

**OPUSCOLO INFORMATIVO
SUL DISTURBO
POST-TRAUMATICO DA
STRESS**



Cofinanțat de
Uniunea Europeană

PROJECT: "RESILIENCE AND INCLUSION FOR THE MILITARY"
1
2022-1-R001-KA220-VET-000085808

Opuscolo informativo sul disturbo post-traumatico da stress



Progetto Erasmus +: "Resilienza e inclusione per i militari"

Progetto n o. #2022 -1-RO01 -KA220 -VET -000085808

Partners

DIGITAL KOMPASS srl - Bucarest, Romania IGOR VITALE INTERNATIONAL - Foggia,
Italia

BUMIR srl - Bucarest, Romania

Organizzazione per la promozione delle questioni europee - Paphos, Cipro

Materiale prodotto con il supporto finanziario dell'Unione Europea. Il contenuto di questo materiale è di esclusiva responsabilità degli autori. L'Agenzia Nazionale e la Commissione Europea non sono responsabili dell'utilizzo del contenuto di queste informazioni.

Contenuto

Introduzione.....	3
1. Che cos'è il disturbo post-traumatico da stress?.....	4
2. Manifestazioni e sintomi.....	6
3. Stress post-traumatico nell'ambiente militare.....	8
4. Valutazione.....	10
Bibliografia.....	12

Introduzione

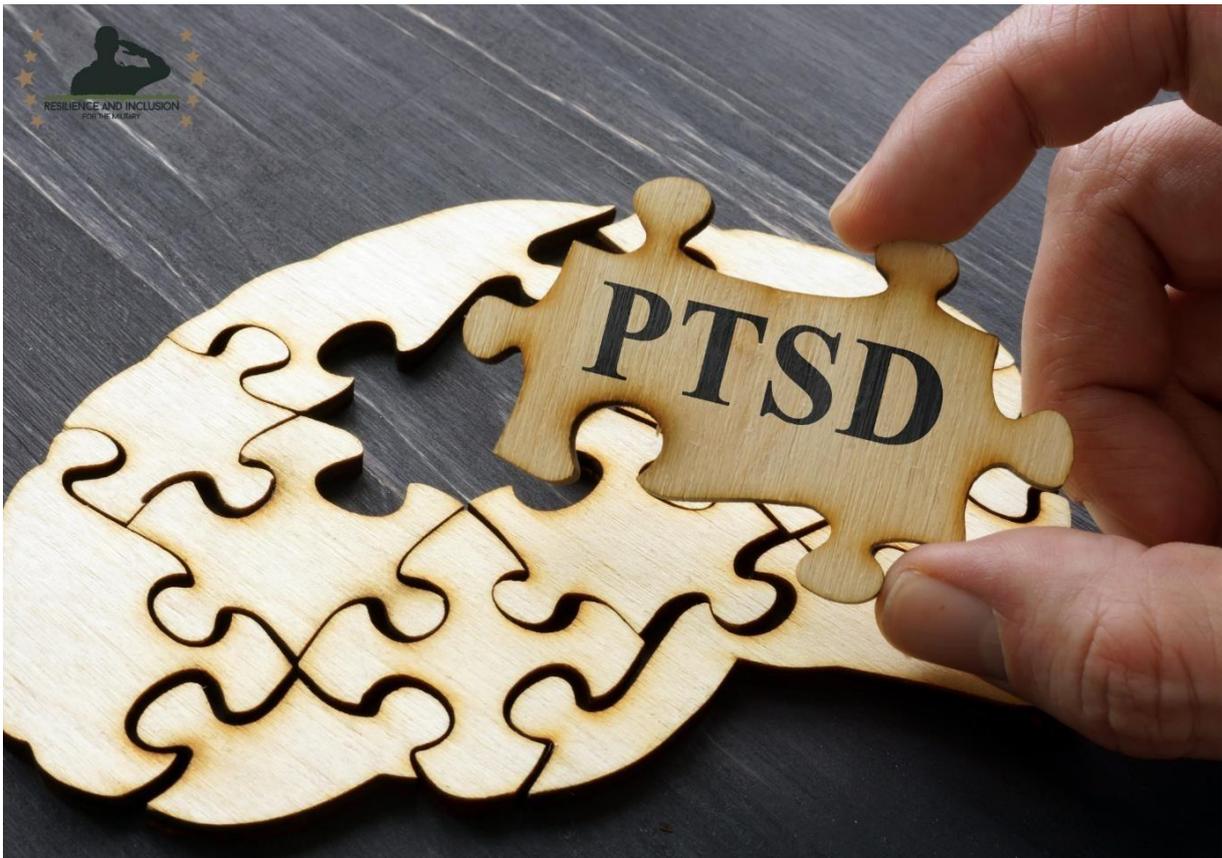
Questo quaderno contiene informazioni sul disturbo post-traumatico da stress raccolte in occasione dell'incontro tra esperti riguardante il progetto "resilienza ed inclusione per i militari".

Le informazioni vogliono essere una struttura utile alla costruzione di un manuale applicativo sul PTSD che possa essere utilizzato dai militari sia per informare che per far comprendere il PTSD. Inoltre vuole indagare le condizioni in cui si manifesta, come si può trattare e come si può gestire in autonomia con semplici passi ,utilizzabile fino a quando la persona non ritiene necessario rivolgersi ad uno psicoterapeuta.

L'opuscolo, come indicato, contiene le informazioni che descrivono il PTSD come disturbo nelle sue manifestazioni e nelle modalità di valutazione.

1. Cos'è il disturbo post-traumatico da stress ?

Il PTSD o Disturbo Post Traumatico da Stress è stato incluso nell'ultima edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-V) tra i "Disturbi associati ad eventi traumatici e stressanti". Il PTSD è una conseguenza dell'esposizione diretta o indiretta ad uno o più eventi traumatici che minacciano la vita o l'integrità fisica di una persona o delle persone vicine.

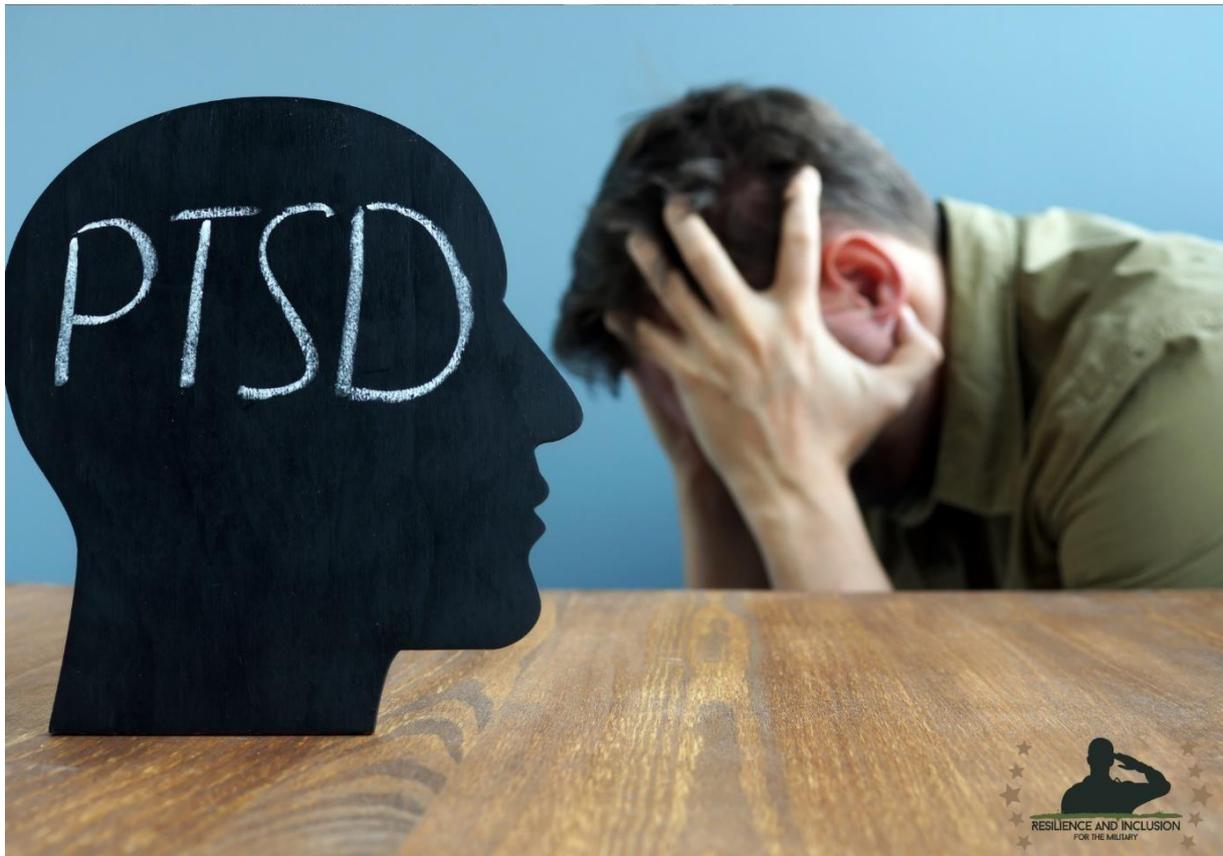


Talvolta la piena espressione dei sintomi viene ritardata e può verificarsi diversi mesi o addirittura anni dopo l'evento traumatico. Studi dimostrano come il disturbo post-traumatico da stress, quindi, possa verificarsi fino a 6 mesi dopo l'evento, inoltre, perché questa patologia possa essere diagnosticata la durata dei sintomi deve essere superiore ad un mese. Le alterazioni dei meccanismi fisiologici, cognitivi e psicologici che si verificano nel PTSD causano un disagio clinicamente significativo associato ad una compromissione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti della vita della persona. Spesso si può verificare un quadro transitorio post-clinico di disturbo acuto da stress traumatico, che può variare da individuo ad individuo, ma che di solito comporta una

risposta d'ansia causata dal rivivere l'evento traumatico stesso; questo avvenimento si distingue dal disturbo post-traumatico da stress. In alcuni individui può presentarsi una manifestazione dissociativa o distaccata, in altre persone si può manifestare in una forte risposta di rabbia con aggressività verbale o fisica, anche in situazioni di lieve difficoltà. È frequente che gli attacchi di panico si verifichino spontaneamente o siano scatenati da fattori che fanno riaffiorare il ricordo di un trauma. I sintomi devono essere presenti per almeno tre giorni dopo l'evento traumatico. Questa reazione acuta tende a regredire entro un mese con una rapida e positiva rielaborazione dei vissuti emotivi legati all'evento, grazie alle risorse psicologiche individuali, al supporto sociale e all'intervento di uno psicologo professionista. Il PTSD e il disturbo acuto da stress sono solitamente associati ad esperienze traumatiche, anche croniche. Secondo le teorie comportamentali classiche, il disturbo post-traumatico da stress deriva da processi di condizionamento classico ed operante. Secondo il condizionamento classico, l'esposizione ad una situazione traumatica (stimolo incondizionato) genera nell'individuo un'intensa attivazione fisiologica accompagnata da paura (risposta incondizionata). Successivamente, anche in presenza di stimoli privi di componente minacciosa, che sono stati comunque associati all'evento critico (stimoli condizionati), si verificano le stesse manifestazioni somatiche ed emotive (risposta condizionata). In generale, dopo l'esposizione ripetuta a stimoli innocui, le risposte condizionate dovrebbero diminuire, fino a scomparire del tutto. Quando ciò non avviene, si è innescato il condizionamento operante, che favorisce un nuovo apprendimento attraverso un sistema di rinforzi e punizioni positive o negative, prima, durante o dopo l'evento traumatico. Se il soggetto mette in atto comportamenti di evitamento, per rassicurarsi e proteggersi dall'ansia, dalla paura o dall'angoscia, non esponendosi allo stimolo condizionato, non ha la possibilità di imparare che lo stimolo non è un pericolo, ma è neutro, favorendo così un meccanismo di rinforzo negativo. Di conseguenza, la risposta condizionata non si riduce. Questo approccio sembra spiegare le cause del disagio psicologico e fisico tipico del PTSD. I flashback e gli incubi associati al PTSD rappresentano un tentativo di rielaborazione dell'evento traumatico. Il fallimento di questo processo di rielaborazione e il conseguente disagio emotivo portano l'individuo ad evitare tutto ciò che può essere associato all'esperienza traumatica, cioè luoghi, persone, situazioni, ecc. Ogni persona affronta anche le esperienze di vita più critiche o difficili secondo schemi cognitivi personali, costituiti da una serie di idee e punti di vista sul mondo, su di sé e sugli altri. Il trauma si manifesta come un evento che sconvolge le convinzioni e gli schemi cognitivi personali.

Le credenze e gli schemi precedenti che ha l'individuo, generano distorsioni cognitive e disfunzionali, si creano, così, nuovi schemi, nuovi modelli di interpretazione della realtà, che derivano dall'esperienza traumatica e che sono organizzati intorno a credenze e percezioni di un mondo minaccioso e pericoloso in cui l'individuo si sente vulnerabile e inadeguato, trovando molto difficile rimanere socialmente incluso.

2. Situazioni Manifeste e sintomi



- *Sintomi intrusivi associati all'evento traumatico*
- Ricordi dell'evento traumatico, che possono essere molto frequenti, ripetitivi, sempre uguali e possono esprimersi come flashback o incubi.
- *Sintomi di evitamento persistente di stimoli associati all'evento traumatico*
- La persona può sentire il bisogno di allontanarsi da luoghi o situazioni che ricordano l'esperienza.
- *Sintomi di alterazioni cognitive ed emotive*

- La persona può sperimentare un'amnesia totale o parziale, con l'incapacità di ricordare aspetti importanti dell'evento traumatico e sentimenti di colpa, può verificarsi un ritiro emotivo con perdita di interesse in attività precedentemente significative
- Le reazioni psicosomatiche possono derivare dall'incapacità di identificare e tradurre le sensazioni somatiche in emozioni come la rabbia o la paura.
- *Sintomi di iperattività e reattività*
- Possono verificarsi comportamenti aggressivi o autodistruttivi, ipervigilanza, problemi di concentrazione, disturbi del ritmo sonno-veglia.
- Alcuni individui sperimentano anche sintomi dissociativi persistenti di distacco dal proprio corpo, con distorsioni della percezione di sé o di parti di sé come se fossero osservatori esterni (depersonalizzazione), o di distacco dal mondo esterno che viene vissuto come irrealistico o distorto (derealizzazione).
- *Stati dissociativi transitori (non comuni)*
- Gli eventi vengono rivissuti come se stessero accadendo (allucinazioni), causando a volte la reazione dell'individuo nello stesso modo in cui ha reagito nella situazione originale (ad esempio, rumori forti come i fuochi d'artificio possono innescare il ricordo di una lotta, che può indurre la persona a cercare un riparo o a gettarsi a terra per proteggersi).
- *Depressione, altri disturbi d'ansia e uso di sostanze sono comuni tra i pazienti con PTSD cronico.*
- *Senso di colpa*
- Gli individui possono sentirsi in colpa per il loro comportamento durante l'evento o per essere sopravvissuti, a differenza di altri.
- *Persistente incapacità di sperimentare emozioni positive*
- Felicità
- Soddisfazione
- Sentimenti d'amore

3. Stress post-traumatico nell'ambiente militare

Il personale militare è altamente esposto al disturbo post-traumatico da stress. I militari che sperimentano un certo livello di stress emotivo durante un'operazione hanno un background tecnico professionale, che in linea di principio, garantisce loro una buona

capacità di adattamento e di comprensione di un ambiente di lavoro così complesso. Tuttavia, il personale militare, essendo esposto alla morte, a minacce improvvise e/o a ferite con lesioni fisiche associate a disabilità e dolore, è ancora più a rischio di PTSD rispetto a un individuo che non lavora in questo campo.

In questo modo, i principali studi hanno evidenziato che:

- La salute mentale del personale ne risente in modo significativo. La vita privata e professionale è perturbata;
- Dalla guerra del Vietnam ad oggi, il numero di soldati colpiti da PTSD è aumentato;
- L'aumento del numero di soldati affetti da PTSD è strettamente legato alla natura del conflitto, alle caratteristiche dell'ambiente operativo e alle moderne metodologie utilizzate per rilevare la diagnosi di PTSD.



I principali fattori di rischio per i PTSD nei militari sono :

- Le azioni di combattimento rappresentano il principale fattore di rischio che espone i soldati al PTSD. In tali attività i militari sono sottoposti ad una serie complessa di fattori di stress che provocano una varietà di risposte somatiche ed emotive che possono sovrapporsi ai sintomi osservati nel PTSD, rendendo difficile la diagnosi

Gestione delle dinamiche familiari:

- I frequenti allontanamenti da casa limitano l'integrazione sociale e spesso portano alla perdita del sostegno familiare e al divorzio.
- La gestione della disabilità acquisita, l'impatto psicologico a seguito di una grave lesione e il riconoscimento quotidiano di una disabilità possono causare un forte disturbo emotivo e un aumento del disagio che facilita l'insorgenza della malattia, spesso diagnosticata a seguito di atti di rabbia e di violenza che il soggetto rivolge verso i familiari;
- Il reinserimento nel contesto socio-lavorativo può rendere il soggetto vulnerabile e incline all'uso di droghe o alcol nel vano tentativo di recuperare l'immagine di sé
- Scarsa qualità del sonno, uno dei fenomeni più tipici del quadro sintomatologico.

4. Valutazione



La valutazione dello stress post-traumatico viene effettuata da:

- Osservazione anamnestica con test psicologici
- Autotest
- Auto-osservazione
- Identificazione dei sintomi

Gli strumenti psicologici che possono essere utilizzati sono:

- PTSD somministrato da un medico
- Intervista clinica strutturata per il DSM-IV- PTSD Disturbo acuto da stress
- Anxiety Disorders Interview Schedule Revised-PTSD Diagnostic Interview Schedule-PTSD
- Intervista diagnostica composita internazionale - PTSD Intervista mini
- neuropsichiatrica internazionale - PTSD
- Intervista strutturata per il PTSD
- Inventario dei sintomi del trauma Lista di controllo del PTSD
- Diagnosi di disturbo post-traumatico da stress Minnesota Multiphasic
- Personality Inventory-2
- Symptom Checklist-90 Revised-PTSD

- Valutazione completa dello stress post-traumatico Mississippi Combat PTSD
- Sintomi di PTSD
- Personality Assessment Inventory-PTSD Posttraumatic Cognition Inventory (Inventariodi cognizione post-traumatica)

In seguito a numerosi dibattimenti il **PTSD Checklist- PCL** è stato selezionato tra gli strumenti sopra elencati, come lo strumento più popolare e più utilizzato, con pro e contro, per lo sviluppo dei risultati intellettuali del progetto. Questo strumento è stato sviluppato da Frank Weathers e colleghi del National Center for Posttraumatic Disorder nel 1993. È stato originariamente costruito per valutare i veterani della guerra del Vietnam e poi utilizzato in quasi tutte le istituzioni militari e di sicurezza nazionale. Quindi, per avere un caso di PTSD (disturbo post-traumatico da stress) bisogna ottenere un punteggio > 3 su almeno un item che soddisfi il criterio B (domande 1-5), un punteggio > 3 su almeno tre item che soddisfano il criterio C (domande 6-12) e punteggio > 3 su almeno due item che soddisfano il criterio D (domande 13-17). Pertanto, un punteggio minimo di 18 valuterebbe una diagnosi di PTSD (disturbo post-traumatico da stress).



Bibliografia

- Associazione Psichiatrica Americana. (2013). Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (5a Ed.): DSM -5. Trad. it. Raffaello Cortina, Milano 2014.
- Atwoli, L., Stein, D. J., Koenen, K. C., & McLaughlin, K. A. (2015). Epidemiologia del disturbo post-traumatico da stress: prevalenza, correlati e conseguenze. *Current opinion in psychiatry*, 28 (4), 307.
- Brewin, C. R., Cloitre, M., Hyland, P., Shevlin, M., Maercker, A., Bryant, R. A., ... & Somasundaram, D. (2017). Una revisione delle prove attuali relative alle proposte dell'ICD-11 per la diagnosi di PTSD e PTSD complesso. *Rivista di psicologia clinica*, 58, 1-15.
- Costello, E. J., Erkanli, A., Fairbank, J. A., & Angold, A. (2002). La prevalenza di eventi potenzialmente traumatici nell'infanzia e nell'adolescenza. *Journal of Stress traumatico: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 15 (2), 99-112.
- Carmassi, C., Dell'Osso, L., Manni, C., Candini, V., Dagani, J., Iozzino, L., ... & De Girolamo, G. (2014). Frequenza dell'esposizione al trauma e disturbo post-traumatico da stress in Italia: analisi della World Mental Health Survey Initiative. *Journal of psychiatric research*, 59, 77-84.
- Darves-Bornoz, J. M., Alonso, J., de Girolamo, G., Graaf, R. D., Haro, J. M., Kovess-Masfety, V., ... & Gasquet, I. (2008). I principali eventi traumatici in Europa: Il PTSD nello studio europeo sull'epidemiologia dei disturbi mentali. *Journal of traumatic stress*, 21 (5), 455-462.
- Rosner, R., König, H. H., Neuner, F., Schmidt, U., & Steil, R. (2014). Terapia di elaborazione cognitiva adattata allo sviluppo per adolescenti e giovani adulti con sintomi di PTSD dopo abusi fisici e sessuali: protocollo di studio per un trial controllato randomizzato. *Trials*, 15 (1), 195.

Sitografia

- Istat (2015). La violenza contro le donne dentro e fuori la famiglia. Consultazione di: <https://www.istat.it/it/archivio/161716>
- Mind (2018). Disturbo post-traumatico da stress (PTSD). Consultat de <https://www.mind.org.uk/media/23538921/ptsd-2018.pdf>
- Royal College of Psychiatrists (2015). Disturbo post traumatico da stress(PTSD). Consultat de: <https://www.rcpsych.ac.uk/mental-health/problems-disorders/post-traumatic-stress-disorder>
- Organizzazione Mondiale della Sanità/Organizzazione Mondiale della Sanità (2003). Linee guida per l'assistenza medico-legale alle vittime di violenza sessuale. Consultato da: https://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/med_leg Linee guida/it/

Materiale produsut cu il suportu financiaru dell'Unione Europea. Il contenutu di questu materiale è di esclusiva responsabilità degli autori. L'Agenzia Nazionale e la Commissione Europea non sono responsabili dell'utilizzo del contenutu di queste informazioni



Cofinanțat de
Uniunea Europeană

PROJECT: "RESILIENCE AND INCLUSION FOR THE MILITARY"
2022-1-R001-KA220-VET-000085808