progressivo, diminuzione di stimolanti quali caffeina e nicotina. Questi interventi permettono al soggetto una prima forma di controllo sulla propria sintomatologia.

- *Gli interventi cognitivi* hanno l'obiettivo di diminuire la ruminazione circa l'esperienza traumatica. L'utilità delle strategie a orientamento cognitivo è evidenziata dalla natura intrusiva dei ricordi traumatici e dalla tendenza di molti pazienti ad avere una ruminazione mentale dell'esperienza traumatica, hanno lo scopo di dare al paziente un certo controllo sui propri ricordi, limitando il tempo che passa pensando all'evento e il relativo malessere associato. Alcuni interventi cognitivi sono quindi diretti a controllare la frequenza e la durata degli eventi cognitivi che creano sofferenza come l'arresto del pensiero e le tecniche di distrazione, e a modificare il contenuto attraverso, per esempio, l'uso di frasi di adattamento dirette a se stesso e il dialogo interno guidato. Interventi cognitivi più intensivi in genere sono necessari negli stadi successivi del trattamento.
- *Strategie comportamentali* vengono utilizzate con l'obiettivo di migliorare aspetti di ritiro sociale e isolamento. In tal senso interventi di programmazione delle attività e il reinserimento sociale possono essere molto utili per il miglioramento della qualità della vita. Altri interventi comportamentali possono essere utilizzati per problemi specifici quali il sonno, le abilità comunicative e l'assertività.

Con l'obiettivo di favorire l'apprendimento di strategie di gestione dell'ansia e dello stress Donald Meichenbaum ha ideato lo *Stress Inoculation Training (SIT)* organizzato in tre differenti fasi.

- Si parte, nella prima fase, dalla concettualizzazione del disturbo e vengono fornite al paziente informazioni sullo stress intervenendo, contestualmente, sulle distorsioni cognitive o idee errate sullo stress.
- Nella seconda fase si passa all'acquisizione e alla messa in pratica di alcune strategie di fronteggiamento quali: problem solving, tecniche di rilassamento e ristrutturazione cognitiva.
- Nell'ultima fase si interviene mediante l'utilizzo di tecniche di esposizione per immagini alle situazioni temute cercando, con gli strumenti acquisiti, di fronteggiarle nel migliore dei modi in immagine. Inoltre, in questa fase, si interviene anche con l'esposizione in vivo graduale e con il role-playng e il modeling sulla prevenzione delle ricadute.

Se da un lato sono pochi gli studi di efficacia del SIT nel trattamento del DPTS, dall'altro l'esperienza clinica suggerisce che la gestione dell'ansia è un passo importante per preparare le persone alla successiva terapia di esposizione (Andrews et al. 2003).

Successivamente, verranno utilizzate strategie di *esposizione* che rappresentano una componente essenziale dell'intero trattamento, con l'obiettivo di affrontare i ricordi traumatici. Inizialmente tali

approcci si basavano sul presupposto che la paura fosse acquisita e mantenuta mediante condizionamento classico e operante e il concetto di estinzione rappresenta la riduzione della paura conseguente all'esposizione prolungata agli stimoli avversivi. Più recentemente, Foa e Kozak (1986) hanno proposto il concetto di elaborazione emotiva. Per questi autori l'elaborazione di informazione più funzionali produce cambiamenti nei ricordi traumatici, modificando sia le relazioni stimolo-risposta che il conseguente significato attribuito agli eventi.

Nel trattamento della maggior parte dei disturbi d'ansia l'esposizione in vivo (situazioni reali) è più efficace dell'esposizione immaginativa e, nel DPTS, l'esposizione in vivo riguarda stimoli esterni (attività, luoghi, persone) che provocano ansia dopo il trauma.

Nel DPTS, visto che il trattamento deve essere diretto al ricordo traumatico, gran parte dell'esposizione sarà immaginativa. Per aumentarne l'efficacia si richiede al paziente di riferire circa gli stimoli (visivi, sonori, olfattivi) e circa le risposte (cognizioni, affetti, sensazioni somatiche). A tal proposito, viene richiesta al soggetto una ricognizione sui livelli d'ansia a intervalli regolari.

L'approccio di Foa e Rothbaum (1998) e di Marks e coll. (1998) prevede una serie di sedute con esposizione per immagini agli eventi traumatici e, successivamente, l'utilizzo di tecniche di esposizione in vivo a stimoli associati all'evento traumatico ma privi di pericolo che sono comunque fonte di sofferenza. L'esposizione è organizzata gerarchicamente partendo dagli stimoli meno dolorosi per arrivare a quelli che producono maggiore sofferenza. Nel caso di eventi traumatici singoli, si può graduare l'esposizione consentendo al paziente, negli esercizi iniziali, di saltare le parti più disturbanti del ricordo, di tenere gli occhi aperti, mentre, in seguito, gli si chiederà di tenerli chiusi rendendo le immagini più vivide. Inoltre viene chiesto al paziente, inizialmente, di usare un tempo passato nel racconto, mentre, in seguito, gli si chiederà di raccontare al presente. Dosando questi accorgimenti, il terapeuta riesce a mantenere il malessere e l'ansia a livelli sufficientemente intensi da rappresentare un obiettivo terapeutico, ma abbastanza bassi da poter essere controllati, dando un senso di padronanza al paziente.

Nello specifico, viene richiesto al paziente di rivivere l'esperienza raccontandola ad alta voce e usando il maggior numero di ricordi sensoriali (odori, suoni, pensieri, stati emotivi ecc) per un tempo di 45-60 minuti (tempo sufficiente per ridurre l'ansia), utilizzando il tempo presente e la prima persona. Il racconto viene ripetuto per tre volte e audio registrato dal terapeuta, discutendo, successivamente, l'esperienza appena fatta e le intuizioni sul trauma avvenute durante l'esposizione. Infine, si assegna al paziente l'*homework* di ascoltare più volte (in genere un'ora al giorno) l'audioregistrazione per facilitare un'ulteriore abituação. Successivamente si passa

all'esposizione in vivo prima in seduta e poi da solo a casa previo accordo col terapeuta su che cosa fare, su come farlo esattamente, dove, con quale frequenza, etc. Anche a casa è opportuno cominciare con una situazione relativamente facile, in modo che la prima prova si concluda con un rapido successo (Andrews et al. 2003).

Perché l'esposizione sia efficace è necessario:

- Esporre il soggetto alla situazione per un tempo abbastanza lungo da consentire all'ansia di ridursi. La persona deve imparare a non temere i propri ricordi del trauma. Il compito del terapeuta è aiutare il paziente a tollerare l'ansia all'interno di un ambiente sicuro, finché non diminuisce significativamente e/o non scompare.
- Incoraggiare il paziente a usare il maggior numero possibile di dettagli, soprattutto per le parti peggiori del trauma.
- Procedere secondo il ritmo del paziente, soprattutto nella prima esposizione, dove probabilmente sperimenterà in modo intenso gli affetti connessi al trauma.
- Regolare gli interventi tenendo conto delle reazioni del paziente all'esposizione. Le reazioni problematiche tendono a ricadere in due estremi: il paziente ha difficoltà a coinvolgersi nel ricordo o a provare le emozioni connesse al trauma, oppure il paziente è così preso dal trauma che è sopraffatto dalle emozioni associate. Nel primo caso potrebbe essere utile provare a chiedere al paziente di rievocare quanti più particolari possibili della situazione, mentre, nel secondo caso è utile richiamare l'attenzione del paziente al qui ed ora.

Un trattamento di esposizione efficace riduce i ricordi intrusivi e diminuisce gli affetti dolorosi associati, permette alla persona traumatizzata di recuperare il controllo dei ricordi traumatici.

Nel tentativo di favorire una più funzionale gestione dell'ansia viene utilizzata anche la *ristrutturazione cognitiva* (Beck e coll., 1979) e nello specifico del DPTS si agirà principalmente sui sintomi chiave.

La terapia dell'elaborazione cognitiva, la CPT, (Resick e Schnicke, 1992) prevede la ristrutturazione cognitiva con riferimento a 5 temi principali: sicurezza, fiducia, potere, autostima e intimità. Si insegna ai pazienti a riconoscere le cognizioni disfunzionali e a metterle alla prova utilizzando una lista di domande. Sono diverse le situazioni che possono portare al formarsi delle cognizioni maladattive:

- 1) quando il trauma entra in conflitto con gli schemi preesistenti
- 2) quando altre persone inculcano nella vittima informazioni conflittuali
- 3) quando il paziente è predisposto a utilizzare l'evitamento come strategia difensiva

4) quando non è in grado di elaborare l'evento perché gli appare del tutto estraneo e quindi non possiede degli schemi validi in cui classificarlo.

Per favorire l'elaborazione del trauma, la CPT utilizza l'informazione, l'esposizione e la ristrutturazione cognitiva. Il terapeuta fornisce informazioni sul DPTS e dimostra la relazione esistente fra pensieri ed emozioni. Le cognizioni maladattive vengono individuate sollecitando i ricordi del trauma con gli affetti connessi. Quindi, tali convinzioni, vengono messe in discussione e risolte.

Andrews e coll. (2003) sottolineano che la ristrutturazione cognitiva ha lo scopo di aiutare il paziente a identificare e modificare i pensieri e le convinzioni disfunzionali sul mondo, sugli altri o su se stesso, che possono essere stati presenti già prima dell'evento traumatico, ma che spesso dipendono dall'influenza del trauma sulle visioni precedenti riguardo a temi fondamentali" quali fiducia negli altri, senso di sicurezza, fiducia in sé e valore personale. Si agirà con lo scopo di aiutare il paziente a identificare e modificare i pensieri e le convinzioni disfunzionali sul mondo, su se stesso, sugli altri.

Foa e Rothbaum (1998) hanno identificato cinque tipi di cambiamento nella visione di sé e del mondo dovuti all'esperienza traumatica:

- 1) l'esperienza traumatica può rafforzare una precedente visione negativa di sé, del mondo e degli altri (es., "questo dimostra che davvero non valgo nulla");
- 2) l'esperienza traumatica può scardinare precedenti convinzioni irrealisticamente positive rispetto al proprio modo di percepirsi e al modo di percepire l'ambiente circostante, lasciando il paziente confuso e insicuro;
- 3) l'esperienza traumatica può favorire l'instaurarsi di un giudizio negativo sul comportamento avuto durante l'evento traumatico (es., "avrei dovuto lottare", "non posso più fidarmi di me stesso");
- 4) il trauma vissuto può portare a interpretazioni catastrofiche dei sintomi esperiti (es. "non mi riprenderò mai");
- 5) il trauma può alterare le opinioni sulle reazioni altrui (es., "pensano tutti che sia stata colpa mia").

Si aiuta il paziente a identificare le convinzioni disfunzionali insorte o peggiorate in seguito all'evento traumatico e a considerarle come ipotesi e non come fatti. Inoltre, si realizzano la discussione e la confutazione delle convinzioni disfunzionali e la loro sostituzione con altre più realistiche e funzionali.

Spesso i pazienti cercano assicurazioni irrealistiche rispetto alla possibilità di rivivere l'evento traumatico e, in questi casi, il terapeuta lavora col paziente per arrivare a una valutazione realistica del rischio che l'evento si ripeta e dell'entità dei suoi effetti.

Il terapeuta deve anche aiutare il paziente a concentrarsi sui pochi aspetti positivi, quali, l'essere sopravvissuto e gli eventuali miglioramenti ottenuti in terapia quali l'acquisizione di nuove tecniche utilizzabile per migliorare la propria condizione di vita in generale (Andrews et al. 2003).

E' molto importante lavorare sulla prevenzione delle ricadute, frequenti soprattutto nella forma cronica. E' importante avvertire e preparare il paziente di questa possibilità, in modo che possa prevenirle o almeno ridurne l'intensità e la durata.

Andrews e coll. (2003) descrivono come segue le diverse fasi implicate nella prevenzione delle ricadute:

- 1) Rendere il paziente consapevole della possibilità di stare ancora male nelle situazioni che gli ricordano l'evento traumatico, ma che si tratta di una reazione normale, almeno se il malessere non è troppo grave e non dura troppo.
- 2) Identificare con il paziente le situazioni a rischio (es., circostanze, eventi o persone che ricordano l'evento; ricevere notizie di un evento simile; sperimentare altri eventi traumatici; periodi molto stressanti in famiglia o al lavoro).
- 3) Paziente e terapeuta elaborano insieme un piano scritto su come affrontare le situazioni rischiose e i sintomi iniziali di ricaduta (ad esempio chi potrà chiamare, quali tecniche apprese dovrà utilizzare, quali autoistruzioni potrà usare etc..).

Marks et al. (1998) hanno confrontato 4 approcci terapeutici : esposizioni in vivo e immaginativa, ristrutturazione cognitiva e rilassamento. Esposizione, ristrutturazione e terapia combinata hanno ottenuto tutte un miglioramento nella sintomatologia dei soggetti senza che sia emersa alcuna differenza significativa in termini di efficacia tra i diversi gruppi. Osservando le medie, però, si ottiene un miglioramento più significativo con l'esposizione (74-81%) rispetto alla ristrutturazione cognitiva (53%). Tutti e tre gli approcci hanno ottenuti dei maggiori miglioramenti rispetto al rilassamento.

Nel trattamento cognitivo - comportamentale le **tecniche immaginative** aprono la possibilità di confutare valutazioni disfunzionali peri- e postraumatiche e facilitare così l'integrazione dell'evento traumatico nella memoria autobiografica.

Normalmente vengono applicate durante una elaborazione di confronto con il ricordo dell'evento traumatico e del suo momento più drammatico e difficile. Si punta al raggiungimento di due obiettivi: 1) facilitare, con l'aiuto del lavoro immaginativo, una integrazione della memoria

traumatica in una visione più funzionale; 2) recuperare, tramite la costruzione di immagini di rielaborazione e di superamento della situazione drammatica, un' interpretazione più funzionale dell' evento e delle sue conseguenze (Boos, 2005). Sembra che queste tecniche abbiano una rilevanza particolare nel trattamento del PTSD perché attraverso il lavoro a livello immaginativo attivano quel canale visuale, che è contaminato dalle intrusioni dei ricordi (Boos, 2004). Ciò è plausibile, tenendo conto dal fatto che immaginando sono attivate aree cerebrali diverse rispetto a quando siamo coinvolti in processi mentali razionali. Le tecniche immaginative sembrano aprire veramente la possibilità di modificare sia il ricordo doloroso che la sua interpretazione in un modo più adattivo e funzionale.

Una tecnica immaginativa utilizzata è la *Rational Emotive Imagery* (REI). Questa tecnica è da attribuire senza dubbio alle tecniche emotive della REBT, e all' interno di questa viene

fatto ampiamente uso di essa. Gli autori che hanno sviluppato e applicato questa tecnica, sottolineano l'importanza della capacità immaginativa nello sviluppo e nel mantenimento di convinzioni disfunzionali (Beck, 1976, Lazarus, 1973); altri hanno dimostrato che l'uso di tecniche ipnotiche hanno maggior effetto quando il soggetto viene invitato ad integrarvi cognizioni più funzionali, precedentemente elaborate.

La REI è una tecnica che viene usata come integrazione negli altri metodi cognitivi. Mira ad una miglior integrazione ed assunzione di elaborati mentali più funzionali. Ovvero cerca di aiutare il paziente ad integrare aspetti emotivi nelle nuove interpretazioni cognitive, elaborate con il terapeuta.

Si possono distinguere due metodi di condurre la REI, quello di Ellis & Harper o quello di Maultsby (chiamato anche immaginazione positiva). Quest'ultimo lavora meno sul tentativo di cambiare le emozioni negative. Lavora più sull' abbinamento delle emozioni con le nuove cognizioni elaborate precedentemente. Ambedue le modalità iniziano con un rilassamento breve e vanno ripetute a casa come home-work.

Dando più spazio agli aspetti emozionali e immaginativi sembra che per il PTSD possa essere più indicato il metodo di Ellis & Harper.

Dopo un rilassamento breve si chiede al paziente:

- di rivivere la situazione avversa conducendolo nella sua immagine
- di concentrarsi sulla emozione negativa provata e di portarla fino ad un livello estremo
- eseguito questo, si chiede al paziente di cambiare energicamente l'emozione da insopportabile e penosa ad adeguata ed accettabile. L'adeguatezza e/o la sopportabilità

costituiscono gli obiettivi precedentemente concordati con il paziente come scopo dell'intervento.

La Rei in questo mira ad un radicale cambiamento dell'emozione provata nei confronti allo stimolo (ricordo) attivante / avversivo. Questo cambiamento deve essere ripetuto come home work, in modo che questa nuova emozione si instauri veramente nel paziente.

Altra tecnica immaginativa utilizzata è l' *Imagery with Rescripting and Reprocessing –Therapy* (IRRT). La IRRT è stata sviluppata in primo luogo per pazienti vittime di abusi fisici e/o sessuali ed è stata riportata per prima in bibliografia psicologica di orientamento psicodinamico. È merito di Smucker M. R.(1999), Dancue C.V., Gunnert B.K. e WeisJ.M. ed altri di aver fornito e formulato le basi teoriche per una lettura in termini cognitivo- comportamentali. Sviluppando le premesse teoriche, consolidando il processo in concetti cognitivi e comportamentali, sono riusciti ad inquadrare su che base e in quali termini e modi questa tecnica può essere applicata ed aver notevoli risultati non solo relativamente agli stati emotivi ma anche a livello di rilettura e di integrazione nell'autobiografia del paziente.

Gli scopi di un' intervento con IRRT

- Riduzione della sintomatologia intrusiva
- Modificazione dell' evitamento di stimoli relativi al trauma
- Sostituzione del ricordo traumatico con un ricordo di superamento
- Modificazione degli schemi disfunzionali relativi al trauma
- Miglioramento delle capacità di regolazione emotiva
- Riduzione della sintomatologia dell'alterazione dell'arousal (Boos, 2005)

La IRRT è in sintesi una tecnica di confronto durante la quale si utilizzano le capacità immaginative. L'immaginazione in questo caso non è completamente libera, ma viene guidata o meglio diretta dal terapeuta, il quale aiuta il paziente a pensare e ad immaginare altri possibili esiti dell'evento traumatico. In questo modo il paziente riesce a relazionarsi diversamente al proprio vissuto e ad elaborare schemi interni significativi più realistici..

Scopo sostanziale di questa tecnica è sostituire il ricordo dannoso con uno nuovo, rielaborato attraverso una riscrittura dell' evento costruito tramite l'immaginazione.

Altro trattamento utilizzato per la cura del DPTS è l'*EMDR* (Shapiro, 1995) che però è stato al centro di numerose critiche vista la mancanza di un solido fondamento teorico. Tale trattamento sembra far riferimento a diversi approcci tra cui la desensibilizzazione e la ristrutturazione

cognitiva, il tutto accompagnato da rapidi movimenti oculari che sembrano facilitare l'elaborazione di ricordi traumatici.

La procedura per arrivare alla desensibilizzazione sostanzialmente è la stessa. Quello che cambia è che viene dato ampiamente spazio alle immagini nel più ampio significato della parola. Al paziente viene chiesto di mantenere un'immagine dell'esperienza traumatica originaria e viene incoraggiato a evocare contemporaneamente l'evento e le sensazioni associate. Viene invitato a recuperare in modo dettagliato tutto quello che è rievocabile a livello di percezione e di immedesimarsi nei ricordi, facendoli emergere non solo come immagini visive, ma dando spazio anche a tutti gli altri aspetti percettivi (uditivi, olfattivi e tattili) insieme a pensieri ed emozioni correlate.

Insieme al ricordo immaginario, il paziente, inizia a relazionarsi anche a tutte le immagini associate che, insieme ai cambiamenti percettivi dei ricordi, rappresentano segnali confortanti nella direzione di una rielaborazione più funzionale dell'evento traumatico.

In tal modo, secondo gli autori, si "aprirebbe" un canale tra memoria procedurale ed implicita e memoria episodica ed esplicita. Tale obiettivo terapeutico si basa sulla convinzione che eventi traumatici possono "incastrarsi" nella memoria procedurale e non passare nella memoria episodica a lungo termine, causando in questo modo intrusioni, flash-backs e alterazioni dell'arousal. Seguendo i set di movimenti oculari, che vengono eseguiti dal terapeuta in questa fase, e che il paziente segue con i gli occhi, il paziente, secondo le supposizioni della teoria del trattamento, elabora la sequenza (Shapiro, 1995). Tutta la sequenza critica, compresi gli aspetti cognitivi, emozionali e sensoriali, grazie a questa elaborazione accelerata, possono essere immagazzinati nella memoria procedurale e a lungo termine.

Qui la tecnica EMDR fa riferimento alla supposizione discussa in ambito scientifico, ma fino ad oggi non dimostrabile nei suoi dettagli, che nelle fasi REM del sonno, il cervello umano elabori le esperienze, si liberi da aspetti non pertinenti e riesca poi ad immagazzinarli nella memoria episodica favorendo così un'integrazione dell'evento nella memoria autobiografica. (Shapiro, 1995, Düweke Peter, 2006).

In altre parole, l'EMDR, sempre entro una cornice terapeutica cognitivo-comportamentale, punta a che il paziente riesca a esporsi al ricordo a livello di immaginazione, a elaborarlo a livello cognitivo (cognizione funzionale – cognizione realistica o positiva), ma soprattutto a elaborarne tramite processi fisiologici, come i movimenti oculari, l'aspetto negativo dell'evento traumatizzante, trasformandolo, in questo modo, da annientante a più sopportabile o funzionale.

Sono stati successivamente condotti diversi studi controllati, alcuni dei quali, non hanno dimostrato l'efficacia del trattamento mentre altri hanno mostrato dei miglioramenti ma anche degli errori metodologici nella conduzione degli studi. Ad ogni modo l'unico studio che ha confrontato l'EMDR con la CBT ha mostrato una maggiore efficacia di quest'ultima a fine trattamento soprattutto dopo 3 mesi di follow-up (Devilley e Spence, 1999).

In definitiva sembra sia utile continuare ad utilizzare l'EMDR ma come intervento facente parte di un percorso terapeutico e clinico più ampio.

Trattamento cognitivo – comportamentale del lutto infantile traumatico

Il lutto infantile traumatico (Childhood Traumatic Grief) sembra avere molte caratteristiche in comune con il DPTS anche se le ricerche sembrano evidenziare due condizioni cliniche differenti. Secondo Cohen, Mannarino, Staron il CTG è ultimamente osservato come costrutto psicologico emergente, non presente attualmente nel manuale DSM IV, a cui

un gruppo di psichiatri e psicologi dell'età evolutiva, facente parte del NCTSN, sta lavorando al fine di inserire nel prossimo DSM V una nuova categoria diagnostica: DTD Developmental Trauma Disorder. Gli autori hanno proposto e studiato l'efficacia di un protocollo basato su 12 sessioni di psicoterapia cognitivo-comportamentale (modificato da un precedente di 16 sessioni), consistente in componenti sequenziali focalizzati al trattamento dei sintomi dello stress post-traumatico e del lutto traumatico.

Il modello CBT-CTG richiede ulteriori indagini sperimentali ma sembra offrire una nuova ed interessante prospettiva di comprensione nell'ambito della psicopatologia e psicoterapia dell'età evolutiva.

Secondo Melhem, Moritz et al. (2007), osservando un campione rappresentativo di giovani in una città urbana degli Stati Uniti, almeno il 51.9% ha vissuto l'esperienza della morte improvvisa ed inaspettata di un parente stretto o di un amico entro i 21 anni di età; dunque, si può ritenere il più comune evento di vita serio negativo (Breslau, 2004). Per Yamamoto et al. (1996) la morte di un genitore è riportata come uno degli eventi di vita più stressanti che un bambino possa vivere.

Solo di recente alcuni autori stanno valutando le caratteristiche tipiche del "Childhood traumatic grief" (CTG) al fine di differenziarlo dal Disturbo post-traumatico da stress o dal disturbo depressivo ed al fine di valutare l'efficacia di specifici trattamenti psicoterapeutici, in particolare di protocolli di terapia cognitivo-comportamentale modificata, introducendo specifiche sessioni per il CTG. (CBT-CTG, Cohen, Mannarino, 2006).

L'interesse verso questo argomento ha permesso di identificare una condizione clinica che potrebbe essere descritta come una combinazione tra un lutto non risolto ed i sintomi del disturbo post-traumatico da stress, che determina un significativo danneggiamento in importanti aree di funzionamento (Cohen e Mannarino, 2004). Tale condizione può procurare un danno rispetto allo sviluppo del bambino, alle sue relazioni, ai suoi successi e alla successiva efficacia nella vita se non trattato o in qualche modo risolto. In particolare, si ritiene che il CTG possa ledere l'abilità del bambino a negoziare il corso tipico del processo del lutto. Secondo gli autori, gli interventi psicoterapeutici focalizzati solamente al trauma potrebbero risolvere con successo i sintomi del PTSD ma non sono adeguati nel colpire i sintomi del lutto non risolto, caratteristici del CTG.

I bambini con CTG potrebbero sperimentare sintomi depressivi e potrebbero soddisfare i criteri per il PTSD, ma i bambini potrebbero avere sintomi addizionali di lutto non risolto, che vanno oltre i criteri diagnostici per il PTSD.

Attualmente non esistono molti studi che analizzano le conseguenze a lungo termine di un trauma infantile precoce e che dimostrano una correlazione specifica con lo sviluppo successivo di specifici disturbi psicopatologici. Inoltre le ricerche condotte finora si sono basate su un limitato numero di casi clinici e propendono per ipotesi etiologiche non ancora dimostrate scientificamente.

Secondo il National Institute of Mental Health (NIMH, 2006) il Childhood Traumatic Grief (CTG): "Si riferisce a quella condizione in cui un bambino o un adolescente ha perso una persona amata, in circostanze oggettivamente e soggettivamente traumatiche ed, in cui, i sintomi del trauma colpiscono l'abilità del bambino di superare il normale processo del lutto". Diversi sintomi sono simili a quelli del Disturbo post-traumatico da stress come: ri-sperimentare aspetti della causa traumatica della morte, inclusi pensieri circa il trauma o la persona che è morta, evitamento dei ricordi traumatici e "stordimento" emotivo, iperattivazione fisiologica, irritabilità, rabbia. Tuttavia, i bambini con CTG possono sperimentare sintomi depressivi come tristezza, mancanza di speranza e senso di colpa del sopravvissuto (Brown and Goodman, 2005; Cohen and Mannarino, 2004).

Sembra che ci siano dei sintomi aggiuntivi rispetto al lutto non risolto oltre ai criteri diagnostici per il PTSD. Ciò che distingue il CTG dalle altre condizioni sembra essere dovuto ai sintomi del trauma che interferiscono con l'abilità del bambino nel gestire i tipici processi del lutto.

Secondo il NIMH, le memorie, i pensieri e le immagini relative alla natura traumatica della perdita della persona amata potrebbero condurre a conseguenze quali: continue rappresentazioni intrusive del trauma, un'iper-attivazione fisiologica ed al distress psicologico. L'interazione dei sintomi traumatici e del lutto sono tali per cui anche pensieri e ricordi di natura positiva potrebbero scatenare pensieri terrorizzanti, immagini, ricordi di come è morta la persona.

In particolare, vengono elencati tre tipologie di fattori scatenanti:

- *Trauma reminders*: i fattori che richiamano/ricordano il trauma (persone, luoghi, scenari, odori, suoni che ricordano al bambino la natura traumatica della morte);
- *Loss reminders*: i fattori che richiamano/ricordano la perdita (situazioni, pensieri e memorie che ricordano al bambino la scomparsa di quella persona; es. la data di un compleanno o vedere delle fotografie);
- *Change reminders*: i fattori che richiamano/ricordano il cambiamento (situazioni, persone, luoghi o oggetti che ricordano al bambino i cambiamenti nelle abitudini di vita legati all'evento traumatico; es. un trasferimento in un altro quartiere o l'essere affidato ad uno zio).

Viene specificato, che nel CTG la causa della morte non deve essere necessariamente traumatica ma deve essere stata soggettivamente vissuta dal bambino come orrenda, immediata o inaspettata. Inoltre, le morti legate a ciò che definiamo "morte naturale" (cancro, infarto, ictus) potrebbero portare ad un lutto traumatico se l'esperienza della morte è stata particolarmente traumatica (per esempio, se il bambino ha direttamente assistito alla morte, se la morte è stata percepita carica di dolore e sofferenza, se l'aspetto esteriore del deceduto era stato mutilato, sfigurato o, comunque, risultava orrendo al bambino). Al fine di una diagnosi differenziale va considerato che sebbene i bambini con CTG spesso manifestino i sintomi di un Disturbo post-traumatico da stress, che interferiscono con la capacità del bambino di affrontare il cordoglio, tale sintomatologia non sempre deve giungere sino al livello di una completa diagnosi del DPTS. Infatti, alcuni bambini potrebbero manifestare CTG senza DPTS oppure il contrario.

Secondo NIMH , le difficoltà specifiche del CTG, che si verificano comunemente, includono tali condizioni:

- 1) *Intrusive memories about the death*. Il continuo rivivere l'evento traumatico che ha determinato la morte della persona amata dal bambino, può avvenire attraverso incubi, senso di colpa, colpa circa la modalità secondo cui è morta la persona o pensieri ricorrenti ed intrusivi sulla morte (soprattutto quando particolarmente atroce).
- 2) *Avoidance and numbing*. L'evitamento di tutto ciò che ricorda l'evento traumatico, la morte e la persona cara; può manifestarsi attraverso il ritiro, il bambino può comportarsi come se non fosse triste ed evitando il ricordo della persona cara.
- 3) *Physical or emotional symptoms of increased arousal*. Iper-arousal fisiologico, evidente attraverso l'irritabilità, la rabbia, problemi del sonno, diminuzione della concentrazione, fallimenti scolastici, mal di pancia, mal di testa, aumento della vigilanza e paura sulla sicurezza degli altri e di se stesso.

Al fine di soddisfare i criteri per il DPTS, i bambini devono aver sperimentato seri danni o minacce all'integrità fisica per se stessi o per gli altri e rispondere con intenso orrore, paura o senso di impossibilità ad essere aiutati.

Secondo il Western Psychiatric Institute and Clinic, University of Pittsburgh Medical Center (2006). I criteri che sono attualmente considerati caratteristici del CTG sono :

- 1) La morte di una persona amata dal bambino in circostanze che sono oggettivamente o soggettivamente traumatiche;
- 2) La presenza significativa di sintomi tipici del DPTS, inclusi i fattori che richiamano la perdita ed il cambiamento, che successivamente conducono da una sorta di stordimento iniziale all'evitamento.
- 3) La ricaduta della sintomatologia legata al DPTS sull'abilità del bambino di elaborare il lutto in modo "normale".

Secondo il NCTSN non devono essere sottovalutate tutte le "avversità secondarie" che seguono la morte o l'esperienza traumatica e che il bambino si trova ad affrontare contemporaneamente al lutto, rendendo ancora più probabile il rischio di reazioni traumatiche al lutto.

Un gruppo di lavoro composto da psichiatri e psicologi dell'età evolutiva (un gruppo che fa parte del NCTSN e comprende un consorzio di 70 centri dedicati alla salute mentale infantile) si sta occupando di inserire nel prossimo DSM V, che uscirà nel 2011, una nuova diagnosi che comprenderà la situazione critica che riguarda questi bambini e questi giovani e che, attualmente, non è adeguatamente compresa dalle attuali categorie diagnostiche.

Questo gruppo di specialisti sta studiando una nuova diagnosi chiamata: *DTD Developmental Trauma Disorder*; tale diagnosi sarebbe maggiormente appropriata nei casi di esposizioni a diversi traumi cronici, generalmente di natura interpersonale; quando si manifesta un set unico di sintomi che si differenzia dalla sintomatologia del Disturbo post-traumatico da stress e nelle situazioni in cui tali traumi condizionino i bambini, in modo diverso, a seconda del loro stadio di sviluppo. La diagnosi proposta non è stata ancora definita completamente ma, secondo van der Kolk (2005) queste potrebbero essere le caratteristiche da considerare per effettuare questo tipo di diagnosi:

- 1) *Esposizione*: Esposizione ad uno o più forme di traumi interpersonali avversi allo sviluppo, come: abbandono, tradimento, abuso fisico o sessuale ed abuso emotivo. In relazione a questo tipo di trauma, si potrebbero manifestare alcune reazioni (emotive) soggettive come: la collera, la sfiducia legata al sentirsi tradito, la paura, la rassegnazione, il pessimismo, la vergogna.

- 2) *Disregolazione*: Lo sviluppo di sregolato in risposta a traumi, include disturbi nella sfera emotiva, di salute, comportamentali (es. auto-aggressività), cognitivi (ad esempio: confusione e dissociazione), relazionali e di auto-attribuzioni.
- 3) *Attribuzioni ed aspettative negative*: Credenze negative in linea con l'esperienza del trauma interpersonale. Potrebbero, ad esempio, riguardare il mettere fine all'aspettativa di essere protetto dagli altri e nel credere che la futura vittimizzazione sia inevitabile.
- 4) *Danni funzionali*: Danneggiamento in qualcuna o in tutte le aree di vita del bambino, compresa la scuola, le amicizie, le relazioni familiari e il rapporto con l'autorità/la legge.

Lo psichiatra B. van der Kolk (Boston University Medical Center) dichiara: “Mentre il DPTS è una buona definizione per il trauma acuto negli adulti, non è adeguato nei bambini, che spesso sono traumatizzati in un contesto relazionale e, poiché lo sviluppo cerebrale non è completato, il trauma ha un'influenza molto più pervasiva e di lunga portata sul loro concetto di sé, sul loro senso del mondo, sulla loro abilità di auto-regolazione.

Cohen, Mannarino e Staron (2006) hanno elaborato un trattamento diviso in 16 incontri divisi in due sessioni. Nello specifico, questo trattamento include 8 incontri focalizzati al trattamento del trauma seguiti da 8 incontri focalizzati all'elaborazione del lutto. La modalità prevalente consiste in visite individuali con il bambino e visite individuali con il genitore. Sono state inserite, inoltre, anche delle sedute con la presenza sia del bambino che del genitore in entrambe le sessioni. Ogni incontro ha la durata di 60 minuti. Ogni seduta è stata audio-registrata e valutata per stimare l'aderenza al modello terapeutico. Il trattamento terapeutico è stato condotto da due terapeuti che singolarmente vedevano il genitore e il bambino. I risultati di questo studio dimostrano che questo protocollo d'intervento può essere, in modo significativo, efficace per la popolazione dei bambini permettendo un buon miglioramento dei sintomi legati allo stress traumatico e dei sintomi legati al lutto traumatico, all'ansia, alla depressione ed ai problemi comportamentali. Inoltre permette di intervenire in modo efficace anche sulla del DPTS dei genitori o delle figure che partecipano al trattamento, insieme al bambino.

Ostacoli al trattamento del DPTS

Eventuali ostacoli al trattamento del DPTS sono rappresentati dai disturbi in comorbidità che, più frequentemente, sono l'abuso di sostanze e la depressione.

Per quanto concerne l'abuso di sostanze, esistono diverse correnti di pensiero circa il trattamento. Alcuni autori ritengono sia utile trattare prima l'abuso di alcol e poi il DPTS, per altri sarebbe utile trattarli insieme e per altri ancora sarebbe utile intervenire sui sintomi del DPTS e

successivamente sull'utilizzo dell'alcol quale forma di gestione dei sintomi di intrusione e di attivazione da parte del paziente.

Secondo Andrews e coll. il consumo di sostanze dovrebbe essere moderato e sotto controllo, per cui ci si deve porre l'obiettivo di ridurlo già nelle prime fasi del trattamento, prima di arrivare alle fasi di esposizione e ristrutturazione cognitiva.

Anche nel caso di depressione in comorbidità secondo gli autori si pone la questione di quale sia il disturbo da trattare per primo. E' sicuramente necessario verificare se la depressione è primaria o secondaria al DPTS e valutarne la gravità, in quanto le forme più lievi hanno maggiori probabilità di risolversi con il miglioramento dei sintomi del DPTS e non interferiscono troppo col suo trattamento, mentre le forme più gravi possono influire negativamente su andamento ed esito del trattamento. In caso di diagnosi di depressione moderata o grave è, quindi, importante trattare questo disturbo prima di affrontare i sintomi del DPTS, ricorrendo sia ai farmaci sia alla psicoterapia.

Altri aspetti che possono rappresentare un ostacolo al trattamento del DPTS sono rappresentati dai vantaggi secondari e dalla presenza di precedenti eventi traumatici.

Per quanto concerne i vantaggi secondari spesso si fa riferimento alla questione del risarcimento in danaro del danno subito.

Secondo Andrews e coll. (2003), sarebbe opportuno che le richieste di indennizzo fossero risolte prima di iniziare il trattamento, ma poiché questo nella realtà non è possibile, spesso occorre affrontare direttamente il problema col paziente discutendo con lui le implicazioni. Il terapeuta deve valutare se e in quale misura il paziente vuole conservare i suoi sintomi per ottenere il risarcimento.

Nel caso di esplicita richiesta da parte del paziente di eventuali perizie medico-legali sarà opportuno indicargli dei colleghi che possano svolgere perizia spiegandogli le motivazioni.

In riferimento alla presenza di eventuali altri eventi traumatici nella storia del paziente, secondo Andrews e coll. (2003) presupporre l'esistenza di eventi traumatici precedenti o tentare di "far emergere" ricordi di eventi dimenticati è pericoloso e deontologicamente scorretto. D'altro canto è vero che un evento traumatico precedente può influire sul funzionamento attuale del paziente. Pertanto, il terapeuta deve quindi aiutare il paziente a non creare falsi ricordi e, allo stesso tempo, mettere il paziente in una situazione tanto rassicurante da permettergli di riferire altri ricordi traumatici spontaneamente.

Anche la presenza di sensi di colpa e vergogna possono essere elementi di difficoltà nella prosecuzione del trattamento cognitivo – comportamentale del DPTS.

I sensi di colpa vanno affrontati subito con il paziente, altrimenti se irrisolti, possono produrre mancanza di progressi nel trattamento. Collegata al senso di colpa, da cui spesso è difficile distinguerla, è la vergogna. Gli aspetti caratterizzanti la vergogna sembrano avere più a che fare con il senso di fiducia in sé e la stima. In questi casi lo scopo della terapia è cercare di aiutare il paziente a ristabilire un senso di significato rispetto al proprio senso di sé. Le sedute si focalizzano sulle credenze relative al sé e agli altri e sull'esperienza di sentimenti dolorosi come la vergogna e la rabbia associata. Lo scopo terapeutico è invece creare col paziente un ambiente in cui possano essere esplorati in modo sicuro tali emozioni e, a tal proposito, può essere necessario insegnare al paziente strategie per contenere l'attivazione fisiologica e migliorare le strategie di coping (Adshead 2000).

Trattamento farmacologico

I trattamenti farmacologici nel DPTS possono avere diverse funzioni. In primo luogo i farmaci possono affiancare gli interventi psicologici per affrontare la sofferenza causata dal dover rivivere il trauma in terapia. In tal senso, i farmaci possono essere utili per moderare l'attivazione fisiologica e la sofferenza psicologica. Possono servire per trattare i disturbi in comorbidità, come la depressione, che possono interferire con la cura dei sintomi centrali del DPTS. Infine, può essere anche vista come strategia per trattare tutta la sintomatologia, date le alterazioni biologiche che avvengono durante il DPTS.

In tal senso molti studi hanno verificato l'implicazione del sistema nervoso simpatico per la risposta a situazioni stressanti o pericolose. Infatti, la forte scarica del SNS stimolato da una condizione d'emergenza prepara l'organismo a quello che Cannon (1914) definì risposta di "attacco o fuga". Dunque, l'individuo, che percepisce o è colpito da un trauma, entra in allarme; istintivamente viene attivata la risposta biologica agli *input* stressogeni; si attiva il sistema nervoso affinché sia emessa la risposta di attacco o fuga, caratterizzata da un'intensa attivazione fisiologica e affettiva, solitamente vissuta come paura o rabbia.

L'esperienza di un evento traumatico determina alterazioni anche di altri sistemi neurobiologici:

- Relativamente al sistema degli oppiati, lo stress violento provoca un aumento del rilascio degli oppioidi endogeni e un conseguente aumento dell'analgesia. Soprattutto dopo aver subito ferite, questo incremento dell'analgesia sembra rivestire un ruolo adattativo che consente all'organismo di spostare l'attenzione sui comportamenti necessari alla sopravvivenza (Southwick et al. 2001).

- Diversi studi concordano nel sostenere un ruolo della disregolazione serotoninergica nel DPTS, vista la presenza di sintomi quali aggressività, impulsività, la depressione e il rischio di suicidio.
- La dopamina è implicata nel controllo di locomozione, cognizione e affetto. I dati clinici che sostengono un suo ruolo nella risposta allo stress e nel DPTS includono gli alti livelli di sintomi psicotici osservati tra gli individui con questo disturbo.
- L'attività catecolaminergica aumenta durante lo stress e i risultati delle ricerche suggeriscono che la sua disfunzione, soprattutto della norepinefrina, può giocare un ruolo nello sviluppo dei sintomi specifici del DPTS.
- Lo stress determina anche un'aumentata attività del sistema noradrenergico, e questo può contribuire ai sintomi di *iper-arousal* e *re-experiencing* del DPTS.
- Le persone affette da DPTS possono presentare alterazioni nelle regioni cerebrali centrali nella risposta neurobiologica di paura, in modo specifico l'amigdala e l'ippocampo. Queste strutture fanno parte del sistema limbico, l'area cerebrale implicata nella regolazione delle emozioni e della memoria. L'amigdala svolge un ruolo nella valutazione del pericolo, nelle emozioni e nel condizionamento alla paura; l'ippocampo è implicato nell'apprendimento e nella memoria (Connor e Butterfield 2003).

Per quanto concerne il trattamento farmacologico, la nuova generazione di antidepressivi, gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI), sono stati recentemente proposti come farmaci elettivi nel trattamento del DPTS pur essendoci ancora pochi studi clinici randomizzati. (van der Kolk et al., 1994; Connor et al., 1999). Questi studi hanno riportato miglioramenti in campioni di civili ma van der Volk (1994) ha riscontrato che la fluoxetina non era superiore al placebo nella terapia di veterani di guerra con DPTS. Diversi studi controllati all'aperto hanno verificato un marcato miglioramento della sintomatologia in seguito all'assunzione di SSRI nel DPTS con particolare riferimento al miglioramento dell'ottundimento emotivo.

Tra gli antidepressivi classici, gli inibitori delle monoaminossidasi (MAO) hanno prodotto miglioramenti in due dei tre studi randomizzati, con particolare riferimento ai sintomi di riesperienza.

Gli ansiolitici, con particolare riferimento alle benzodiazepine sebbene siano utili nel produrre una modesta riduzione dell'ansia generalizzata non sono superiori al placebo per i sintomi centrali del DPTS. Anzi ci sono evidenze che possano ostacolare la guarigione se utilizzati nelle prime settimane dopo il trauma. (Gelpin et al., 1996).

Studi controllati in aperto sugli anticonvulsivanti come la carbamazepina e il valproato, hanno dimostrato un qualche ruolo di questi farmaci soprattutto in riferimento ai sintomi da attivazione.

In sintesi, sono stati condotti pochi studi controllati randomizzati nell'area del trattamento farmacologico nel DPTS. Al momento, infatti, appare difficile parlare dell'utilizzo di farmaco come cura efficace per il DPTS.

Altri approcci terapeutici

Oltre al trattamento cognitivo-comportamentale anche altri trattamenti hanno mostrato avere un discreto successo e sono riusciti a dimostrarlo attraverso degli studi di controllo.

A tal proposito, molti clinici sostengono l'utilizzo di *interventi psicodinamici brevi* per la terapia del DPTS, anche se, ad oggi è presente un unico studio controllato (Brom et al., 1989). Tale studio ha confermato la valenza della terapia psicodinamica breve con l'ipnosi, la desensibilizzazione e la lista di attesa come controllo. Foa e Meadows (1997) hanno riscontrato, facendo uno studio sui vari trattamenti, che l'approccio psicodinamico appare inferiore alla desensibilizzazione (riduzione del 29% dei sintomi contro il 41% considerando l'intero trattamento).

Prevenzione e intervento precoce

- *Prevenzione primaria*: mira a ridurre l'incidenza di nuovi casi con interventi prima che si verifichi il disturbo. Si tratta, infatti, di interventi erogati a tutta la popolazione colpita dall'evento traumatico senza considerare eventuali soggetti ad alto rischio. Purtroppo come hanno sottolineato molti autori (Kenardy et al., 1996; Rose e Bisson, 1998) esistono pochissimi studi empirici a sostegno dell'utilizzo di interventi precoci quali il de briefing psicologico (Mitchell e Bray, 1990).
- *Prevenzione secondaria*: ha lo scopo di ridurre la prevalenza dei disturbi attraverso una precoce identificazione dei problemi, intervenendo prima che il disturbo si aggravi. In quest'area di interventi di prevenzione i dati sono maggiori e più positivi. Foa e collaboratori (1995b) hanno studiato l'efficacia di un breve programma di prevenzione (gestione dell'ansia, esposizione immaginativa e in vivo e ristrutturazione cognitiva) per impedire il cronicizzarsi del disturbo. I risultati rispetto al gruppo di controllo (non trattati) sono stati incoraggianti infatti solo il 10% del gruppo sperimentale soddisfaceva i criteri diagnostici per fare diagnosi di DPTS contro il 70% del gruppo di controllo.

In conclusione ci sono evidenze scientifiche che mostrano possibile un intervento precoce nel post-trauma per i soggetti sintomatici con l'obiettivo di evitare patologie croniche più gravi come il DPTS.

Conclusioni

La terapia del DPTS cronico (con durata superiore ai 3 mesi) deve ancora raggiungere i livelli di efficacia che si ottengono per la maggior parte degli altri disturbi d'ansia. In linea di massima, circa un terzo dei pazienti con DPTS cronico ha un ottimo risultato dopo la terapia. Un altro terzo raggiunge risultati abbastanza buoni (pur non soddisfacendo più i criteri per DPTS a fine trattamento, questi soggetti continueranno ad avere problemi con compromissione del funzionamento psicosociale). L'ultimo terzo dei pazienti non risponde in alcun modo alla terapia.

La terapia di esposizione è la modalità di trattamento del DPTS più fondata empiricamente e in diverse linee guida è considerata una delle più efficaci. Le *Expert Consensus Guidelines* per il trattamento del DPTS (1999), ad esempio, indicano l'esposizione come il trattamento più veloce per questo disturbo e come uno dei preferiti in varie popolazioni di persone traumatizzate. Attualmente, una serie di evidenze empiriche rilevano che la terapia di esposizione determina significativi miglioramenti dell'ansia, della depressione e dei sintomi di *re-experiencing*, e una riduzione dei sentimenti di autoaccusa, rabbia, colpa e vergogna. Infine, è stato evidenziato che le persone trattate con l'esposizione mostrano un miglioramento continuo e duraturo, con meno ricadute al *follow-up* rispetto ad altre forme di trattamento (Dietrich et al. 2000; Andrews et al. 2003; Lo Iacono 2005; Connor e Butterfield 2003).

Relativamente alla terapia cognitivo-comportamentale nel trattamento del DPTS diversi studi ne hanno dimostrato l'efficacia in differenti tipi di trauma, con un miglioramento dei sintomi del DPTS, dell'ansia e della depressione (Rothbaum e Schwartz 2002; Ehlers e Clark 2003; Sijbrandij et al. 2007; Bisson e

Andrew 2005; Bisson et al., 2007). Questa efficacia è spiegata nel modo seguente: 1) la ripetuta esposizione immaginativa all'evento traumatico determina una riduzione della paura, per abitudine alle risposte emozionali nel rivivere l'evento traumatico;

2) le convinzioni irrazionali relative all'essere incapace e indifeso vengono corrette mediante l'apprendimento di tecniche di gestione dell'ansia, il rilassamento e la ristrutturazione cognitiva, che aiutano i pazienti a gestire con successo la propria ansia, sviluppando il senso di auto-efficacia (Sijbrandij et al. 2007); 3) le convinzioni negative associate al DPTS sono disconfermate dalle informazioni a cui la persona è messa di fronte durante l'esposizione e ulteriormente modificate tramite procedure cognitive, e questo si associa a una riduzione globale della gravità dei sintomi del DPTS (Foa e Rauch 2004).

Bibliografia

- Adshead, G. (2000). Psychological therapies for post-traumatic stress disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 144-148.
- American Psychiatric Association (2001). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth edition, text revision. Washington, D.C. Trad. it. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, 4a ed. rivista (DSM-IV-TR)*. Milano: Masson, 2002.
- Andrews, G., Creamer, M., Crino, R., Hunt, C., Lampe, L. & Page, A. (2003). *The Treatment of Anxiety Disorders. Clinician Guides and Patient Manuals – Second Edition*. Cambridge: Cambridge University Press. Trad. it. *Trattamento dei disturbi d'ansia. Guide per il clinico e Manuali per chi soffre del disturbo* (pp. 447-487). Torino: Centro Scientifico Editore.
- Beck AT, Emery G. (1979) *Cognitive Therapy of Anxiety and Phobic Disorders*. Philadelphia, PA: Center for Cognitive Therapy.
- Bisson, J. & Andrew, M. (2005, April). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev.*, 18(2), CD003388.
- Bisson, J., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D. & Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 190, 97-104.
- Blanchard EB, Jones-Alexander J, Buckley TC, Forneris CA. (1996b) Psychometric properties of the PTSD Checklist (PCL) *Behaviour Research and Therapy*, 34, 1-10.
- Boos, A. (2005): *Kognitive Verhaltenstherapie nach chronischer Traumatisierung. Ein Therapiemanual. (Terapia Cognitiva Comportamentale del trauma cronico)* Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, Oxford, Prag: Hogrefe Verlag
- Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson EL, Schultz LR. (1997) Sex differences in posttraumatic stress disorder. *Archives in General Psychiatry*, 54, 1044-8.
- Breslau N, Chilcoat S, Kessler R, Davis G. (1999) Previous exposure to trauma and PTSD effects of subsequent trauma. *American Journal of Psychiatry*, 156, 902-7
- Brom D, Kleber RJ, Defares PB (1989) Brief psychotherapy for post traumatic stress disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 607-12.
- Brown, E.J., Goodman, R.F., Childhood traumatic grief: an exploration of the construct in children bereaved on September 11. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2005 June; 34 (2): 248-59.
- Brunet, A., Weiss, D.S., Metzler, T.J., Best, S.R., Neylan, T.C., Rogers, C., Fagan, J. & Marmar, C.R. (2001, September). The Peritraumatic Distress Inventory: A Proposed Measure of PTSD Criterion A2. *American Journal Psychiatry*, 158, 1480-1485.
- Carlson, E.B. (2005). Un modello concettuale per gli effetti delle esperienze traumatiche. *Cognitivismo Clinico*, 2(2), 142-170.
- Cohen, J. A., Mannarino, A.P., Greenberg, T., Padlo, S., Shipley, C., Childhood traumatic grief: concepts and controversies. *Trauma Violence Abuse*, 2002, 3: 307-327.

- Cohen, J.A., Goodman, R.F., Brown, E.J. et al. Treatment of childhood traumatic grief: contributing to a newly emerging condition in the wake of community trauma. *Harv Rev Psychiatry*. 2004, Jul-Aug, 12:213-6.
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P. Treatment of childhood traumatic grief. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2004, Dec; 33: 819-831. (Non è posseduto da biblioteche italiane).
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P., Knudsen, K., Treating childhood traumatic grief: a pilot study, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2004, 43 (10): 1225-33.
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P., Staron, V.R., A pilot study of modified cognitive-behavioral therapy for childhood traumatic grief (CBT- CTG), *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2006, 45 (12): 1465-73.
- Cohen, J. A.; Mannarino, A. P., Debliger, E., Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents. New York: Guilford Press (2006).
- Connor KM Sutherland SM, Tupler LA, Malik ML, Davidson JRT. (1999) Fluoxetine in post-traumatic stress disorder- randomized, double-blind study. *British Journal of Psychiatry*, 175, 17-22.
- Connor, K.M. & Butterfield, M.I. (2003). Posttraumatic Stress Disorder. *Focus*, 1, 247-262
- Creamer M, Burgess P, Buckingham WJ, Pattison P. (1993) Post trauma reactions following a multiple shooting: a retrospective study and methodological inquiry. In Wilson JP, Raphael B (Eds), *The International Handbook Of Traumatic Stress Syndromes*. New York: Plenum Press.
- Davidson, J.R.T. (2002). Surviving disaster: what comes after the trauma? *The British Journal of Psychiatry*, 181, 366-368.
- Deville G, Spence S. (1999) The relative efficacy and treatment distress of EMDR and cognitive-behavior trauma treatment protocol in the amelioration of posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 131-57.
- Dietrich, A., Baranowsky, A., Devich-Navarro, M., Gentry, J., Harris, C. & Figley, C. (2000, December). A review of alternative approaches to the treatment of post traumatic sequelae. *Traumatology*, 6(2).
- Duca N. (2008) Il trattamento cognitive – comportamentale del disturbo post traumatico da stress. *Psicoterapeuti in formazione*
- Düweke, P. (2006): Trauma und Bewusstsein, Träum dein Leben! (trauma e coscienza) *Psychologie Heute – Psicologia oggi* 10/2006
- Ehlers, A. & Clark, D.M. (2003, May). Early psychological interventions for adult survivors of trauma: a review. *Biological Psychiatry*, 1, 53(9), 817-26.
- Foa EB, Kozak MJ. (1986) Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Foa Eb, Rothbaum BO, Riggs DS, Murdock TB. (1991b) Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 156-62

- Foa EB, Riggs DS, Gershuny BS. (1995b) Arousal numbing, and intrusion: symptom structure of PTSD following assault. *American Journal of Psychiatry*, 152,116-20.
- Foa EB, Meadows EA (1997) Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder: a critical review. *Annual Review of psychology*, 48, 449-80.
- Foa EB, Rothbaum BO. (1998) *Treating the Trauma of Rape: Cognitive-Behavioural Therapy for PTSD*. New York: Guilford Press
- Foa, E.B. & Rauch, S.A. (2004). Cognitive changes during prolonged exposure versus prolonged exposure plus cognitive restructuring in female assault survivors with posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 879-884.
- Fullerton, C.S. & Ursano, R.J. (2001). *Disturbo post-traumatico da stress. Le risposte acute e a lungo termine al trauma e al disastro*. Torino: Centro Scientifico Editore.
- Gelpin E, Bonne O, Peri T, Brandes D, Shalev AY. (1996) Treatment of recent trauma survivors with benzodiazepines: a prospective Study. *Journal of Clinica Psychiatry*, 57, 390-4
- Green BL. (1996) Traumatic stress and disaster: mental health effects and factors influencing adaptation. In Mak FL, Nadelson CC (Eds), *International Review of Psychiatry*, Vol.2. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Kenardy JA, Webster RA, Lewin TJ, Carr VJ, Hazell PL, Carter GL. (1996). Stress debriefing and patterns of recovery following a natural disaster. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 37-50.
- Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB (1995) Posttraumatic stress disorder in The National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-60.
- Kessler RC, Stang P., Wittchen H-U, Stein M, Walters EE. (1999b) Lifetime co-morbidities between social phobia and mood disorders in the US National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 29, 555-67.
- Kilpatrick DG, Resnick HS, Freedy JR, Pelcovitz D, Resick P, Roth S, van der Kolk B. (1997) The posttraumatic stress disorder field trial: evaluation of the PTSD construct: criteria A through E. In Widiger TA, Frances AJ, Pincus HA, First MB, Ross R, Davis W (Eds), *DSM-IV sourcebook*, Vol. IV. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Kirchlechner . (2008) *Trauma e tecniche immaginative. Modelli di intervento nei disturbi causati da esperienze traumatiche. Psicoterapeuti in formazione*
- Krystal, H. (1978): *Trauma and affect. Psychoanalytic study af the child*, 33
- Kulka RA, Schlenger WE, Fairbank JA, Hough RL, Jordan BK, Marmar CR, Weiss DS. (1990) *Trauma and the Vietnam Generation: report of Findings from the Narional Vietnam Veterans Readjustment Study*. New York: Brunner/Mazel.
- Lieberman A. F, N.C. Compton, P. Van Horn, C. Ghosh Ippen. *Il lutto infantile*. Il Mulino. 2007.
- Lo Iacono, G. (2005). *Introduzione alla psicoterapia del disturbo post-traumatico di stress / DPTS*. *Cognitivismo Clinico*, 2(2), 171-194. Marks, I., Lovell, K., Noshirvani, H., Livanou, M. & Thrasher, S.

- (1998). Treatment of Posttraumatic Stress Disorder by Exposure and/or Cognitive Restructuring. *Archives of General Psychiatry*, 55, 317-325.
- Long M.E, Quevillon R. (2009) Imagery Rescripting in the Treatment of Posttraumatic Disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*. Cap.23, vol.1
- Lo Presti E, (2008). Psicoterapia cognitiva nel Childhood Traumatic Grief. *Psicoterapeuti in Formazione*
- Lu M, Wagner A, Van Male L, Whitehead A, Boehnlein J, (2009). Imagery Rehearsal Therapy for Posttraumatic Nightmares in U.S. Veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 22, 3, 236-239.
- Melhem, N. M., Moritz, G., Walker, M., Shear, K., Brent, D., Phenomenology and correlates of complicated grief in children and adolescents, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2007, 48 (4): 493.
- Mellman, T.A., Bustamante, V., Fins, A.I., Pigeon, W.R. & Nolan, B. (2002, October). REM Sleep and the Early Development of Posttraumatic Stress Disorder. *American Journal Psychiatry*, 159, 1696-1701.
- Mitchell JT, Bray G. (1990) *Emergency Services Stress*. Engelwood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Perkonigg, A., Pfister, H., Stein, M.B., Höfler, M., Lieb, R., Maercker, A. & Wittchen, H.U. (2005). Longitudinal Course of Posttraumatic Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in a Community Sample of Adolescents and Young Adults. *American Journal Psychiatry*, 162, 1320-27.
- Reddemann, L. & Dehner Rau C. (2006): *Trauma, Folgen erkennen, überwinden und an ihnen wachsen, (trauma, riconoscere gli effetti, superarli e crescere)* Stuttgart: Medizinverlage Trias
- Resick PA, Schnicke MK. (1992) Cognitive processing Therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 748-56.
- Riggs DS, Rothbaum BO, Foa EB. (1995) A prospective examination of symptoms of posttraumatic stress disorder in victims of nonsexual assault. *Journal of Interpersonal Violence* 10, 2201-14.
- Rose S, Bisson J. (1998). Brief early interventions following trauma: a systematic review of literature. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 697-710.
- Rothbaum BO, Foa EB, Riggs DS, Murdock T, Walsh W. (1992) A prospective examination of post-traumatic stress disorders in rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 455-75
- Rothbaum, B.O. & Schwartz, A.C. (2002). Exposure therapy for posttraumatic stress disorder. *American Journal Psychotherapy*, 56(1), 59-75.
- Seligman, M. (1975). *Helplessness: on depression, development and death*. San Francisco: Freeman.
- Shalev, A.Y. (2001). Acuto verso cronico: eziologia e fisiopatologia del DPTS – Un approccio psicobiologico. In C.S. Fullerton & R.J. Ursano, *Disturbo post-traumatico da stress. Le risposte acute e a lungo termine al trauma e al disastro*. Torino: Centro Scientifico Editore.
- Shapiro F. (1995) *Eye movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols and Procedures*, New York: Guilford Press.
- Sijbrandij, M., Olff, M., Reitsma, J.B., Carlier, I.V.E., de Vries, M.H. & Gersons, B.P.R. (2007) Treatment of Acute Posttraumatic Stress Disorder With Brief Cognitive Behavioral Therapy: A Randomized Controlled Trial. *American Journal Psychotherapy*, 164, 82-90.

- Smucker, M.R., & Dancu C.V. (1999): Cognitive-behavioral treatment for adult survivors of child trauma- Imagery rescripting and reprocessing. Northvale, NJ., Jason Aronson
- Solomon Z. (1989) A 3-year prospective study of post-traumatic stress disorder in Israeli combat veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 59-73
- Southwick, S.M., Yehuda, R. & Charney, D.S. (2001). Anomalie neurobiologiche nel DPTS: rassegna della letteratura clinica. In C.S. Fullerton & R.J. Ursano, *Disturbo post-traumatico da stress. Le risposte acute e a lungo termine al trauma e al disastro*. Torino: Centro Scientifico Editore.
- True, W., Rice, J., Eisen, S., Heath, A., Goldberg, J., Lyons, M. & Nowak, J. (1993). A twin study of genetic and environmental contributions to the liability for posttraumatic stress symptoms. *Archives of General Psychiatry*, 50, 257-264.
- Yehuda R. (1999) *Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Yule, W. (2000). *Il disturbo post-traumatico da stress: aspetti clinici e terapia*. Milano: McGraw-Hill
- Van der Kolk Ba, Dreyfuss D, Michaels M, Shera D, Berkowitz R, Fislser R, Saxe G. (1994) Fluoxetine in posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 517-22.
- Vrana S, Lauterbach D. (1994) Prevalence of traumatic events and post-traumatic psychological symptoms in a nonclinical sample of college student. *Journal of traumatic Stress*, 7, 289-302.

Domenico Navarra

Libero professionista, Bari

Specializzata a Lecce, training R. Mosticoni e A. Semerari

navarradomenico@yahoo.it

Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista:

psicoterapeutiinformazione@apc.it

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it