

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda USL di Ferrara

università di ferrara
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI FERRARA

Disturbi mentali e disastri.

Inquadramento e possibili interventi terapeutici

Luigi Grassi
Sezione di Psichiatria, Università di Ferrara - Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Corso di Laurea Riabilitazione Psichiatria

U.O. Clinica ed Emergenza Psichiatrica, Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, AUSL Ferrara

www.unife.it/psichiatria psichiatria@unife.it

Storia

Nota da tempo la relazione tra gravi eventi traumatici e severi disturbi psichici.

- Fine XIX e inizio XX secolo, interesse nelle conseguenze psicologiche e psichiatriche degli eventi traumatici per identificare e definire un gruppo di sindromi cliniche caratterizzate da risposte di allarme, irritabilità, colpa (*survivor guilt*), diminuzione della concentrazione e della disturbi della memoria, incubi, sintomi somatici multipli

Storia

Désagrégation psychique – Dissociation (1889-93)

Concezione della mente umana come naturalmente frammentata, tale per cui il naturale senso di individualità proprio dell'uomo sarebbe l'esito di un'attività sintetica della mente. Janet afferma, nel suo "modello traumatico", che le esperienze traumatiche possono divenir causa di stati mentali dissociati poiché alterano il senso dell'unitarietà della persona.

Storia

Traumatic Neuroses of War

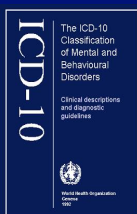
- Persistenza della risposta di allarme
- Fissazione sul trauma
- Vita onirica atipica
- Comportamenti esplosivi (discontrollo impulsi)
- Costrizione della personalità nel suo insieme

L'inquadramento dei disturbi psichici post-traumi

- Nevrosi da guerra e Nevrosi traumatica o Trauma da Combattimento o Neurastenia da Combattimento (*shellshock*)
- Syndrome di Sopravvissuto
- Reazione da Stress (DSM-I, 1952)
- Disturbi correlati a traumi (DSM-II, 1968)
- Disturbo Acuto da Stress (ASD) e da Stress Post-traumatico (PTSD) (DSM-III, 1980)

OMS: ICD-10

F43.1 Post-Traumatic Stress Disorder



PTSD come risposta ritardata o protratta ad un evento stressante o una situazione (sia di breve che lunga durata di natura eccezionalmente minacciosa o catastrofica, che è probabile causi distress pervasivo in quasi tutte le persone (e.g. natural or man-made disaster, combat, serious accident, witnessing the violent death of others, or being the victim of torture, terrorism, rape, or other crime).

Stressors Traumatici

- Guerre
 - Vietnam; Guerra del Golfo; campi di concentramento (sopravvissuti all'Olocausto o ex-Jugoslavia)
- Disastri naturali
 - Long Beach; Terremoto San Francisco Bay Area; Terremoto in Armenia; Terremoti in Italia
 - Uragani e Tornado, Tsunami
- Violenza
 - Violenza sessuale, rapimento, tortura

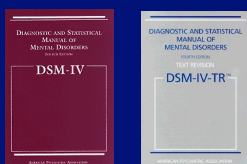
DSM-III (1980) - DSM-III-R (1987)

309.81 Post-Traumatic Stress Disorder



Criterio A. La persona ha sperimentato un evento al di fuori del range delle esperienze umane usuali (quindi con esclusione di **lutto, malattia cronica, conflitti coniugali**) come disastri naturali (es. Terremoto), disastri accidentali (es. disastro aereo), disastri causati dall'uomo (es. tortura, guerra, campi di concentramento)

DSM-IV (1994) - DSM-IV-TR (2000)



Criterio A. La persona è stata esposta ad un evento traumatico in cui sono presenti entrambi i fattori:
 (1) la persona ha sperimentato è stata testimone o si è confrontata con uno o più eventi di morte reale o di rischio di morte o di gravi ferite o di integrità fisica di sé o di altri
 (2) la risposta della persona è stata caratterizzata da intenso terrore, inermità o orrore



- ### Clusters di condizioni da Stress Traumatico
- Re-experiencing/intrusion (i.e., nightmares, flashbacks, intrusive thoughts, emotions, or images) (criterion B);
 - Avoidance/numbing (i.e., detachment, restricted affect, and avoidance of reminder thoughts and activities) (criterion C);
 - Hyperarousal (i.e., hypervigilance, decreased concentration, increased startle response, insomnia, and irritability) (criterion D).

- ### Alcuni sintomi dissociativi nel 20-40% di studenti dopo il terremoto di S. Francisco 1989
- Ricordi intrusivi
 - "Timelessness"
 - Senso di espansione del tempo
 - Senso d'irrealità
 - Sensazioni corporee inusuali
 - Restringimento range emozionale
 - Sintomi rilevati dopo una settimana, ridotti e quasi cessati al follow up dopo 4 settimane nella maggior parte dei soggetti

Dissociazione peri-traumatica

- Risposta dissociativa che avviene durante l'esposizione ad un evento traumatico, distinta quindi dalla dissociazione persistente
- La dissociazione peritraumatica è un forte predittore dello sviluppo di PTSD acuto e cronico in seguito a un trauma e della sua gravità clinica.
- La maggior parte dei clinici utilizza il Peritraumatic Dissociative Experience Questionnaire come misura di dissociazione nell'evenienza di trauma

Disturbo da Stress Acuto

- A. La persona è stata esposta ad un evento traumatico in cui erano presenti entrambi i seguenti elementi:
- 1) la persona ha vissuto, ha assistito o si è confrontata con **un evento o con eventi che hanno comportato la morte, o una minaccia per la vita, o una grave lesione, o una minaccia all'integrità fisica, propria o di altri**
 - 2) **la risposta della persona comprende paura intensa, sentimenti di impotenza, o di orrore.**

Disturbo da Stress Acuto

- B. Durante o dopo l'esperienza dell'evento stressante, l'individuo presenta tre (o più) dei seguenti sintomi dissociativi:
- 1) sensazione soggettiva di insensibilità, distacco, o assenza di reattività emozionale
 - 2) riduzione della consapevolezza dell'ambiente circostante (per es., rimanere storditi)
 - 3) derealizzazione
 - 4) depersonalizzazione
 - 5) amnesia dissociativa (cioè incapacità di ricordare qualche aspetto importante del trauma).
- C. L'evento traumatico viene persistentemente rivissuto in almeno uno dei seguenti modi: immagini, pensieri, sogni, illusioni, flashback persistenti, o sensazioni di rivivere l'esperienza; oppure disagio all'esposizione a ciò che ricorda l'evento traumatico.

Disturbo da Stress Acuto

D. Marcato evitamento degli stimoli che evocano ricordi del trauma (per es., pensieri, sensazioni, conversazioni, attività, luoghi, persone).

E. Sintomi marcati di ansia o di aumentato arousal (per es., difficoltà a dormire, irritabilità, scarsa capacità di concentrazione, ipervigilanza, risposte di allarme esagerate, irrequietezza motoria).

Disturbo da Stress Acuto

F. Il disturbo causa disagio clinicamente significativo o menomazione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti, oppure compromette la capacità dell'individuo di eseguire compiti fondamentali, come ottenere l'assistenza necessaria o mobilitare le risorse personali riferendo ai familiari l'esperienza traumatica.

G. Il disturbo dura al minimo 2 giorni e al massimo 4 settimane, e si manifesta entro 4 settimane dall'evento traumatico.

D. Da Stress Post-Traumatico

- La persona è stata esposta ad un evento traumatico nel quale erano presenti entrambe le caratteristiche seguenti:
 1. la persona ha vissuto, ha assistito, o si è confrontata con un evento o con eventi che hanno implicato morte, o minaccia di morte, o gravi lesioni, o una minaccia all'integrità fisica propria o di altri
 2. la risposta della persona comprendeva paura intensa, sentimenti di impotenza, o di orrore. Nota Nei bambini questo può essere espresso con comportamento disorganizzato o agitato.

D. Da Stress Post-Traumatico

- L'evento traumatico viene rivissuto in uno (o più) dei seguenti modi:
 1. ricordi spiacevoli ricorrenti e intrusivi dell'evento (immagini, pensieri, o percezioni).
 2. sogni spiacevoli ricorrenti dell'evento.
 3. agire o sentire come se l'evento traumatico si stesse ripresentando (sensazioni di rivivere l'esperienza, illusioni, allucinazioni, flashback)
 4. disagio psicologico intenso all'esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simbolizzano qualche aspetto dell'evento
 5. reattività fisiologica o esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simbolizzano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento traumatico.

D. Da Stress Post-Traumatico

- Evitamento persistente degli stimoli associati con il trauma (non presenti prima del trauma), come indicato da tre (o più) dei seguenti elementi:
 1. sforzi per evitare pensieri, sensazioni o conversazioni associate con il trauma
 2. sforzi per evitare attività, luoghi o persone che evocano ricordi del trauma
 3. incapacità di ricordare aspetti del trauma

D. Da Stress Post-Traumatico

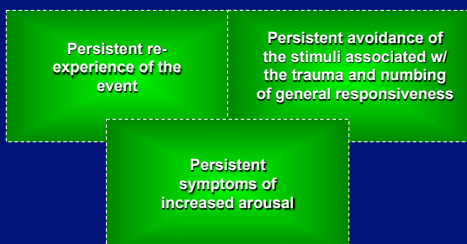
4. riduzione marcata dell'interesse o della partecipazione ad attività significative
5. sentimenti di distacco o di estraneità verso gli altri
6. affettività ridotta (per es., incapacità di provare sentimenti)
7. sentimenti di diminuzione delle prospettive future (per es. aspettarsi di non poter avere una carriera, un matrimonio o dei figli, o una normale durata della vita).

D. Da Stress Post-Traumatico

- Sintomi persistenti di aumentato arousal (non presenti prima del trauma), come indicato da almeno due dei seguenti elementi:
 1. difficoltà ad addormentarsi o a mantenere il sonno
 2. irritabilità o scoppi di collera
 3. difficoltà a concentrarsi
 4. ipervigilanza
 5. esagerate risposte di allarme.
- La durata del disturbo (sintomi ai Criteri B, C e D) è superiore a 1 mese.

D. Da Stress Post-Traumatico

3 key clinical cluster symptoms



Lifetime prevalence of PTSD

Kessler et al, (1995)

National Community Survey

Age	% of Men	% of Women
15-24 years	2.8	10.3
25-34 years	5.6	11.2
35-44 years	5.0	10.6
45-54 years	7.6	8.9
Total	5.0	10.4

PTSD Risk after a Traumatic Event

National Community Survey

	% of Men	% of Women
Rape	65.0%	45.9%
Physical abuse	22.3*	48.5
Other trauma	12.7*	33.4
Neglect	23.9	19.7
Combat	38.8*	-
Molestation	12.2*	26.5

* Sex difference significant at the .05 level, two-sided test

PTSD Risk after a Traumatic Event

Detroit Survey of Trauma

	%
Assaultive violence:	20.9
Held captive, tortured, or kidnapped	53.8
Raped	49.0
Badly beaten up	31.9
Sexual assault other than rape	23.7

-continued- Breslau et al (1998)

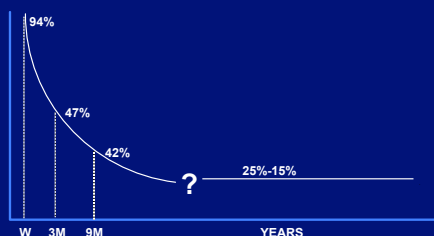
Phases of PTSD

Acute stress response

Time

Stage 1	Stage 2	Stage 3
Adrenergic surge	Full-blown symptoms	Disability
Anxiety	Helplessness	Demoralization
Rumination	Loss of control	Depression
		Despondency

Longitudinal course of PTSD



Conseguenze del PTSD – 1

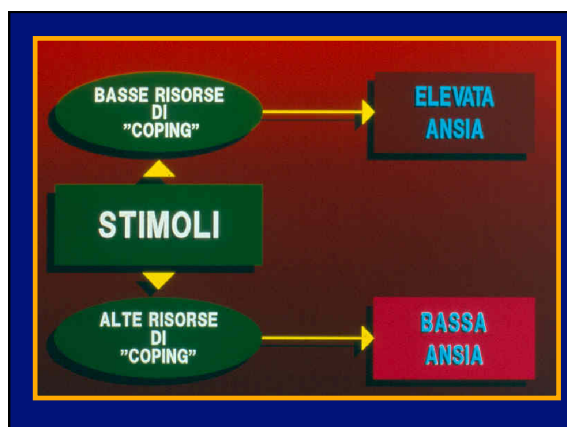
- Alterazioni persistenti della personalità, noti come Sindromi di Complicazione da Stress Post-Traumatico
 - DESNOS (Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified) (Herman & van der Kolke, 1987)
 - Enduring Personality Change after Catastrophic Experience (ICD-10, 1992)
- Comorbilità psichiatrica
 - Altri Disturbi d'Ansia (GAD, OCD) (30-60%)
 - Depressione Maggiore (20-50%)
 - D. da Abuso di Sostanze (Alcool, droghe) (20%)

Conseguenze del PTSD – 2

- Alterazione delle relazioni interpersonali e della qualità della vita
- Rischio di "trasmissione" familiare del disagio (Non elaborazione del trauma con effetti sulle relazioni con i figli? Modifica a livello genetico e di coping biologico allo stress?)

Fattori di rischio

- Traumi precedenti
- Precedente storia psichiatrica o preesistenti disturbi psicologici (in particolare per il PTSD ad esordio tardivo)
- Fase del Ciclo di vita
- Tipo e severità del trauma (associato a ASD)
- Severità sintomi acuti
- Natura della risposta allo stress
- Dissociazione Peritraumatica



Biological theories of PTSD

- Noradrenergic and serotonergic systems
 - Dysregulation of the stress response with chronic autonomic hyperactivity (↑ NA) → "positive" symptoms (hyperarousal and intrusive recollections) and 5HT depletion due to stress → irritability,
- Endogenous opioid system
 - ↑ Release of endogenous opiates → "negative" symptoms (analgesia and psychic numbing)
- Dysregulation HPA axis
- Reduced hippocampal volume (glutamate and steroid toxicity)

Neurobiologia della paura

I circuiti della paura

- **“Sistema limbico”** come insieme di strutture (talamo, ipotalamo, amigdala, giro del cingolo) centro delle emozioni
 - Stimolazione elettrica amigdala → paura
 - Blocchi o lesioni amigdala → riduzione paura
 - fMRI amigdala → attività suscitata da stimoli emozionali
- **Locus coeruleus (LC)** come modulatore e regolatore (via NA) su sistema limbico e corteccia
 - Stimolazione LC → ansia
 - Ablazione LC → minor suscettibilità a pericolo

Neurobiologia dell'ansia

I substrati della paura

- **Neuroni Serotoninergici (5-HT)**
 - Sistema diffuso a partenza dal rafe vs.
 - Corteccia prefrontale (azione su umore)
 - Gangli della base (azione su movimenti e sintomi OC)
 - Sistema limbico (modulazione ansia, panico, memoria, aggressività)
 - Ipotalamo (modulazione comportamento alimentare e appetito)
 - Midollo spinale (attività sessuale)
 - Efficacia di agonisti parziali (es. buspirone) come agenti ansiolitici (azione di antagonisti puri - meccanismo reostato)
 - Azione indiretta dei farmaci serotoninergici (es. SSRIs)
 - serotonina

Alterazioni biologiche nel DPTS

- Bassi livelli di cortisolo e ipoescrezione 17OHCS
- Ipersoppressione risposta a DST
- Iperfunzione cronica tiroidea con T3↑
- Iperreattività SNV a stimoli
- Elevata frequenza cardiaca
- Iperattivazione adrenergica periferica
- Attivazione EEG
- Alterata neurobiologia del sonno (stadi)
- Riduzione di volume dell'ippocampo

Neuroimaging e PTSD

Table 6 Central findings of neuroimaging studies

Finding	Replicability ¹
Decreased hippocampal volume	+++ ²
Increased amygdala activity	+++ ²
Decreased Broca's area (left inferior cortex) activity	+ ²
Hemispheric lateralisation	+++ ²
Decreased anterior cingulate cortex activation	++ ²
Decreased N-acetyl aspartate in medial temporal regions	+
Activation in visual cortex	+ ²

1. Replicability was rated as follows: (+) two, (++) three and (+++) four or more studies.
2. Inconsistent findings.

Hull, Brit J Psychiat, 2002

Alcuni punti da considerare

Specificità dei diversi traumi

- Multidimensionalità della minaccia e del trauma
- Intermittenza / Cronicità della minaccia
- Incertezza, imprevedibilità, intangibilità e natura anticipatoria della minaccia
- “Internalizzazione” della minaccia

[Gurevich et al., 2002]



Assessment

- **Necessità di assessment attenti**
 - Impact of Events Scale (IES) e IES-R [Horowitz et al., 1991]
 - PTSD Checklist— Civilian Version (PCL-C) [Weathers et al., 1991]
 - Intervista strutturata
 - Assessment traumi precoci, stili di attaccamento e relazioni

Interventi

A chi è rivolto l'intervento

- Primari, le vittime dirette che hanno subito personalmente l'evento traumatico
- Secondari, i testimoni diretti dell'evento, o i parenti delle vittime primarie (ad esempio, nel caso di un lutto)
- Terziari, il personale di soccorso (volontario o professionale) che si trova ad operare con le vittime primarie o secondarie.

È Necessario Fare Qualcosa

- Il periodo immediatamente successivo all'esposizione all'evento ha un'importanza essenziale.
- Il non fare nulla lascia il soggetto con una sensazione di abbandono, trascuratezza e amarezza per la mancanza di attenzione (ferita secondaria).
- Nei momenti di disagio si cerca appoggio al di fuori di sé stessi.

È Necessario Fare Qualcosa

- I postumi dell'evento (gravità, stress continuo e sostegno) possono essere più importanti degli eventi traumatici precedenti
(Brewin, 2000)
- Elevati livelli di adrenalina e noradrenalina, gli ormoni dello stress, contribuiscono al consolidamento dell'apprendimento aversivo
(McGaugh et al., 1984, Cahil, 1994).

Bisogna Fare Qualcosa – Ma Attenzione

- I ricordi degli eventi possono consolidarsi nel periodo immediatamente successivo
(Pitman, 1989).

Interventi nel PTSD

- Psicofarmacologi a (TCA, SSRI, IMAO)
- Efficacia dimostrata, ma di moderata entità a lungo termine, basso costo
- Debriefing
- Efficacia non certa negli studi controllati;
- Terapia comportamentale e cognitiva
- Efficacia dimostrata, costo medio
- Terapie psicodinamiche
- Efficacia solo alungo termine in casi particolari, alti costi

Elaborazione del ricordo traumatico

La desensibilizzazione e la ristrutturazione cognitiva permettono di cambiare prospettiva cambiando le valutazioni cognitive su di sé e incorporando emozioni adeguate

Informazioni più adeguate e funzionali vengono integrate in uno schema emotivo e cognitivo positivo.

Modello dell' Elaborazione Adattiva dell' Informazione

- **Accedere** all'informazione target permette il collegamento tra la coscienza e il punto dove l'informazione è immagazzinata in maniera disfunzionale
- **Stimolare** il sistema di elaborazione dell'informazione- mantenendolo dinamico attraverso la stimolazione bilaterale alternata
- **Spostare** l'informazione verso una risoluzione adattiva (appropriata/positiva)

Elaborazione del ricordo traumatico

- I movimenti oculari (MO) facilitano l'integrazione multimodale e interemisferica dei ricordi frammentati
- Dopo l'integrazione, i ricordi perdono la loro capacità di scatenare intrusioni e risposte emotive incontrollate

EMDR

1987 – Scoperta degli effetti dei movimenti oculari spontanei (Francine Shapiro). Vengono sviluppate procedure sugli effetti dei movimenti oculari.

1989 – Primo studio controllato pubblicato nel Journal of Traumatic Stress. Nello stesso anno si effettuano i primi studi controllati sulla terapia di esposizione prolungata, la terapia psicodinamica e l'ipnosi per il trattamento del PTSD

1990 – E' stato scoperto che anche altre forme di stimolazione bilaterale (tamburellamenti, toni uditivi) avevano effetti positivi

EMDR

- ✓ Rivivere il trauma in sicurezza data dal setting terapeutico.
- ✓ Desensibilizzazione nei confronti del ricordo.
- ✓ Cambiamento della prospettiva cognitiva.
- ✓ Narrativa.
- ✓ Ricollocazione dell'evento nel passato.
- ✓ Assimilazione e integrazione dell'esperienza.

RICERCA EMDR: META ANALISI DI PTSD

Bisson J. et al. (2007)

L'EMDR è insieme alla terapia comportamentale focalizzata sul trauma (TFCBT) la più efficace per il PTSD

Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis
British Journal of Psychiatry.
198, 97-104

La base dell'EMDR: la stimolazione alternata dei due emisferi cerebrali

L'uso contemporaneo della:

*immagine traumatica
cognizione negativa
emozioni disturbanti
sensazioni fisiche
+
stimolazione bilaterale
doppia focalizzazione
(dual focus)*

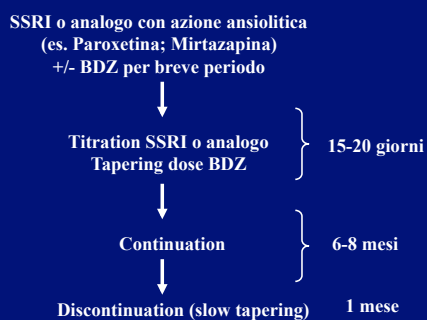
Terapia farmacologica

- Benzodiazepine
- Farmaci serotoninergici selettivi o misti
- Altri farmaci
 - Buspirone
 - Antistaminici

Farmaci ad azione specifica

- Inibitori Selettivi Re-uptake 5HT (SSRIs)
 - Citalopram (Elopram®; Seropram®)
 - Escitalopram (Cipralex®; Entact®)
 - Fluoxetina (Prozac®; Fluoxeren®)
 - Fluvoxamina (Dumirox®; Fevarin®; Maveral®)
 - Paroxetina (Eutimil®; Sereupin®; Daparox®)
 - Sertralina (Zoloft®)
- Inibitori Re-uptake NA-5HT (SNRIs)
 - Venlafaxina (Efexor®)
 - Duloxetina (Cymbalta®)

Linee-Guida Generali



Grazie per l'Attenzione!