

Il trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo post-traumatico da Stress

Natascia Duca¹

¹ Società Italiana di Psicologia e Psichiatria (SIPsi), Rimini e Fano

Riassunto

L'articolo presenta una definizione del Disturbo Post-Traumatico da Stress (DPTS) in termini descrittivi secondo il DSM IV, da una prospettiva psicobiologica e in particolare secondo il modello cognitivo-comportamentale. Si evidenzia l'importanza di ampliare la definizione di "trauma" rispetto a quella presentata nel DSM, considerando come traumatici non solo gli eventi che implicano una minaccia alla vita o all'integrità fisica, ma anche quelli percepiti dall'individuo come tali per particolari caratteristiche, come la valenza negativa, l'imprevedibilità e la non controllabilità. Queste caratteristiche insieme a diversi fattori di vulnerabilità e di rischio si associano all'esordio, sviluppo, mantenimento e gravità del disturbo, ed è importante conoscerli per realizzare interventi efficaci nel singolo individuo. Viene poi preso in considerazione il trattamento del DPTS, in particolare le linee guida, la terapia cognitivo-comportamentale – di cui sono presentate le principali componenti: esposizione, interventi di ristrutturazione cognitiva, prevenzione delle ricadute – e altri tipi di intervento cognitivo-comportamentale, quali la Terapia di Ripetizione Immaginativa e lo *Stress Inoculation Training*.

Summary

The article presents a definition of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) in descriptive terms according to the DSM IV, from a psychobiological perspective and particularly according to the cognitive-behavioural model. It's pointed out the importance of extending the trauma's definition as compared with that presented in the DSM, considering traumatic not only the events that entail a threat to the life or to the physical integrity, but also those perceived in this way by the individual for particular characteristics, such as the negative valence, the unpredictability and the not controllability. These characteristics together with different factors of vulnerability and of risk join the exordium, development, maintenance and severity of the disorder, and it's important to know them to realize effective interventions in the single case. Afterwards the PTSD's treatment is considered, particularly the guide lines, the cognitive-behavioural therapy – of which the main components are presented: exposure, cognitive restructuring, prevention of relapses – and other types of cognitive-behavioural interventions, such as the Imagery Rehearsal Therapy and the Stress Inoculation Training.

Introduzione

Un trauma è sempre un catalizzatore di cambiamento e adattamento. La maggior parte delle persone esposte ad un trauma presenta una reazione adeguata alla drammaticità dell'evento che ha vissuto e, con il tempo, si riprende. E' stato anche evidenziato che per alcune persone gli eventi traumatici e le perdite stimolano un processo di guarigione, nel senso che l'esperienza traumatica può portare l'individuo a

riordinare una precedente esistenza disorganizzata ridefinendo valori ed obiettivi. Per esempio, alcuni sopravvissuti a catastrofi ambientali hanno riferito conseguenze positive quali aver imparato a fronteggiare efficacemente situazioni critiche e sentirsi migliorati dopo aver affrontato quella sfida. Dall'altra parte, invece, alcune persone in seguito ad un evento traumatico sviluppano un disturbo psichiatrico post-traumatico (Fullerton e Ursano 2001). Per riuscire a mantenere il controllo in situazioni che cambiano drasticamente, infatti, è necessaria una ristrutturazione rapida dei propri punti di riferimento, ristrutturazione che non sempre si verifica facilmente. Sono ancora poco chiari il momento in cui le reazioni acute a stress assumono rilevanza clinica e i meccanismi che facilitano l'insorgenza del disturbo, visto che non tutti gli individui che subiscono un trauma sviluppano poi il DPTS. È, dunque, necessario focalizzarsi sulle differenze individuali che costituiscono possibili fattori di rischio o fattori protettivi (Ardino 2006).

L'esperienza di un evento stressante o traumatico è tipicamente associata soprattutto ai seguenti disturbi:

- Disturbo Post-Traumatico da Stress
- Disturbo Acuto da Stress
- Disturbi dell'Adattamento
- Disturbo Psicotico Breve con Rilevante Fattore di Stress

Relativamente al Disturbo Acuto da Stress (DAS), esso può svilupparsi negli individui che esperiscono gravi eventi traumatici (così come indicato più avanti per il DPTS) e i criteri diagnostici del DSM IV includono la presenza di almeno tre sintomi dissociativi, uno o più sintomi intrusivi, marcato evitamento degli stimoli che evocano ricordi del trauma e *iper-arousal*. Questi sintomi si associano a sofferenza clinicamente significativa o menomazione del funzionamento lavorativo e/o sociale e durano da due giorni ad un mese. In genere i sintomi appaiono entro le prime 24 ore dopo il trauma, sebbene essi possano svilupparsi in qualsiasi momento durante il mese successivo all'evento. La presenza dei sintomi di stress acuto è un forte predittore del DPTS fino a due anni dopo l'esperienza traumatica. Quando il DAS è stato introdotto nella nosologia del DSM nel 1994, alcuni studiosi hanno considerato la diagnosi controversa; tuttavia, la ricerca successiva ha confermato la sua validità (Connor e Butterfield 2003). Inoltre, l'introduzione nel DSM IV di questa categoria diagnostica enfatizza l'importanza di differenziare le risposte acute agli eventi traumatici da quelle a lungo termine.

Sembra esistere anche un'altra forma di disturbo da stress traumatico, il DPTS complesso o complicato, che riguarda gli effetti a lungo termine di abusi prolungati e ripetuti che hanno inizio in un'età precoce. Si tratta dei casi più gravi, in cui si può sviluppare un complesso quadro clinico con sintomi sovrapposti di DPTS e di disturbo borderline di personalità. Questa condizione è descritta dalle seguenti caratteristiche: sintomi di disregolazione affettiva, dissociazione, somatizzazione, alterazioni nelle relazioni interpersonali

e percezioni alterate di sé e degli altri (Connor e Butterfield 2003; Adshear 2000). Tuttavia non è una categoria diagnostica riconosciuta e non è incluso nel DSM.

Questi e gli altri disturbi sopra indicati riscontrabili in seguito all'esperienza di eventi traumatici sottolineano l'importanza della diagnosi differenziale di queste diverse forme di psicopatologia per la necessità di pianificare e realizzare interventi appropriati alle specifiche condizioni psicopatologiche (Fullerton e Ursano 2001; Andrews et al. 2003). Pochi studi hanno infatti valutato l'andamento cronologico delle reazioni psicologiche e psichiatriche al trauma; tuttavia, le risposte acute e quelle a lungo termine sembrano differire abbastanza dal punto di vista clinico e potrebbe rivelarsi molto importante distinguere le due forme (Fullerton e Ursano 2001).

Definizione del Disturbo Post-Traumatico da Stress

Il Disturbo post-traumatico da stress (DPTS) è una condizione psicopatologica classificata nel DSM IV all'interno dei disturbi d'ansia ed è caratterizzata da una sintomatologia di tipo ansioso-depressivo che compare in seguito ad un episodio traumatico. E' proprio la presenza, nella storia del paziente, di un trauma a contraddistinguere il DPTS e, dunque, a differenziarlo da altre sindromi (Ranzato 2005).

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 DSM IV TR viene fatto riferimento a: eventi traumatici vissuti direttamente, come aggressione personale violenta, rapimento, tortura, disastri naturali o provocati, gravi incidenti automobilistici, diagnosi di malattia minacciosa per la vita; eventi vissuti in qualità di testimoni, come l'osservare il ferimento grave o la morte innaturale di un'altra persona, il trovarsi inaspettatamente di fronte ad un cadavere; eventi vissuti da altri ma di cui si è venuti a conoscenza, come aggressione personale violenta, grave incidente o gravi lesioni subite da un familiare o da un amico stretto, malattia minacciosa per la loro vita (American Psychiatric Association 2002). Nel definire un evento "traumatico", il DSM IV TR si basa anche sulla risposta della persona all'evento, risposta che deve comprendere paura intensa, sentimenti d'impotenza o d'orrore (nei bambini comportamento disorganizzato o agitato).

I sintomi (che devono durare almeno un mese) includono:

- Rivivere continuamente l'evento traumatico, sintomi del *re-experiencing* (per la diagnosi di DPTS ne deve essere presente almeno uno): ricordi spiacevoli e intrusivi sotto forma d'immagini, pensieri o percezioni;

incubi; agire o sentire come se l'evento si stesse ripresentando (sensazioni di rivivere l'esperienza, illusioni, allucinazioni, episodi dissociativi e di *flashback*); disagio psicologico e/o reattività fisiologica intensi all'esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che rievocano l'evento.

- Evitamento persistente degli stimoli associati con il trauma e attenuazione della reattività generale (ottundimento) (per la diagnosi di DPTS devono essere presenti almeno tre di questi sintomi): evitamento di pensieri, sentimenti o conversazioni che riguardano l'evento; evitamento di situazioni, luoghi o persone che possono ricordare il trauma; amnesia per qualche aspetto importante dell'evento; marcata diminuzione dell'interesse o della partecipazione ad attività prima piacevoli; sentirsi distaccato o estraneo nei confronti delle altre persone; marcata riduzione della capacità di provare emozioni; senso di diminuzione delle prospettive future.
- Sintomi costanti d'aumentato *arousal* (per la diagnosi di DPTS ne devono essere presenti almeno due): difficoltà a addormentarsi o a mantenere il sonno; irritabilità o scoppi di collera; difficoltà a concentrarsi; ipervigilanza; esagerate risposte d'allarme.

Il DSM definisce il DPTS *acuto* se i sintomi durano meno di 3 mesi, *cronico* se durano più di tre mesi, *ad esordio ritardato* se i sintomi iniziano almeno 6 mesi dopo l'evento stressante.

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).

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 comorbilità 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).

Eziologia, fattori di vulnerabilità e di rischio

Studi sui fattori di vulnerabilità e di rischio per il DPTS si sono focalizzati sulle tre fasi: pre-trauma, peri-trauma e post-trauma.

Relativamente ai *fattori di vulnerabilità pre-trauma*, sebbene siano emerse poche tendenze chiare, alcune evidenze sembrano indicare un rischio maggiore di DPTS nelle persone con un livello di istruzione e socioeconomico basso, sposate, di sesso femminile, con difficoltà relazionali, con una storia di pregressi disturbi psichiatrici e/o di personalità. 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. Infine, è stato rilevato che in risposta a esperienze traumatiche precedenti, si possono verificare alterazioni biologiche predisponenti al DPTS. In generale e in accordo con i modelli diatesi-stress, è probabile che: le persone con una predisposizione biologica all'ansia sviluppino reazioni più gravi se esposte a un trauma; i traumi infantili precipitino un disturbo mentale in una persona biologicamente predisposta; le persone biologicamente vulnerabili siano più a rischio di esposizione agli *stressor* traumatici (Carlson 2005).

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 maggior parte degli studi ha evidenziato che i migliori predittori dell'insorgenza di un DPTS sono la gravità del trauma (es., un elevato livello di minaccia per la vita), la sua durata e la prossimità dell'individuo all'evento traumatico (Andrews et al. 2003; American Psychiatric Association 2002). Svolgono un ruolo importante anche la prevedibilità e la controllabilità: è più probabile che le persone si adattino meglio ad alti livelli di stress se questi sono almeno in parte attesi. Le impressioni e percezioni soggettive della persona possono quindi influire sulla natura e intensità percepite del trauma (es., un uomo minacciato che è convinto di sapersi difendere percepisce l'evento meno intenso rispetto a un uomo che crede di poter essere ucciso) (Carlson 2005).

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).

Riguardo ai *fattori di vulnerabilità post-trauma*, un buon sostegno sociale e le abilità di gestione dello stress possono modulare lo sviluppo del disturbo e facilitare il processo di guarigione (Connor e Butterfield 2003; Andrews et al. 2003; Fullerton e Ursano 2001). Il sostegno sociale, infatti, può contribuire a ristabilire il senso di controllo della persona e a ridurre la valenza negativa dell'esperienza (tanto più nei bambini, che, per assorbire le loro esperienze emozionali, dipendono molto dagli altri) (Carlson 2005).

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).

Aspetti psicobiologici e neurofisiologici del DPTS

Le esperienze traumatiche hanno effetti neurofisiologici che si intrecciano al significato psicologico che l'individuo attribuisce all'esperienza e alle credenze circa se stesso e il mondo (Adshead 2000). Il disturbo post-traumatico da stress, infatti, è in genere considerato un disturbo psicologico: in risposta a uno stress estremo, una persona manifesta un nucleo di rivissuti, evitamento e sintomi di *iper-arousal*, che l'individuo esperisce soggettivamente come d'origine psicologica o emotiva. In anni recenti, però, gli psichiatri hanno sempre più riconosciuto che il DPTS dovrebbe essere considerato anche secondo una

prospettiva biologica. Una serie di studi di *brain imaging*, elettrofisiologici, psicofisiologici su ormoni, neurotrasmettitori e legami recettoriali, hanno cominciato a caratterizzare la natura biologica del disturbo. Questi studi supportano la convinzione che un grave trauma psichico possa provocare anomalie della risposta neurobiologica del paziente allo stress, anche dopo anni dall'evento originale, e che queste anomalie di vecchia data possano essere responsabili dei diversi disturbi e sintomi di cui comunemente si lamentano i pazienti affetti da DPTS (Southwick et al. 2001).

Assumendo una prospettiva psicobiologica, il DPTS è una reazione psicofisica normale a un evento stressante di natura estrema. In condizioni di stress, l'organismo si attiva per fronteggiare la situazione che minaccia il benessere psicofisico, le strategie di *coping* e l'adattamento all'ambiente (Carlson 2005). Nella risposta di un organismo alle situazioni stressanti o pericolose riveste un ruolo importante il sistema nervoso simpatico (SNS). Anche se gruppi funzionali di fibre simpatiche si possono attivare autonomamente, in condizioni di stress estremo il sistema tende a comportarsi come un'unità che mobilita e utilizza l'energia al massimo livello. La scarica simpatica coordinata aumenta la frequenza cardiaca e la pressione sanguigna, con conseguente maggiore perfusione dei muscoli e degli organi vitali; le pupille si dilatano, cosicché nell'occhio possa entrare più luce; i vasi cutanei si contraggono per limitare la perdita di sangue in caso di ferite; il sangue è smistato dai distretti corporei momentaneamente non necessari ai gruppi muscolari attivi; vi è un rapido aumento di fornitura di energia alla muscolatura scheletrica grazie alla mobilitazione di glucosio nel sangue e alla facilitazione dell'ossidazione di vari prodotti alimentari. 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" (*flight-or-fight*). Dunque, l'individuo, che percepisce o è colpito da un trauma, entra in allarme; istintivamente (senza apprendimento) è 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. Il corpo risponde così in modo automatico controllando il sistema circolatorio, ormonale e muscolare perché siano pronti ad affrontare il trauma. In alcuni animali che si trovano nell'imminenza di un pericolo è stata osservata anche una reazione di *congelamento* , che potrebbe essere un modo per aumentare le possibilità di sopravvivenza in situazioni in cui non è possibile fuggire o combattere. A differenza della risposta di *fight-or-flight* , accompagnata da un elevato livello di attivazione, la risposta di congelamento sarebbe caratterizzata da una risposta fisiologica parasimpatica e da un appiattimento affettivo (Southwick et al. 2001; Ardino 2006; Carlson 2005).

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'analgia 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. Il fatto che sintomi specifici del DPTS includano l'aggressività, l'impulsività, la depressione e il rischio di suicidio (nella cui regolazione riveste un ruolo importante questo ormone) suggerisce che le alterazioni della regolazione della serotonina possono essere coinvolte nella formazione dei sintomi di questo disturbo. Alcuni studi hanno infatti riscontrato un'aumentata sensibilità dei recettori serotoninergici nei pazienti con DPTS. Il coinvolgimento della serotonina è ulteriormente supportato dall'evidenza della parziale efficacia degli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) nel trattamento dei sintomi specifici del DPTS (Southwick et al. 2001; Connor e Butterfield 2003).

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 e le elevate concentrazioni di dopamina urinaria nei bambini in seguito ad anni di gravi maltrattamenti (Connor e Butterfield 2003).

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. Nell'esposizione allo stress, la norepinefrina viene rapidamente rilasciata dal *locus coeruleus*, portando ad aumenti del battito cardiaco e della pressione sanguigna e a sintomi di *iper-arousal*. E' anche probabile una relazione tra un'aumentata attività della norepinefrina e un'intensificata memoria a lungo termine dell'evento traumatico e i sintomi di *re-experiencing* del DPTS (Connor e Butterfield 2003).

Lo stress determina anche un'aumentata attività del sistema noradrenergico, e questo può contribuire ai sintomi di *iper-arousal* e *re-experiencing* del DPTS. Al momento del trauma si verifica una maggiore reattività del sistema noradrenergico, con conseguente maggior rilascio di noradrenalina e questo crea una condizione di ipersensibilità o di iperamnesia verso le informazioni collegate al trauma. Lo stato emozionale ha una forte influenza nell'imprimere i ricordi e un'associazione stimolo-risposta appresa in uno stato emotivo intenso non viene dimenticata. E' stato evidenziato che la noradrenalina ha una relazione a forma di U invertita con il consolidamento della memoria: livelli sia molto alti sia molto bassi di attività noradrenergica del SNC interferiscono con il meccanismo dell'immagazzinamento dell'informazione (Gidaro e Oleari 2003).

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).

Ardino (2006) riporta che gli effetti dello stress sull'amigdala e sull'ippocampo sono diversi. Il rilascio di adrenalina e cortisolo inizialmente stimola la memoria dichiarativa; il SNS e gli ormoni rilasciati fanno sì che gli eventi con forte carica emotiva siano trattenuti nella memoria. Tuttavia, uno stress prolungato e intenso associato ad elevati livelli di cortisolo, tende ad influire negativamente sul funzionamento dell'ippocampo, danneggiando a sua volta la memoria dichiarativa. Viceversa, il funzionamento dell'amigdala è sempre più stimolato all'aumentare dei livelli di stress. "I due diversi sistemi anatomici della memoria e gli effetti dello stress su questi forniscono una base neurale per i ricordi accessibili a livello verbale o di immagini e per i sintomi del DPTS. I ricordi accessibili a livello verbale, che sono flessibili e soggetti alla modificazione, ma spesso vaghi, disorganizzati e ricchi di incoerenze, probabilmente sono legati all'attivazione dell'ippocampo. Al contrario, i ricordi accessibili tramite immagini, che sono di natura percettiva o sensoriale, vengono elicitati automaticamente e vissuti come se succedessero nel momento della loro rievocazione. Ciò suggerisce che le forme di ricordo indipendenti dall'ippocampo si organizzano in forme di memoria che non possono essere codificate in un rapporto passato *versus* presente in cui la mancanza di un contesto temporale" ha come conseguenze il fatto che "quando i ricordi sono rievocati vengono rivissuti nel presente", e che "la rappresentazione dell'attuale minaccia comporta distorsioni mnestiche e attentive".

Come riferito ancora da Ardino (2006), "le neuroscienze cognitive hanno evidenziato l'importanza dell'amigdala nell'attivazione delle risposte di paura e i diversi percorsi neurali che portano le informazioni sul trauma a questa area del cervello". Nel caso in cui l'informazione arrivi all'amigdala attraverso l'attivazione dell'ippocampo, l'elaborazione dell'esperienza è "il risultato di un set coerente di rappresentazioni che arrivano alla consapevolezza dell'episodio, disponibile per una libera rievocazione". Nei casi in cui, invece, l'informazione arriva all'amigdala attraverso l'attivazione di altre aree, il ricordo non è disponibile a una libera rievocazione o rintracciabile in un ampio spazio temporale; è però "accessibile immediatamente se ci sono stimoli provenienti dal mondo esterno assimilabili a quelli presenti durante l'esperienza traumatica".

L'ipotesi che l'amigdala rivesta un ruolo centrale nell'eziologia e nella fisiopatologia del DPTS è sostenuta da una serie di studi e osservazioni, in cui è stato rilevato che la stimolazione elettrica delle strutture amigdalee provoca risposte comportamentali tipiche del DPTS, come apprensione, comportamento impulsivo, sentimenti di terrore e paura, *déjà-vu* e accentuazione della reazione di trasalimento (Shalev 2001).

Un modello cognitivo-comportamentale del Disturbo Post-Traumatico da Stress

Il trauma, oltre a effetti fisiologici e neurobiologici, sia associa a distorsioni cognitive e comportamenti maladattativi (Solomon e Heide 2005). Da qui l'importanza di modelli cognitivi e comportamentali del DPTS.

Nell'ambito del modello cognitivo del DPTS, alcune teorie postulano un conflitto con credenze preesistenti, ossia 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).

Il modello comportamentale sostiene che i sintomi del DPTS derivano dagli effetti combinati di processi di condizionamento classico e operante (teoria bifattoriale di Mowrer e modello del doppio-condizionamento, il *dual-conditioning model*, di Keane et al., 1985). In base al condizionamento classico, all'esposizione all'evento traumatico (stimolo incondizionato) la persona reagisce con paura e uno stato di elevato *arousal* (risposta incondizionata), e in seguito continua a mostrare la stessa risposta (risposta condizionata) quando esposta a stimoli (neutri) che ha associato all'evento traumatico (stimoli condizionati). Normalmente, con il passare del tempo l'ansia condizionata si estingue se l'individuo si espone allo stimolo condizionato in assenza di pericoli, poiché egli apprende una nuova associazione, cioè che lo stimolo condizionato non segnala una situazione di pericolo. Tuttavia, la normale estinzione della paura condizionata può essere ostacolata da un processo di condizionamento operante, come accade nel DPTS. Se la persona mette in atto comportamenti di evitamento, non avviene un'esposizione allo stimolo condizionato in assenza di stimoli negativi abbastanza prolungata da consentire l'apprendimento della nuova associazione e l'estinzione della paura condizionata. I comportamenti di evitamento tendono a ripetersi in quanto permettono di evitare l'ansia, ossia sono rinforzati negativamente. Le riduzioni di

angoscia e tensione compensano l'evitamento di diversi stimoli interni ed esterni che sono vagamente associati al trauma. Tale evitamento compensato impedisce l'estinzione della risposta condizionata nel corso del tempo e determina la generalizzazione del comportamento evitante (Shalev 2001; Connor e Butterfield 2003).

Un limite del modello comportamentale è l'incapacità di spiegare la comparsa spontanea dei ricordi angoscianti del trauma (come incubi e *flashback*), lo stato di allarme permanente e le eccessive reazioni di trasalimento tipici del DPTS. Foa e Rothbaum (1989) hanno perciò proposto un modello cognitivo-comportamentale che prevede un'integrazione tra proposizioni significanti e condizionamento: nello sviluppo del DPTS un ruolo centrale sarebbe svolto non solo dal condizionamento, ma anche dalla percezione di controllabilità e prevedibilità di un paziente (e i conseguenti attributi di minaccia) (Shalev 2001).

Nell'ambito di questo approccio, Carlson (2005) ha sviluppato un modello teorico per comprendere e spiegare gli effetti delle esperienze traumatiche, prendendo in considerazione (1) gli elementi che rendono un'esperienza traumatica, (2) le risposte psicologiche all'evento e (3) le ragioni del persistere dei sintomi dopo la conclusione dell'esperienza traumatica.

Il primo punto è stato sviluppato nel tentativo di spiegare il motivo per cui un evento potenzialmente traumatico evoca una risposta traumatica soltanto in certe persone e non in altre. La definizione del DSM IV di evento "traumatico" risulta riduttiva, in quanto: non è stato empiricamente dimostrato che eventi che non comportano il rischio di morte o ferite non abbiano effetti traumatici, vs. emergono sempre più prove del fatto che simili eventi possono essere *stressor* traumatici; inoltre, la persona, al momento del trauma, può fare esperienza di una "dissociazione peri-traumatica" (es., depersonalizzazione, derealizzazione, vuoti di coscienza), che, se è molto intensa, può portare ad escludere le risposte emozionali. Il modello sviluppato da Carlson, individua tre caratteristiche che definiscono un evento "traumatico": la mancanza di controllabilità, la valenza negativa e la repentinità (dati confermati anche da altre ricerche, Kira 2001).

L'autore rileva che esistono prove a sostegno dell'identificazione della percezione di non controllabilità come un fattore causale importante nelle reazioni a un trauma. "La ricerca ha dimostrato che le persone e gli animali sono vittime dello stress quando non possono controllare quello che sta loro accadendo, soprattutto se si tratta di esperienze dolorose" (Carlson 2005). Tra i riscontri clinici ed empirici vi sono le seguenti osservazioni. "Le persone traumatizzate spesso sono molto disturbate dal fatto di non aver potuto fare nulla per controllare quello che stava accadendo e riferiscono frequenti pensieri fastidiosi del tipo "Se soltanto...", "E se...?". Inoltre, i sopravvissuti a traumi "convinti di poter avere in futuro il controllo su eventi simili spesso hanno sintomi psicologici meno numerosi e di intensità inferiore". Va sottolineato che perché un evento sia traumatico, la sua non controllabilità deve raggiungere una certa soglia, che varia a seconda delle persone (in quanto dipende dalle esperienze personali e dalle aspettative di controllabilità) e

del grado di negatività degli eventi (minore è la valenza negativa dell'evento, maggiore è il grado di incontrollabilità che si riesce a tollerare).

Il secondo elemento che secondo Carlson rende traumatiche certe esperienze è la percezione soggettiva di una loro valenza molto negativa perché provocano o potrebbero causare lesioni o dolore fisico o sofferenza psicologica (in quest'ultimo caso la valenza negativa è connessa al significato psicologico che l'evento ha per l'individuo, per es. di minaccia all'idea di sé). A supporto di questa concezione vi è la prospettiva evolucionistica: la paura è un'emozione funzionale alla sopravvivenza in quanto porta ad evitare le situazioni potenzialmente pericolose. Una conferma all'ipotesi che il dolore psicologico (ossia eventi che non comportano una minaccia di lesioni fisiche o morte) rientri fra i possibili agenti causali nella traumatizzazione viene dalla ricerca e dalla clinica, che ha evidenziato come anche eventi improvvisi e incontrollabili, dolorosi solo sul piano psicologico, possono provocare gravi reazioni post-traumatiche. E' importante notare che la valenza negativa di un evento, per essere traumatica, deve raggiungere una certa soglia, che varia a seconda della persona e del tipo di trauma.

Il terzo elemento che rende traumatica un'esperienza è la sua repentinità. "Gli eventi che comportano una sofferenza fisica o psicologica imminente hanno una maggiore probabilità di scatenare terrore", in quanto la persona non ha la "possibilità di proteggersi o di prepararsi psicologicamente alle conseguenze". Quando, invece, le esperienze negative avvengono gradualmente e in modo incrementale, l'individuo ha la possibilità di "adattarsi cognitivamente ed emozionalmente a questi cambiamenti modificando poco alla volta i propri schemi riguardo a sé e al mondo" (Carlson 2005)..

Carlson individua risposte primarie (essenziali) ai traumi e risposte secondarie (correlate). Le risposte primarie al trauma comprendono le manifestazioni cognitive, affettive, comportamentali e fisiologiche di ripetizione dell'esperienza e di esitamento (vedi Figura 1).

Il persistere dei sintomi di ripetizione ed evitamento è spiegato tramite i modelli dell'apprendimento classico e operante, e le teorie cognitive. Foa e Kozak (1986), per esempio, hanno osservato che le percezioni e le aspettative dell'individuo al momento del trauma mediano la reazione, in quanto determinano la valenza dell'esperienza e la percezione di controllabilità/incontrollabilità. Da esse dipende anche quali stimoli ambientali diventeranno degli stimoli condizionati (es., la razza). "Inoltre, le persone che hanno subito diversi traumi sviluppano delle reti cognitive per l'elaborazione degli indizi di pericolo che le inducono a interpretare come minacce una grande varietà di stimoli", in quanto le risposte ad ogni trauma "si combinano per creare un modello di risposta ancora più complesso" (Ibidem).

Le differenze individuali nelle risposte agli *stressor* traumatici, ossia il fatto che alcune persone sviluppano disturbi post-traumatici e altre no, e che in persone diverse predominano sintomi differenti, sono dovute all'influenza di vari fattori pre-, peri- e post-traumatici, raggruppabili in cinque principali gruppi: i fattori biologici, il livello di sviluppo al momento del trauma, la gravità del trauma, il contesto

sociale prima e dopo il trauma, le circostanze stressanti precedenti e successive al trauma. Questi fattori condizionano la percezione della valenza, dell'incontrollabilità e della repentinità dell'evento, e possono sia esacerbare sia mitigare la risposta individuale a un'esperienza potenzialmente traumatica (vedi i fattori di vulnerabilità e di rischio).

	Sintomi di ripetizione dell'esperienza	Sintomi di esitamento
Livello cognitivo	Pensieri intrusivi, immagini mentali, incubi, <i>flashback</i> , vuoti di coscienza, distorsioni percettive.	Tentativo consapevole di non pensare all'evento e a tutto ciò che è collegato, amnesia, derealizzazione, depersonalizzazione.
Livello affettivo	Ansia, rabbia (emozioni che riflettono lo stato d'animo vissuto al momento del trauma: la paura e l'ansia possono essere aspetti della risposta di fuga, la rabbia della risposta di lotta difensiva), appiattimento affettivo (quando la reazione al trauma è una risposta di congelamento).	Appiattimento emozionale (la persona evita ogni emozione forte), isolamento dell'affetto (la persona descrive l'evento traumatico senza dare segni di emozione).
Livello comportamentale	Comportamenti simili a quelli messi in atto al momento del trauma, come l'agitazione, l'attività intensa, l'aggressività difensiva (fisica o verbale).	Tentativi di evitare luoghi, attività o persone che evocano il trauma.
Livello fisiologico	Attivazione autonoma e sensazioni fisiche, come ipervigilanza, risposte di trasalimento esagerate, disturbi del sonno, difficoltà di concentrazione, analgesia (quando la risposta al trauma è stata di congelamento con ottundimento delle sensazioni fisiche).	Analgesia, ottundimento sensoriale (può essere funzionale ad evitare sensazioni negative associate al trauma).

Figura 1. Classificazione dei sintomi di Carlson

L'ultima parte del modello di Carlson prende in considerazione le risposte secondarie e associate al trauma, ossia quelle risposte non causate direttamente dall'esperienza traumatica", bensì dai "problemi di ripetizione dell'esperienza e di evitamento (r. secondarie), e dall'ambiente sociale o altre circostanze che accompagnano o seguono il trauma (r. associate). Questi sintomi sono molto influenzati dalle percezioni soggettive individuali riguardo all'evento traumatico e alle sue circostanze; i più comuni sono:

- la depressione: 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. Quando una persona subisce circostanze negative e dolorose senza poterle controllare, impara che i suoi tentativi di proteggersi da ciò che le può nuocere non sono utili, e così smette di provare a fare qualcosa per il proprio bene. [...] Inoltre, 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, p. 151);

- l’abuso di sostanze, a cui la persona può ricorrere “come a una cura o per controllare i sintomi intrusivi o l’eccesso di attivazione”;
- le malattie fisiche, che possono essere sintomi secondari in quanto: “lo stress cronico può sfociare nella malattia”, per es. in seguito ad un’attivazione fisiologica eccessiva e/o cronica; “lo stress connesso ai traumi può indebolire la funzione immunitaria”; l’esperienza traumatica può indurre la persona a comportamenti più pericolosi;
- il calo di autostima conseguente, per es., alle difficoltà lavorative e sociali dovute a sintomi d’ansia e depressivi;
- i disturbi dell’identità, 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 “irreale, 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”;
- i comportamenti aggressivi, che possono essere un sintomo secondario al “senso di frustrazione per i sintomi traumatici primari” o “una risposta associata al trauma derivante da esperienze di apprendimento sociale, condizionamento classico o operante”;
- relazioni interpersonali problematiche, in seguito a sintomi quali “paura, rabbia, comportamenti aggressivi, appiattimento affettivo, evitamento sociale”;
- il senso di colpa e la vergogna, per es.: la persona traumatizzata “si sente responsabile del male subito da altri al momento del trauma” o per il fatto di essere sopravvissuta quando altri invece sono morti; a volte si vergogna di come si è comportata al momento del trauma (Carlson 2005).

Trattamento del Disturbo Post-Traumatico da Stress

Scopi del trattamento del DPTS

Andrews e coll. (2003) rilevano come il trattamento del DPTS dovrebbe idealmente servire a eliminare tutti i sintomi del disturbo e a far tornare la persona al livello di funzionamento pretrauma. Ma, continuano gli autori, questo in realtà non è sempre possibile: l’efficacia del trattamento può essere influenzata da fattori quali la gravità del disturbo, la cronicità e la comorbilità (soprattutto in Asse II). Per cui, nei casi acuti di DPTS, ci si può porre obiettivi come l’eliminazione dei sintomi, il ritorno al precedente livello di funzionamento e un basso rischio di ricaduta; invece nei casi cronici di DPTS gli obiettivi possono consistere nell’aiutare la persona a gestire meglio i sintomi e ridurre il loro impatto sulla qualità della vita, sulle relazioni e sul funzionamento generale.

Come riportato da Lo Iacono (2005), i principali scopi del trattamento delle sindromi di stress sono:

- stabilire un senso di sicurezza
- migliorare le abilità decisionali e di fronteggiamento adattivo
- stabilire un'idea realistica di sé, come persona stabile, coerente, competente e degna
- migliorare la competenza per le funzioni sociali, familiari, personali
- migliorare la preparazione razionale e la resilienza agli *stressor* futuri.

Il *National Center for Post-Traumatic Stress Disorder* (NCPTSD 2006) ha individuato le componenti comuni nei trattamenti per il DPTS, sebbene sottolinei che la terapia deve iniziare con un *assessment* accurato e la conseguente formulazione di un piano di trattamento specifico per i bisogni del singolo paziente. In genere il trattamento specifico per il DPTS inizia quando la persona non è più esposta alla fonte di sofferenza o in seguito al trattamento di altre condizioni urgenti, quali grave depressione, idee di suicidio, crisi di panico, disorganizzazione del pensiero, abuso di sostanze, ecc. Le componenti comuni ai vari trattamenti sono:

1. **Informazione:** nella prima fase del trattamento il paziente e i suoi familiari devono essere informati su come si sviluppa il DPTS, sulle sue ripercussioni sulla persona che ne soffre e sulle persone vicine, e sulle caratteristiche degli altri problemi compresenti. Il paziente deve comprendere che il DPTS è un disturbo d'ansia riconosciuto che compare quando la persona si trova in condizioni molto stressanti.
2. **Esposizione:** il paziente viene sollecitato a ripercorrere mentalmente l'episodio. Questo permette di riviverlo in un ambiente sicuro o controllato, e di esaminare le reazioni e le convinzioni relative all'evento.
3. **Elaborazione emozionale:** il paziente viene sollecitato ad analizzare e risolvere i suoi sentimenti di rabbia, vergogna o colpa.
4. **Abilità di fronteggiamento:** il paziente impara a fronteggiare meglio i ricordi, le reazioni e i sentimenti post-traumatici così da non lasciarsi sconvolgere da tutto ciò o da evitare l'appiattimento affettivo. In genere, con la psicoterapia i ricordi traumatici non spariscono, ma diventano più gestibili grazie all'utilizzo di nuove abilità di fronteggiamento (Lo Iacono 2005).

Il trattamento del DPTS: linee guida

Negli ultimi anni si è verificato un notevole sviluppo di interventi per il trattamento del DPTS. Diverse ricerche hanno dimostrato l'efficacia di tre approcci in particolare:

1. **Terapia di Esposizione**
2. **Terapia Cognitiva**
3. ***Stress Inoculation Training***.

Le Linee Guida per la gestione dello stress post-traumatico nella pratica clinica pubblicate nel 2004 dal Dipartimento degli Affari dei Veterani e dal Dipartimento della Difesa degli Stati Uniti, sulla base della valutazione della riduzione della gravità dei sintomi e del miglioramento del funzionamento globale del paziente, confermano l'efficacia dei trattamenti psicoterapeutici sopra indicati e del *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR), sebbene riguardo a quest'ultimo vi siano dati discordanti. Le linee guida forniscono anche le seguenti ulteriori indicazioni (come riportato da Lo Iacono 2005):

- la combinazione di diversi metodi terapeutici cognitivo-comportamentali (es., terapia di esposizione e ristrutturazione cognitiva) pur essendo efficace non si è dimostrata superiore alle componenti singole;
- può essere utile integrare le terapie specialistiche per il DPTS con metodi mirati su problemi specifici o con farmacoterapia;
- le tecniche psicoterapeutiche specifiche possono non essere ugualmente efficaci con tutti i pazienti. Nella scelta di una specifica modalità terapeutica, bisogna prendere in considerazione certe caratteristiche del paziente, come il sesso, il tipo di trauma e la storia passata, nonché orientarsi sui metodi di efficacia provata;
- la scelta degli interventi individuali si dovrebbe basare su: le preferenze del paziente; il livello di abilità e familiarità del clinico con una data modalità; il tentativo di aumentare al massimo i benefici e ridurre al minimo i rischi per il paziente; una valutazione di fattibilità e disponibilità di risorse.

Relativamente all'*intervento psicoeducativo* esistono pochi studi sulla sua efficacia nel trattamento del DPTS, tuttavia è considerato importante, per esempio, sul piano preventivo in persone che hanno subito traumi ma che non soddisfano tutti i criteri per la diagnosi di DPTS. In generale, come sottolineato da Young et al. (2002) è comunque importante fornire al paziente e ai suoi familiari informazioni sui sintomi di stress post-traumatico, inquadrandoli come normali risposte di stress con una funzione adattiva specifica, e sui vari trattamenti disponibili. Spiegare la risposta di attacco-fuga-congelamento, sottolineando il suo valore per la sopravvivenza: “reagire” può significare darsi da fare per prevenire ulteriori danni; “fuggire” può significare trovare un posto sicuro per superare il pericolo; “restare immobili” può servire a guadagnare tempo per valutare la situazione e pianificare una risposta intelligente (Lo Iacono 2005). Spiegare che il senso di impotenza e i pensieri relativi sono normali e realistici durante il trauma, ma che se la persona non trova modi costruttivi per riacquistare un senso di controllo positivo nella vita, l'impotenza può diventare depressione oppure uno stile di comportamento basato sull'ipercontrollo con conseguenze negative sulle relazioni interpersonali (Lo Iacono 2005). Spiegare che lo stress, l'impotenza, lo shock per il trauma possono portare a reazioni di dolore, colpa, confusione, irritabilità, problemi di sonno e sentimenti di disorientamento”, e che per gestirle il modo migliore è

“affrontarle con un atteggiamento costruttivo, per esempio con un intervento medico o psicologico/psicoterapeutico (Lo Iacono 2005).

Il *trattamento psicofarmacologico* prevede l'impiego di tutte le famiglie di psicofarmaci. Gli antidepressivi incidono significativamente sul nucleo sintomatologico del DPTS e sulle condizioni di depressione, insonnia e ansia associate, sebbene l'ampiezza delle risposte sia inferiore a quella riscontrata nei pazienti affetti da depressione o disturbo di panico. In particolare gli SSRI hanno dimostrato di agire prevalentemente sul *core* della sintomatologia del DPTS con un'efficacia ed un grado di tollerabilità superiore rispetto ad altri antidepressivi. Gli studi sulle benzodiazepine hanno prodotto risultati eterogenei, per esempio: l'alprazolam non ha un effetto specifico sui sintomi del DPTS, mentre il clonazepam determina un miglioramento del sonno e una riduzione di incubi, *flashback* e attacchi di panico. Inoltre, sono stati descritti gravi sintomi da sospensione in pazienti affetti da DPTS trattati con alprazolam. Studi in corso con stabilizzatori del tono dell'umore, come litio, valproato di sodio e carbamazepina, rilevano una riduzione dell'irritabilità, un miglioramento del controllo degli impulsi e dei sintomi del *re-experiencing*. Tuttavia, questi dati devono essere confermati con ulteriori studi controllati. Il sollievo dai sintomi offerto dai farmaci può rendere più facile l'adesione del paziente a un trattamento psicoterapeutico, mentre di rado la sola farmacoterapia è sufficiente a stimolare una remissione completa del DPTS. Il trattamento farmacologico viene quindi spesso combinato alla psicoterapia nel trattamento efficace del disturbo (Shalev 2001; Adshear 2000; Connor e Butterfield 2003).

La terapia cognitivo-comportamentale del Disturbo Post-Traumatico da Stress

Nel trattamento del DPTS, la terapia cognitivo-comportamentale si focalizza sulle distorsioni cognitive (con lo scopo di correggerle), sui processi di *appraisal*, sulle intrusive memorie traumatiche (con lo scopo di estinguerle) e quindi sulla desensibilizzazione del paziente agli stimoli associati al trauma attraverso l'esposizione ripetuta (Connor e Butterfield 2003). E' dunque un approccio che comprende la combinazione di più componenti e di seguito (e nei prossimi paragrafi) saranno presentate le principali.

Andrews e coll. (2003) rilevano come primo passo importante il prendere in considerazione il fatto che “il DPTS è un disturbo d'ansia caratterizzato da una persistente attivazione, con elevati livelli di paura correlati ai ricordi e agli stimoli che evocano il trauma”. Nelle persone che hanno vissuto un trauma, questo in genere si combina con una scarsa comprensione delle proprie reazioni psicologiche, determinando una condizione di vulnerabilità e scarso senso di controllo. Di conseguenza, è importante rivolgere le prime fasi di trattamento all'insegnamento di “strategie di gestione dell'attivazione e della sofferenza psicologica”, strategie che si riveleranno utili anche per affrontare il successivo processo di esposizione.

La gestione dell'ansia può essere realizzata, secondo Andrews e coll., con interventi rivolti agli ambiti fisico, cognitivo e comportamentale. Un buon punto di partenza sono le strategie a orientamento fisico

dirette all'eccessiva attivazione delle reazioni allo stress traumatico, ad esempio: tecnica di controllo della respirazione, rilassamento muscolare progressivo, esercizio aerobico, consiglio di ridurre l'assunzione di stimolanti come caffeina e nicotina. Questi interventi aiutano la persona ad avere un primo controllo sui sintomi fisici di eccessiva attivazione e l'esperienza clinica rileva che spesso producono rapidi miglioramenti del senso di autoefficacia e aumenti delle aspettative di guarigione.

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", quindi "hanno lo scopo di dare al paziente un certo controllo sui suoi ricordi limitando il tempo che passa pensando all'evento e il malessere" associato. "Si deve fare attenzione a non trasmettere messaggi contraddittori, per esempio: sottolineare che pensare all'evento traumatico non è di per sé negativo, anzi che pensarci in modo controllato per periodi di tempo limitati è un'importante componente del trattamento; d'altra parte, i ricordi persistenti o che invadono spesso la mente contro la propria volontà, provocano grande malessere e impediscono al paziente di concentrarsi su altro". Alcuni interventi cognitivi sono quindi diretti a: (1) "controllare la frequenza e la durata degli eventi cognitivi che creano sofferenza", come l'arresto del pensiero e le tecniche di distrazione; (2) "modificare il contenuto, come 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".

Sempre secondo Andrews e coll. (2003), "gli interventi comportamentali sono spesso... mirati a specifici bisogni del paziente". Possono essere utili interventi di programmazione delle attività e strutturazione delle giornate del paziente e reinserimento sociale (come nel trattamento della depressione), in quanto spesso tra le reazioni allo stress traumatico vi sono il ritiro e l'isolamento sociale. Questo "significa incoraggiare a riprendere le normali attività quotidiane il più presto possibile dopo il trauma", in quanto la "ripresa della normale routine aiuta l'individuo a riguadagnare un senso di struttura e controllo. Altri interventi comportamentali sono utili per problemi specifici come il sonno, le abilità comunicative e l'assertività".

Donald Meichenbaum ha ideato lo *Stress Inoculation Training (SIT)*, una psicoterapia cognitivo-comportamentale che si pone proprio l'obiettivo di favorire l'apprendimento di strategie di gestione dell'ansia e dello stress, e che consta di tre fasi (come riportato da Lo Iacono 2005):

1. la concettualizzazione: a) informazione sullo stress; b) ristrutturazione delle idee errate sullo stress;
2. acquisizione e prova delle abilità di fronteggiamento: a) *problem solving*; b) tecniche di rilassamento; c) alcune strategie cognitive, tra cui la ristrutturazione; d) autoaffermazioni positive, ossia preparare insieme al paziente dei ragionamenti da ripercorrere nei momenti critici e nelle fasi di esposizione alle situazioni ansiogene, "al posto dei pensieri automatici che inducono reazioni comportamentali ed affettive disfunzionali";

3. applicazione e richiamo delle abilità: a) prova immaginativa, in cui “il paziente immagina di accostarsi alle situazioni difficili, identifica i punti critici e li affronta efficacemente sul piano dell’immaginazione”; b) prova comportamentale, *role-playing*, *modeling*; c) esposizione graduale in vivo; d) prevenzione delle ricadute.

Specificatamente, nel trattamento del DPTS, “il SIT inizia con una prima fase psicoeducativa in cui si descrive al paziente lo sviluppo delle risposte d’ansia, si parla di condizionamento classico, stimoli ansiogeni e reazioni d’ansia”. Il terapeuta incoraggia il paziente “a identificare gli stimoli che suscitano in lui risposte di ansia ed esitamento [...] e spiega che l’ansia si può esprimere con reazioni fisiologiche, pensieri e comportamenti. Il paziente apprende abilità per gestire tutte e tre le componenti dell’ansia. Impara varie tecniche di rilassamento [...] che vengono combinate con approcci cognitivi” (es., arresto del pensiero, dialogo interno guidato) ed è incoraggiato ad esercitarsi nell’applicazione di queste tecniche.

Dopo essersi esercitato nel far fronte alle reazioni fisiologiche e ai pensieri indesiderati, il paziente impara tecniche di ripetizione immaginativa e di *role-playing* per affrontare l’evitamento comportamentale esercitandosi ad utilizzare metodi di fronteggiamento nelle situazioni ansiogene (in quanto “le vittime di traumi tendono a generalizzare e a considerare pericolose molte situazioni”). Il terapeuta discute col paziente la differenza tra ansia adeguata e realistica e reazioni ansiose innescate da stimoli associati al trauma. Per affrontare i problemi di evitamento, bisogna incoraggiare il paziente a usare le sue abilità di fronteggiamento insieme alla procedura di *stress inoculation*, che consiste nel: 1) valutare obiettivamente la probabilità che l’evento traumatico si ripeta; 2) gestire la tendenza all’evitamento comportamentale; 3) controllare la tendenza all’autocritica e all’autosvalutazione; 4) eseguire i comportamenti temuti; 5) concedersi delle ricompense per i tentativi comportamentali e per l’impegno a seguire il protocollo.

Il terapeuta “deve analizzare il modo in cui ogni abilità di fronteggiamento può essere applicata per compiere con successo un determinato passo dello *stress inoculation* (es., usare il dialogo interno per controllare la tendenza all’autocritica)”; inoltre, può utilizzare il *problem solving* per incoraggiare il paziente, che dopo un trauma si sente confuso e impotente, “a prendere decisioni e ad agire per dominare i problemi” (Lo Iacono 2005).

Infine, “viene introdotto il concetto di gerarchia delle situazioni ansiogene, spiegando che le situazioni temute possono essere scomposte in piccoli passi. Il terapeuta aiuta il paziente a preparare le sue gerarchie di situazioni ansiogene; si utilizzano il *role-playing*, la ripetizione immaginativa e varie abilità di gestione dell’ansia. Prima della fine del trattamento, il terapeuta esamina le abilità di fronteggiamento del paziente e lo incoraggia a utilizzarle affinché l’evitamento non si consolidi” (Lo Iacono 2005).

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).

L'esposizione

All'inizio, i trattamenti di esposizione si basavano sul presupposto che la paura fosse acquisita e mantenuta dal condizionamento classico e operante degli stimoli correlati all'evento traumatico. Il concetto di estinzione, o abitudine, è stato utilizzato per spiegare la riduzione della paura conseguente all'esposizione prolungata agli stimoli traumatici. Più recentemente, Foa e Kozak (1986) hanno proposto il concetto di elaborazione emotiva per spiegare la riduzione dell'ansia durante l'esposizione. Gli autori sostengono che l'elaborazione di informazioni correttive produce cambiamenti nella rete dei ricordi traumatici, modificando le relazioni stimolo-risposta e il significato attribuito all'esperienza (Andrews et al. 2003).

Il nucleo della terapia di esposizione consiste appunto nell'aiutare il paziente a confrontarsi con gli stimoli temuti fino a che la paura diminuisce (Lo Iacono 2005). Nel trattamento della maggior parte dei disturbi d'ansia è generalmente accettato che l'esposizione in vivo è più efficace di quella per immagini. Nel DPTS, l'esposizione in vivo si utilizza per stimoli esterni (attività, luoghi, oggetti o persone) che provocano ansia in conseguenza del trauma. Tuttavia, nel caso del DPTS, essendo i ricordi traumatici il principale stimolo temuto, gran parte dell'esposizione è immaginativa, chiedendo alla persona di raccontare in dettaglio l'esperienza traumatica. Si chiede alla persona di riferire il suo livello d'ansia e sofferenza a intervalli regolari. Queste informazioni, insieme alle osservazioni del clinico, aiutano a modulare l'esposizione e indicano quando si verifica la riduzione dell'ansia (Andrews et al. 2003).

Vediamo più specificamente come si realizza l'intervento di esposizione, prendendo in considerazione l'approccio di Foa e Rothbaum (1998) e quello di Marks e coll. (1998), che hanno lo stesso protocollo, eccetto per il fatto che nel primo è previsto anche il riapprendimento della respirazione. In pratica, la terapia di esposizione implica delle sedute di esposizione immaginativa agli eventi traumatici, seguite da sedute di esposizione in vivo a stimoli associati al trauma privi di rischio ma fonti di sofferenza. Gli esercizi di esposizione sono organizzati gerarchicamente, dagli stimoli meno dolorosi a quelli più dolorosi. Nel caso dell'esposizione immaginativa, se vi sono più ricordi traumatici, si può stabilire una gerarchia di ricordi e cominciare l'esposizione partendo dal più facile da affrontare. 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, di usare un tempo passato nel racconto, mentre in seguito gli si chiederà di raccontare al presente, di immaginare l'evento da lontano o su uno schermo televisivo. 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. Si chiede quindi al paziente di rivivere l'esperienza del trauma descrivendola ad alta voce, parlando in prima persona e al tempo presente, con gli occhi chiusi e per 45-60 minuti (ossia un

tempo sufficientemente lungo da ridurre l'ansia). Si incoraggia il paziente a usare il maggior numero possibile di particolari come odori, suoni, ecc., specialmente ricordi sensoriali, pensieri e stati d'animo vissuti durante l'evento. Infatti, per essere terapeutica, l'esposizione al ricordo deve essere in grado di suscitare emozioni (chi soffre di DPTS, invece, si abitua a raccontare la propria storia in modo distaccato e privo di coinvolgimento emotivo). Il paziente descrive la vicenda per tre volte, con una particolare focalizzazione sugli aspetti dell'evento più disturbanti, mentre il terapeuta audioregistra. Dopo l'esposizione immaginativa, per facilitare l'integrazione cognitiva si discutono 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 abituazione.

Successivamente, viene realizzata l'esposizione in vivo, prima in seduta col terapeuta e poi da solo a casa (Stapleton et al. 2007; Lo Iacono 2005; Andrews et al. 2003). Paziente e terapeuta devono essere d'accordo 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).

Affinché l'esposizione sia efficace è necessario rispettare alcune linee guida (come riportato da Lo Iacono 2005):

- a. L'esposizione alla situazione deve durare "abbastanza a lungo da consentire all'ansia e alla sofferenza di ridursi". Molti clinici, invece, tendono a interrompere l'esposizione ai primi segni di sofferenza nel paziente per proteggerlo; questo provoca il rischio di anticipare e anche di aggravare la risposta ansiosa, "rinforza l'evitamento del trauma e impedisce l'elaborazione emozionale" (che è ciò che accade nel DPTS cronico non trattato). Inizialmente al paziente deve "essere preannunciata e normalizzata" una certa dose di sofferenza. "Poiché il ricordo del trauma [...] di per sé non è pericoloso, l'affetto associato al trauma diminuirà se gliene si darà la possibilità". La persona deve "imparare che non ha motivo di temere i suoi 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".
- b. "Incoraggiare il paziente a usare il maggior numero possibile di dettagli, soprattutto per le parti peggiori del trauma". Alcuni clinici, invece, tendono a lasciare che il paziente sintetizzi o eviti di riferire completamente le parti peggiori" dell'evento.
- c. Procedere secondo il ritmo del paziente, soprattutto nella prima esposizione, dove probabilmente sperimenterà in modo intenso gli affetti connessi al trauma ed è quindi importante "evitare di insistere affinché il paziente rievochi i particolari". Inoltre, il terapeuta deve tenere in considerazione le differenze individuali nella velocità di abituazione e nella risposta alle situazioni ansiogene. "Non bisogna passare a un nuovo ricordo traumatico o al livello successivo della gerarchia nell'esposizione in vivo se non c'è tempo sufficiente perché avvenga l'abituazione. Se l'ansia e la sofferenza del paziente

non calano significativamente prima della fine della seduta, si deve dedicare del tempo ad aiutarlo a rilassarsi [...] in modo che apprenda che può pensare al trauma e provare” emozioni negative intense “e ciò nonostante continuare a stare bene”.

- d. Il terapeuta deve 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 il terapeuta può “cercare di coinvolgere il paziente nel ricordo [...] sollecitandolo a rievocare più dettagli, facendo domande sulle emozioni e sui pensieri avuti durante il trauma, cercando di fare emergere i ricordi sensoriali. [...] Durante le fasi di preparazione all’esposizione è importante incoraggiare i pazienti a concedersi di provare quelle emozioni e rispondere ai loro timori riguardo a ciò che succederà se proveranno a farlo”. Alla fine dell’esposizione è importante rinforzare questo messaggio e gli sforzi fatti dal paziente. La situazione opposta è quella in cui il paziente è troppo preso dal trauma e durante l’esposizione “fatica a ricordare che in quel momento non si trova realmente nella situazione traumatica” (es., coinvolgimento eccessivo con vividi *flashback*), condizione in cui “non è possibile modificare l’intreccio di ricordi traumatici”, come riferito da Andrews e coll. (2003). In questi casi, “il terapeuta deve riportare il paziente nel “qui ed ora”, per esempio dicendogli di aprire gli occhi, guardarsi intorno, toccare la sedia, descrivere la stanza, controllare la data, l’ora e il luogo, etc.”, ricordandogli che si trova in un posto sicuro, che il terapeuta è lì accanto a lui e che ciò che sta affrontando è soltanto un ricordo. In questo modo il paziente prende un po’ le distanze dall’esposizione e l’affetto associato al trauma è più gestibile (Lo Iacono 2005; Andrews et al. 2003).

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. Con l’esposizione il paziente viene messo di fronte a informazioni dolorose che preferirebbe evitare, e questo confronto è fondamentale per la terapia del trauma. E’ importante ricordare che in genere nella prima metà del trattamento i pazienti si sentono peggio (più ricordi intrusivi, riduzione di sonno, maggiore depressione, ecc.), ma questi problemi di solito si risolvono quando il trauma viene elaborato (Lo Iacono 2005).

Interventi di ristrutturazione cognitiva

Per i terapeuti cognitivisti i principali obiettivi consistono nell’identificare e correggere specifici schemi disfunzionali e aiutare il paziente a mettere in atto alternative più funzionali (Shalev 2001). In generale, come evidenziato da Lo Iacono (2005), le teorie cognitive dei disturbi emozionali si basano sul principio secondo cui esiste una connessione fra disturbi psicologici e disturbi del pensiero, pensieri automatici negativi e distorsioni interpretative. Le interpretazioni o i pensieri negativi derivano dall’attivazione di

convinzioni negative immagazzinate nella memoria a lungo termine. “Lo scopo della psicoterapia cognitiva è modificare i pensieri e le convinzioni negative, e i relativi comportamenti associati, che mantengono i disturbi psicologici. [...] i disturbi emozionali sono legati all’attivazione di schemi disfunzionali. Gli schemi sono strutture mnestiche che contengono due tipi di informazioni: le convinzioni e gli assunti. Le convinzioni sono costrutti di base riguardanti sé e il mondo che hanno carattere assoluto e generale (es., “sono vulnerabile”) e che vengono tenuti per veri. Gli assunti, invece, sono relativi e specifici e sono la rappresentazione di relazioni specifiche fra eventi e valutazioni riferite a sé” (es., “non sono in grado di affrontare alcuno stress”). “Gli schemi disfunzionali che caratterizzano i disturbi emozionali sono più rigidi, inflessibili e definiti di quelli delle persone normali”. Inoltre, il contenuto dello schema è connesso in modo specifico al tipo di disturbo. Per esempio, “gli schemi dell’ansia riguardano convinzioni e assunti relativi al pericolo e all’incapacità di fronteggiare una situazione; nella depressione, invece, riguardano i temi della triade cognitiva”, ossia concetti negativi relativi a sé, al futuro e al mondo. (Lo Iacono 2005).

Per quanto riguarda più specificatamente il DPTS, 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. Sono stati identificati 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 del sé e/o del mondo e degli altri come pericolosi (es., “questo dimostra che davvero non valgo nulla”);
2. l’esperienza traumatica può scardinare precedenti convinzioni irrealistiche relative al sé di competenza e invulnerabilità e/o del mondo sempre sicuro, lasciando il paziente confuso e insicuro;
3. giudizio negativo sul comportamento avuto durante l’evento traumatico (es., “avrei dovuto lottare”, “non posso più fidarmi di me stesso”);
4. interpretazioni dei sintomi del DPTS (es. “non mi riprenderò mai”);
5. 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. “E’ meglio iniziare la ristrutturazione cognitiva durante l’esposizione: il terapeuta deve essere pronto a iniziare gli interventi di confutazione cognitiva quando durante l’esposizione emergono i pensieri e le convinzioni disfunzionali” (Ibidem).

Spesso i pazienti “cercano rassicurazioni irrealistiche, per esempio...sul fatto che non vivranno mai più un’esperienza simile. Il terapeuta lavora col paziente per arrivare a una valutazione realistica del rischio che l’evento si ripeta e dell’entità dei suoi effetti, contrastando la tendenza a illudersi della totale assenza di pericolo, a sopravvalutare la probabilità di un evento temuto e a esagerarne le conseguenze negative. [...] Il terapeuta deve anche aiutare il paziente a concentrarsi sui pochi aspetti positivi: è sopravvissuto, si sta riprendendo ed ha appreso alcune tecniche che lo aiuteranno a stare meglio” nella sua vita in generale (Andrews et al. 2003).

Un esempio di trattamento cognitivo al DPTS è la *Terapia di elaborazione cognitiva (CPT)*, sviluppata da Resick e Mechanic (1995), che, come riferito da Lo Iacono (2005), “mira ad alleviare il DPTS e i disturbi emozionali aiutando il paziente ad elaborare il trauma in modo completo, ad accettare che è accaduto e ad adattare gli schemi esistenti per includervi le nuove informazioni. Un punto focale della terapia è l’identificazione e modificazione degli *stuck point*” (“punti d’arresto”), ossia le aree di elaborazione incompleta. Gli *stuck point* spesso si manifestano sotto forma di distorsioni cognitive, come la negazione (es., “non si è trattato veramente di uno stupro”), l’autobiasimo (es., “me la sono cercata perché ho bevuto troppo”) e l’ipergeneralizzazione (es., “tutti gli uomini sono pericolosi”). La valutazione degli *stuck point* dura per tutto il processo terapeutico e si concentra principalmente nella parte centrale del trattamento”. Sono diverse le situazioni che possono portare al formarsi degli *stuck point*: (1) quando “il trauma entra in conflitto con gli schemi preesistenti” (es., in una persona aggredita da un conoscente si può formare uno *stuck point* relativo alla fiducia); (2) “quando altre persone inculcano nella vittima informazioni conflittuali (es., la biasimano per il trauma che ha subito)”; (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 mezzi di ristrutturazione cognitiva. Il terapeuta fornisce informazioni sul DPTS e dimostra la relazione esistente fra pensieri ed emozioni. Gli *stuck point* vengono individuati sollecitando i ricordi del trauma con gli affetti connessi. Quindi, le convinzioni erranee o conflittuali vengono messe in discussione e risolte. Il terapeuta si concentra sugli effetti del trauma in cinque aree di funzionamento [...] sicurezza, fiducia, potere, autostima e intimità”, realizzando una ristrutturazione cognitiva in riferimento a questi temi principali (Andrews et al. 2003; Lo Iacono 2005).

Terapia di Ripetizione Immaginativa

La Terapia di Ripetizione Immaginativa (*Imagery Rehearsal Therapy, IRT*), ideata da Barry James Krakow, è un nuovo approccio terapeutico cognitivo-comportamentale per il trattamento degli incubi e dell’insonnia, sintomi frequenti nelle persone con DPTS, ma che solo raramente vengono trattati in modo diretto e specifico (Krakow et al. 2001; Tucker 2001). Nella IRT si incoraggia il paziente a “cambiare

l'incubo in qualsiasi modo egli desideri" e poi a ripetere il "nuovo sogno" da sveglia (Krakow, Johnston et al. 2001).

Nella fase iniziale della terapia, si danno al paziente informazioni sui sogni associati al trauma, specificando che (1) gli incubi possono essere controllati con successo trattandoli come abitudini o comportamenti appresi, (2) lavorare sulle immagini durante la veglia influenza gli incubi perché le cose a cui si pensa durante il giorno si associano a ciò che si sogna la notte, (3) è possibile cambiare gli incubi in nuove immagini positive, (4) ripetere la nuova immagine ("nuovo sogno") mentre si è svegli riduce o elimina gli incubi. Il passo successivo consiste nell'insegnare metodi per sviluppare immagini mentali piacevoli (Lo Iacono 2005; Krakow, Hollifield et al. 2001). Dopo di che il paziente deve: 1) scegliere un incubo che ha avuto; 2) metterlo per iscritto identificando tutti i particolari; 3) provare a immaginarlo diverso (per es., nel finale) in modo da creare una nuova versione non angosciante; 4) ripassare mentalmente il nuovo sogno per 5-20 minuti ogni giorno finché non diminuisce significativamente la frequenza dell'incubo. Attraverso la ripetizione può, quindi, essere modificato il contenuto degli incubi (Lo Iacono 2005; Krakow, Hollifield et al. 2001).

Viene utilizzata anche la ristrutturazione cognitiva, perché in genere i pazienti con DPTS legano inestricabilmente gli incubi e il trauma, creando così un ostacolo al cambiamento. I pazienti sono quindi incoraggiati a tenere in scarsa considerazione il trauma passato e invece a considerare che "gli incubi che sono trauma-indotti possono diventare sostenuti dall'abitudine" (cioè, incubi come funzione non solo di esperienze traumatiche, ma anche di comportamenti appresi). Si insegna ai pazienti come gestire (mediante strumenti cognitivo-comportamentali) le immagini spiacevoli che possono svilupparsi mentre si stanno esercitando nelle immagini piacevoli o nel "nuovo sogno".

Altre indicazioni importanti sono: (a) le descrizioni delle esperienze traumatiche e del contenuto traumatico degli incubi devono essere scoraggiate per tutta la durata del programma per ridurre al minimo l'esposizione diretta; (b) inizialmente il paziente va istruito a selezionare i sogni disturbanti meno intensi e, se possibile, che non siano un *replay* o una "rimessa in scena" del trauma, per facilitare l'apprendimento della tecnica; (c) il paziente non deve lavorare su più di due "nuovi sogni" contemporaneamente durante ogni settimana (Krakow et al. 2001).

Alcuni studi hanno dimostrato che questo approccio breve è efficace nel diminuire (per frequenza e intensità) gli incubi, migliorare la qualità del sonno, ridurre la gravità globale dei sintomi del DPTS (pensieri intrusivi, evitamento e *iper-arousal*), della depressione e dell'ansia, e che tali miglioramenti si mantengono nel lungo termine (Connor e Butterfield 2003; Lo Iacono 2005; Moore e Krakow 2007; Forbes et al. 2003; Krakow, Hollifield et al. 2001).

Prevenzione delle ricadute

Il trattamento cognitivo-comportamentale del DPTS deve prevedere interventi volti a prevenire le 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:

- I. Rendere il paziente consapevole del fatto che potrà talvolta 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.
- II. 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).
- III. Paziente e terapeuta elaborano insieme un piano scritto su come affrontare le situazioni rischiose e i sintomi iniziali di ricaduta: chi potrà chiamare, quali tecniche apprese dovrà utilizzare, quali autoistruzioni potrà usare (es., "Il ricordo mi turba, ma è normale. Sono in grado di resistere a questo malessere. Passerà. Mi devo concentrare sulle tecniche che ho imparato per controllare questa reazione e stare di nuovo bene presto").

Ostacoli al trattamento del DPTS

Comorbidità. Come nel trattamento di ogni disturbo è necessario prendere in considerazione i disturbi in comorbidità, che frequentemente nel DPTS sono l'abuso di sostanze e la depressione. Andrews e coll. (2003) riferiscono che l'abuso di sostanze, soprattutto di alcool, nelle persone che hanno vissuto un trauma può costituire un modo di gestire i sintomi di intrusione e di attivazione, può quindi essere considerato una manifestazione di evitamento. Si deve perciò "essere cauti quando si chiede al paziente di non bere. E' difficile decidere se trattare prima l'abuso di alcool e poi il DPTS, oppure se trattarli contemporaneamente. Alcuni sostengono che, poiché il paziente beve troppo principalmente per attenuare i sintomi del DPTS, ci si deve proporre di ridurre il consumo di alcool solo dopo aver lavorato su questi sintomi, o al massimo contemporaneamente. La tesi alternativa è che non è possibile avere una buona rielaborazione dei ricordi traumatici se il paziente continua ad abusare di sostanze. Alcuni ritengono che la decisione vada presa in base alla storia: se il paziente consumava la sostanza anche prima dell'evento traumatico, l'abuso andrebbe trattato separatamente e prima del DPTS; invece, se l'abuso è iniziato dopo l'evento, sarebbe meglio trattarlo insieme allo stress traumatico". Secondo gli autori, 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". Per esempio, è 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 “prestare attenzione a questo disturbo prima di affrontare i sintomi del DPTS”, ricorrendo sia ai farmaci sia alla psicoterapia.

Vantaggi secondari. I vantaggi secondari possono determinare il mantenimento del disturbo. Tra questi vi è soprattutto il risarcimento in denaro. Secondo Andrews e coll. (2003), “idealmente, sarebbe bene 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. In alcuni casi, si può discutere col paziente che un buon recupero psicologico contribuirà al suo benessere e alla sua felicità molto più di qualunque somma di denaro”. Il terapeuta non deve eseguire perizie mediche a scopo di indennizzo o per altre finalità medico-legali, poiché “il conflitto di ruoli...potrebbe avere un impatto negativo sugli esiti del trattamento. Può essere opportuno spiegare apertamente al paziente la situazione sin dall’inizio”, indicandogli un collega per la perizia.

Precedenti eventi traumatici. Secondo Andrews e coll. (2003), da una parte, “presupporre l’esistenza di eventi traumatici precedenti o tentare di “far emergere” ricordi di eventi dimenticati è pericoloso e deontologicamente scorretto”. Dall’altra, un evento traumatico precedente può influire sul funzionamento attuale del paziente. Il terapeuta deve quindi evitare “di incoraggiare il paziente a generare falsi ricordi e allo stesso tempo creare un ambiente rassicurante in cui il paziente possa spontaneamente riferire altre eventuali esperienze traumatiche. A questo scopo, possono essere utili domande generali non direttive, come: [...] “Ci sono state altre volte nella sua vita in cui si è sentito così?”. Si deve pensare alla presenza di precedenti esperienze traumatiche soprattutto quando il paziente progredisce meno di quanto atteso”.

Sensi di colpa. Eventuali sensi di colpa vanno affrontati sin dall’inizio, in quanto possono interferire con il trattamento. “Talvolta il paziente riferisce spontaneamente i sensi di colpa, ma in qualche caso, quando l’emozione è particolarmente forte, può non ammetterlo neanche in risposta a domande precise”. Un possibile indice di sensi di colpa irrisolti “è la mancanza di progressi nel trattamento”, per cui è necessario “indagarne nuovamente la presenza con domande appropriate. [...] La discussione del senso di colpa può rappresentare una svolta nel trattamento” (Andrews et al. 2003).

La vergogna. L’esperienza di vergogna è strettamente collegata ai sentimenti di depressione, colpa e umiliazione. La vergogna e la colpa possono essere difficili da distinguere: sebbene entrambe implicino valutazioni di sé negative, i sentimenti di colpa si possono correlare di più al comportamento, mentre la vergogna può riflettere bassa autostima e autocritica. I pazienti con esperienze post-traumatiche di vergogna tendono a descrivere meno fenomeni di intrusione e di *re-experiencing* associati al DPTS. Invece, essi descrivono esperienze di ruminazione su cosa è andato male, come hanno fallito, il loro senso

di disperazione e impotenza, e altre cognizioni relative a sé (come la colpa). I pensieri e i sentimenti dolorosi sembrano aver meno a che fare con la paura della morte e più con la perdita di un senso interiore di fiducia in sé e stima. Tali aspetti sono rintracciabili nel DPTS complesso. 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. In molti pazienti, infatti, la vergogna si associa a una profonda e pervasiva rabbia, la cui identificazione ed espressione sono aspetti importanti del processo terapeutico. In questi casi, la ripetizione dei dettagli dell'esperienza traumatica mediante l'esposizione può essere controindicata, perché può aumentare la sofferenza e la vergogna nel paziente (il quale ha già poche capacità di gestire tali sentimenti). Lo scopo terapeutico è invece creare col paziente un ambiente in cui possono essere esplorati in modo sicuro tali sentimenti; può essere necessario insegnare al paziente strategie per calmarsi e contenere l'*arousal* e potenziare le sue strategie di *coping* (Adshead 2000).

Studi di efficacia

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 abituação 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.
- Ardino, V. (2006). Il disturbo post-traumatico da stress e le credenze cognitive centrali. In S. Sassaroli, R. Lorenzini & G.M. Ruggiero (a cura di), *Psicoterapia cognitiva dell'ansia. Rimuginio, controllo ed evitamento* (pp. 281-292). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Baldwin, S.A., Williams, D.C. & Houts, A.C. (2005). Storia critica del DPTS. *Cognitivismo Clinico*, 2(2), 118-141.
- 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.
- 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.
- Buckely, T.C., Blanchard, E.B. & Neill, W.T. (2000, November). Information processing and PTSD: a review of the empirical literature. *Clinical Psychological Review*, 20(8), 1041-65.
- Carlson, E.B. (2005). Un modello concettuale per gli effetti delle esperienze traumatiche. *Cognitivismo Clinico*, 2(2), 142-170.
- Connor, K.M. & Butterfield, M.I. (2003). Posttraumatic Stress Disorder. *Focus*, 1, 247-262.
- Davidson, J.R.T. (2002). Surviving disaster: what comes after the trauma? *The British Journal of Psychiatry*, 181, 366-368.
- Dietrich, A. (2001, April). Risk factors in PTSD and related disorders: theoretical, treatment and research implication. *Traumatology*, 7(1), 23-50.
- 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).

- Dubner, A.E. & Motta, R.W. (1999, June). Sexually and physically abused foster care children and posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(3), 367-373.
- Ehlers, A. & Clark, D.M. (2000). A cognitive model of post-traumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Ehlers, A. & Clark, D.M. (2003, May). Early psychological interventions for adult survivors of trauma: a review. [javascript:AL_get\(this, 'jour', 'Biol Psychiatry'\);](#) *Biological Psychiatry*, 1, 53(9), 817-26.
- Foa, E.B. & Kozak, M. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- 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.
- Foa, E.B., Riggs, D., Massie, E. & Yarczower, M. (1995). The impact of fear activation and anger on the efficacy of exposure treatment for PTSD. *Behavior Therapy*, 26, 487-499.
- Foa, E.B. & Rothbaum, B. (1998). *Treating the trauma of rape: a cognitive-behavioral therapy for PTSD*. New York: the Guilford Press.
- Foa, E.B., Steketee, G. & Rothbaum, B.M. (1989). Behavioral-cognitive conceptualisations of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20, 155-176.
- Forbes, D., Phelps, A.J., McHugh, A.F., Debenham, P., Hopwood, M. & Creamer, M. (2003, October). Imagery rehearsal in the treatment of posttraumatic nightmares in Australian veterans with chronic combat-related PTSD: 12-month follow-up data. *Journal of Trauma Stress*, 16(5), 509-513.
- 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.
- Gidaro, E. & Oleari, A. (2003). Disturbo da stress post traumatico. In L. Isola & F. Mancini (a cura di), *Psicoterapia cognitiva dell'infanzia e dell'adolescenza* (pp.217-225). Milano: FrancoAngeli Editore.
- Kira, I.A. (2001, June). Taxonomy of trauma and trauma assessment, *Traumatology*, 7(2), 73-86.
- Krakov, B., Hollifield, M., Johnston, L., Koss, M., Schrader, R., Warner, T.D., Tandberg, D., Lauriello, J., McBride, L., Cutchen, L., Cheng, D., Emmons, S., Germain, A., Melendrez, D., Sandoval, D. & Prince H. (2001). Imagery Rehearsal Therapy for chronic nightmares in sexual assault survivors with Post-Traumatic Stress Disorder. *JAMA*, 286(5), 537-545.
- Krakov, B., Johnston, L., Melendrez, D., Hollifield, M., Warner, T.D., Chavez-Kennedy, D. & Herlan, M.J. (2001, December). An open-label trial of evidence-based cognitive behavior therapy for nightmares and insomnia in crime victims with PTSD. *American Journal Psychiatry*, 158, 2043-47.
- Lamprecht, F. & Sack, M. (2002). Posttraumatic Stress Disorder Revisited. *Psychosomatic Medicine*, 64, 222-237.

- 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.
- 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.
- Moore, B.A. & Krakow, B. (2007). Imagery Rehearsal Therapy for acute posttraumatic nightmares among combat soldiers in Iraq. *American Journal Psychiatry*, 164, 683-684.
- Perkonig, 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.
- Ranzato, L. (2005). Prefazione. Storia, teoria e psicoterapia del Disturbo Post-traumatico di Stress. *Cognitivismo Clinico*, 2(2), 115-117.
- 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.
- Sijbrandij, M., Olf, 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.
- Solomon, E.P. & Heide, K.M. (2005, January). The biology of trauma: implications for treatment. *Journal Interpersonal Violence*, 20(1), 51-60.
- 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.
- Stapleton, J.A., Taylor, S. & Asmundson, G.J.G. (2007). Efficacy of various treatments for PTSD in battered women: case studies. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 21(1), 91-102.

- 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.
- Tucker, G. (2001, September). Controlling nightmares with Imagery Rehearsal Therapy. *Journal Watch Psychiatry*, 5.
- Young, J., Ford, J., Ruzek, J., Friedman, M. & Gusman, F. (2002). *L'assistenza psicologica nelle emergenze*. Trento: Edizioni Erickson.
- Yule, W. (2000). *Il disturbo post-traumatico da stress: aspetti clinici e terapia*. Milano: McGraw-Hill.

Dott.ssa Natascia Duca

Società Italiana di Psicologia e Psichiatria (SIPsi), Rimini e Fano

Specializzata SPC Ancona, Training C. Conti, R. Mosticoni, C. Perdighe

e-mail: natasciaduca@libero.it