



***OPUSCOLO INFORMATIVO
SULLO STRESS POST
TRAUMATICO
- CIPRU -***



Co-funded by
the European Union

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

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

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

Partner

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 sostegno finanziario dell'Unione Europea. Il contenuto di questo materiale è di esclusiva responsabilità degli autori e l'Agenzia Nazionale e la Commissione Europea non sono responsabili per come verrà utilizzato il contenuto di queste informazioni.

Opuscolo sul PTSD - Disturbo Post Traumatico da Stress - Cipro

1. Introduzione

In occasione di un incontro organizzato dall'Organizzazione per la Promozione delle Questioni Europee, con esperti in Relazioni Internazionali, Psicologi Clinici, Medici ed esperti di Disturbo Post Traumatico da Stress; Abbiamo sviluppato questa utile brochure.

Lo stress post-traumatico è una sindrome clinica (PTSD = Post Traumatic Stress Disorder) che compare in una persona dopo un'esperienza traumatica, un'esperienza scioccante. Un evento che ha causato danni fisici/psicologici o una situazione che era pericolosa per la vita, portando l'uomo di fronte alla morte. Questo evento può riguardare direttamente gli individui o possono esservi stati testimoni in modo indiretto. Potrebbero averlo sperimentato in prima persona o potrebbero aver assistito, ad esempio, a un incidente stradale. Ad esempio, le famiglie delle vittime di un disastro naturale o di una guerra possono sperimentare lo stress post-traumatico, così come il personale di emergenza e i primi soccorritori. Per quanto riguarda il personale militare, c'è un'alta percentuale di personale dell'esercito e veterani che soffrono di PTSD, a causa dell'esposizione a esperienze dolorose che si verificano nei conflitti militari. Un soldato potrebbe essere sopravvissuto illeso alla guerra, ma assistere alla perdita di una gamba o di una mano di un commilitone potrebbe anche essere un'esperienza traumatica.

La maggior parte delle persone che hanno vissuto un evento traumatico possono avere reazioni come shock, rabbia, paura, incubi e senso di colpa. Queste reazioni sono comuni e, per la maggior parte delle persone, scompaiono nel tempo in pochi mesi. Ma in una persona che soffre di disturbo

da stress post-traumatico, questi sentimenti non solo persistono, ma peggiorano e diventano così intensi da ostacolare la persona nella sua vita quotidiana. Per essere diagnosticati, i pazienti con PTSD devono avere sintomi da più di un mese e il loro funzionamento quotidiano deve essere influenzato. Il personale militare che è sopravvissuto alle guerre o è stato ferito durante una guerra, ha buone possibilità di soffrire di PTSD a causa delle esperienze scioccanti che si verificano durante i periodi di conflitto.

2. Sintomi dello stress post-traumatico

I sintomi del PTSD di solito compaiono entro tre mesi dall'evento traumatico. In alcuni casi, tuttavia, compaiono diversi anni dopo. La gravità e la durata della malattia variano. Alcune persone guariscono entro sei mesi, mentre altre soffrono molto più a lungo.

I sintomi del PTSD sono principalmente classificati in quattro gruppi, tra cui:

- **Rivivere – Ricordi intrusivi:** i pazienti con PTSD sperimentano pensieri e ricordi traumatici ripetutamente e intensamente. Questi possono includere flashback, allucinazioni e incubi. Provano anche un'ansia intensa quando le cose ricordano loro l'evento traumatico, come l'anniversario dell'evento.

- Ricordi angoscianti ricorrenti e indesiderati dell'evento traumatico

- Rivivere l'evento traumatico come se stesse accadendo di nuovo (flashback)

- Sogni o incubi sconvolgenti sull'evento traumatico

- Grave disagio emotivo o reazioni fisiche a qualcosa che ti ricorda l'evento traumatico

- **Evitamento:** la persona può evitare persone, luoghi, pensieri o situazioni che le ricordano il trauma. L'evitamento può portare a sentimenti di ritiro e isolamento dalla famiglia e dagli amici, nonché alla perdita di interesse per le attività che la persona apprezzava in precedenza.

- Evitare aree, luoghi, situazioni e suoni specifici che ricordano l'evento.
- Ansia, depressione, intorpidimento emotivo o senso di colpa

- **Aumento dell'eccitazione:** la persona è sovrastimolata, ha emozioni eccessive, problemi di comunicazione con altre persone, difficoltà a dormire, irritabilità, esplosioni di rabbia, difficoltà di concentrazione, nervosismo o si spaventa facilmente. La persona può anche avere sintomi fisici come ipertensione e battito cardiaco accelerato, respirazione rapida, contrazioni muscolari, nausea e diarrea.
 - Rabbia, irritabilità e sovrastimolazione.
 - Comportamento aggressivo e sconsiderato, incluso l'autolesionismo.
 - Disturbi del sonno.

- **Cattivo umore:** questa categoria comprende pensieri e sentimenti legati al senso di colpa e al rimpianto, all'alienazione e ai ricordi dell'evento traumatico.
 - Perdita di interesse per attività che un tempo erano considerate piacevoli.
 - Difficoltà a ricordare i dettagli dell'evento doloroso.
 - Cambiamento delle abitudini o del comportamento dopo il trauma.

Cervello e stress post-traumatico

Il cervello ha un "sistema di allarme" che aiuta a garantire la nostra sopravvivenza. Ma nello stress post-traumatico, questo sistema diventa ipersensibile e si attiva facilmente. Cioè, nel PTSD il cervello si "blocca" in uno stato di pericolo, e anche se non sei più in pericolo (e lo riconosci logicamente), il cervello rimane vigile, in uno stato di allerta, continuando a inviare segnali di stress (ormoni come l'adrenalina e altri neurotrasmettitori), che portano ai sintomi psicologici e fisici dello stress post-traumatico. Gli studi dimostrano che la parte del cervello associata alla paura e alle emozioni (l'amigdala) è più attiva nelle persone con PTSD.

Persone che possono avere un disturbo da stress post-traumatico?

Ogni persona può reagire agli eventi traumatici in modo molto diverso, perché ogni persona ha una personalità unica con diverse capacità di gestire la paura e lo stress di un evento traumatico. Questo è il motivo principale per cui non tutte le persone sviluppano il disturbo da stress post-traumatico dopo un evento traumatico (come la morte di una persona cara). Inoltre, il tipo di aiuto e supporto che una persona riceve da amici, familiari e professionisti influisce sull'insorgenza del disturbo da stress post-traumatico o sulla gravità dei suoi sintomi.

Il disturbo da stress post-traumatico è stato osservato per la prima volta nei veterani di guerra ed è stato identificato per la prima volta nella prima guerra mondiale. Questa era la guerra delle trincee, poiché gli eserciti rivali combattevano l'uno vicino all'altro nelle loro stesse trincee, combattendo corpo a corpo. La prima guerra, è stata anche chiamata guerra di annientamento, a causa della brutalità e dell'alto costo di vite umane, senza chiari vincitori. Molti soldati della prima guerra mondiale hanno affrontato orribili atrocità che hanno avuto un impatto su di loro; causando un disturbo da stress post-traumatico.

Questo disturbo può verificarsi in chiunque abbia vissuto uno shock o un evento traumatico violento o pericoloso per la vita. Le persone che sono state abusate da bambini o che sono ripetutamente esposte a situazioni pericolose per la vita hanno un rischio maggiore di sviluppare PTSD. Le vittime di abusi fisici e sessuali hanno il più alto rischio di sviluppare il disturbo da stress post-traumatico.

3. Quanto è comune il disturbo da stress post-traumatico?

Si stima che circa il 3,6% degli adulti soffra di PTSD. Le donne hanno maggiori probabilità di sviluppare PTSD rispetto agli uomini. Ciò può essere dovuto al fatto che le donne hanno maggiori probabilità di essere vittime di violenza domestica, abusi e stupri. Il disturbo da stress post-traumatico può verificarsi a qualsiasi età, anche durante l'infanzia. I bambini piccoli che soffrono di PTSD possono mostrare un quadro diverso, atipico, come lo sviluppo ritardato in alcune aree, come l'addestramento al bagno, le capacità motorie e il linguaggio.

4. Come viene diagnosticato il disturbo da stress post-traumatico?

Sebbene non esistano test diagnostici specifici per il disturbo da stress post-traumatico, uno psichiatra può utilizzare vari test per escludere una malattia fisica come causa dei sintomi. Se non viene riscontrata alcuna malattia fisica, il medico indirizzerà la persona a uno psichiatra-psicoterapeuta che è il medico giusto per diagnosticare e curare le malattie mentali. Gli psichiatri utilizzano l'intervista, i questionari e altri strumenti per valutare la persona per il disturbo da stress post-traumatico. Lo psichiatra basa la sua diagnosi sui sintomi riportati, che includono i problemi funzionali derivanti dai sintomi, e valuta se i sintomi indicano PTSD. Affinché a una persona venga diagnosticato un disturbo da stress post-traumatico, i sintomi devono durare per più di un mese.

Il disturbo da stress post-traumatico può essere prevenuto?

Alcuni studi dimostrano che un intervento psicoterapeutico e farmaceutico immediato (cioè entro poche ore dall'evento traumatico) nelle persone che

hanno vissuto un evento traumatico può ridurre o prevenire i futuri sintomi del PTSD.

Qual è il trattamento per il disturbo da stress post-traumatico?

Il recupero dal disturbo da stress post-traumatico è un processo graduale e in evoluzione. L'obiettivo del trattamento del PTSD è ridurre i sintomi emotivi e psicosomatici, migliorare la vita quotidiana e aiutare la persona a gestire meglio le cause del disturbo. Il trattamento del disturbo da stress post-traumatico può includere psicoterapia, farmaci o entrambi.

Farmaci e stress post-traumatico

Gli psichiatri spesso raccomandano farmaci antidepressivi per trattare il disturbo da stress post-traumatico, per controllare i sentimenti di depressione, ansia e sintomi fisici, tra cui SSRI (inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina), ansiolitici (come le benzodiazepine, come lo Xanax) e, a seconda della gravità, possono integrare il trattamento con antidepressivi triciclici, stabilizzatori dell'umore e antipsicotici atipici.

Molte volte alcuni farmaci che regolano l'ipertensione e la funzione cardiaca vengono somministrati per controllare sintomi specifici: ad esempio, la prazosina può essere utilizzata per gli incubi, oppure il propranololo (Inderal) viene utilizzato per ridurre al minimo i ricordi traumatici e la tachicardia di accompagnamento.

Psicoterapia

La psicoterapia per lo stress post-traumatico aiuta la persona a superare lo shock e la paura associati all'evento traumatico. Molti approcci psicoterapeutici sono utilizzati per trattare il PTSD e includono:

- EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) che è una nuova forma di psicoterapia per l'elaborazione dei ricordi, con l'obiettivo di ridurre l'ansia e lo stress da eventi traumatici.
- Psicoterapia, che insegna alla persona a riconoscere e modificare il modo di pensare e le convinzioni negative che portano a sentimenti e comportamenti disturbanti. Si concentra anche sull'aiutare la persona a esaminare le proprie convinzioni e sentimenti causati dall'evento traumatico.
- Terapia dell'esposizione, un tipo di psicoterapia comportamentale in cui la persona rivive l'esperienza traumatica o è esposta a situazioni stressanti. Questo viene fatto in un ambiente controllato e sicuro. La terapia dell'esposizione aiuta la persona ad affrontare la paura e a sentirsi gradualmente più a suo agio con le situazioni che la spaventano e le causano ansia.
- Psicoterapia familiare che è utile quando il comportamento della persona con PTSD colpisce altri membri della famiglia.
- Psicoterapia di gruppo, che è utile in quanto permette alla persona di condividere i propri pensieri, paure e sentimenti con altre persone che hanno vissuto un evento traumatico o altre difficoltà nella vita.

Esempi/ Manifestazioni della PTSD

È possibile che un individuo non sia in grado di andare avanti, a causa delle esperienze traumatiche causate dalla PTSD. Questa incapacità di andare avanti - poiché rimane costantemente perseguitato dal terrificante passato - rafforza la presenza di altri gruppi di sintomi. Qualsiasi terapia di successo,

quindi, deve mirare a questi ricordi traumatici e la terapia dell'esposizione è specificamente progettata per raggiungere questo obiettivo.

La terapia dell'esposizione è un approccio di buon senso al fine di restituire all'individuo il controllo e contrastare l'evitamento. Conosciamo tutti l'espressione "riprendere le redini nelle nostre mani": controllare e affrontare ciò che ci spaventa piuttosto che evitarlo. I trattamenti di maggior successo per tutti i disturbi d'ansia sono costruiti attorno a questo concetto. Ad esempio, per curare qualcuno che ha paura di un insetto, diciamo i ragni, lo aiuteremo ad affrontare la sua paura.

Iniziando con il posizionare un piccolo insetto/ragno in un barattolo ai margini della stanza, lo avvicineremo gradualmente al paziente e riducendo la distanza allo stesso modo ridurrà la sua paura e gli permetterà di affrontare ragni più grandi. Ad ogni passo, l'ansia aumenterà, ma rimanendo con quella sensazione e non andandosene, diminuisce gradualmente o si "abituava" all'oggetto fobico, in modo da poter passare al passaggio successivo.

Il trattamento per il disturbo da stress post-traumatico è essenzialmente lo stesso processo. Abbiamo aiutato la persona ad affrontare gradualmente le situazioni, i luoghi e le attività che ha evitato da quando ha vissuto l'evento traumatico, perché tutti gli causano grande ansia. Chiamiamo questa esposizione "in vivo" (o vivente). Nel PTSD, tuttavia, il principale "oggetto fobico" non è al di fuori della persona ma è il ricordo dell'esperienza traumatica.

Le persone con PTSD - consciamente o inconsciamente - bloccano ed evitano questi ricordi dolorosi. La terapia dell'esposizione li aiuta ad affrontare gradualmente i ricordi e a "elaborare" l'esperienza in modo sicuro e controllato. Chiamiamo questa "esposizione virtuale". Ogni volta che affrontano quel

ricordo senza evitarlo e riescono a rimanere con esso abbastanza a lungo da ridurre l'angoscia, fanno un altro passo verso il recupero.

La prima componente della terapia dell'esposizione è che lo psicologo spieghi chiaramente al paziente cosa stiamo facendo e perché. Non dobbiamo dimenticare che stiamo chiedendo loro di fare ciò che temono di più e, nel caso del personale militare, gli individui possono aver affrontato atrocità ed esperienze dolorose. Spieghiamo la logica e il processo in ogni dettaglio, spesso utilizzando metafore per evidenziare i meccanismi coinvolti; mentre insegniamo loro strategie per la gestione del rischio. Questi non dovrebbero essere usati durante un'esposizione prolungata, ma è importante che le persone si sentano al sicuro, controllando la loro ansia, in altri momenti.

Poi chiediamo alla persona di parlare come se stesse vivendo l'evento e i momenti difficili durante la guerra; o l'oggetto che temono. Proprio come abbiamo valutato il nostro rapporto sul ragno come un oggetto fobico, così cerchiamo di fare lo stesso per la memoria. Nei primi momenti, la persona può parlare con gli occhi aperti, al passato (sono entrato nel parco...) evitando gli aspetti peggiori.

Nel report successivo, però, è importante affrontare tutti gli aspetti dell'esperienza, per fare in modo che non ci siano "fantasmi del passato" che causeranno problemi in seguito. Quindi chiediamo al paziente di chiudere gli occhi, usare il tempo presente (sto camminando nel parco...), enfatizzando tutti i sensi (vista, suono, odore, sapore, tatto) e - man mano che si procede nel trattamento - si affrontano gli aspetti peggiori dell'esperienza in ogni dettaglio.

Monitoriamo regolarmente il modello di cattivi sentimenti per assicurarci che si attenui prima di passare al livello successivo. La terapia dell'esposizione è un

processo potente sia per il terapeuta che per il cliente. L'effetto desiderato è sia quello di ridurre l'ansia che di capire meglio cosa è successo e perché. Mettere insieme i pezzi del puzzle è vitale per il recupero del paziente ed è stato a lungo riconosciuto come un trattamento efficace. Le prime variazioni sull'esposizione prolungata utilizzavano farmaci per accedere alla memoria, mentre approcci più recenti (come la desensibilizzazione)

I sintomi del disturbo da stress post-traumatico possono iniziare entro un mese da un evento traumatico, ma a volte i sintomi possono non comparire fino a anni dopo l'evento. Questi sintomi causano problemi significativi in situazioni sociali o lavorative e nelle relazioni. Possono anche interferire con la tua capacità di svolgere le tue normali attività quotidiane.

Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali DSM-5

DSM è l'acronimo di Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali. È un libro che fondamentalmente si legge come un'enciclopedia sulla salute mentale. Il libro è stato originariamente pubblicato nel 1952, ma è stato aggiornato più volte fino alla versione attuale del DSM-5. Il DSM è stato creato da più di centosessanta medici e ricercatori di tutto il mondo. Lo scopo della creazione del DSM è quello di fornire un manuale per i professionisti della salute mentale e altri lavoratori del settore. Per ricevere una diagnosi di PTSD, è necessario essere esposti a un evento stressante o traumatico. E il DSM ha stabilito dei criteri per mostrare ciò che conta come evento traumatico. Per essere diagnosticati, devono essere soddisfatti i seguenti criteri:

Criterio A (almeno un sintomo)

Per essere diagnosticato con PTSD, la persona deve essere stata esposta alla morte. Ciò non significa che dovesse essere vicino alla morte. Ciò significa che deve esserci una minaccia di morte o una lesione abbastanza

grave da provocare la morte. Questa sezione include anche la violenza sessuale.

È anche importante dimostrare che la persona non dovrebbe essere quella a rischio. Anche se potrebbe essere che siano stati esposti direttamente, potrebbe anche essere assistere al trauma, scoprire che una persona cara è stata esposta o essere esposti indirettamente come coloro che lavorano come primi soccorritori.

Criterio B (almeno un sintomo)

Prima di ricevere una diagnosi, è necessario rivivere l'evento su base continuativa. Questo non significa che debbano vivere la stessa cosa più e più volte, ma piuttosto viverla attraverso uno dei seguenti:

- Incubi
- Flashback
- Ricordi involontari
- Disagio emotivo dopo che gli è stato ricordato il trauma
- Una reazione fisica dopo che gli è stato ricordato il trauma

Criterio C (almeno un sintomo)

La persona mostra comportamenti di evitamento. Ciò significa che cercano di evitare tutto ciò che ricorda loro il trauma. Questo può essere fatto attraverso promemoria fisici o cose che li fanno pensare al trauma.

Criterio D (almeno due sintomi)

La persona sperimenta pensieri e sentimenti negativi a causa del trauma. Questo può includere sentirsi negativi nei confronti del mondo o solo di se stessi, non preoccuparsi delle attività che gli piacciono, isolamento e difficoltà a ricordare i dettagli dell'evento. Ciò include anche incolpare se stessi o qualcun altro per il trauma a un livello esagerato.

Criterio E (almeno due sintomi)

Una diagnosi di PTSD richiede almeno due dei seguenti sintomi:

- Aumentare l'aggressività o l'irritabilità
- Ipervigilanza (simile alla paranoia)
- Impegnarsi in comportamenti a rischio
- Tempi di concentrazione difficili
- Problemi a dormire
- Maggiore reattività

Altri criteri

Ci sono alcuni altri criteri che devono essere presenti affinché a qualcuno venga diagnosticato il disturbo da stress post-traumatico. Essi includono:

- Gestire i sintomi per almeno un mese
- I sintomi influenzano la disfunzione o il disagio nella vita normale, ad esempio socialmente o al lavoro

Sottotipi

Ci sono due sottotipi che sono stati definiti per il PTSD. Includono il sottotipo prescolare e il sottotipo dissociato PTSD.

Il tipo di scuola secondaria prescolare è per bambini di età inferiore ai sei anni. La suddivisione Dissociata è per le persone che provano anche sentimenti di distacco dal proprio corpo o hanno esperienze che fanno sembrare che il mondo non sia reale.

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



**RESILIENCE AND INCLUSION
FOR THE MILITARY**



Cofinanțat de
Uniunea Europeană

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