Disturbo post Traumatico da Stress (DPTS): Osservatorio Nazionale per le Vittime del Terrorismo. L'esperienza di Siena.

Author(s):
L. Bossini affiliation: Dipartimento interaziendale di Salute mentale – UOC Psichiatria
D. Koukounaaffiliation: Dipartimento interaziendale di Salute mentale – UOC Psichiatria
I. Casolaro affiliation: Dipartimento interaziendale di Salute mentale – UOC Psichiatria
C. Caterini affiliation: Dipartimento interaziendale di Salute mentale – UOC Psichiatria
C. Pacifico affiliation: Dipartimento interaziendale di Salute mentale – UOC Psichiatria
C. Martorelli affiliation: Dipartimento interaziendale di Salute mentale – UOC Psichiatria
M. Roggi affiliation: Dipartimento interaziendale di Salute mentale – UOC Psichiatria
A. Fagiolini affiliation: Dipartimento interaziendale di Salute mentale – UOC Psichiatria

Il Disturbo Post-Traumatico da Stress (DPTS) è un disturbo d'ansia, spesso cronico e fortemente invalidante, che può verificarsi in persone che sono state esposte ad eventi traumatici, sia esperiti in prima persona, sia accaduti ad altri e dei quali sono stati testimoni. La diagnosi del DPTS richiede che la persona sia stata esposta ad un evento traumatico in cui sono presenti le seguenti caratteristiche:
1) la persona ha vissuto, assistito o si è confrontata con un evento o con eventi che hanno comportato la morte o una minaccia per la vita, o una lesione grave, o una minaccia per l'integrità fisica di se stesso o di altri;
2) la risposta del soggetto comprendeva paura intensa, sentimenti di impotenza o di orrore.
Tutti i soggetti affetti da disturbo post-traumatico presentano le medesime manifestazioni sintomatologiche, giacché il DPTS è caratterizzato da un quadro clinico specifico ed unitario. In aggiunta alla presenza del trauma in anamnesi, il DPTS è caratterizzato da tre cluster sintomatologici: il continuo rivivere l'evento traumatico attraverso la rievocazione di ricordi intrusivi di quanto esperito, l'evitamento persistente degli stimoli associati al trauma (evitamento attivo, come ad esempio evitare pensieri, conversazioni, persone, luoghi che ricordano il trauma; "inconscio", come un'amnesia per alcuni aspetti del trauma, una riduzione generalizzata degli interessi, un senso di diminuzione delle prospettive future, una sensazione di distacco o di estraneità nei confronti delle altre persone -anche dei familiari-, ottundimento emozionale-affettivo -numbing) ed un aumento dell'arousal inteso come sintomi di allerta e ansia libera frequentemente interrotti da forti crisi di ansia acuta.
In tutti questi gruppi sintomatologici, il protagonista è il trauma: il DPTS riconosce in un evento traumatico la propria causa primaria ed è l'unico disturbo, fra quelli inseriti nel DSM, che presenta un'eziologia nota e codificata nel manuale come criterio diagnostico.
Dall'osservazione delle casistiche internazionali emerge che la prevalenza della malattia varia tra l'1% e il 9% nella popolazione generale e può raggiungere il 50-70% in sottogruppi di pazienti esposti a traumi considerati di particolare "gravità" (1), come guerre, deportazioni, attentati terrostici, torture, stupri o aggressioni.
La prevalenza life-time del DPTS è del 3,6% fra gli uomini e del 9,6% fra le donne (2). Secondo la letteratura scientifica, le donne sono più predisposte a sviluppare il disturbo in seguito all'esposizione ad un evento traumatico (3).
In generale, la maggior parte degli studi sul trattamento di DPTS dimostrano che alcune terapie psicologiche, in particolare la Cognitivo Comportamentale e la Eyes Movements Desensitization and Reprocessing (EMDR), hanno un'efficacia sovrapponibile rispetto ad alcune terapie farmacologiche ed un tasso inferiore di drop-out (4).
Attualmente, paroxetina e sertralina sono gli unici antidepressivi approvati dalla Food and Drug Administration (FDA) per il trattamento del DPTS. Se i soggetti presentano disturbi del sonno, si consiglia l'aggiunta di basse dosi di trazodone (50-150 mg alla sera) (5-7), mentre sembrerebbe sconsigliato l'uso delle benzodiazepine, che sembrano non avere alcun effetto, o addirittura favorire lo sviluppo di un DPTS quando somministrate nell'immediato dopo trauma forse perché possono bloccare i meccanismi attivi di elaborazione dell'evento (8-10). I farmaci stabilizzatori dell'umore (Valproato-Litio-Carbamazepina) sono stati testati nel trattamento di DPTS ed i risultati indicano, generalmente, che questi farmaci riducono molto l'irritabilità associata al disturbo e migliorano il controllo degli impulsi nei pazienti affetti da DPTS (11-14); lo stesso dicasi per alcuni antipsicotici di nuova generazione, per quanto siano necessari altri studi (15). Essendo comunque il DPTS un riconosciuto problema clinico, biologico, psicologico e sociale è ormai ampiamente dimostrato che la maggior efficacia si ottenga con un approccio integrato (16).

Il Disturbo Post-Traumatico da Stress ha assunto autonomia nosografica soltanto nel 1980, ma nel corso della storia e della medicina le reazioni ad eventi sono presenti sotto varie denominazioni. Per esempio nel 1866 l'avvento dei mezzi di trasporto su rotaia ed i primi disastrosi incidenti che ne seguirono fecero registrare casi di gravi ed apparentemente inspiegabili reazioni psicologiche che il chirurgo inglese Erichsen definì come "colonna vertebrale da ferrovia", attribuendone la genesi ad un danno diretto a carico della colonna vertebrale (tuttavia, è un dato di fatto che oggi un tale quadro clinico sarebbe diagnosticato come DPTS).
Lo stesso è accaduto con lo "shell shock" nel corso della Prima Guerra Mondiale, ovvero la reazione da stress da combattimento, espressione militare che indicava l'effetto provocato dal trovarsi in battaglia e/o dall'esplosione di proiettili o bombe.
Nel 1980, dopo la guerra del Vietnam, il DPTS fu riconosciuto come un disturbo psichiatrico specifico ed inserito nel DSM-III fra i disturbi d'ansia.
Ad oggi, un numero crescente di studi, soprattutto in seguito all'attacco terroristico del World Trade Center dell'11 settembre 2001, si sta concentrando sull'insorgenza del DPTS nelle vittime del terrorismo, ma trattandosi di un campo finora poco esplorato i dati della ricerca sono ancora limitati (17) . E' stato tuttavia dimostrato che il terrorismo può essere associato ad un maggior rischio di psicopatologia rispetto ad altri eventi traumatici (18), potendo influenzare notevolmente la salute mentale della popolazione (19). Dopo l'11 settembre, sono stati identificati i seguenti fattori di rischio per il DPTS: il sesso femminile, vivere vicino al World Trade Center, scarso supporto sociale, un elevato numero di fattori stressanti nella vita quotidiana, testimonianza diretta dell'attacco, aver esperito un attacco di panico durante il disastro, aver perso il lavoro, i propri beni, o una persona amata, oppure aver partecipato alle operazioni di soccorso. I soggetti valutati che presentavano uno qualsiasi di questi fattori erano a maggior rischio per il DPTS rispetto ai soggetti senza tali fattori di rischio (20). Inoltre, fra i soggetti intervistati nel corso di un sondaggio telefonico condotto 4 mesi dopo l'11 settembre, coloro che avevano visto le immagini televisive del disastro nei 7 giorni successivi all'evento aveva una diagnosi più probabile di DPTS (21). E'

indubbio che il DPTS oggi sia un problema biologico, psicologico e sociale e pertanto saperlo riconoscere, diagnosticare e curare implica necessariamente un approccio integrato.

Presso il nostro Dipartimento è stato istituito nel 2003 l'Osservatorio Nazionale per le Vittime del Terrorismo su richiesta dell'Associazione Italiana per le Vittime di Terrorismo e Sovversione contro l'Ordine Costituzionale dello Stato. Da allora sono stati valutati 42 vittime di attentati terroristici (11 femmine e 31 maschi), prevalentemente gambizzati, rapiti o vittime di esplosioni durante i così detti "anni di piombo" (1970-1980). La totalità del campione che è afferito al centro per chiedere aiuto è risultato tutt'oggi affetto da DPTS causato dall'attentato subito decenni prima, come confermato dalla Clician Administered PTSD Scale (22) (CAPS). La Caps è un'intervista clinica diagnostica ampiamente validata specifica per il DPTS. E' stata inoltre somministrata la MINI (23) per valutare l'eventuale comorbidità con altri disturbi psichiatrici: nel nostro campione 18 soggetti soddisfacevano alla MINI anche la diagnosi per almeno un altro disturbo. Nello specifico: 10 con disturbo depressivo maggiore cronico, 7 con Disturbo di Panico, 5 pazienti manifestavano una comorbidità con Disturbo d'ansia generalizzata, 1 con disturbo bipolare.

L'età media è 60,5 + / - 10,0 anni (range: 45 - 79 anni), 52,5 + / - 12,2 anni nelle femmine (range 45 - 73 anni) e 68,5 + / - 12,3 anni nei maschi (range 45 - 79 anni).

In tutti i pazienti il DPTS era di lunga durata, nella maggior parte dei casi era cronico: in media erano affetti da DPTS da 258 + / - 144,9 mesi. Le vittime di eventi traumatici non considerano la loro reazione emotiva come uno stato patologico, pertanto non si rivolgono ad uno specialista per i loro sintomi, se non dopo anni di sofferenza, per cui la diagnosi di DPTS è significativamente ritardata.

Solo 3 soggetti del nostro campione nel corso di tutti questi anni avevano chiesto aiuto in passato esclusivamente per riuscire a risolvere l'insonnia serrata che percepivano come particolarmente disturbante. Difficilmente, come anche riportato in letteratura, i soggetti affetti da questo disturbo chiedono aiuto, considerando "normale" come si sentono visto l'evento subito. Purtroppo spesso nello stesso errore possono cadere familiari e, in passato, anche medici e specialisti visto che il disturbo, in Italia, era poco conosciuto e quindi sottovalutato nella sua grave capacità di compromettere la vita dei soggetti.

Al campione dei pazienti afferiti al nostro centro sono stati somministrati test psicometrici per stabilire la severità del disturbo (Davidson Trauma Scale-DTS) (24).

Per quanto riguarda la gravità del disturbo, il punteggio totale della scala DTS è risultato 65,6 + / - 26,9., a sottolineare la pesante gravità. Vale, inoltre, la pena di notare che il 18% dei nostri pazienti vive da solo (il 13% è single ed il 5% è divorziato). Anche se il 31% è ancora sposato, la vita familiare è ampiamente compromessa e affatto serena: litigi, scoppi di rabbia, irritabilità comparse dopo il trauma rendono i compagni estranei, irriconoscibili come se "avessero cambiato carattere" da inserire anche in un contesto affettivo caratterizzato da "numbing" e anestesia emotiva che il soggetto affetto da DPTS cronicamente percepisce.

Dopo il primo contatto è stato spiegato ai soggetti ed ai familiari la necessità di cura ed abbiamo preso in carico gli aspetti farmacologici e costruito una rete di supporto psicoterapico nella città di residenza dei pazienti, puntando sulla ormai dimostrata efficacia della terapia integrata per il DPTS.

Dopo anni possiamo rilevare un miglioramento della sintomatologia dei soggetti, in alcuni anche la scomparsa della diagnosi. Tutt'oggi la maggior parte di coloro che hanno iniziato il percorso integrato traendone grande giovamento continuano a meravigliarsi di poter stare meglio dopo "quello che hanno vissuto".

Pertanto, l'istituzione di un Osservatorio Nazionale si è dimostrata di particolare utilità per rendersi conto di come il DPTS nelle vittime del terrorismo presenti frequentemente una lunga durata ed una gravità estrema; questo perché raramente i soggetti colpiti richiedono spontaneamente aiuto per affrontare la propria condizione.

E' opportuno riflettere sull'importanza di un processo di diagnosi precoce nei confronti delle vittime del terrorismo, al fine di limitare il rischio di cronicizzazione e la progressione in altri disturbi psichiatrici, come la depressione.

Attraverso il presente articolo, ci proponiamo di sensibilizzare tutti i professionisti del settore ad un approfondimento clinico relativo a tutti coloro che hanno un subito un evento traumatico al fine di poter tempestivamente riconoscere il DPTS e provare ad evitarne la cronicizzazione.

References

- 1. **Lieb R**. Anxiety disorders: clinical presentation and epidemiology.**Handb Exp Pharmacol.** 2005;(169):405-32.
- 2. National Comorbidity Survey, 2005, NCS-R appendix tables: Table 1. Lifetime prevalence of DSM-IV/WMH-CIDI disorders by sex and cohort **www.hcp.med.harvard.edu/ncs/publications**.
- 3. Kessler R, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson C. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Archives of General Psychiatry, 1995; 52, 1048-1060.
- 4. **Ravindran LN**, **Stein MB**. Pharmacotherapy of post-traumatic stress disorder.Curr Top Behav Neurosci. 2010;2:505-25.
- 5. **Asnis GM**, **Kohn SR**, **Henderson M**, **Brown NL**. SSRIs versus non-SSRIs in post-traumatic stress disorder: an update with recommendations. **Drugs.**2004;64(4):383-40
- 6. **Maher MJ**, **Rego SA**, **Asnis GM**. Sleep disturbances in patients with post-traumatic stress disorder: epidemiology, impact and approaches to management. **CNS Drugs.** 2006;20(7):567-90.
- 7. Friedman MJ, Donnelly CL, Mellman TA. Pharmacotherapy for PTSD. Psychiatric Annals 2003;33(1):57-62.
- 8. Shalev AY, Rogel-Fuchs Y. Auditory startle reflex in posttraumatic stress disorder patients treated with clonazepam. Isr J Psychiatry Relat Sci 1992; 29: 1-6.
- 9. Gelpin E, Bonne O, Peri T, Brandes D, Shalev AY.Treatment of recent trauma survivors with benzodiazepines: a prospective study. J Clin Psychiatry 1996; 57: 390-394.
- 10. Shalev AY, Freedman S, Peri T, Brandes D, Sahar T, Orr SP, Pitman RK. Prospective study of Post Traumatic Stress Disorder and Depression following Trauma. Am J Psychiatry. 1998; 5;630-637.
- **11. Berlin HA**. Antiepileptic drugs for the treatment of post-traumatic stress disorder. **Curr Psychiatry Rep.** 2007 Aug;9(4):291-300.
- **12. Rosenberg JM**, **Salzman C**.Update: new uses for lithium and anticonvulsants.**CNS Spectr.** 2007 Nov;12(11):831-41.
- **13. Adamou M**, **Puchalska S**, **Plummer W**, **Hale AS**. Valproate in the treatment of PTSD: systematic review and meta analysis. **Curr Med Res Opin.** 2007 Jun;23(6):1285-91. Epub 2007 Apr 26.
- **14. Van Ameringen M**, **Mancini C**, **Pipe B**, **Bennett M**. Antiepileptic drugs in the treatment of anxiety disorders: role in therapy. **Drugs.** 2004;64(19):2199-220.
- 15. Ahearn EP, **Juergens T**, **Cordes T**, **Becker T**, **Krahn D**. A review of atypical antipsychotic medications for posttraumatic stress disorder. Int Clin

Psychopharmacology 2011; 26(4):193-200.

- **16. Pratchett LC**, **Daly K**, **Bierer LM**, **Yehuda R**. New approaches to combining pharmacotherapy and psychotherapy for posttraumatic stress disorder. Expert Opin Pharmacother. 2011 Oct;12(15):2339-54.
- 17. Lovejoy DW, GJ Diefenbach, DJ Licht, DF Tolin. Tracking Levels of Psychiatric Distress Associated With the Terrorist Events of September 11, 2001: A Review of the Literature PhD; J Insur Med 2003;35:114–124
- 18. Norris FH, Friedman MJ, Watson PJ, Byrne CM, Diaz E, Kaniasty K. 60,000 disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981–2001. Psychiatry 2002, 65:207–239.
- 19. Neria Y, Nandi A, Galea S. Post-traumatic stress disorder following disasters: A systematic review. Psychological Medicine 2008, 38:467–480.
- 20. Schuster M, Stein B, Jaycox L, et al.A national survey of stress reactions after the September 11, 2001, terrorist attacks. N Engl J Med. 2001;345:1507–1512
- **21. Ahern J**, **Galea S**, **Resnick H**, **Vlahov D**. Television images and probable posttraumatic stress disorder after September 11: the role of background characteristics, event exposures, and perievent panic. **J Nerv Ment Dis.** 2004 Mar;192(3):217-216
- 22. Blake DD, Weathers FW, et al. A clinician rating scale for assessing current and lifetime PTSD: the CAPS-I. Behav Therapist, 18:187, 1990.
- 23. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. J Clin Psych. 1998; 59 Suppl 20:22-33.
- 24. Davidson JRT, Van der Kolk B, Brady K, et al. Double-blind comparison of sertraline and placebo in patients with post-traumatic stress disorder. Presented at the 10th Annual Meeting of the European College of Neuropharmachology, Sept. 15, Vienna, Austria, 1997.

I dati riportati negli articoli tengono conto delle disposizioni normative di cui al Codice sulla Privacy e dei provvedimenti del Garante consequenziali al trattamento dei dati per scopi scientifici, di ricerca e divulgativi.

[0] commenti | comments