

OSSERVATORIO NAZIONALE PER LA VALUTAZIONE E TERAPIA DEL DANNO PSICO SOCIALE NELLE VITTIME DEL TERRORISMO E NEI LORO FAMILIARI

Aderendo ad una nostra proposta, considerata la gravità della lesione psicologica, oltre che fisica, subita da una buona parte delle vittime del terrorismo (intendendosi per tali: gli invalidi, i loro stretti familiari, i superstiti diretti dei deceduti), l' Ospedale Le Scotte di Siena- Psichiatria Universitaria, via Bracci, 1 Siena. ha offerto la Sua collaborazione per una prima valutazione del danno psichico e l' eventuale consulenza terapeutica a quanti tra di loro possono esserne interessati.

Per tale finalità, all'interno di detta struttura universitaria pubblica, è stato costituito l'Osservatorio di cui all'oggetto che, con l'ausilio di un apposito Centro che ormai da tempo si sta occupando di casistiche analoghe agli attentati terroristici, per ciascuna vittima diretta del terrorismo e/o suo stretto familiare può valutare:

- il quadro clinico
- la memoria
- il danno celebrale

nonché fornire

- la consulenza terapeutica iniziale, che potrà essere seguita nel tempo

il tutto in regime di day-hospital gratuito. E' necessario presentare la tessera sanitaria con l'indicazione dell'esenzioni previste per le vittime ed i loro familiari.

L'iniziativa è gestita dal

Centro per la Diagnosi e cura del Disturbo post-Traumatico da Stress

presso Dipartimento di Neuroscienze –Sezione di PSICHIATRIA

diretta dal Prof. CASTROGIOVANNI

Policlinico universitario “ S. Maria alle SCOTTE”

Viale Bracci, 1

c.a.p. 53100 SIENA

Segreteria tel. 0577 586274-5 ; fax 0577 233451

Per informazioni: **Dr.ssa BOSSINI cell. 349 6731274**, **Dr.dda CALOSSI cell. 347 5721806**,

Dr.ssa TAVANTI cell. 339 8152583

Stante i numerosi accertamenti ed esami clinici, si rende di norma necessaria la permanenza di due giorni. Per il pernottamento, qualora gradito, ci si potrà avvalere del trattamento convenzionato riservato a tutti i degenti e loro familiari dell'Ospedale “S. Maria alle Scotte”, dall'Hotel degli Ulivi, tel. 0577 5755, logisticamente contiguo alla struttura sanitaria. Per usufruire di tale trattamento sarà sufficiente presentare all'albergo una certificazione di ricovero in day hospital rilasciata da uno psichiatra del Centro. Le attuali tariffe convenzionate dell'albergo, differenziate a seconda della stagione, prevedono per singola notte (inclusa colazione) la spesa di € 75,00 per camera singola, € 90,00 per camera doppia (*aggiornamento al 28 marzo 2008*)

Al fine di rappresentare seppur parzialmente la problematica, nelle due pagine successive è riportato un interessante elaborato dalla Psichiatria Universitaria di Siena, riguardante specificatamente il cosiddetto “Disturbo post-Traumatico da Stress “ (PTSD). Invitiamo ad una attenta lettura, poiché di detto disturbo potrebbero essere afflitti ancora oggi numerose vittime sopravvissute dei cosiddetti “anni di piombo”, includendo i loro stretti familiari. ed i familiari dei deceduti, che potrebbero trarre grande giovamento dalle diverse possibilità terapeutiche oggi disponibili.

Associazione Italiana Vittime del Terrorismo e dell'Eversione contro l'Ordinamento Costituzionale dello Stato

sede: presso Amministrazione Provinciale di Torino, via Maria Vittoria 12, c.a.p. 10123 Torino

tel: 011/8125406; fax: 011/8122488

e-mail: info@vittimeterrorismo.it; SITO: www.vittimeterrorismo.it introduzionebossini

IL DISTURBO POST-TRAUMATICO DA STRESS

Il Disturbo post-Traumatico da Stress (PTSD) è stato riconosciuto come disturbo solo recentemente: l'American Psychiatry Association lo ha proposto con questa dizione nella edizione del 1980 del manuale dove sono catalogati e descritti tutti i disturbi psichiatrici (DSM III, 1980) per riunire tutti i quadri successivi all'esposizione a traumi, shock, eventi e situazioni non usuali dell'esperienza umana, seguiti da protratta sofferenza psichica. Il quadro infatti insorge in seguito ad un'esperienza traumatica minacciosa per la vita, propria o di altri, la cui sintomatologia è caratterizzata da sintomi intrusivi, di evitamento, iperarousal e appiattimento affettivo.

Nella popolazione generale, secondo le statistiche, l'8% degli individui soffrono di questo disturbo.

In Italia il PTSD spesso non è riconosciuto come Disturbo Mentale, sia dai medici di medicina generale che dagli stessi pazienti. Talvolta non è diagnosticato neanche dagli psichiatri e ciò spiega perché spesso venga trattato con interventi non specifici, che ne favoriscono la cronicizzazione.

Quadro clinico

Il PTSD è definito principalmente dalla presenza o dalla assenza di sintomi tipici che caratterizzano il quadro sintomatologico il quale, pur nella sua unitarietà, si presenta articolato in diverse componenti costantemente presenti nei pazienti affetti da PTSD, indipendentemente dalla tipologia dell'evento scatenante.

Ripresentazione del vissuto traumatico (Reexperiencing)

La caratteristica fondamentale del PTSD è il ripresentarsi del vissuto traumatico che può manifestarsi sotto diverse forme: come ricordi dell'evento invasivi e ricorrenti non sollecitati dalla volontà del paziente; sotto forma di sogni angosciosi od incubi in cui il soggetto rivive il trauma; di immagini durante le quali il soggetto rivive, come allora, la situazione traumatica, come se il tempo non fosse passato, così facendo rinnovano e riportano al presente l'evento in tutta la sua drammaticità impedendo l'effetto naturalmente "terapeutico" del trascorrere del tempo; più raramente il reexperiencing si può manifestare con flashbacks ossia episodi dissociativi durante i quali il paziente sente ed agisce come se stesse rivivendo l'evento e nel corso dei quali il contesto percettivo ed affettivo sembra essere quello dell'esperienza traumatica. In tutte le situazioni sopradescritte sono presenti disagio psicologico con paura, vero e proprio terrore e reattività fisiologica che si manifesta con tachicardia, sudorazione e tremore. Anche stimoli di varia natura ed intensità che fanno riferimento ad un qualsiasi aspetto del trauma subito, quindi semplici particolari di apparente nessun significato, funzionando come "trigger point", possono scatenare la sintomatologia sopradescritta e determinare un grosso disagio psicofisico. Talvolta emergono stati affettivi spiacevoli senza che vi sia una causa apparente plausibile e il paziente si trova a piangere in modo inconsolabile senza motivo oppure manifesta moti di rabbia mal controllabili.

Sintomi di evitamento

I pazienti affetti da PTSD sono portati ad evitare tutte le situazioni e gli stimoli che possono loro ricordare, in qualche modo, lo stress subito. Infatti ciò che può risvegliare totalmente od in parte il ricordo del trauma provoca disagio ed un peggioramento dei sintomi. Una delle conseguenze di ciò che è stato appena descritto può essere un'interferenza con lo svolgimento delle normali attività quotidiane: alcuni pazienti, infatti, occupano l'intera giornata nel tentativo di evitare qualsiasi situazione, attività, od oggetto che possa risvegliare il ricordo del trauma e tali condotte di evitamento limitano in maniera significativa la vita di relazione e lavorativa delimitando fortemente il campo d'azione del soggetto.

"Appiattimento dei sentimenti"

Nel PTSD è spesso presente il "numbing", una condizione di intorpidimento affettivo caratterizzato da sentimenti di distacco verso gli altri, estraneamento dall'ambiente, riduzione marcata delle aspettative future e della partecipazione ad attività significative. Il paziente emotivamente distante, indifferente e non responsivo, è incapace di provare tristezza, perde la gioia di vivere e la risonanza con il mondo esterno, e si estrania dagli altri fino a compromettere i rapporti familiari (molto frequenti sono le separazioni e i divorzi) ed in generale tutte le relazioni interpersonali.

In questa condizione di ottundimento emotivo possono comparire improvvisamente reazioni di angoscia o collera anche in risposta a stimoli di lieve entità, determinate dallo stato di iperarousal in cui vivono tali pazienti. Per superare la paralisi emozionale che lo incatena all'esperienza traumatica e lo anestetizza nei riguardi di tutto ciò che c'era precedentemente di significativo nella sua vita, il paziente spesso si lascia coinvolgere in esperienze forti, estreme, pericolose, mettendo in atto anche comportamenti temerari. Ne scaturisce un'esistenza coartata sul piano affettivo, con l'impossibilità di stabilire una reale empatia con gli altri ed un graduale ritiro sociale.

Gli aspetti sintomatologici del numbing creano un quadro clinico simile ma assolutamente non sovrapponibile all'apatia della Depressione Maggiore, patologia tra l'altro frequentemente in comorbidità con il Disturbo Post-traumatico da Stress.

Iperarousal

I pazienti affetti da PTSD vivono in uno stato di tensione continua. I soggetti che hanno subito un evento traumatico che ha lasciato tracce indelebili hanno perso la capacità di modulare le risposte di "paura", si sentono sempre "sul filo del rasoio", nell'aspettativa continua di qualcosa di minaccioso e rispondono a qualsiasi stimolo con un'intensità adeguata a situazioni di emergenza. Stimoli debolmente ansiogeni o neutri determinano così ingiustificate manifestazioni neurovegetative (tachicardia, tachipnea, tremore, sudorazione etc.), irritabilità e scoppi di collera ("*non riesco a sopportare più niente e nessuno*") Tra i sintomi di ipervigilanza vanno anche considerati la difficoltà ad addormentarsi e a mantenere il sonno e gravi problemi di memoria e di concentrazione, soprattutto in fase acuta. I sintomi descritti possono comparire immediatamente dopo l'evento o a distanza di tempo. Se il PTSD insorga in maniera anacronistica (dopo anni dall'evento) si parla di **Esordio tardivo**. Le tracce del trauma rimangono a lungo. A volte sembra che l'evento non ne abbia lasciate. La persona va avanti nella sua vita, anche per molti anni; poi un piccolo evento di intensità e significato assai inferiori a quello precedente anche se con esso coerente, un dettaglio apparentemente insignificante richiama il trauma ed ecco che, di colpo, esplose il quadro psicopatologico completo.

Un inizio del PTSD, sfasato di mesi e talora di anni rispetto all'evento, è tutt'altro che infrequente.

Quell'evento traumatico che sembrava superato, se non dimenticato, aveva in realtà lasciato tracce profonde, condizionando una grave vulnerabilità: è sufficiente un microtrauma successivo per riattivarlo, scatenando il quadro clinico.

Decorso

Il decorso più tipico è quello cronico, tant'è che, a distanza di alcune decadi dalla guerra del Vietnam ed anche del Golfo, una percentuale significativa di veterani affetti da PTSD presenta tutt'ora il disturbo e in molti prigionieri della II guerra mondiale persistono sintomi del PTSD a distanza di cinquanta anni. Sebbene la prevalenza del PTSD tra le vittime di stupro cala drammaticamente dopo tre mesi, quasi la metà di questi pazienti continuano a presentare il PTSD a distanza di nove mesi e più del 10% a distanza di 15 anni.

Inoltre il DPST cronico, come attestato da autorevole letteratura medica, può diminuire le difese immunitarie, causare e/aggravare malattie gastroenterologiche, cardiache, dermatologiche ed indurre all'alcolismo.

Terapia

La necessità di attuazione di una terapia specifica per il PTSD nasce prima di tutto dalla constatazione della gravità globale di tale disturbo: non si tratta di ricordi spiacevoli relativi ad eventi spiacevoli o traumatici; il nucleo è l'arresto della persona e del suo cervello, al momento dell'evento. Lo scopo principale della terapia è quindi, in questo disturbo, quello già a suo tempo identificato da Freud (1914): "... mentre il paziente lo rivive come qualcosa di reale e vero, noi dobbiamo svolgere il compito terapeutico, che consiste principalmente nel ritradurlo in termini del passato". Grazie ai numerosi studi presenti in letteratura il miglior presidio terapeutico al fine di ottenere tale scopo sembra essere quello che prevede un'integrazione degli approcci psicoterapici e farmacologici, che si è dimostrata efficace anche per quei quadri clinici insorti a distanza di tempo dall'evento traumatico (PTSD ad effetto ritardato).

Oltre al quadro clinico descritto gli eventi traumatici possono sovrapporsi al DPST sintetizzando o aggravando anche altri Disturbi come la Depressione Maggiore, il Disturbo di Panico o il Disturbo dell'Adattamento. In tutti questi casi sono a disposizione molte possibilità terapeutiche finalizzate a "far tornare a vivere" tutti coloro che sono stati vittime dirette o indirette di eventi shockanti.