



ELENCO INFORMATIVO SULLO STRESS POST-TRAUMATICO - ITALY -



Co-funded by
the European Union

PROJECT: "RESILIENCE AND INCLUSION FOR THE MILITARY"
2022-1-R901-KA220-VET-000085808

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

Elenco informativo sullo stress post-traumatico - Italy

Testo di Igor Vitale International srl - Italia per il progetto Resilience and Inclusion for the Military

1. Che cos' è il Disturbo Post Traumatico da Stress

Il disturbo post traumatico da stress (PTSD) è una condizione mentale caratterizzata da una serie di sintomi emotivi e comportamentali che si manifestano dopo un evento traumatico. I sintomi possono includere incubi, flashbacks, evitamento di situazioni o persone che ricordano l'evento traumatico, irritabilità, difficoltà a concentrarsi, ipervigilanza e un aumento della risposta allo stress.

Sono diversi i fattori di rischio del disturbo post traumatico da stress. Gli studi ad orientamento psicodinamico hanno riscontrato che le cose non stanno proprio nella maniera proposta dal DSM (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali). In realtà, sebbene non si possa prescindere dalle caratteristiche oggettive e catastrofiche di un evento stressante, ciò non significa che il soggetto debba necessariamente sviluppare una sindrome post- traumatica. La diagnosi di PTSD necessita che i sintomi siano sempre conseguenza di un evento critico, ma l'aver vissuto un'esperienza critica di per sé non genera automaticamente un disturbo post-traumatico.

Ci sono differenze tra trauma e stress. Fonagy e colleghi (2002) hanno affermato che la reazione di un soggetto traumatizzato allo stressor rientra in un rapporto 90-10, nel senso che il 10% della sua reazione emotiva si basa sul fattore di stress attuale ed il 90% si basa sul fattore di stress traumatico passato. Tale rapporto 90-10 puntualizza la necessità di non far coincidere il concetto di trauma con la natura oggettiva dell'evento

stressante, ma di legarlo alla presenza più o meno significativa di vulnerabilità psicologiche che possono indurre il soggetto a rispondere allo stressor attuale in maniera disfunzionale, sviluppando i sintomi di un disturbo da stress post-traumatico.

Da questo punto di vista, il trauma non precede né coincide, bensì segue lo stress. Cosa predispone quindi solo una piccola parte dei sopravvissuti al trauma a sviluppare PTSD? In termini di fattori di vulnerabilità specifici per il disturbo, vi sono prove che alcune caratteristiche degli eventi traumatici hanno maggiori probabilità di innescare PTSD. L'insorgenza del disturbo risulta essere più probabile dopo un trauma prolungato o dopo eventi traumatici interpersonali. Ad esempio, ci sono tassi notevolmente più bassi del disturbo a seguito di catastrofi naturali (in genere del 5-10%).

Il Disturbo post-traumatico da stress (DPTS) è un problema mentale che può svilupparsi in seguito all'esposizione a eventi traumatici, quali incidenti, aggressioni, terrorismo o minacce alla vita. Questo disturbo può causare un grande disagio psicologico e compromettere la capacità di interagire socialmente, lavorare e svolgere altre attività importanti nella vita di un individuo.

Il DPTS è una forma di disturbo mentale che può manifestarsi dopo che una persona è stata esposta a un evento traumatico, come ad esempio essere coinvolti in un incidente stradale, un terremoto, un'aggressione sessuale, un atto di terrorismo o qualsiasi altra minaccia alla vita. Gli eventi traumatici possono causare una serie di sofferenze psicologiche per un individuo, che possono essere estremamente difficili da gestire e superare.

Per diagnosticare un DPTS, è necessario che la persona sperimenti una serie di sintomi intrusivi legati all'evento traumatico, come ricordi ricorrenti, sogni spiacevoli e reazioni dissociative. Inoltre, è necessario che la persona manifesti un evitamento persistente degli stimoli associati all'evento traumatico e alterazioni negative nei pensieri e nelle emozioni legate all'evento traumatico.

2. Come rafforzare la resilienza psicologica dei militari

I militari possono rafforzare la loro resilienza attraverso diverse strategie, tra cui:

1. **Esercizio fisico regolare:** l'attività fisica può aiutare a ridurre lo stress, migliorare l'umore e promuovere la sensazione di benessere generale.
2. **Meditazione e pratiche di rilassamento:** la meditazione e la respirazione profonda possono aiutare a ridurre l'ansia e lo stress, migliorare la concentrazione e aumentare la resilienza.
3. **Supporto sociale:** avere una rete di supporto è importante per la resilienza. I militari dovrebbero cercare di circondarsi di amici e familiari che possono offrire sostegno emotivo e supporto durante i momenti difficili.
4. **Psicoterapia:** la psicoterapia può aiutare i militari a elaborare i traumi e gli eventi stressanti, migliorare le loro capacità di coping e aumentare la loro resilienza.
5. **Educazione sull'elaborazione del trauma:** Imparare come elaborare e gestire gli eventi traumatici può aiutare a prevenire lo sviluppo di disturbi post-traumatici e aumentare la resilienza.
6. **Adattamento a nuove situazioni:** Affrontare situazioni nuove e imparare a gestirle può aiutare a costruire resilienza nel lungo termine.
7. **Pianificazione e programmazione:** Avere un piano e un obiettivo può aiutare a mantenere la prospettiva e a non perdere di vista gli obiettivi a lungo termine.

In generale, è importante che i militari abbiano accesso a risorse adeguate per gestire gli eventi stressanti e che lavorino attivamente per costruire e mantenere la loro resilienza.

3. Come affrontare lo stigma legato ai servizi di salute mentale e psicologica in ambito militare

Per affrontare lo stigma legato ai problemi di salute mentale in ambito militare, si possono utilizzare diverse strategie, tra cui:

1. **Educazione:** fornire informazioni e formazione sul tema della salute mentale ai militari e ai leader militari può aiutare a dissipare le idee preconcepite e a promuovere una maggiore comprensione e accettazione dei problemi di salute mentale.
2. **Campagne di sensibilizzazione:** organizzare campagne di sensibilizzazione per promuovere una maggiore consapevolezza e comprensione dei problemi di salute mentale, e incoraggiare i militari a chiedere aiuto se necessario.
3. **Supporto psicologico:** fornire supporto psicologico e terapeutico ai militari che soffrono di problemi di salute mentale, in modo che possano ricevere trattamenti efficaci e adeguati.
4. **Modifica della cultura:** lavorare per modificare la cultura militare in modo che sia più accettabile e incoraggiante per i militari a chiedere aiuto per problemi di salute mentale.
5. **Anonimato:** garantire l'anonimato per chi chiede aiuto, in modo che i militari non debbano preoccuparsi di possibili conseguenze negative per la loro carriera.
6. **Leader a supporto:** incoraggiare i leader militari a essere aperti e supportivi nei confronti dei problemi di salute mentale e a incoraggiare i loro sottoposti a chiedere aiuto.
7. **Protezione del lavoro:** garantire che i militari che chiedono aiuto per problemi di salute mentale non subiscano conseguenze negative per la loro carriera professionale.
8. **Supporto continuo:** fornire supporto continuo ai militari che hanno

chiesto aiuto per problemi di salute mentale, per assicurarsi che ricevano il trattamento e il supporto di cui hanno bisogno per recuperare e riprendere il loro servizio.

Il Disturbo post traumatico da stress in ambito militare

Esistono diverse situazioni traumatiche che possono causare lo sviluppo del Disturbo post-traumatico da stress (DPTS), alcuni esempi sono: eventi naturali estremi come inondazioni, incendi, terremoti, uragani e tsunami; situazioni di guerra, violenza e minaccia di morte; incidenti automobilistici, rapine, disastri aerei; malattie con prognosi infauste; lutti complessi e traumatici, sia che si assista alla morte, sia che essa coinvolga una persona cara; lavori che espongono a eventi traumatici come quelli svolti dai militari, dalla polizia o dal personale di soccorso. La gravità del trauma, la percezione della minaccia e la frequenza degli eventi traumatici sono fattori determinanti nello sviluppo del DPTS. I traumi possono essere singoli o multipli e possono essere suddivisi in due categorie: i "grandi" traumi, ovvero quelli che comportano la percezione di un pericolo immediato per la vita, e i "piccoli" traumi, ovvero quelli che comportano una percezione di pericolo ma che non hanno conseguenze estreme.

Il metodo della rielaborazione cognitiva

Il metodo in questione si propone di aiutare i clienti a gestire il Disturbo da Stress Post-traumatico (DPTS) e i disturbi emotivi, attraverso la elaborazione del trauma in modo completo, l'accettazione dell'evento traumatico e la adattamento degli schemi preesistenti per includere le nuove informazioni. Un punto chiave della terapia consiste nell'individuazione e modifica dei cosiddetti "stuck point", ovvero le zone di elaborazione incompleta, spesso manifestatesi sotto forma di distorsioni cognitive come

negazione, auto-biasimo e iper-generalizzazione. La valutazione dei stuck point è un aspetto costante durante il processo terapeutico, concentrandosi principalmente durante le sedute del trattamento centrale.

Le cause degli stuck point possono essere varie, generalmente si formano perché il trauma entra in conflitto con gli schemi preesistenti, ma anche perché altre persone inculcano informazioni conflittuali, o perché il paziente utilizza l'evitamento come strategia di difesa, o perché il paziente non ha schemi validi per classificare l'evento traumatico.

Per facilitare l'elaborazione del trauma, la CPT utilizza informazione, esposizione e mezzi di ristrutturazione cognitiva, il terapeuta fornisce informazioni sul DPTS e dimostra la relazione tra pensieri ed emozioni, gli stuck point vengono portati alla luce sollecitando i ricordi del trauma con gli affetti connessi, poi le convinzioni erranee o conflittuali vengono messe in discussione e risolte, il terapeuta si concentra in modo particolare sugli effetti del trauma sulle cinque aree di funzionamento identificate da McCann e al. ovvero sicurezza, fiducia, potere, stima e intimità, naturalmente traumi differenti a seconda del genere, possono intaccare in modo particolare alcune di queste aree. Secondo le osservazioni cliniche di Resick e Mechanic è più facile restaurare convinzioni positive in crisi che non modificare convinzioni negative radicate.

Il metodo del Neurofeedback

Il Neurofeedback si presta particolarmente bene per supportare i militari in servizio attivo, per diversi motivi. In primis, esso permette di modificare il livello di eccitazione del soggetto in modo controllato e preciso, permettendo di gestire meglio eventuali stati di stress o ansia legati alle missioni. In secondo luogo, a differenza del biofeedback tradizionale, il controllo è bidirezionale, permettendo di muovere il militare verso un livello di eccitazione più alto o più basso a seconda delle necessità. In terzo

luogo, con il neurofeedback si può operare su una gamma ampia e variabile di frequenze dell'elettroencefalogramma (EEG) e di posizioni del cuoio capelluto, rendendo possibile una maggiore specificità nella ricerca degli obiettivi e nella messa a punto dei particolari.

Entrambi gli approcci di base hanno i loro vantaggi. Il targeting specifico, che si concentra su condizioni con una forte rappresentazione corticale, come difficoltà di apprendimento specifiche, è adatto per problemi con una forte componente cerebrale legati alle missioni. Il targeting più generale, basato sui meccanismi, è invece appropriato per la disregolazione più profonde, diffuse e non specifiche, che caratterizzano molti dei problemi di salute mentale legati al servizio militare.

Un recente studio ha esplorato l'effetto del neurofeedback sullo stato di eccitazione della persona, concentrandosi sull'eccitazione tonica piuttosto che su quella fasica. Il training di neurofeedback guida la persona verso un livello di eccitazione che permette di esplorare il suo "spazio degli stati".

L'obiettivo immediato è quello di individuare la zona di comfort della persona, ovvero il punto in cui può essere meglio tollerato il training di neurofeedback. Questa zona di comfort è altamente individuale e registra l'intrinseco livello di eccitazione caratteristico della persona.

L'eccitazione può essere pensata come un composto di molte attivazioni specifiche, come ad esempio l'eccitazione cognitiva, l'eccitazione del sistema nervoso autonomo e l'attivazione del sistema del controllo esecutivo. Ogni training di neurofeedback influenza lo stato di eccitazione in generale e, mediante l'utilizzo di elettrodi specifici, è possibile influire sull'attivazione di determinati sistemi.

Il neurofeedback è stato utilizzato per supportare i veterani con Disturbo da Stress Post-traumatico (DPTS). Tra i veterani che hanno accettato di sottoporsi a questa terapia, sono stati ottenuti risultati positivi per due di loro. I veterani che hanno partecipato allo studio presentavano una serie di

sintomi tra cui: ricordi intrusivi, attacchi di panico, paure irrazionali, mal di testa frequenti, ipervigilanza, cambiamenti d'umore, ansia e depressione, stanchezza, rabbia, dolori cronici, bruxismo e problemi gastrointestinali.

Per individuare le condizioni ottimali per il training, gli elettrodi sono stati posizionati in diverse zone del cuoio capelluto ed è stato inviato un segnale a diverse frequenze di hertz, iniziando da un livello basso e aumentando gradualmente. Questo ha permesso di caratterizzare la risposta del sistema nervoso.

Una volta individuata la condizione ottimale, il segnale è stato inviato a frequenze specifiche in diverse parti del cervello per rieducare il sistema nervoso, sfruttando la neuroplasticità del cervello.

L'obiettivo immediato di questa tecnica è migliorare la capacità di autoregolazione del sistema nervoso, utilizzando i protocolli a cui ogni sistema nervoso risponde. I sintomi sono solo punti di riferimento del progresso, determinando solo le procedure di training in modo generale.

4. Come trattare il DPTS

Il trattamento del Disturbo da Stress Post-Traumatico (DPTS) inizia con un'attenta valutazione e la creazione di un piano terapeutico specifico per il paziente. Durante questa fase, è importante che il paziente e i loro familiari vengano informati sul funzionamento del DPTS e su come esso influisce sulla vita della persona interessata e delle persone intorno a loro. Inoltre, il paziente viene incoraggiato a ripensare mentalmente all'evento traumatico per poterlo esaminare in modo sicuro e controllato. La terapia mira a elaborare il vissuto emotivo del paziente, come rabbia, vergogna o colpa, spesso associati a traumi. Inoltre, il paziente impara a gestire meglio i ricordi, le reazioni e i sentimenti post-traumatici, in modo da non essere sopraffatti da essi ma al contempo evitando una repressione emotiva.

La terapia del trauma viene suddivisa in tre fasi secondo Friedman. In primis, si stabilisce una relazione di fiducia e un ambiente sicuro per accedere al materiale traumatico del paziente. Successivamente, si concentra sull'esplorazione e l'esame del materiale traumatico, così come sui ricordi intrusivi e i sintomi di evitamento/ottundimento. Infine, si aiuta il paziente a distaccarsi dal trauma e a ricollegarsi alla famiglia, agli amici e alla società. Una volta raggiunta questa terza fase, si può concentrare sui problemi del presente, come il matrimonio e la famiglia.

Alcune tecniche di terapia per il trauma

Il trattamento del Disturbo post-traumatico da stress può essere effettuato attraverso diverse tecniche terapeutiche, tra cui la psicoterapia cognitivo-comportamentale. L'obiettivo di questo tipo di terapia è aiutare il paziente a individuare e controllare i pensieri e le convinzioni negative legate all'evento traumatico e sviluppare alternative di pensiero e comportamento più efficaci. La terapia cognitivo-comportamentale mira anche a identificare gli errori logici presenti nelle convinzioni del paziente e a sostituirli con idee più realistiche e utili.

Il trattamento del Disturbo post-traumatico da stress (DPTS) in ambito militare richiede un approccio specifico, poiché i militari possono essere esposti a eventi traumatici unici e intensi come la guerra e le missioni di combattimento. Una delle tecniche utilizzate per trattare il DPTS nei militari è l'esposizione. Questo metodo consiste nel far rivivere al paziente l'evento traumatico nella sua immaginazione e raccontarlo al terapeuta, in modo che possa gestire e controllare le proprie paure. La procedura di esposizione, se graduale, consente al paziente di recuperare le funzionalità sociali e quotidiane che ha perso a causa dei sintomi acuti di ansia e della sindrome

di ansia anticipatoria. È importante che il paziente e i suoi familiari siano informati e coinvolti nella pianificazione e nell'esecuzione delle esposizioni per garantire una piena collaborazione e un trattamento efficace.

Il re-etichettamento delle sensazioni somatiche consiste nel discutere con il militare sulla natura delle diverse sensazioni fisiche che sta sperimentando. Attraverso questa conversazione, si cerca di categorizzare e comprendere in modo realistico i sintomi di ansia come conseguenza del Disturbo post-traumatico da stress. Questo metodo aiuta il militare a comprendere le cause dei singoli sintomi e a vederli come una parte normale della condizione, invece di vederli come qualcosa di straordinario e spaventoso.

"Tecniche di gestione dello stress: l'utilizzo di metodi di rilassamento e di respirazione controllata permette al militare di avere un mezzo efficace per gestire la tensione e lo stress in modo autonomo e quotidiano."

Il processo di identificazione e modificazione dei pensieri negativi associati all'evento traumatico attraverso la ristrutturazione cognitiva è importante per aiutare il militare a diventare consapevole dei propri schemi di pensiero e del modo in cui influenzano il suo stato emotivo. Inoltre, il coinvolgimento dei familiari può essere utile per ottenere la collaborazione nell'attuazione di tecniche di esposizione dal vivo e per gestire le relazioni all'interno della famiglia.

EMDR è una tecnica psicoterapeutica sviluppata per aiutare i militari che hanno subito traumi, attraverso la desensibilizzazione e la rielaborazione mediante movimenti oculari durante la rievocazione dell'evento traumatico per superare il trauma e riprendere o accelerare l'elaborazione delle informazioni relative al trauma.

Attività fuori seduta: un'altra componente importante del trattamento è l'esecuzione di attività tra una sessione e l'altra, nota come "compiti a casa" o homework. È importante sottolineare l'importanza di seguire questi compiti in quanto spesso hanno uno scopo preciso e sono necessari per il progresso del trattamento. Le attività specifiche vengono progettate in collaborazione con il militare e possono includere la registrazione di diari su obiettivi specifici, l'uso di schede per analizzare le cognizioni legate agli eventi traumatici o la pratica di tecniche di rilassamento.

Bibliografia

- Mccann I, Sakheim D e Abrahamson D. Trauma and victimization: a model of psychological adaptation. *Counseling Psychologist*, 1998
- Resick P e Mechanic M. Brief cognitive terapie for rape victims. In Roberts A (editor). *Crisis intervention and time-limited cognitive treatment*. Sage Publications, Thousand Oaks; 1995
- Come affrontare il disturbo post traumatico da stress con il neurofeedback in ambito militare
- Horowitz M. Stress response sindrome. *Personality styles and interventions*. Aronson, Northvale, 2001
- Meichenbaum D. *Treating Ptsd*. Wiley & Sons, 1994
- Meichenbaum D. *Treating Ptsd*. Wiley & Sons, 1994
- Friedman M. Interrelationships between biological mechanism and pharmacotherapy of Ptsd. In Wolf M e Mosnaim D (editors). *Ptsd: Etiology, Phenomenology, and Treatment*. American Psychiatric Press, Washington, 1990

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