



Diagnosi e Terapie

Disturbo post-traumatico da stress (PTSD)

Il disturbo post-traumatico da stress è l'unico disturbo d'ansia per il quale è richiesto, nella diagnosi, il riferimento ad un evento esterno al quale far risalire lo scatenamento della sintomatologia. Il quadro clinico che corrisponde alla diagnosi è noto da tempo, essendo stato osservato e isolato prevalentemente in situazioni belliche, e definito anche "nevrosi da combattimento" e "nevrosi traumatica". Tuttavia, il disturbo può insorgere in seguito ad una varietà di eventi traumatici che possono verificarsi nell'arco di vita di uomini, donne e bambini, anche se c'è da sottolineare che non tutte le persone che sono esposte a forti stressors sviluppano un disturbo d'ansia ed in particolar modo un PTSD; molto dipende da fattori di personalità individuali, dalle capacità di fronteggiare situazioni infauste che varia da persona a persona in base a risorse individuali e alla presenza di reti di sostegno ambientali e sociali.

Il Disturbo Post Traumatico da Stress si manifesta con una serie di sintomi innescati dall'esperienza che l'individuo fa di eventi traumatici stressanti, come la personale esposizione alla perdita di una persona cara, a situazioni che implicano minaccia alla propria integrità fisica, a quella di familiari o amici stretti, come ad esempio la presenza di una grave malattia, una morte violenta ed altri eventi dolorosi di fronte ai quali la persona prova un sentimento di impotenza, di orrore e terrore.

I principali sintomi associati al Disturbo Post-Traumatico da Stress possono essere raggruppati in tre categorie e per poter porre una diagnosi di questo tipo devono avere una durata di almeno un mese e compromettere in maniera significativa le aree di funzionamento globale dell'individuo esposto all'evento traumatico:

- Sintomi intrusivi

Immagine frequenti e pensieri intrusivi, flashback o incubi ricorrenti che fanno rivivere l'evento traumatico; percezioni e sensazioni (suoni, sapori, odori) che richiamano alla mente l'evento anche contro la volontà della persona. Si può provare notevole disagio quando ci si trova di fronte a situazioni che in qualche modo ricordano l'episodio traumatico (per esempio, sentire il suono di una frenata di un'automobile può suscitare ansia, paura o tachicardia in una persona che è stata traumatizzata da un incidente automobilistico). Nei bambini il trauma può essere rivissuto attraverso rappresentazioni degli eventi nel gioco e nel disegno.

- Sintomi di evitamento e di attenuazione della reattività generale

La persona traumatizzata normalmente cerca di evitare i pensieri, i ricordi, le sensazioni, le emozioni ed i discorsi relativi al trauma, e soprattutto fa ogni sforzo per non ricordare e non trovarsi con persone presenti nella tragica circostanza o in luoghi che gli possano evocare l'evento terrificante. Talvolta può avere difficoltà nel ricordare qualche aspetto della sua esperienza e mostrare un'affettività ridotta che lo porta ad

adottare comportamenti indifferenti e distaccati nei confronti degli altri. Sono presenti elementi simili a quelli depressivi come la diminuzione di interesse e piacere, di partecipazione alle attività e alle relazioni sociali. Si teme di non poter avere una vita normale, ma di vivere minor tempo e di non riuscire a realizzare gli obiettivi della popolazione media (per esempio carriere, matrimonio e figli).

- Sintomi di aumentato arousal (ipereccitabilità)

Può capitare che la persona che ha subito un trauma abbia una o più di queste difficoltà: addormentarsi o mantenere il sonno, concentrarsi su un compito, reazioni esagerate di allarme o di paura, scoppi di rabbia eccessivi o inopportuni. Questi sintomi possono comparire immediatamente dopo l'evento traumatico ma anche a distanza di molti mesi. Quando i sintomi spariscono spontaneamente, nella metà dei casi ciò avviene entro tre mesi dalla comparsa dei sintomi stessi. In una percentuale minore di casi i sintomi persistono negli anni, potendo durare anche per decenni, come nei reduci di guerra o nei sopravvissuti ai campi di concentramento.

A questi sintomi possono aggiungersi anche conseguenze sul piano fisico, come tachicardia, disturbi dell'alimentazione, disturbi del sonno spesso correlati a quadri di ansia, depressione; spesso il soggetto con PTSD ricorre all'abuso di alcool o droghe come automedicamento per dimenticare l'esperienza traumatica. L'insieme dei sintomi tipici del disturbo, insieme alle conseguenze che ne derivano può influenzare pesantemente la vita del soggetto, le sue capacità lavorative e la sua dimensione relazionale che risultano gravemente compromesse.

Il DSM-IV-TR definisce i seguenti criteri diagnostici per il Disturbo Post Traumatico da Stress:

A. La persona è stata esposta ad un evento traumatico nel quale erano presenti entrambe le caratteristiche seguenti:

1) la persona ha vissuto, ha assistito, o si è confrontata con un evento o con eventi che hanno implicato morte, o minaccia di morte, o gravi lesioni, o una minaccia all'integrità fisica propria o di altri

2) la risposta della persona comprendeva paura intensa, sentimenti di impotenza, o di orrore. Nota Nei bambini questo può essere espresso con comportamento disorganizzato o agitato.

B. L'evento traumatico viene rivissuto persistentemente in uno (o più) dei seguenti modi:

1) ricordi spiacevoli ricorrenti e intrusivi dell'evento, che comprendono immagini, pensieri, o percezioni. Nota Nei bambini piccoli si possono manifestare giochi ripetitivi in cui vengono espressi temi o aspetti riguardanti il trauma

2) sogni spiacevoli ricorrenti dell'evento. Nota Nei bambini possono essere presenti sogni spaventosi senza un contenuto riconoscibile

3) agire o sentire come se l'evento traumatico si stesse ripresentando (ciò include sensazioni di rivivere l'esperienza, illusioni, allucinazioni, ed episodi dissociativi di flashback, compresi quelli che si manifestano al risveglio o in stato di intossicazione). Nota Nei bambini piccoli possono manifestarsi rappresentazioni ripetitive specifiche del trauma

4) disagio psicologico intenso all'esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simbolizzano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento traumatico

5) reattività fisiologica o esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simbolizzano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento traumatico.

C. Evitamento persistente degli stimoli associati con il trauma e attenuazione della reattività generale (non presenti prima del trauma), come indicato da tre (o più) dei seguenti elementi:

- 1) sforzi per evitare pensieri, sensazioni o conversazioni associate con il trauma
- 2) sforzi per evitare attività, luoghi o persone che evocano ricordi del trauma
- 3) incapacità di ricordare qualche aspetto importante del trauma
- 4) riduzione marcata dell'interesse o della partecipazione ad attività significative
- 5) sentimenti di distacco o di estraneità verso gli altri
- 6) affettività ridotta (per es., incapacità di provare sentimenti di amore)
- 7) sentimenti di diminuzione delle prospettive future (per es. aspettarsi di non poter avere una carriera, un matrimonio o dei figli, o una normale durata della vita).

D. Sintomi persistenti di aumentato arousal (non presenti prima del trauma), come indicato da almeno due dei seguenti elementi:

- 1) difficoltà ad addormentarsi o a mantenere il sonno
- 2) irritabilità o scoppi di collera
- 3) difficoltà a concentrarsi
- 4) ipervigilanza
- 5) esagerate risposte di allarme.

E. La durata del disturbo (sintomi ai Criteri B, C e D) è superiore a 1 mese.

F. Il disturbo causa disagio clinicamente significativo o menomazione nel funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti.

Specificare se:

- Acuto: se la durata dei sintomi è inferiore a 3 mesi
- Cronico: se la durata dei sintomi è 3 mesi o più.

Specificare se:

Ad esordio ritardato: se l'esordio dei sintomi avviene almeno 6 mesi dopo l'evento stressante.

Recenti studi hanno stimato una incidenza del Disturbo post-traumatico da stress tra il 5% e il 10% dell'intera popolazione. Tale percentuale risulta differente a seconda delle categorie di soggetti considerati, variando ad esempio dall'11% degli individui coinvolti in incidenti stradali, al 50% delle vittime di violenze sessuali, dei veterani di guerra, ecc. Circa il 20-40% di questi soggetti soffrirà del disturbo per più di un anno, il 15-20% per un periodo superiore ai due anni, circa la metà svilupperà una forma cronica del disturbo.

L'evento in sé non può essere l'unica causa del disturbo; ricerche attuali stanno cercando di gettare luce su quali siano i fattori che distinguano i soggetti che sviluppano un PTSD e quelli che non lo sviluppano dinanzi ad un medesimo evento traumatico.

Riguardo al trattamento del PTSD, si può innanzitutto dire che "un grammo di prevenzione vale più di un chilo di trattamento". Ricordiamo che l'intervento psicologico può essere di tipo preventivo per tutti i soggetti che possono trovarsi in situazioni personali, sociali o ambientali a rischio. Una prevenzione primaria generale può riguardare anche la formazione e l'informazioni degli addetti ai lavori (istituzioni,

enti, medici, volontari, protezione civile, croce rossa, organizzazioni internazionali governative e non governative, ecc.). L'intervento preventivo sul territorio di tipo formativo, organizzativo ma anche informativo, può infatti aiutare a prevenire ed intervenire con efficacia e tempestività. Prevenire significa ridurre i rischi di sviluppare gravi forme di psicopatologia e quindi significa anche ridurre i costi sociali legati a tali problematiche oltre che ovviamente promuovere il benessere e la salute della persona e dell'intera comunità.

Tale forma di prevenzione può essere effettuata tramite un approccio "psicoeducativo", cioè l'insegnare al paziente quali siano i primi sintomi che solitamente compaiono dopo l'esposizione ad un evento stressante estremo. Il manifestarsi di pensieri intrusivi, incubi, risposte esagerate di allarme diventa meno terribile se il paziente comprende in anticipo che queste sono reazioni prevedibili che, generalmente, hanno breve durata.

Risulta efficace per il PTSD anche una psicoterapia di tipo cognitivo-comportamentale efficace nel ridurre progressivamente l'ansia e gli altri sintomi correlati all'evento traumatico, con l'applicazione di tecniche quali l'esposizione del soggetto al ricordo del trauma attraverso resoconti verbali ed immaginativi; l'esposizione in vivo e la terapia cognitiva che si concentra sulle credenze e assunzioni del soggetto su se stesso, gli altri e il mondo, procedendo ad una ristrutturazione cognitiva dei suoi pensieri distorti.

L'impiego dei farmaci antidepressivi, produce per il PTSD soltanto una risoluzione momentanea dei sintomi, pertanto è consigliabile un trattamento combinato farmacoterapia-psicoterapia, senza mai prescindere dall'intervento preventivo che impedisce al disagio psicologico di fronte ad un'esperienza traumatica di evolvere in Disturbo Post-Traumatico da Stress.



Dott.ssa
Federici Mariachiara
Psicologa

Via G. Reni
04019 **Terracina** (LT)