



# UNIVERSITÀ DI PARMA

**DIPARTIMENTO DI MEDICINA E CHIRURGIA**

**CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN PSICOBIOLOGIA E  
NEUROSCIENZE COGNITIVE**

**ADATTAMENTO E STANDARDIZZAZIONE DEL TEST HARVARD  
TRAUMA QUESTIONNAIRE (HTQ) IN ITALIANO, TRAMITE UN  
CAMPIONE DI TIPO NON CLINICO.**

**Relatore:**

***Chiar.ma Prof.ssa OLIMPIA PINO***

**Controrelatore:**

***Chiar.ma Prof.ssa ANNALISA PELOSI***

**Laureando:  
NICOLO' CANEO**

**ANNO ACCADEMICO: 2016-2017**

## **INDICE**

**ABSTRACT: PP.4**

**ABSTRACT IN INGLESE: PP.6**

**CAPITOLO PRIMO: "IL DISTURBO POST TRAUMATICO DA STRESS": PP.8**

**1.1 Definizione di trauma: PP.9**

**1.2 Caratteristiche e classificazione del PTSD: PP.15**

**1.3 Neurofisiologia del trauma e dello stress: PP.23**

**1.4 Test per PTSD: PP.32**

**CAPITOLO SECONDO: TRATTAMENTO DEL PTSD: PP.38**

**2.1 Trattamento farmacologico: PP.39**

**2.2 Trattamento psicoterapeutico e terapia cognitivo-comportamentale: PP.47**

**2.3 Terapia EMDR: PP.50**

**2.4 Terapia metacognitiva: PP.55**

**2.5 Terapia psicodinamica PP: 56**

**CAPITOLO TERZO: CONTRIBUTO EMPIRICO: PP.59**

**3.1 Strumenti: PP.66**

**3.2 Traduzione del test HTQ: PP.70**

**3.3 Procedura e campionamento: PP.70**

**3.4 Risultati: PP.74**

**3.5 Discussione: PP.87**

**3.6 Conclusioni: PP.92**

**BIBLIOGRAFIA: PP.98**

**RINGRAZIAMENTI: PP.107**

## **ABSTRACT**

Questo elaborato ha come obiettivo finale l'adattamento e adeguamento in lingua italiana del test Harvard Trauma Questionnaire reperito nella originaria lingua inglese, che va ad indagare il disturbo post-traumatico da stress. E' un test inizialmente nato secondo i criteri diagnostici del DSM-III ma poi adattato al DSM attuale, ovvero il V, da Vindbjerg.

Inizialmente, per inquadrare l'argomento, il primo capitolo parte esprimendo delle varie definizioni che sono state riferite al concetto di trauma da alcuni grandi autori della storia della psicologia e nell'ambito medico in generale. Di seguito, sono riportate le caratteristiche che compongono la sintomatologia del disturbo post traumatico da stress con la seguente classificazione dei sintomi, secondo il DSM-V e da alcuni autori che ne parlano. Il terzo paragrafo del primo capitolo fa riferimento alla neurofisiologia dello stress e del trauma, andando a definire in maniera dettagliata l'apparato neuroendocrino, le azioni dei neurotrasmettitori ed i distretti cerebrali, implicati nella reazione agli stimoli e agli eventi stressanti. L'ultima parte del primo capitolo invece parla di alcuni test esistenti in letteratura, collaudati per diagnosticare, secondo i criteri del DSM, la patologia.

Il capitolo secondo mira ad elencare alcuni trattamenti ed approcci terapeutici che hanno lo scopo di aiutare le persone colpite dal disturbo.

L'ultima parte è invece incentrata appunto sui veri obiettivi sperimentali: adeguare il test HTQ, per la popolazione italiana. La parte iniziale, fa riferimento, come preambolo allo studio sperimentale, su alcune calamità naturali che hanno colpito la nostra nazione negli ultimi anni, per evidenziare quanti eventi disastrosi, hanno potuto portare malessere a nostri connazionali il che ci ha spinto a questa ricerca; in questa introduzione vi è anche una sintesi del protocollo di studio e la descrizione di tali obiettivi. In seguito si sono descritti gli strumenti utilizzati (Harvard Trauma Questionnaire, Disaster

Mental Health, Binge Eating Scale), ed'è stato descritto nel paragrafo successivo le fasi che hanno costituito la traduzione dall'inglese all'italiano.

Nella fase centrale del capitolo, sono stati rappresentati in maniera statistica, i soggetti costituenti il campione composto da numerosi studenti dell'Università degli studi di Parma ed il procedimento della fase sperimentale.

Infine, nell'ultima parte sono stati presentati i risultati delle elaborazioni dei dati inerenti agli esiti di ricerca; essi hanno risposto in maniera non ottimale alle ipotesi di partenza, per alcuni fattori limitanti spiegati poi nella seguente discussione e nella conclusione dello studio.

## **ABSTRACT IN INGLESE**

This work has the final purpose to adjust/adapt the native english Harvard Trauma Questionnaire ,in the Italian language, which investigates post-traumatic stress disorder. This test initially/first born in according to the diagnostic criteria of the DSM-III but then adapted to the actual DSM 5, from Vindbjerg.

Initially, to frame the topic, the first chapter starts by talking about the various definitions that have been given to the concept of trauma by some great authors in the history of psychology and in the medical field in general. Below are the characteristics that make up the symptomatology of post-traumatic stress disorder with the following classification of symptoms, according to the DSM-V and by some authors who speak about it. The third paragraph of the first chapter refers to the neurophysiology of stress and trauma, going to define in detail the neuroendocrine system, the actions of neurotransmitters and brain districts, involved in the reaction to stimuli and stressful events. The last part of the first chapter instead speaks of the various tests existing in the literature, tested to diagnose, according to the DSM criteria, the pathology.

The second chapter aims to list some treatments and therapeutic approaches that are intended to help those affected by the disorder.

The last part, on the other hand, is focused on the real experimental objectives of this thesis, that is, it tries to realize the starting hypothesis we have set ourselves: to adapt the HTQ test for the Italian population. The initial part, as a preamble to the experimental study, refers to some natural disasters that have struck our country in recent years, to highlight how many disastrous events, have led to discomfort to our fellow countrymen that drove us to this research; in this introduction there is also a summary of the study protocol and the description of these objectives. The tools used were

described below (Harvard Trauma Questionnaire, Disaster Mental Health, Binge Eating Scale) and the phases that constituted the translation from English into Italian were described in the next paragraph.

In the central phase of the chapter, the subjects constituting the sample composed of numerous students of the University of Parma and the procedure of the experimental phase were represented in a statistical manner.

Finally, in the last part the results of the processing of data concerning the research results were presented; they responded in a suboptimal way to the starting hypotheses, for some limiting factors explained then in the following discussion and in the conclusion of the study.

## CAPITOLO PRIMO

### “IL DISTURBO POST TRAUMATICO DA STRESS”

#### 1.1 DEFINIZIONE DI TRAUMA

Cercando di definire in modo preciso il disturbo post-traumatico da stress, ci si accorge della sua complessità e di come i vari tentativi di spiegazione, fatti dalle diverse discipline, non si siano dimostrati esaustivi, né sia possibile avere una visione d'insieme semplicemente sommando i concetti di una disciplina a quelli di un'altra.

È un tipo di disturbo che comporta sofferenza alle persone che hanno vissuto l'esperienza di un evento traumatico, che ha coinvolto, morte, minaccia di morte, gravi lesioni, catastrofi naturali, divorzi, separazioni o dell'integrità fisica propria o altrui; la persona “colpita”, solitamente, reagisce con sintomi di paura e di impotenza di fronte a eventi catastrofici.

Eventi che possono essere ritenuti traumatici secondo Norris (Norris, 1992) sono:

- la violenza sessuale;
- l'essere tenuti in ostaggio o incarcerati (come nei campi di concentramento);
- essere stati vittima di catastrofi naturali, terremoti, alluvioni, incendi, incidenti stradali.
- aver vissuto o assistito a gravi ferimenti, lesioni o morti violente, combattimenti, guerre o essersi trovati di fronte ad un cadavere o a parti di esso.



Questi eventi comunque possono assumere qualsiasi tipo di sfaccettature purché siano destabilizzanti per la persona in questione e sono varie, infatti, le esperienze che possono rappresentare un trauma psicologico. Il tipo di trauma che la persona sperimenta è solo uno dei tanti fattori che determinano l'impatto del trauma stesso e la probabilità che si sviluppi un PTSD.

Esperienze traumatiche diverse, infatti, sono molto comuni in quasi tutti gli individui nell'arco di una vita; esse possono essere associate a differenti probabilità di sviluppare un disturbo post traumatico perché l'effetto sulla persona dipende dal tipo e dalla gravità del trauma subito, ed anche dal tipo di tratti caratteriali del soggetto in questione a livello di vulnerabilità (Sgarro, 1997).

Le ricerche, condotte, in questi anni, soprattutto negli Stati Uniti, hanno rilevato come circa 70% degli individui adulti abbia fatto esperienza di un evento traumatico nel corso della propria vita (Norris, 1992); questo per mostrare l'incidenza e la possibilità così alta di riscontrare episodi e situazioni gravi e dolorose a livello emotivo.

La parola "trauma", in senso stretto, può far venire in mente le varie definizioni che si associano anche ad aneddoti espressi nella storia della psicologia. Il termine "trauma" ha un'origine complessa: il difficile inquadramento di tipo concettuale si avvale anche dal suo essere derivato dall'ambito medico, che sostiene che l'organo traumatizzato è il motivo che scaturisce da una lesione a causa di un oggetto esterno al corpo, che ne invalida il normale funzionamento (Zennaro, 2011).

In senso più lato, il trauma può essere visto come un evento imprevisto, improvviso e imprevedibile che il soggetto vive come destabilizzante a livello psicologico.

In questo senso la persona viene dominata dal trauma in termini di risposte e reazioni comportamentali, che riportano ad una condizione d'impotenza, appunto, ad un'esperienza sconvolgente e incontrollabile che può fluire in un flusso di sensazioni ed emozioni incontenibili,

travolgendo le normali difese dell'individuo che lo rendono privo di ripari e incapace di reagire, imponendo la messa in atto di difese patologiche (Resick P, Nishith P, Griffin M. 2003).

Da un punto di vista etimologico la parola *trauma* deriva dalla parola greca τραῦμα, che vuol dire "perforare", "ledere", "danneggiare", "rovinare" e contiene un doppio significato riferita ad una ferita con lacerazione, ed alle conseguenze di un impatto, di uno shock violento sull'insieme dell'organismo.

Largamente esteso nell'ambiente delle scienze medico-chirurgiche, durante il XVIII sec. Il termine è stato adottato dalla psichiatria e dalla psicologia clinica che dimostrano con esso la prevaricazione e sottomissione dell'individuo scaturito da uno stimolo eccessivo.

I primi autori a discutere delle conseguenze di vita opprimenti furono lo psichiatra francese Janet, il cui compito è indispensabile per la comprensione e il trattamento dei disturbi allacciati al trauma, e Charcot, neurologo francese, il quale conia il termine "Isteria traumatica", ovvero uno stato mentale imposto da un forte shock.

Charcot considerò che la paralisi fisica non fosse sempre dovuta a episodi che davano lesioni organiche ma, in alcuni casi, si poteva riscontrare una paralisi ugualmente in mancanza di un trauma del corpo; da qui pensò che le paralisi isteriche, di tipo post-traumatiche, fossero dovute ad uno shock psichico. Fondamentalmente è l'impatto emotivo che causa la paralisi e pertanto l'isteria traumatica, nel modo in cui ci viene noto dallo stesso autore:

*"l'influenza del traumatismo sulla produzione delle paralisi e delle contratture è ben nota. Non vi è nessun rapporto fra la violenza del traumatismo e il grado del disturbo motorio che egli tiene dietro. Il fattore essenziale è l'emozione, lo shock morale che accompagna la violenza. La paralisi che compare*

*dopo i traumatismi non compare immediatamente dopo lo shock, ma soltanto dopo un tempo più o meno lungo, dopo un periodo di incubazione o di meditazione, di auto-suggestione, durante il quale l'idea di impotenza dell'arto ferito, ingigantisce e si impone alla mente dell'ammalato” (Charcot, 1881).*

Poi, Freud (1885), Nelle sue prime teorizzazioni giunse a spiegare i disturbi nevrotici attribuendone un'origine di tipo post-traumatico. Secondo la “teoria della seduzione”, durante l'infanzia e lo sviluppo dell'individuo si verificano una serie di episodi stressanti che segnano la crescita dell'Io; questi episodi sono interpretabili come seduzioni iniziali all'apparato sessuale che genererebbero un'esperienza di tipo traumatica; l'immaturità dell'apparato, infatti, non permette di gestire l'eccitazione, i fattori ed i motivi che l'accompagnano. Ne consegue una rimozione di tale esperienza, delle emozioni, sensazioni e dei ricordi ad essa collegati che fa nascere uno stato di ansia. Secondo l'autore ogniqualvolta il materiale represso osa emergere, si può riscontrare altresì una sintomatologia correlata che conduce la persona al trattamento.

Nel 1897 Freud cambiò la sua teoria della seduzione affermando come l'eventuale episodio traumatico costituiva una comorbilità della nevrosi; ossia, rifiutando l'ipotesi che il trauma fosse per forza un evento di tipo reale, il soggetto poteva giungere al trattamento anche in seguito a fantasie legate alle pulsioni libidiche e ai conflitti derivanti dall'allontanamento e dalla perdita dell'attaccamento da parte delle figure genitoriali. Il contributo di Freud, comunque, nello studio del trauma è ben riepilogato nel seguente enunciato: «Freud ha postulato due ampi effetti del trauma sull'individuo: il primo comprende la fissazione del trauma con tentativi di ricordare o ripetere il trauma e il secondo comprende una reazione di difesa di rimozione, nel quale si cerca di non ricordare né ripetere il trauma» (Brett, Ostroff, 1985).

Di fronte ad un unico evento traumatico è possibile prevedere due tipi di reazione quindi, una di rielaborazione dell'evento per ricomprenderlo nell'esperienza psichica del soggetto, una seconda che lavora per eliminarlo in modo definitivo (Rogersiani, 2001).

A questo si allaccia l'idea di Kardiner (1941), che, nell'elaborare la questione delle nevrosi traumatiche di guerra, riconobbe in primis l'importanza da parte dell'Io di controllare il trauma per ripristinare l'equilibrio sconvolto dai gravi stimoli esterni che ne sbriciolano la sua barriera. Col termine "traumatofobia" descrisse il tentativo da parte dell'Io terrorizzato di sfuggire o evitare ulteriori esperienze traumatiche; i sintomi della nevrosi traumatica sarebbero per la maggior parte reazioni di evitamento.

Nel 1947 con Spiegel identificò nelle nevrosi traumatiche due fasi: una acuta detta "fisioneurosi" in cui l'organismo inibisce quegli aspetti del meccanismo psicologico e fisico che autorizzano l'orientamento, il contatto e la manipolazione dell'ambiente. In questa fase prevalgono gli aspetti reattivi del sistema autonomo (stato di confusione agitata o stuporosa, ansia...). Nella seconda fase, di fronte alla indebolita capacità di adattarsi, la personalità si riorganizza nel tentativo di compensare le sue debolezze (turbe mnestiche, astenia fisica...) (Sgarro, 1997).

Un altro autore a parlare di trauma è M. Khan, che nel suo lavoro sul Trauma cumulativo (1964), tentò di coniugare le teorie di Freud con quelle nel frattempo elaborate dalla psicologia dell'Io e dai teorici delle relazioni oggettuali, mettendo in risalto il ruolo dell'ambiente e della madre nel generare conseguenti movimenti difensivi diretti a far fronte alle difficoltà che il bambino urta nell'evoluzione del proprio sé. L'autore ebbe il merito di dare rilievo ed importanza a come anche una serie di piccoli eventi unendosi possono avere un effetto patologico sulla strutturazione dell'istanza psichica dell'Io (Bonfigli, 1997).

Il trauma, secondo un approccio fenomenologico, può essere compreso come un tassello che l'individuo non riesce ad incastrare nel puzzle del suo percorso di vita ma che lo porta ad una totale modificazione alla sua immagine del mondo. In seguito al trauma la realtà appare caotica, malevola ed incerta opponendosi ad un importante e primario desiderio di sicurezza e di piacere legato alla soddisfazione di bisogni di conservazione e di autorealizzazione (Maslow, 1990).

L'episodio traumatico va infatti ad inficiare soprattutto il senso di sicurezza che si esprime nella capacità di poter fare previsioni su di sé e sul mondo che ci circonda.

Altri tipi di ricerche a livello trans-culturale, ci suggeriscono che non è possibile parlare di eventi traumatici in termini assoluti. Se è possibile che le persone reagiscano al trauma sulla base del significato che ad esso viene attribuito e poiché questo concetto è condizionato dal fattore sociale, lo studio del fenomeno traumatico non può prescindere dall'esame che di quell'evento ne ha dato il gruppo di appartenenza (Kleber, Figley, Gerson, 1995).

La cultura di tipo occidentale nell'analisi dei fatti traumatici si riferisce attraverso chiavi di lettura che elogiano l'individualismo come gli è proprio fare. In direzione opposta in società ad esempio ove prevale la dimensione del sociale, del gruppo, il medesimo fenomeno impegna chiavi di spiegazione completamente diverse. Parlando in questi termini il trauma, quindi, non può assumere un significato assoluto ma bensì relativo. L'essere rapiti e costretti alla prostituzione, ad esempio, può essere visto in termini individuali rispetto al concetto che l'evento ha per il sottomesso, ma questo sarà ben diverso se il contesto sociale contrasta rifiutando il reinserimento della persona alla luce di quanto le è successo. Così in un evento traumatizzante come una guerra, può assumere il carattere primario il trauma del diventare vedova, o essere soggetti abusati. Questo cambio di prospettiva diviene fondamentale per definire anche le conseguenze che uno stabilito evento può avere sul soggetto e per prevederne l'impatto emotivo. Il passaggio ad un'osservazione oltre che degli aspetti individuali

anche sociali e culturali conseguenti al trauma, ha consentito di esaminare come una logica della “vittimologia”, e una logica della “sopravvivenza” assunti dalle persone vittime di un trauma generino in esse impatti diversi. Le vittime di eventi traumatici sono considerate oggi assolutamente bisognose di un intervento psicologico. La dimensione sociale lo vive oggi come un impegno doveroso e fondamentale nei confronti di queste persone; esse da parte loro se lo aspettano e si pongono in un atteggiamento di attesa rispetto ad un insieme di attenzioni e provvedimenti adeguati rispetto a quello che hanno vissuto.

Il trauma è stato definito anche da Terr (1994) che l’ha diviso in “Tipo I” e “Tipo II”.

*Trauma di Tipo I:* si riferisce a un singolo evento traumatico, ad esempio un trauma improvviso e inaspettato; in questo caso vi è un rischio più basso di sviluppare un PTSD rispetto al trauma di Tipo II o Trauma Complesso.

*Trauma di Tipo II:* questo solitamente implica un tradimento sostanziale della fiducia nelle relazioni primarie. Il trauma di Tipo II è spesso interpersonale e causato da una persona nota alla vittima. Il più delle volte si verifica in combinazione con altri traumi e comporta un rischio più elevato di sviluppare un disturbo post traumatico.

Esperienze traumatiche diverse sono associate a differenti probabilità di sviluppare un disturbo post traumatico perché l’effetto sulla persona dipende dal tipo e dalla gravità del trauma subito (Terr, 1994).

Gli psicoanalisti, perciò, esaminano come i pazienti traumatizzati siano incapaci di ricordare, e di richiamare alla mente i nuclei associativi (rappresentazioni e affetti) interessati dal trauma. Si è parlato di esperienze non rappresentabili o meglio ancora, non pensabili. Le Neuroscienze in generale

richiamano le ricerche sulla memoria implicita e ipotizzano, sulla scia di alcune riflessioni psicoanalitiche, che un tipo di trauma corrente possa non solo registrare nuove tracce psicologiche e mentali ma rimaneggiare tracce arcaiche, al punto da influenzare in maniera esagerata lo stato psichico del paziente.

Proprio le neuroscienze ci istruiscono come il termine “traccia” rischi di essere sviante poiché denota qualcosa di saldo o stabilizzato, fintanto che i processi di memoria sono in incessante divenire e continuamente rielaborati (Bonfanti, 2011). Dunque bisognerebbe pensare il trauma come un *“Particolare modo di funzionamento della mente concernente il trattamento di alcune informazioni, nel quadro di tutte le informazioni recepite, nel passato e nel presente....”* a livello di funzionamento mentale (Bryant, et.al, 2008).

## **1.2 CARATTERISTICHE E CLASSIFICAZIONE DEL PTSD**

Il trauma è un evento che si costituisce come un attacco contro la persona e la sua sopravvivenza, che entra impetuosamente in modo aggressivo nell'organizzazione psichica del soggetto superando ogni sua possibilità di difendersi.

Esso si riferisce ad un avvenimento di stress estremo a cui l'individuo non riesce a far fronte e per questo va valutato nella sua particolarità. Un medesimo avvenimento potrebbe risultare di tipo traumatico per un soggetto ma non per un altro; quindi, il trauma, è determinabile in quanto tale solo dai sopravvissuti a quello specifico evento (Bryant, et.al, 2008).

Si può affermare che, nell'esperienza del trauma, l'individuo è come se percepisse il timore della morte, dell'annichilimento, della mutilazione e l'esperienza mentale, fisica ed emozionale di essere sottomesso.

Si dovrebbe studiare il trauma attraverso diversi aspetti, ed esaminarlo nella sua componente clinica, individuale, e inserito in una dimensione sociale.

In passato, l'interesse, è stato posto dapprima proprio sulla sintomatologia proveniente dal trauma; ovvero a come si manifestava nel soggetto il trauma e a come l'individuo reagiva ad esso.

In seguito sono stati presi in considerazione anche i fattori che hanno la capacità di rappresentare un rischio per il manifestarsi di alcune forme del PTSD, derivante dall'evento traumatico, ed infine sono state tracciate alcune informazioni in termini di prevenzione ed intervento.

L'esaminare l'evento traumatico comprende diversi livelli come i fattori antecedenti all'accaduto, i fattori concomitanti e quelli conseguenti (Bryant, et.al., 2008).

I FATTORI ANTECEDENTI comprendono età, sesso dell'individuo, sviluppo del soggetto, caratteristiche della personalità, modalità di coping per fronteggiare gli eventi stressanti, fattori di rischio a livello comportamentale, fattori comprendenti la storia familiare ed infine lo stile di difesa adottato da parte del soggetto.

I FATTORI CONCOMITANTI includono in una sola sfera le variabili ambientali, interpersonali e biologiche a livello traumatico.

I FATTORI CONSEQUENTI sono quelli scaturiti dall'evento traumatico in sé, e possono essere a livello di risposte psicologiche del soggetto, sequele del sistema nervoso centrale, sequele patofisiologiche, conseguenze psicofisiologiche di cui si parlerà in modo dettagliato più avanti, sequele comportamentali, pattern familiari e pattern sociologici.



Gli studiosi affermano inoltre che è fondamentale la componente soggettiva da quella oggettiva dell'esperienza traumatica; nell'esperienza soggettiva è la percezione individuale di questo sentimento di sopraffazione ed esaurimento a costituire il trauma. Potrebbero anche non verificarsi traumi di tipo fisico sull'individuo, oppure, il soggetto, al contrario, potrebbe sentirsi traumatizzato, travolto, sopraffatto da quest'evento oggettivo. Mentre l'oggettività si riferisce invece all'innegabilità che l'episodio accaduto possa definirsi traumatico. Una seconda distinzione importantissima per definire la gravità della situazione destabilizzante, riguarda l'ipotesi che si tratti di singoli episodi traumatici o piuttosto di episodi ripetuti nel tempo. In riferimento a questo, un evento singolo come un terremoto, un'alluvione, un allagamento, una valanga, costituiscono sicuramente fattori capaci di determinare un vissuto traumatico, così come rapine, omicidi o sparatorie. Ma disgraziatamente esistono anche traumi che si ripetono nel corso del tempo come spesso è per gli episodi di abuso. Questo è un motivo rilevante da considerare. La modalità di reazione al trauma risentirà di questa caratteristica, ad esempio per quanto riguarda la possibilità di elaborare e ricordare l'evento. La consapevolezza, infatti, che l'episodio possa ripetersi può innescare facilmente delle difese psichiche rispetto alla rievocazione e al racconto dello stesso.

Rimanendo sul tema per la rilevazione dei vari aspetti del trauma, è fondamentale distinguere fra traumi di origine "naturale" o "umana".

Stress prolungati inflitti da persone sono, sicuramente, spesso più duri da sopportare rispetto ai disastri naturali; molte persone che ricorrono ad un trattamento di salute mentale sono state vittime di traumi inflitti da altri individui (Petrak,2002).

In maniera riassuntiva si può concludere dicendo che gli effetti psichici di un trauma possono essere maggiori nel caso in cui l'evento sia stato prodotto da altri esseri umani, l'episodio si ripeta nel tempo, ed'è un evento imprevedibile e doloroso. Alla luce di queste caratteristiche si può comunque

affermare che le vittime possono essere tutte le persone indipendentemente dal sesso, dall'età, dalla razza, dalla classe, ovviamente dipendentemente da caratteristiche personali.

Ovviamente, per una diagnosi clinica precisa, i professionisti del mestiere come psichiatri e terapeuti, fanno uso del DSM.

Nel American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5<sup>th</sup> ed)*, 2013, ovvero l'ultima revisione del DSM, il PTSD rientra nei Disturbi da trauma e stress dove vi sono:

- Disturbo Post Traumatico da Stress (sottotipo età prescolare e sottotipo dissociativo);
- Disturbo acuto da stress;
- Disturbi dell'adattamento;
- Disturbo reattivo dell'attaccamento;
- Disturbo da comportamento sociale disinibito;

In questa tesi comunque prenderemo in considerazione solamente Il Disturbo Post Traumatico da Stress.

Il DSM comunque si è soffermato ed ha modificato la descrizione del disturbo ed il tipo di diagnosi nelle varie edizioni. Qui di seguito sono elencate le tappe dell'evoluzione nella definizione di evento traumatico nella diagnosi di PTSD:

- DSM-III( 1980): Evento stressante riconoscibile che evocherebbe significativi sintomi di malessere in quasi tutti gli individui. Es: disastri naturali o accidentali oppure deliberatamente prodotti dall'uomo.
- DSM-III-R(1987) : Evento psicologicamente stressante che è fuori dalle comuni esperienze umane e che avrebbe funzione stressante sulla maggior parte delle persone ad es: seria minaccia alla vita o alla integrità fisica; seria minaccia ai propri figli, coniuge, o ad un parente; improvvisa distruzione della

propria dimora o della propria comunità; vedere un'altra persona ferita o uccisa come risultato di un incidente o di una violenza fisica.

- DSM-IV-(1994): Estremo stress traumatico che comprende:

Diretta esperienza personale di rischio di morte e minaccia di essa o grave lesione dell'integrità fisica; vedere un evento che coinvolge la morte, il ferimento o la minaccia della integrità personale di un'altra persona; sapere della inaspettata e violenta morte; serio malessere o minaccia di morte o di ferita, vissuta da un membro della famiglia o da un altro parente.

Rispetto alle edizioni precedenti il DSM5 riporta anche come criteri diagnostici i pensieri negativi e l'umore negativo (inclusi sentimenti di colpa estraneità e amnesie). Nel criterio ipervigilanza, invece, viene inclusa l'aggressività reattiva auto-etero diretta.

Secondo il DSM-V il disturbo post traumatico da stress prende il nome di "Il Disturbo da Stress Post Traumatico" rispetto all'edizione precedente ed'è descritto anche come un disturbo transitorio che può insorgere in soggetti che abbiano vissuto o che abbiano assistito a un evento traumatico che ha implicato un rischio per l'integrità fisica o per la vita, propria o di altre persone come, ad esempio, aggressioni personali, disastri, guerre e combattimenti, rapimenti, torture, incidenti, violenze, malattie gravi.

I principali sintomi associati al Disturbo da Stress Post Traumatico possono essere raggruppati in tre specie:

- Frequenti immagini e pensieri intrusivi, flashback o incubi ricorrenti che fanno rivivere l'evento traumatico. Ad esempio: la riesperienza del trauma può verificarsi in qualunque momento: di solito compare con maggior probabilità quando la persona si trova in situazioni

che ricordano il trauma, ma spesso si manifesta anche in circostanze insospettabili.

L'elemento scatenante può essere anche soltanto un colore, un odore o un suono.

- Comportamenti persistenti di evitamento di circostanze associabili al trauma, come luoghi, attività o persone che fanno ricordare l'evento traumatico.
- Questi comportamenti possono essere associati a una sensazione di disagio invalidante, che va ben al di là della comune preoccupazione vissuta dalla maggior parte delle persone quando, ad esempio, si cerca di ricominciare a guidare l'automobile dopo un incidente stradale, e che può essere scatenato anche dal semplice rumore di una frenata, dal suono di un clacson o dalle luci dei fari in movimento.
- Sintomi persistenti di sovra-eccitamento (ad esempio, irritabilità, preoccupazione, ansia, depressione, insonnia, difficoltà di concentrazione, ecc.).

I principali criteri diagnostici secondo il DSM 5 sono i seguenti (si applicano ad adulti, adolescenti e bambini di età superiore ai 6 anni):

A. Esposizione a morte o minaccia, lesioni gravi o di violenza sessuale in uno (o più) dei seguenti modi:

- Vivendo direttamente l'evento traumatico;
- Ascoltando di persona la testimonianza dell'evento da parte di altri;
- Apprendendo che l'evento traumatico si è verificato a un parente stretto o un amico. In caso di morte o minaccia di un familiare o un amico, l'evento deve essere stata violento o accidentale;

- Vivendo ripetute o estreme esposizioni a particolari spiacevoli dell'evento traumatico (es. i primi soccorritori raccolgono resti umani; gli agenti di polizia ripetutamente esposti a dettagli di abusi sui minori).

B. Presenza di uno (o più) dei seguenti sintomi associati all'intrusione dell'evento traumatico, con esordio successivo al verificarsi dell'evento traumatico:

- Ricordi angoscianti ricorrenti, involontari ed intrusivi dell'evento traumatico;
- Sogni spiacevoli ricorrenti in cui il contenuto è relativo all'evento traumatico;
- Reazioni dissociative (es. flashback), in cui l'individuo si sente o si comporta come se l'evento traumatico sta verificandosi;
- Disagio psicologico intenso o prolungato all'esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simbolizzano o somigliano a qualche aspetto dell'evento traumatico;
- Marcate reazioni fisiologiche a fattori scatenanti interni o esterni che simbolizzano o somigliano ad un aspetto dell'evento traumatico.

C. Evitamento persistente degli stimoli associati all'evento traumatico, con esordio successivo al verificarsi dell'evento traumatico, come evidenziato da uno o entrambi i seguenti:

- Evitamento o sforzi per evitare ricordi angoscianti, pensieri o sentimenti strettamente associati all'evento traumatico;
- Evitare o sforzi per evitare stimoli esterni (persone, luoghi, conversazioni, attività, oggetti, situazioni) che suscitano ricordi angoscianti, pensieri o sentimenti relativi o strettamente associati all'evento traumatico;

D. Negative alterazioni di tipo cognitivo e di umore associati all'evento traumatico, con esordio o peggioramento successivo al verificarsi dell'evento traumatico, come evidenziato da due (o più) dei seguenti elementi:

- Incapacità di ricordare un aspetto importante dell'evento traumatico (in genere a causa di amnesia dissociativa e non ad altri fattori, come trauma cranico, alcol o droghe);
- Credenze negative persistenti ed esagerate o aspettative su se stessi, gli altri o il mondo (es. "Io sono cattivo", "Nessuno può essere attendibile", "Il mondo è assolutamente pericoloso", "Il mio sistema nervoso è permanentemente deteriorato");
- Cognizioni distorte persistenti circa la causa o le conseguenze dell'evento traumatico che portano l'individuo ad incolpare se stesso o agli altri;
- Persistente stato emotivo negativo (paura, orrore, rabbia, senso di colpa o vergogna);
- Marcata diminuzione di interesse o partecipazione ad attività significative;
- Sentimenti di distacco o di estraneità verso gli altri;
- Persistente incapacità di provare emozioni positive (incapacità di provare la felicità, soddisfazione o sentimenti di amore);

E. Marcate alterazioni dell'arousal e reattività associati all'evento traumatico, con esordio o peggioramento successivo al verificarsi dell'evento traumatico, come evidenziato da due (o più) dei seguenti elementi:

- Comportamento irritabile e scoppi d'ira (con poca o nessuna provocazione) tipicamente espressi come aggressione verbale o fisica verso le persone o gli oggetti;
- Comportamento sconsiderato o autodistruttivi;
- Ipervigilanza;

- Esagerate risposte di allarme;
- Problemi di concentrazione;
- Disturbi del sonno (difficoltà ad addormentarsi o a mantenere il sonno o sonno agitato).

Il Disturbo da Stress Post Traumatico non corrisponde alla normale fase di adattamento fisiologico che ogni persona sperimenta dopo uno shock, ma a un disagio molto intenso e protratto che deve essere affrontato in modo specifico. Per ottenere una remissione completa dal disturbo post-traumatico da stress servono in media 6-8 mesi, ma in genere i pazienti iniziano a stare meglio già dopo le prime 4-6 settimane di terapia (American Psychiatric Association DSM-5, 2013).

### **1.3 NEUROFISIOLOGIA DEL TRAUMA E DELLO STRESS**

A livello neurobiologico, in generale, nel momento in cui si è esposti a segnali di pericolo ci si sente spaventati e ci si sente inclini in modo naturale a preparare una risposta adattativa.

La sensazione di paura e le derivanti risposte comportamentali sono fondamentali per l'adattamento all'ambiente e per la sopravvivenza delle specie.

L'attivazione del sistema nervoso autonomo alla percezione del pericolo determina una risposta di *lotta*, di *fuga* o di *freezing*, tutte reazioni fisiologiche, appunto, adattative allo stress.

Il circuito delle emozioni è stato studiato inizialmente da Papez, che propose il suo circuito, in un'ottica in cui le afferenze sensoriali si dirigessero in una via ascendente "di pensiero" e "discendente" di sentimento.

*Il FLUSSO DI PENSIERO* implicava il talamo, le corteccie sensitive, e la regione cingolata, per poi passare all'ippocampo, al fornice ed ai corpi mamillari attraverso cui le sensazioni si trasformavano in pensieri, percezioni e memorie.

*IL FLUSSO DI SENTIMENTO* che secondo l'autore generava emozioni, passava dal talamo ai corpi mamillari ed infine alla corteccia cingolata (Papez,1937).

Broca, poi, introdusse il concetto di "lobo limbico" nel 1878, ripreso poi da Mcleane nel 1949 secondo il concetto di circuito limbico, che integrava le parti del circuito delle emozioni proposto da Papez con altre strutture cerebrali, che oggi sappiamo fondamentali, come amigdala e corteccia prefrontale.

Studi successivi (Bush G, Luu P, Posner, 2000) hanno poi mostrato che regioni come ippocampo, corpi mamillari e talamo anteriore giocano un ruolo molto meno importante nelle emozioni ma più importanti nella memoria dichiarativa ad esempio.

I distretti cerebrali coinvolti, quindi, nelle elaborazioni delle emozioni, sono parte di un sistema complesso, chiamato "sistema limbico", filogeneticamente arcaico, che accomuna tutti i membri della specie, che deve esser considerato facente parte del sistema fisiologico.

Il sistema limbico si interpone nell'elaborazione dei comportamenti messi in relazione, con la sopravvivenza della specie; formula e codifica le emozioni e le manifestazioni vegetative che ad esse si accompagnano, ed è implicato nei processi di memorizzazione essendo strettamente connesso con ippocampo ed aree associative (Heim C, 2009).

Facendo riferimento all'amigdala, facente parte del sistema limbico, come già detto, è strettamente connessa alla corteccia prefrontale, che ha un ruolo principale in questo complesso correlato rispetto alla percezione della paura e alla progettazione delle reazioni che ne risultano.



L'amigdala è pensata oggi come una sorta di porta di ingresso delle emozioni che giungono qui scaturendo le risposte fisiologiche adattative che interessano:

- il talamo;
- Nucleo di accumbes;
- Insula;
- Amigdala;
- Ippocampo;
- Corteccia Cingolata;
- Cortecce somatosensoriali;
- Le regioni corticali prevalentemente frontali e della corteccia Prefrontale;
- Alcuni nuclei profondi del midollo allungato.

L'amigdala è anche responsabile per il cosiddetto "condizionamento contestuale della paura", visto che è subito in collegamento con il corpo genicolato mediale del talamo in cui vi arrivano informazioni di natura uditiva, ed anche perché è strettamente collegata con l'ippocampo e la corteccia frontale.

E' stato studiato questo circuito tramite esperimenti su dei ratti, in cui veniva somministrato uno stimolo neutro (SC, stimolo condizionato, sonoro) che veniva presentato in associazione con uno stimolo incondizionato (SI, avversivo, scossa elettrica alle zampe del ratto). Le vie anatomiche che mediano il condizionamento uditivo alla paura nei ratti coinvolgono la coincidenza delle vie che trasportano SC ed SI, ovvero dal corpo genicolato mediale del talamo, su neuroni situati nel nucleo laterale dell'amigdala, a cui arrivano afferenze anche sensitive dalla corteccia somatosensoriale. A

questo punto l'amigdala condiziona le risposte endocrine (ormoni prodotti dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene), del SNA (es. aumento pressione arteriosa) e l'effetto freezing.

Questo è un esempio appunto di condizionamento alla paura, dopo aver subito un trauma che può persistere su persone traumatizzate (Damasio, 1998).

Il trauma psicologico deriva dall'essere esposto a un evento che si percepisce come potenzialmente pericoloso per la propria vita o per quella altrui, oppure potenzialmente in grado di generare gravi lesioni fisiche a se stessi o agli altri creando poi alterazioni a questi centri cerebrali.

Una simile esperienza, unita ad intensa paura, orrore, e da un senso d'impotenza, può portare allo sviluppo del Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD) ed è, inoltre, condizione necessaria affinché si ponga diagnosi di PTSD (Sherin, Nemeroff, 2011).

A livello sintomatologico si pensava che la patologia rappresentasse una specie di risposta normale, nella parte ultima di un ipotetico continuum reattivo allo stress, la cui complessità era legata soprattutto all'intensità del trauma.

Tuttavia è diventato evidente nel tempo che la risposta di un individuo a un trauma dipende non solo dalle caratteristiche del trauma stesso, ma anche da fattori specifici dell'individuo come i tratti di personalità che condizionano le reazioni agli stimoli ambientali.

Per la maggior parte delle persone, il trauma psicologico è causato perciò dall'esperienza di una grave minaccia che ha una durata limitata nel tempo e si caratterizza con disturbi transitori acuti.

I Sintomi fisiologici dello stress sono per definizione auto-limitanti e in generale provocano una modesta compromissione della salute nel tempo.

Per una parte minore della popolazione, invece, il trauma psicologico provocato dalla sperimentazione di una pesante minaccia, particolarmente se estesa nel tempo, può portare alla sindrome di PTSD.

Nella biologia del PTSD l'interazione tra sollecitazione ambientale negativa, reazioni e insorgere della patologia deve essere valutata alla luce dell'interazione tra sistema neuroendocrino, alcuni neurotrasmettitori e alcuni circuiti cerebrali.

I macro sistemi neurobiologici che guidano le risposte allo stress sono tre :

- *la via neuroendocrina;*
- *i neurotrasmettitori;*
- *un network, sia a livello consapevole che inconsapevole, tra differenti regioni cerebrali profonde e corticali.*

1. **Nella via neuroendocrina** fa da protagonista l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA) che è il responsabile della risposta neuroendocrina allo stress come accennato prima sull'esperimento nei ratti.

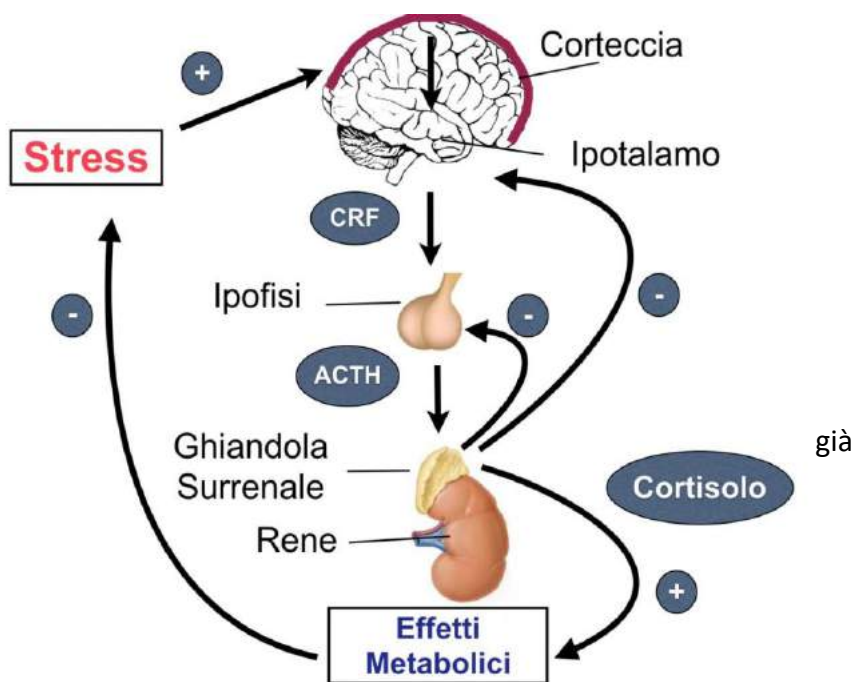
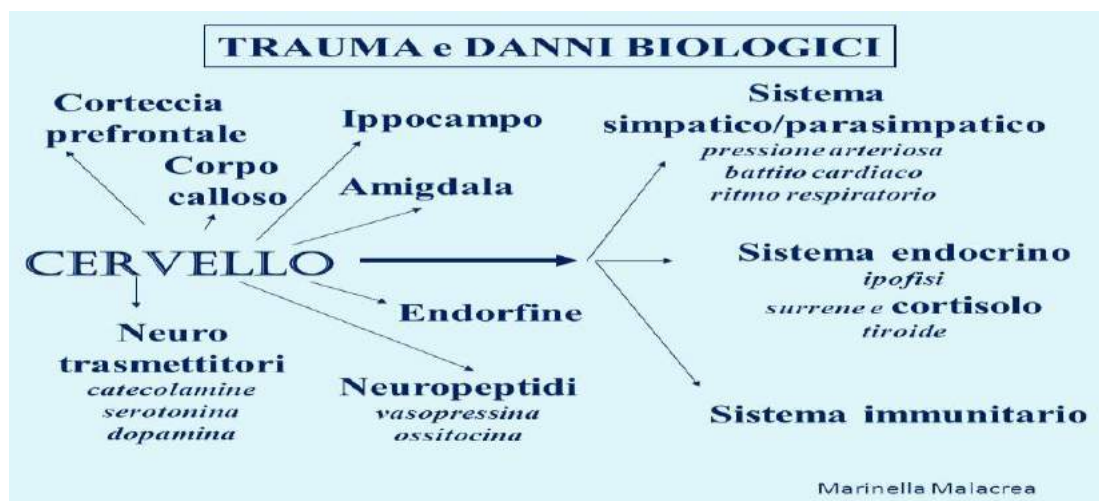


Figura 1 Asse Ipotalamo-Ipofisi-Surrene

Quest'asse (come si nota nella figura 1) è formato da componenti ipotalamiche endocrine, dalla porzione anteriore dell'ipofisi (adenoipofisi) e da un organo effetore ovvero le ghiandole surrenali. In occasione di stimoli stressanti, i neuroni nel nucleo ipotalamico paraventricolare (PVN) secernono l'ormone di rilascio della corticotropina (CRH) dalle terminazioni nervose. La CRH stimola la produzione e il rilascio dell'ormone adrenocorticotropina (ACTH) dall'adenoipofisi. L'ACTH, a sua volta, spinge il rilascio di glucocorticoidi dalla corteccia delle ghiandole surrenali. I glucocorticoidi guidano il metabolismo dell'organismo, la risposta immunitaria, e le reazioni fisiologiche del cervello; quindi coordina la risposta adattiva allo stress. Il rilascio massivo di glucocorticoidi ha effetti negativi sui neuroni ippocampali, come la riduzione delle ramificazioni dendritiche, la riduzione della neurogenesi. Inoltre, i neuroni della corticotropina nel PVN ricevono un riscontro inibitorio dall'ippocampo e dalla corteccia prefrontale (PFC), mentre l'amigdala e il tronco encefalico esercitano un controllo eccitatorio. Inoltre, i glucocorticoidi stessi esercitano il controllo di feedback negativo dell'asse HPA regolando i neuroni dell'ipotalamo PVN e dell'ippocampo. Nei pazienti con PTSD il sistema di controllo a feedback dell'asse HPA risulta compromesso, caratterizzato da una diminuita



produzione  
basale di  
cortisolo con  
un aumento  
del controllo a  
feedback

Figura 2 Danni biologici dello stress

negativo sull'asse HPA, con una complessiva risposta maladattativa agli stimoli stressanti sia cronici che acuti (figura 2).

2. **I neurotrasmettitori.** Le componenti neurochimiche del PTSD si riscontrano nella anomala modulazione di catecolamine, di alcuni aminoacidi, della serotonina, di alcuni peptidi e di alcuni oppioidi, ciascuno dei quali svolge il suo ruolo di neuro mediatore nei circuiti cerebrali che integrano e regolano la risposta allo stress e alla paura. *Le catecolamine* (adrenalina, noradrenalina e dopamina) sono prodotte dalle ghiandole surrenali come ormoni rilasciati nel circolo ematico e come neurotrasmettitori a livello dei gangli presinaptici.

- *L'adrenalina* è il principale neurotrasmettitore del sistema nervoso simpatico, implicato nella preparazione dell'organismo alla strategia di "attacco o fuga". Si è dimostrato che i pazienti con PTSD cronico presentano un'elevata attivazione del sistema nervoso vegetativo e dello stato di allarme-allerta.

- *La noradrenalina (NA)* nel cervello è rilasciata dal nucleo di colore azzurro, chiamato locus coeruleus le cui connessioni nervose di questo nucleo raggiungono il midollo spinale, il tronco cerebrale, l'ipotalamo, il talamo, l'amigdala e corteccia frontale. Attraverso le connessioni con quest'ultima, con la corteccia temporale con il talamo e l'ipotalamo il LC è coinvolto nella regolazione di meccanismi di ansia e stress, attenzione, regolazione dell'umore, regolazione dell'appetito, attenzione, regolazione del ciclo sonno-veglia. L'esposizione dello stress proveniente da un trauma, dunque, scaturlisce un

umentato rilascio di noradrenalina e questo potrebbe sensibilizzare l'individuo, generando una sorta di reattività amplificata nei confronti di stimoli successivi. Alcuni dei sintomi registrati nel PTSD come i flashbacks e gli incubi nei potrebbero essere collegati con l'aumentata innervazione noradrenergica delle connessioni fra LC, ippocampo, amigdala.

- *La serotonina (5-HT)* è un neurotrasmettitore monoaminico, è un importante trasmettitore del SNC. Nel SNC la serotonina svolge un ruolo importante nella regolazione dell'umore, del sonno, della temperatura corporea, della sessualità e dell'appetito. Non si conoscono ancora le precise relazionalità tra serotonina e PTSD. Ma alcuni studi rilevano che le vie serotoninergiche individuate come rilevanti nello sviluppo dei sintomi del PTSD sono due: la prima connette il rafe dorsale con l'amigdala, che media i comportamenti di evitamento condizionato; la seconda via interconnette il rafe mediano e l'ippocampo, che è coinvolto nel recupero dalla fase di stress. Concludendo la anomalia del sistema serotoninergico, indotta da una condizione di stress cronico elevato, può danneggiare la componente inibitoria comportamentale, determinando diversi sintomi riscontrati nel PTSD, quali le esplosioni di aggressività, l'ipervigilanza, l'impulsività e i ricordi intrusivi (Frewen P., Lanius R., 2006).

3. **Il network tra regioni cerebrali:** Le alterazioni dei circuiti cerebrali, sia a livello strutturale che funzionale, sono state individuate grazie a studi di neuroimaging con risonanza magnetica. Le regioni cerebrali alterate nei soggetti con PTSD includono:

*IPPOCAMPO*: codifica la memoria dell'esperienza vissuta in una dimensione spazio-temporale e il suo funzionamento è necessario sia alla memoria esplicita che in quella dichiarativa (Squire, Zola-Morgan, 1991);

*AMIGDALA*: svolge un ruolo cardine nella valutazione del significato emotivo degli stimoli afferenti (Le Doux, 1986);

*LA REGIONE CORTICALE PRE FRONTALE*: ha connessione diretta con l'amigdala nei circuiti di attivazione dello stress e della paura. I dati più significativi emersi dagli studi sui correlati neuroanatomici del trauma sono due: una diminuzione del volume dell'ippocampo ed un'iperattivazione dell'amigdala associata a una marcata lateralizzazione dell'emisfero destro.

Molti aspetti della neurobiologia del PTSD, comunque, sia sul versante biologico che neuropsicologico, sono ancora sconosciuti, ma complessivamente siamo in grado di disegnare uno schema generale del complesso network cerebrale e neuroendocrino del PTSD.

Per una minoranza significativa della popolazione il trauma psicologico causato dall'esperienza di una grave minaccia, soprattutto se prolungata nel tempo, porta a una sindrome a lungo termine accompagnata da una compromissione funzionale grave e duratura nel tempo caratterizzata dall'alterazione di alcuni processi neurofisiologici soprattutto della memoria e dell'attivazione allo stress. I ricordi nelle persone che soffrono di PTSD possono essere frammentati, non accessibili o accessibili solo in parte. Possono essere caratterizzati da memorie invalidanti, dolorose e che le persone non riescono a gestire, spesso neanche a tradurre in parole, per questo spesso sono memorie fisiche, percettive, sensoriali, difficilmente verbalizzabili. Lo schema neurobiologico dei

processi di riconoscimento, memorizzazione, attivazione, risulta compromesso, sia dal punto di vista strutturale che funzionale, portando chi soffre di PTSD ad avere una grave compromissione in una delle più grandi abilità intellettive dell'essere umano che è quella di integrare tra di loro le esperienze.

Tutte queste alterazioni della struttura e della biochimica dei network cerebrali portano effetti a lungo termine, ben oltre l'evento traumatico e la sua risoluzione, come una sorta di modifica sinaptica a causa del danno subito.

#### **1.4 TEST PER PTSD**

La valutazione del rischio di sviluppo di disturbi post-traumatici nelle popolazioni esposte a disastri civili o naturali è ritenuta fondamentale. Il coinvolgimento di popolazioni numerose e le spesso limitate risorse professionali rendono necessario l'uso di strumenti psicodiagnostici auto-somministrati per realizzare procedure di screening in tempi rapidi e a bassi costi.

Per avere un'idea sulle scale attualmente diffuse, che indagano il PTSD, qui di seguito saranno mostrate le più rinomate e utilizzate.

Dal momento in cui il PTSD è stato definito come entità clinica autonoma, sono stati creati strumenti standardizzati per la diagnosi e la valutazione sia in comorbidità con altre patologie che in maniera seriata.

- Una delle più interessanti e delle più conosciute è la *Clinician-Administered PTSD Scale - CAPS* (Blake et al., 1990), che valuta ogni sintomo sia per ciclicità che per intensità. La scala, misura oltre che ai 17 sintomi compresi nei criteri diagnostici del DSM-III-R, anche altre otto caratteristiche comunemente associate al PTSD.



La scala poi è stata adattata al DSM-IV (*ClinicianAdministered PTSD Scale for DSM-IV*). Due sono le forme disponibili, una valuta i sintomi presenti durante l'ultima settimana (*One Week Symptom Status Version - CAPS SX*) ed una quelli presenti attualmente o manifestatisi durante tutto l'arco della vita (*Current and Lifetime Diagnostic Version - CAPS-DX*); come in precedenza, i livelli di complessità dei sintomi del CAPS-5 sono fondati sulla frequenza e intensità dei sintomi, eccetto gli item 8 (amnesia) e 12 (interesse diminuito), che valutano quantità e intensità. Sul CAPS il professionista in questione, psichiatra o terapeuta, combina le informazioni sulla frequenza e sull'intensità prima di effettuare una valutazione di gravità singola. A seconda dell'elemento, la frequenza viene misurata come il numero di evenienze (frequenza nell'ultimo mese) o la percentuale del tempo (la quantità di tempo nel mese scorso). L'intensità è valutata su una scala ordinale a quattro punti con valori minimi, chiaramente presenti, pronunciati ed estremi. Intensità e gravità sono correlate ma distinte. L'intensità misura l'evento tipico di un sintomo. La gravità si riferisce al totale dei sintomi in un determinato lasso di tempo ed è una combinazione di intensità e frequenza.

La CAPS è stata recentemente rivista per corrispondere ai criteri PTSD nella quinta edizione del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-5, American Psychiatric Association, 2013).

Un articolo di Weathers e collaboratori, descrive lo sviluppo di CAPS per DSM-5 (CAPS-5). Da questo è stato importante sottolineare che il CAPS-5 corrisponde fortemente al CAPS-IV, il che suggerisce che è stata mantenuta e solo approfondita la compatibilità con il CAPS-IV, e che il CAPS-5 fornisce continuità nella valutazione basata sull'evidenza del PTSD nella transizione dal DSM-IV al DSM -5 in base ai criteri (Weathers FW, et al., 2011).

▪ La *Structured Interview for PTSD - SI-PTSD* (Davidson, 1989), distingue tra i sintomi legati al trauma specifico preso sotto esame e quelli che non sono strettamente legati. La scala registra la presenza e la gravità dei 17 criteri diagnostici del DSM-III e DSM VI per il PTSD: 4 item valutano la ri-presentazione dell'esperienza traumatica, 7 i sintomi di evitamento e 6 i sintomi di ipervigilanza. La diagnosi può essere fatta se sono presenti, nel mese precedente la valutazione, almeno un sintomo di ri-presentazione dell'esperienza, tre di evitamento e due di ipervigilanza. Diretta derivazione della SI-PTSD è la *Self-Rating Scale for PTSD - SRSPTSD* (Carlier et al., 1998), una scala diagnostica di autovalutazione i cui 17 item corrispondono ai 17 criteri diagnostici del DSM.

▪ Un altro strumento molto pragmatico è la *Eight-item Treatment-Outcome Post-Traumatic Stress Disorder - TOP-8* (Davidson e Colket, 1997), per la valutazione del PTSD mediante una breve intervista.

Lo strumento è stato avviato a partire da una più vasta scala di valutazione che prendeva in analisi gli item che più assiduamente si usano in una popolazione di soggetti traumatizzati che, col passare del tempo, reagivano positivamente al trattamento. Gli 8 item sono collegati a tutti e tre i cluster del PTSD.

▪ Fra le scale di autovalutazione vi è fra queste la *Impact of Event Scale - IES* (Horowitz et al., 1979), una delle prime che, valuta, la sintomatologia relazionata allo stress durante la settimana prima della valutazione.

La scala valuta specificamente l'intrusione e l'evitamento del trauma, caratteristici del PTSD, come modalità di risposta ad eventi di vita stressanti, ma questa edizione non riflette i sintomi del DSM

anche per cui, a quel momento, non era stata diffusa ancora la terza edizione del DSM. E' stato però revisionato da Weiss e Marmar, nel 1997, e va a valutare i sintomi del PTSD decretati nel DSM V.

Il test perfezionato va a valutare specialmente le risposte di intrusione (pensieri intrusivi, incubi, sentimenti intrusivi e immagini, ri-esperienza dissociativa), evitamento (intorpidimento della reattività, evitamento di sentimenti, situazioni e idee) e ipereccitazione (rabbia, irritabilità, ipervigilanza, difficoltà di concentrazione), nonché un punteggio IES-R di stress totale soggettivo. Non esiste un punteggio specifico per il cut-off.

- Sia la DIS (*Diagnostic Interview Schedule*) che la SCID (*Structured Clinical Interview*) considerano e valutano ogni sintomo separato del PTSD e ne stimano la gravità del disturbo a livello generale; la gravità e la frequenza di ogni sintomo non sono considerate. Questi due strumenti hanno perciò un uso limitato per la valutazione della patologia. La SCID-5 appunto, offre la possibilità di ascoltare il paziente e di far descrivere a parole sue ogni difficoltà che abbia potuto incontrare nell'arco della sua vita e la possibilità da parte del professionista in questione, di raccogliere informazioni che potrebbero non emergere dalla valutazione dei criteri diagnostici non specifici (ad es. il trattamento precedente, il funzionamento sociale e lavorativo, il contesto in cui si sono sviluppati i sintomi). Alla fine del quadro generale, il clinico, dovrebbe aver ottenuto informazioni a sufficienza per formulare delle ipotesi diagnostiche.

- Strutturata secondo le definizioni sintomatologiche del PTSD secondo il DSM-IV è la *Davidson Trauma Scale - DTS* (Davidson et al., 1997) che è specificamente indicata per misurare i sintomi del PTSD in pazienti con una storia di uno o più eventi traumatici catastrofici.

Le sue funzioni primarie sono quelle di misurare la frequenza e la complessità dei sintomi e di stimare gli esiti del trattamento come ad esempio, valutare quantitativamente i mutamenti sintomatologici nel tempo, anticipare in un certo modo, la risposta al trattamento e determinare le differenze tra differenti strategie terapeutiche in un setting di ricerca.

È definita da 17 item che coincidono con i sintomi del DSM-IV. Gli item possono essere catalogati come segue:

- item 1-4 e 17 valutano il criterio B (esperienze di tipo intrusivo);
- item 5-11 valutano il criterio C (evitamento ed ottundimento);
- item 12-16 valutano il criterio D (ipervigilanza).

Per ogni item il soggetto valuta (su una scala da 0 a 4) sia la ripetitività che la gravità durante la settimana precedente.

il punteggio totale può variare, perciò, da 0 a 136. Gli item dell'intrusività e dell'evitamento sono presenti connessi all'evento, mentre gli item dell'ottundimento, del ritiro e dell'ipervigilanza sono determinati come correnti o assenti indipendentemente dall'esistenza di un legame diretto con l'evento.

▪ Per uso veloce e pratico si colloca anche lo *Short Screening Scale for DSM-IV PTSD*. La scala valuta i sintomi, l'andamento durante l'intero arco della vita, l'arco di tempo e la compromissione di soggetti sottoposti ad eventi traumatici secondo la definizione del DSM-IV.

Prende il nome anche della "scala dei sette sintomi", ed'è composta da 7 item, 5 facenti parte dell'evitamento/ottundimento e 2 a quelli dell'arousal; è distinta da alti valori di previsione, sia negativa che positiva, e da elevata specialità e sensibilità. Per queste peculiarità permette di

discernere con buona accuratezza i soggetti con PTSD da quelli non affetti dal disturbo, il cutoff è stato decretato a 4 punti. È stato suggerito l'impiego dello strumento anche in funzione della possibilità di prevedere che, in soggetti sottoposti a traumi, si manifesti il DPTS. (Ouimette, Cronkite, Henson, 2004).

## CAPITOLO SECONDO

### TRATTAMENTO DEL PTSD

Il trattamento del disturbo post-traumatico da stress solitamente richiede due tipi di intervento, simultanei o no, dipendentemente dalla gravità del disturbo (Galvagni, 2011). La terapia quindi si avvale del Trattamento Farmacologico e del trattamento psicoterapico.

Chi presenta un PTSD, perciò, può esigere di un piano di cura che spesso prevede l'integrazione tra una terapia farmacologica e una terapia psicologica e/o comportamentale. La cura farmacologica viene stabilita da un medico psichiatra che esamina quali sono i sintomi prevalenti e definisce il piano di trattamento più adatto. In alcuni casi potrebbe essere necessaria una stabilizzazione farmacologica del paziente prima di iniziare un percorso di psicoterapia, soprattutto quando i sintomi sono molto invasivi e compromettono in gran parte il funzionamento psicosociale del soggetto.

Esistono più modelli di trattamento psicoterapeutico del disturbo. Le linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, Ginevra 2013) sulle cure psicologiche dopo un trauma hanno indicato quali terapie siano efficaci, sulla base di dati empirici la terapia cognitivo-comportamentale (*Cognitive-Behaviour Therapy* - CBT) e il trattamento EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) da integrare, se il paziente è grave, alla terapia farmacologica .

Entrambi i trattamenti hanno lo scopo di ridurre il disagio percepito, diminuire l'attivazione fisiologica e rafforzare le credenze adattive e funzionali relative all'evento traumatico.

## 2.1 TRATTAMENTO FARMACOLOGICO

I sintomi in fase acuta del Disturbo Post Traumatico da Stress spesso sono caratterizzati da intensi livelli di ansia, timore e angoscia concomitanti con l'insonnia.

Quindi sarebbe opportuno stimare la necessità di accostare all'intervento psicologico, particolarmente nelle prime fasi del trattamento, una terapia farmacologica che smorzi l'intensità della sintomatologia ansiosa potenziando l'azione psicoterapeutica.

Tra le diverse classi di farmaci sperimentate, nel corso del tempo, per il trattamento del PTSD, gli *antidepressivi* (AD) sembrano, a tutt'oggi, quelli più efficaci.

Uno studio recente, in particolare, dà rilievo a tale predominio, mettendo a paragone 12 diversi

Antidepressivi nel trattamento di 72 veterani con diagnosi di DPTS e Depressione Maggiore. In questo studio (Bleich A, Siegal, Garb, Lerer, 1997; Bleich A, Koslowsky M, Dolev A, Lerer B. 1997) il 50% dei pazienti mostrava un miglioramento significativo della CGI con la terapia antidepressiva, per la maggior parte SSRI.

**Gli antidepressivi triciclici** (TCA) sono stati utilizzati nel trattamento del PTSD dalla seconda metà degli anni '80. Le sostanze

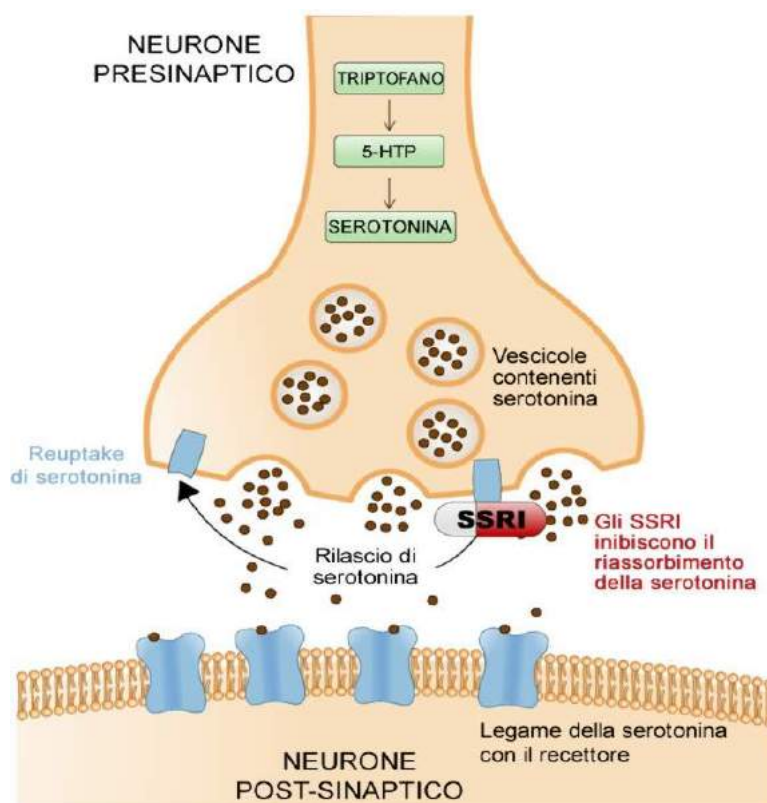


Figura 3 Zona attiva post-sinaptica

più generalmente usate nei vari studi sono l'*amitriptilina* (AMI), l'*imipramina* (IMI), la *desipramina* (DESI), la *doxepina* (DOXE). I pazienti in questo studio (Bleich A, Siegal, Garb, Lerer, 1997 Bleich A, Koslowsky M, Dolev A, Lerer B. 1997) per la maggior parte erano veterani di guerra: pochi provenivano della II Guerra Mondiale mentre altri hanno partecipato alla guerra del Vietnam e della Guerra in Corea. Negli studi condotti, la diagnosi, del PTSD, è eseguita per lo più attraverso i criteri del DSM-III, quasi sempre i pazienti selezionati presentavano, contemporaneamente, un abuso di alcool e/o di sostanze.

L'AMI viene indicata da molti studi come più efficace rispetto ad IMI, DESI e DOXE, soprattutto su determinati sintomi: insonnia, flashback, incubi, depressione, ansia,.

Minore efficacia, in generale, sembra avere sui sintomi più direttamente collegati al trauma, lievemente maggiore sull'evitamento rispetto all'intrusività.

In uno studio, effettuato da Kosten e colleghi, contro l'effetto placebo, si evidenzia una significativa superiorità dell'AMI rispetto al placebo, valutata tramite i punteggi della Impact of Event Rating Scale (IES), della Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A) (Stein MB, Kline NA, Matloff J, 2002); un altro studio, condotto in modo doppio cieco su 62 veterani, mette in evidenza una particolare efficacia dell'AMI anche sull'anoressia, la perdita della libido, oltre a confermare i dati degli studi in aperto sull'insonnia, sulla depressione e sui flashback. Scarsa efficacia rispetto al placebo, invece, viene rilevata nel medesimo studio sull'ansia psichica, sull'ansia somatizzata, sul senso di colpa, sui disturbi della memoria e dell'attenzione/concentrazione (Stein MB, Kline NA, Matloff J, 2002).

Per quanto riguarda l'imipramina, questo farmaco si è dimostrato superiore al placebo su un campione di 60 veterani, in uno studio di confronto con la fenelzina, in doppio cieco contro placebo.



Nel medesimo studio, l'IMI era meno efficace della fenelzina sui sintomi intrusivi, valutati con la IES (Stein MB, Kline NA, Matloff J, 2002).

Negli ultimi anni si sono raccolti sempre più dati relativi all'impiego degli ***inibitori della ricaptazione serotoninergica (SSRI)*** nel trattamento del PTSD (figura 3): questa categoria di farmaci si è provata efficace e meglio sopportata dai pazienti rispetto ai TCA, e non richiede le restrizioni dietetiche necessarie nella terapia con gli IMAO di cui parleremo dopo.

Attualmente, la paroxetina e la sertralina sono gli unici farmaci approvati dal "Food And Drug Administration" (FDA) per il trattamento del PTSD. La fluoxetina, è una delle molecole, facente parte di questa classe di farmaci, maggiormente studiata nel trattamento del PTSD. Uno studio di Cohen del 2008, recente, fa risaltare un'azione della fluoxetina sulla disregolazione autonoma, caratterizzante i pazienti con PTSD. Difatti questi soggetti mostrano una riduzione della variabilità della frequenza cardiaca, derivante ad una diminuzione dell'attività simpatica del SNA e ad un aumento di quella parasimpatica. I pazienti che rispondevano alla terapia, relativamente ai parametri psicopatologici, mostravano anche una regolarizzazione dell'attività autonoma (Cohen H., Kotler M., Matar M., Kaplan Z, 2000).

Il farmaco si mostra particolarmente efficace ed attivo su alcuni cluster sintomatologici: oltre al cambiamento favorevole, regolare, dell'iperarousal, i dati indicano un'efficacia significativa sui sintomi di avoidance/numbing, generalmente i più resistenti al trattamento con antidepressivi. Molti studi suggeriscono di adoperare la fluoxetina a dosaggi più alti rispetto a quelli attivi nella terapia della depressione: i pazienti con PTSD sembrano dare risposta migliore con un dosaggio più elevato e successivamente a trattamenti più lunghi (Londborg P, Patterson W, Hegel M, 2000). Un altro dato, proveniente da un gruppo di ricerca olandese, degno di nota, molto interessante, è la differenza

risposta di gruppi clinici divisi secondo il tipo di trauma: la classe di pazienti con traumi non legati alla guerra sembra rispondere meglio rispetto a quella dei veterani. Questo studio, suggerisce, perciò, che può essere rilevante considerare il tipo di trauma nella previsione e nella scelta terapeutica, e che la cronicità e la opposizione ai trattamenti farmacologici antecedenti possono influire sfavorevolmente sulla risposta alla fluoxetina.

Invece, altri studi, di Kline e colleghi, e più recenti studi in doppio cieco di Amital e collaboratori hanno mostrato una buona efficacia della sertralina nel trattamento del DPTS; Infatti, i miglioramenti, per quanto riguarda questo farmaco, sono visibili sia in campioni composti da civili che da veterani, ed è visibile una risposta superiore della sertralina rispetto al placebo. I dati ottenuti dagli studi effettuati in doppio cieco denotano che il medicinale determina una riduzione dei punteggi ottenuti con le scale di valutazione CAPS-2, oltre ad un buon effetto sui sintomi centrali del PTSD, in particolare sul cluster *reexperiencing/intrusion* (Davidson, 1999).

Negli ultimi anni la letteratura si è valorizzata di dati su questo farmaco, provenienti in massima parte da due studi sperimentali multicentrici svolti in 12 centri statunitensi da un gruppo di studio di Chicago che hanno dato ottimi responsi per quanto riguarda l'efficacia (Londborg, Patterson, Hegel, 2000).

Il farmaco è al momento oggi diffusamente distinto come efficace nel trattamento dei sintomi del PTSD e nel cambiamento favorevole della qualità della vita; sembra, inoltre, in grado di mantenere i risultati nel trattamento a lungo termine, diminuendo il rischio di ricadute; una caratteristica, è che è ben tollerato a dosi comprese fra i 50 e i 200 mg al giorno.

La fluvoxamina, invece, come farmaco SSRI, conferma i suoi effetti antidepressivi e ansiolitici e determina anche un miglioramento dei sintomi propri del PTSD, come nel momento in cui il paziente rivive l'evento traumatico, mette in atto strategie di evitamento di stimoli che ricordano il trauma e in situazioni di aumentato arousal. Interessante è l'effetto sul sintomo di evitamento, che ha sempre mostrato una scarsa risposta al trattamento.

Dai dati raccolti si può dire che, la fluvoxamina, sembra essere un farmaco molto promettente nel trattamento del PTSD, sia in pazienti civili sia nei veterani. Uno studio di Schoenfeld e colleghi del 2004, mostra scarsi effetti del farmaco su un campione di veterani; questo esito sembra però avere una spiegazione nelle particolarità stesse del campione sotto analisi: si trattava, appunto, di veterani della seconda guerra mondiale, con età avanzata, con una durata di malattia di oltre 10 anni, già sottoposti a trattamenti diversi con scarsi risultati.

In sostanza comunque, la paroxetina e la sertralina, sono gli unici farmaci approvati dalla FDA per il trattamento del PTSD. In due studi di controllo di placebo, della durata di 12 settimane, si è esaminato che nei pazienti trattati con paroxetina, vi è stato un miglioramento significativo del risultato tramite la CAPS-2 (Tucker, et.al, 2000 ).

Per rimanere nell'argomento, studi di neuroimaging di Bremner e collaboratori, hanno mostrato, dopo 1 anno di trattamento con paroxetina, un aumento del 5% del volume dell'ippocampo, area cerebrale coinvolta nella fisiopatologia del PTSD. Oltre a questo dato anatomico, si è notato un miglioramento del 35% nei test di stima della funzione di memoria dichiarativa verbale; ancora, i pazienti riferivano un cambiamento favorevole soggettivo delle prestazioni cognitive e in ambito professionale (Cooper, Wang, Cox, 1994)

Per quanto riguarda il citalopram, questo ha mostrato risultati favorevoli sia in studi in aperto sia in sperimentazioni controllate sebbene, come per gli altri SSRI, la sua efficienza ed efficacia si sia dimostrata inferiore nei veterani di guerra con PTSD cronico. Infatti un lavoro recente, indica un ruolo dell'escitalopram (S-enantiomero del citalopram) nel trattamento soprattutto dei sintomi di iperarousal; l'efficacia sui sintomi depressivi appare modesta; l'effetto sui disturbi del sonno sembra positivo (Khouzam, 2001).

I primi studi relativi all'uso di farmaci con attività inibitoria sulle *monoaminoossidasi* nel trattamento del PTSD risalgono all'inizio degli anni '80, periodo in cui tali farmaci venivano largamente utilizzati. Numerosi di essi, riportano risultati appaganti, ma esaminano un numero di pazienti molto ristretto.

Alcuni studi reperiti in letteratura, forniscono dati contraddittori:

Davidson e al. hanno ottenuto miglioramenti sintomatici, al contrario Lerer e altri, non hanno ottenuto alcuna riduzione sostanziale dei sintomi, se non aggravando disturbi del sonno.

In modo analogo altri studi non forniscono dati univoci ad esempio quello effettuato Shestatzky e colleghi, non ha rilevato nessun tipo di risposta clinica degna di nota, mentre il gruppo di ricerca di Frank e Kosten e colleghi riportano un cambiamento vantaggioso e significativo della sintomatologia dopo il trattamento con fenelzina. In ambedue i casi viene eseguito un confronto fra la fenelzina, l'IMI e il placebo e i risultati mostrano una maggiore efficacia della fenelzina soprattutto per i ricordi intrusivi e l'evitamento (Khouzam, 2001).

Altri studi hanno valutato l'efficacia di inibitori invertibili della monoamina ossidasi A, quali brofaromina e moclobemide. Per quanto riguarda la brofaromina, essa, non ha raggiunto miglioramenti superiori rispetto al placebo, come anche la moclobemide si è mostrata di poco

superiore rispetto al placebo stesso. Uno studio, però, al contrario, ci mostra dei progressi sui sintomi del PTSD in un campione di una ventina di soggetti che, però, assumevano simultaneamente altri farmaci.

Un altro farmaco facente parte delle MAO, la mirtazapina, ha mostrato effetti positivi nel trattamento del PTSD sia in un open trial di Connor e collaboratori sia in uno studio placebo controllo del gruppo di Davidson e colleghi. Entrambi questi lavori hanno misurato l'efficacia positiva di questo antidepressivo di nuova creazione per un breve spazio di tempo di trattamento, relativo a 8 settimane. In un lavoro più recente, di Davidson e Weisler si è osservato che il trattamento con mirtazapina per un periodo di tempo più lungo, 24 settimane, comporta o un ulteriore miglioramento della sintomatologia o un mantenimento degli effetti raggiunti nelle prime 8 settimane di follow-up.

Si conosce un unico contributo in letteratura sull'utilizzo della venlafaxina, un antidepressivo di nuova generazione con attività mista noradrenergica e serotoninergica. Anche la venlafaxina ha dimostrato di essere efficace nel trattamento del PTSD. In un case report su un soggetto di cinquant'anni, veterano del Vietnam, con diagnosi di PTSD (DSM-IV) e depressione maggiore, resistente al trattamento con altri farmaci si è osservato che la somministrazione di venlafaxina (dosaggio di 225 mg/die) produceva un miglioramento del tone dell'umore, una riduzione dell'ansia, un miglioramento della qualità e della quantità di sonno, una diminuzione dell'evitamento e dell'irritabilità, un miglioramento della *startle response*.

Un unico studio, a conoscenza della letteratura, sul trattamento del PTSD con il bupropione, farmaco che inibisce selettivamente il reuptake della dopamina, ha una scarsa affinità per i recettori serotoninergici ed esercita attività inibitoria sul *firing* della norepinefrina da parte delle cellule del *locus coeruleus*.

**Le benzodiazepine** sono state largamente utilizzate nel trattamento del PTSD, disturbo in cui spesso è corrente una comorbidità con ansia generalizzata, attacchi di panico e depressione.

Un farmaco che rientra in questa classe, l'alprazolam, che ha mostrato di avere proprietà contro ansia, panico e depressione (Khouzam, 2001), sembrava dare buone sicurezze per il suo impiego nel PTSD.

I pochi studi presenti sull'efficacia del farmaco sul PTSD, indicano però, una scarsa efficacia di tale farmaco e, in generale, delle benzodiazepine. L'effetto terapeutico dell'alprazolam nel PTSD è circoscritto ad una riduzione della costituente ansiosa, senza vere alcun effetto sulla sintomatologia specifica (Bloch M, 2004).

Alprazolam e clonazepam sembrano non avere effetti, se non addirittura peggiorare, le risposte di paura. Contrariamente a quanto teorizzato da alcuni autori (Marmar, 2000), oltre alla dimostrata sterilità dell'alprazolam in pazienti con PTSD cronico e resistenti ad altre terapie, le benzodiazepine a potenza notevole, come alprazolam e clonazepam, si sono mostrati privi di effetti buoni sul percorso della malattia, anche se somministrate prematuramente.

Alcuni altri studi, rammentano che l'impiego di farmaci ipno-inducenti, nel lasso di tempo immediatamente prossimo al trauma, hanno lo scopo di assicurare un sonno adeguato ai pazienti: un cambiamento favorevole del sonno in tali fasi anticipate parrebbe contrastare la nascita e il mantenimento dei sintomi della sindrome post-traumatica da stress (Marmar 2000).

Non è da svalutare, inoltre, che l'uso di benzodiazepine stimola dipendenza, presupposto che rende molto difficile la amministrazione del farmaco in tali gruppi di pazienti, che spesso abusano di alcol, stupefacenti o medicinali. Certi studi, inoltre, denotano che l'uso di benzodiazepine in soggetti che

eccedono nell'uso di sostanze, questo fattore aumenta il rischio di sviluppare atteggiamenti violenti (Khouzam, 2001). Difatti, una terapia a lungo termine con alprazolam espone i pazienti a sintomi di astinenza al momento della interruzione del farmaco, con un peggioramento delle condizioni cliniche, a volte, notevoli.

## **2.2 APPROCCIO PSICOTERAPEUTICO E LA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE**

Dopo un periodo di precisa valutazione della condizione e una precisa concettualizzazione del caso, l'azione psicoterapeutica per il PTSD si articola in diverse fasi, centrate sul trauma e sulla sintomatologia (Rothbaum, 2007):

- Delucidazione e gestione delle difficoltà gravi per il soggetto (ad esempio la capacità di avere una vita turbata a causa dei fattori di evitamento);
- Costruzione di una relazione terapeutica serena, sicura e collaborativa per il paziente;
- Fornire indicazioni riguardanti il disturbo;
- Stabilizzare i sintomi più dolorosi con tecniche di cura dei sintomi (es. mindfulness, tecniche di rilassamento, tecniche di respirazione, desensibilizzazione sistemica ecc.);
- Occuparsi dei ricordi traumatici attraverso l'esposizione dei ricordi dolorosi;
- Eseguire una ristrutturazione cognitiva;
- Prevenire le ricadute.
- Si possono concentrare in 3 grandi categorie le tecniche cognitivo-comportamentali che fanno parte delle varie fasi del trattamento

### **1. Tecniche di esposizione**

Lo scopo sarebbe far prendere confidenza al paziente con le circostanze temute in un tempo e clima di sicurezza, per mezzo di procedure di esposizione attive ed esposizione ai ricordi a livello di immaginazione.

Le esposizioni in vivo si concretizzano stabilendo con il paziente condizioni e attività temute che sono capaci di provocare il ricordo dell'evento, producendo una gerarchia che si sposta dalle più semplici alle più difficili attraverso un punteggio USM (unità soggettive di malessere) e portando la persona ad affrontarle l'una dopo l'altra.

Il terapeuta quando finirà la seduta con il paziente, concorderà con esso degli esercizi da effettuare a casa, accordandosi su cosa fare, come farlo, dove e con quale frequenza. All'esposizione in vivo, si prosegue con l'esposizione tramite immaginazione delle memorie al fine di sostenere la persona a ripensare a quanto è successo, alle emozioni provate ed a correggere le credenze dannose e deleterie.

L'esposizione ai ricordi si compie in maniera sequenziale concedendo al paziente, nella fase iniziale, di non concentrarsi sulle parti più dolorose e di mantenere gli occhi aperti; dopo, si chiederà ad esso di chiudere gli occhi per rendere più vivide le immagini e di utilizzare un tempo passato nel racconto; in ultimo, si chiederà di esprimersi al presente, di immaginare l'evento da lontano o come in un film (Sembi, 2004).

## 2. Ristrutturazione cognitiva

Attraverso la ristrutturazione cognitiva si aiuta il paziente con PTSD a scoprire e trasformare gli errori di pensiero e ragionamento e le convinzioni disfunzionali su di sé, sugli altri e sul mondo che possono essere già esistenti prima del trauma, ma che spesso dipendono dall'influenza di quest'ultimo sulle



visioni personali del paziente riguardo a temi quali senso di sicurezza, fiducia in sé, valore personale e fiducia nelle altre persone, soprattutto quelle su cui il soggetto può contare di più.

### 3. Tecniche di gestione dell'ansia

Esistono tecniche efficaci contro l'ansia attraverso modalità di respirazione-rilassamento peculiari, come la respirazione diaframmatica e l'individuazione di strategie di distrazione mentale. Una delle terapie cognitivo-comportamentali, da oltre un decennio, più famose in ambito clinico, è la terapia basata sull'uso della mindfulness (MBSR) per la riduzione dello stress in generale e di alcuni sintomi dell'ansia in particolare come, ad esempio, il rimuginio (Segal, Williams, Teasdale, 2006).

Tali protocolli prevedono un lavoro finalizzato ad aumentare la consapevolezza di ciò che accade momento per momento e numerose sono ormai le prove della loro efficacia, evidenziate da studi che ne attestano l'efficacia clinica e la capacità di influenzare il funzionamento cerebrale.

Un'altra tecnica che ha vasti riscontri sulla gestione di ansia e tensione è la tecnica del "rilassamento muscolare progressivo" (RMP), di Jacobson, che con un suo adeguato e costante allenamento, può far sì che si riesca a controllare la tensione muscolare eccessiva e di conseguenza eliminare lo stress che ne segue.

Il RMP ha lo scopo di ridurre il livello generale di attivazione o di tensione. Un'altra forma di rilassamento muscolare detto *isometrico* è utile, invece, per mantenere il rilassamento in situazioni che generano ansia.

La tecnica che viene presentata si è dimostrata utile nella riduzione di alcuni disturbi genericamente derivati da stati di tensione muscolare involontariamente mantenuti e dalla conseguente incapacità di ripristinare adeguati livelli di rilassamento muscolare. Questa tecnica si basa sull'apprendimento di

un'induzione volontaria di tensione e di successivo rilascio della tensione nei diversi gruppi muscolari del corpo. Durante ogni induzione di tensione nello specifico gruppo di muscoli e del successivo rilascio viene richiesto di portare attenzione alle sensazioni che si accompagnano all'attivazione e al successivo rilassamento della tensione muscolare.

Questa tecnica porta ad una riduzione generale del livello di attivazione, fornisce al soggetto un vissuto di calma e di tranquillità e aumenta notevolmente la funzione di recupero energetico propria della condizione di riposo.

Gli obiettivi del rilassamento secondo la tecnica di Jacobson, consistono nel raggiungimento della completa distensione muscolare e nella riduzione della tensione residua (tono muscolare) che permane nei muscoli quando l'individuo si pone in condizione di riposo. La tecnica si compone di un training di allenamento alla percezione della tensione e della distensione muscolare attraverso esercizi in cui si provocano intenzionalmente dei cambiamenti nel tono muscolare. Durante questi esercizi il soggetto è invitato a localizzare la tensione e successivamente la distensione. Sviluppare la percezione della propria tensione muscolare rende più recettivi e con la pratica si arriva a notare subito quando ci si inizia a tendere e a contrarre i muscoli durante la giornata; così da poter rilasciare la tensione muscolare nel momento in cui si crea.

### **2.3 TERAPIA EMDR**

L'approccio EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) in italiano corrisponde a desensibilizzazione e rielaborazione mediante movimenti oculari si fonda sui ricordi delle esperienze disturbanti traumatiche, molto stressanti dal punto di vista emotivo, che hanno contribuito al disturbo e che portano i pazienti in terapia.

Uno dei punti chiave di questa terapia è arrivare all'identificazione dell'evento che crea disagio. Questi eventi, come già citati, possono essere incidenti, lutti, calamità naturali, ma anche shock di tipo relazionale, come i traumi emotivi che provengono dalla relazione con una figura di attaccamento dell'infanzia o meno in maniera disfunzionale (Liotti, Farina, 2011).

L'EMDR va a cimentarsi sul ricordo di questi eventi, in modo da elaborarli di nuovo e riorganizzarli nella memoria, per far sì che queste esperienze perdano l'intensa componente emotiva associata e che gli apprendimenti disfunzionali dal punto di vista cognitivo acquisiscano un significato maggiormente positivo. Tutto ciò permette al paziente di poter usare i suoi "ricordi dolorosi" in modo costruttivo, trasformandoli in una risorsa. Ogni individuo è dotato della facoltà innata di elaborare gli eventi traumatici ma in alcune persone, in situazioni particolarmente gravi, questa capacità si blocca. L'EMDR usando la stimolazione bilaterale, cioè i movimenti oculari, è in grado di far ripartire la capacità di elaborazione. L'EMDR è supportato da molta ricerca scientifica ed è riconosciuto come un trattamento d'elezione per il Disturbo Post Traumatico da Stress: nello specifico per gli eventi che hanno comportato pericolo di vita o minaccia all'integrità della persona, il trattamento è riconosciuto in letteratura come uno di quelli tra i più efficaci (Liotti G, Farina B, 2011).

Fino a pochi anni fa infatti la ricerca sull'efficacia della psicoterapia del PTSD era estremamente esigua (Shapiro, 1995). Negli ultimi anni, invece, come abbiamo accennato più sopra, questo settore ha collezionato un crescente numero di pubblicazioni sull'efficacia delle psicoterapie e l'EMDR è uno degli approcci terapeutici che vanta il maggior numero di conferme di efficacia nella psicoterapia del PTSD. Nonostante le vivaci polemiche ed incomprensioni, questo stato di cose ha consentito all'EMDR nel 1995 di essere considerata "trattamento probabilmente efficace" nella terapia del PTSD dalla *Task Force on Psychological Intervention dell'American Psychological Association*.

Più recentemente, l'EMDR è stata riconosciuta efficace nel trattamento del PTSD anche dall'*International Society for Traumatic Stress Studies* all'interno della pubblicazione delle sue linee guida per il trattamento del PTSD (Chemtob, Tolin, Van Der Kolk, Pitman, 2000).

Un autore molto citato in letteratura, Van der Kolk, sostiene che l'EMDR:

- a) "allenta e scioglie" i processi associativi, consentendo un rapido accesso a memorie e immagini dolorose del passato, consentendo alla persona di associare il dolore attuale agli eventi traumatici del passato;
- b) esercita la sua azione terapeutica senza che il soggetto debba articolare verbalmente la causa della sua sofferenza;
- c) attenua il dolore associato all'esperienza passata e aumenta i sentimenti di conforto emersi dal supporto altrui.

L'autore riporta la seguente considerazione di un suo paziente: *"...questa volta i ricordi erano come un elemento unico. Ho percepito ogni singolo passaggio, ma come se insieme formassero un singolo evento, come se fossero un tutto anziché dei frammenti. Il ricordo mi sembra molto più gestibile ora"*. La tecnica, dunque, aiuta le persone a generare delle associazioni tra delle "impressioni" che prima risultavano dissociate e frammentate (Van der Kolk, 2003).

I pazienti spesso non sono in grado di distinguere la differenza tra interno ed esterno. Lo scopo dell'EMDR, quindi, è prestare attenzione alle sensazioni minacciose che sperimentano, per poi collocarle nel posto a cui appartengono, nel tempo e nello spazio appropriati. Queste sensazioni, inoltre, devono essere ri-organizzate in armonia con la realtà attuale. L'EMDR "attiva e ripara" questi

processi regolatori danneggiati. In letteratura, vi sono una miriade di prove sperimentali attestanti l'efficacia della terapia EMDR su pazienti affetti da PTSD.

Alcuni studi di Rothbaum e colleghi, evidenziano l'efficacia del trattamento. Un campione di 21 donne vittime di stupro è stato trattato con quattro sedute di EMDR da 90 minuti a cadenza settimanale. L'assessment pre- e post-trattamento (a tre mesi) è stato effettuato da un valutatore indipendente all'oscuro sul tipo di intervento effettuato. Gli Strumenti psicodiagnostici utilizzati: PTSD Symptom Scale (PSS; Foa, Riggs, Dancu, Rothbaum, 1993), Impact of Event Scale (IES; Horowitz, Wilner, Alvarez, 1979), Rape Aftermath Symptom Test (RAST; Kilpatrick, 1988), State-Trait Anxiety Inventory (STAI; Spielberger, Gorsuch, Lushene, 1970), Beck Depression Inventory (BDI; Beck, Ward, Mendelsohn, Mock, Erbaugh, 1961), Dissociative Experience Scale (DES; Bernstein, Putnam, 1986) più altri reattivi psicodiagnostici meno noti.

Il 90% dei soggetti non ha più soddisfatto i criteri per la diagnosi di PTSD, contro il 12% dei soggetti di controllo, cioè una lista di attesa.



**Figura 4 Terapia EMDR**

Un valutatore esterno ha valutato l'elevato grado di adeguamento al protocollo EMDR. Wilson e collaboratori, invece hanno eseguito uno studio su un campione di 80 soggetti vittime di traumi (di cui 37 con diagnosi di PTSD) e che sono stati trattati con tre sedute da 90 minuti di EMDR.

Gli Strumenti psicodiagnostici utilizzati sono la IES, la STAI, il *Symptom Check List* (SCL 90-R; Derogatis, 1992), misurazioni soggettive di intensità del disagio e della ristrutturazione cognitiva (SUDS: *Subjective Units of Disturbance Scale* e VOC: *Validity of Cognition Scale*) e *Post-Traumatic Stress Disorder Interview* (PTSD-I; Watson, Juba, Manifold, Kucala, Anderson, 1991). L'EMDR, da questo è risultata globalmente efficace rispetto ai soggetti in attesa di trattamento nei controlli effettuati a 30 e 90 giorni. A 15 mesi di distanza è stata registrata una riduzione dell'84% delle diagnosi di PTSD.

A seguito della tecnica EMDR (figura 4) è stata riscontrata, anche, più recentemente, tramite diversi studi, una riduzione dei livelli di arousal (p.e., riduzione della componente P3a; Lamprecht et al., 2004) e delle risposte fisiologiche allo stress (Sack et al., 2007).

Un altro studio abbastanza recente (Farina et al., 2014) ha valutato l'efficacia dell'EMDR nel miglioramento della capacità di integrazione delle memorie traumatiche mediante la valutazione di misure di coerenza, potenza spettrale e variabili autonome prima e dopo sessioni di EMDR in cui venivano richiamate delle memorie traumatiche ed'è stata rilevata l'efficacia del trattamento. L'EMDR consente, dunque, l'integrazione degli aspetti dei ricordi traumatici che risultano ancora dissociati e, conseguentemente, determina una diminuzione dei sintomi dell'iper-arousal.

In uno studio (Gonzalez, Mosquera, 2015) si sono proposti di valutare l'efficacia di due diversi trattamenti nella cura del disturbo da stress post-traumatico (PTSD): la terapia psicofarmacologica, attraverso l'utilizzo di serotoninergici, e l'EMDR.

Sono stati utilizzati due gruppi indipendenti ai quali venivano somministrati due trattamenti differenti: il trattamento con sertralina per il gruppo assegnato alla terapia psicofarmacologica; il

trattamento con sedute monosettimanali di EMDR per l'altro gruppo. Per la valutazione dei sintomi del PTSD è stata utilizzata la *Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS)*.

I risultati hanno confermato precedenti studi riportati in letteratura, evidenziando l'efficacia sia dell'EMDR sia della Sertralina nel migliorare la sintomatologia post-traumatica e i livelli di sofferenza soggettiva. Tuttavia il numero di soggetti che al termine della condizione sperimentale non rientrava più nei criteri diagnostici del PTSD è risultato nettamente superiore nel gruppo trattato con EMDR. Da qui per cui risulta che l'EMDR è un trattamento più efficace rispetto al trattamento psicofarmacologico.

## **2.4 TERAPIA METACOGNITIVA**

La Terapia Metacognitiva si basa sull'idea che il processo di elaborazione normale del materiale traumatico venga intralciato da specifiche modalità di processamento delle informazioni che alterano la normale attività elaborativa dei ricordi traumatici, dei pensieri e delle emozioni intrusivi, frequenti dopo un evento traumatico.

Sulla base di questa teoria si fonda un intervento terapeutico rivolto a modificare i processi di pensiero quali ad esempio il rimuginio ed i pensieri disfunzionali relativi al trauma.

La terapia metacognitiva (*Metacognitive Therapy* o MCT) è una forma di psicoterapia di recente sviluppo che ha introdotto un nuovo modo di concettualizzare e trattare i disturbi psicologici. L'approccio MCT è basato su una teoria importata da Adrian Wells e Gerald Matthews (1994) ed è stato applicato inizialmente al trattamento del Disturbo d'Ansia Generalizzata.

In seguito la Terapia Metacognitiva è stata estesa a tutti i disturbi d'ansia e alla depressione con numerose evidenze sull'efficacia del trattamento che propone. Protocolli di intervento basati sulla

teoria metacognitiva sono stati sviluppati per il trattamento anche del PTSD (Wells, 2008). Essa si pone all'interno delle psicoterapie a orientamento scientifico e quindi basa la sua efficacia su evidenze empiriche che sono state raccolte nell'arco degli ultimi 15 anni. Allo stato attuale la terapia metacognitiva può essere considerata una terapia efficace nel trattamento dei Disturbi d'Ansia e della Depressione e quindi anche nella cura del rimuginio nel PTSD (Norman, 2014).

### 3.5 TERAPIA PSICODINAMICA

E' giusto menzionare anche il contributo della terapia dinamica nella cura del disturbo post traumatico da stress.

Nella terapia del DPTS, la tendenza alla ripetizione del trauma durante le sedute assume un ruolo centrale (Lindy, 1989). Il setting si offre come sfondo diurno entro il quale gli eventi traumatici del

passato si inverano nel presente, in cui il terapeuta con i suoi comportamenti viene collocato inconsapevolmente dal paziente. Per questo, di fondamentale importanza è la costruzione di una solida alleanza terapeutica poiché la riattualizzazione del trauma

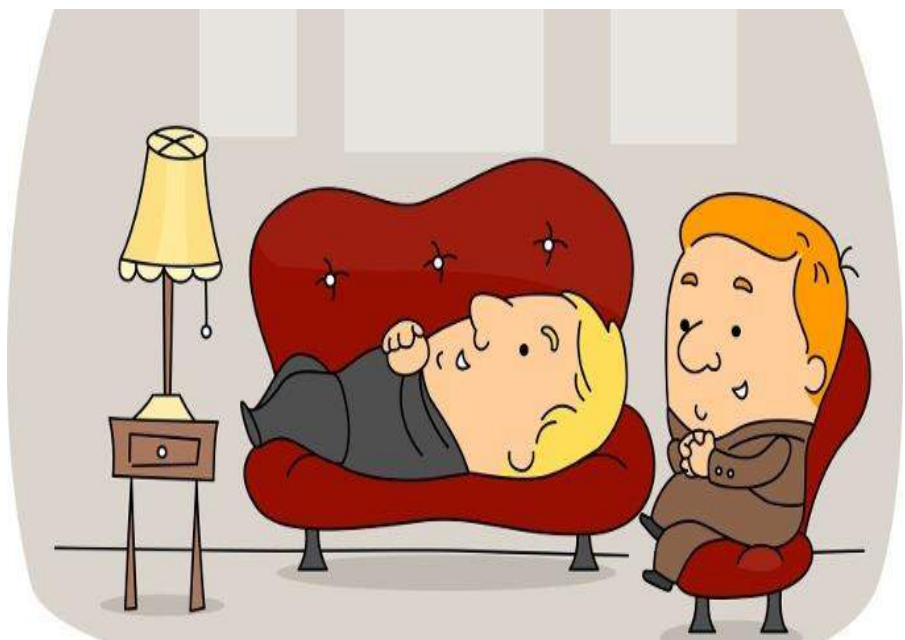


Figura 5 Rappresentazione stilizzata di una seduta psicoanalitica



si auspica che divenga un elemento gestibile all'interno della terapia in modo graduale. Durante questo processo, la memoria traumatica della vittima si trasforma in memoria narrativa.

Le riattualizzazioni divengono la chiave per comprendere l'evento traumatico, gli schemi ripetitivi che si attivano nel ricordo, appunto, del trauma sono strutture complesse in cui s'inseriscono i giudizi che il paziente elabora su se stesso e sul proprio comportamento, denunciando per esempio sensi di colpa, vergogna e il terrore di rivelare il contenuto del trauma a estranei (De Robertis, 2001).

Le terapie di sostegno si attuano in situazioni di urgenza oppure con pazienti refrattari a una comunicazione e relazione. Si definiscono terapie palliative perché non agiscono sulla struttura dei meccanismi psicopatologici ma sui sintomi, riguardano interventi verbali del clinico di tipo persuasivo, chiarificatore e suggestivo. Lo scopo è ottenere la remissione dei sintomi per permettere un conseguente approccio psicoterapeutico.

Wallerstein ha notato che i cambiamenti prodotti da tali terapie coinvolgevano vari meccanismi. Un meccanismo di cura supportivo è il trasferimento del transfert, nel quale la dipendenza positiva presente nella relazione terapeutica è trasferita su un'altra persona cara per il paziente, generalmente il coniuge. Un altro meccanismo invece è quello della cura antitransfert, il quale implica un cambiamento ottenuto attraverso la sfida e l'*acting-out* contro il terapeuta, incontrando un interesse neutrale e fermo da parte di quest'ultimo. Infine, Wallerstein, pone l'accento su quei pazienti che sembrano trarre beneficio da un trattamento supportivo teso a dare consigli diretti e non giudicanti, che ha definito "esame di realtà e di rieducazione".

La psicoterapia può anche essere considerata come una nuova relazione di attaccamento, che ristrutturata le rappresentazioni di relazioni immagazzinate nella memoria implicita, correlate alle figure di attaccamento significative per il soggetto. Tali rappresentazioni di relazioni sono modificate attraverso nuove interazioni con un terapeuta affettivamente partecipe (De Robertis, 2001).

La psicoterapia dinamica con pazienti affetti da PTSD dovrebbe mantenere un equilibrio tra un approccio distaccato e osservante, che consenta al paziente di celare contenuti dolorosi, e un approccio con atteggiamento benevolo che incoraggi il paziente a ricostruire un quadro completo dell'evento traumatizzante. Lindy nel 2001 ha identificato quattro tipi di transfert comuni in pazienti con DPTS:

1. Transfert sul terapeuta di figure coinvolte nell'evento traumatico;
2. Transfert sulla situazione terapeutica di specifici ricordi denegati relativi all'evento traumatico;
3. Transfert sul terapeuta di funzioni intrapsichiche del paziente che sono state distorte come risultato del trauma;
4. Transfert sul terapeuta di individuo onnipotente e saggio (archetipo di salvatore).

Tutte queste forme evocano corrispondenti processi di controtransfert. L'idealizzazione del paziente sul terapeuta è un elemento imprescindibile, perché il bisogno di idealizzarlo sostituisce nel paziente la fonte di sicurezza che è venuta meno a causa del trauma. La letteratura scientifica dimostra che una remissione naturale avviene entro tre mesi in oltre la metà dei casi di DPTS acuto conseguenti a uno stupro e ciò significa che, delle volte, fornire un supporto può essere tutto il necessario (Davidson, Foa, 1993).

## CAPITOLO TERZO

### CONTRIBUTO EMPIRICO

Attualmente, si è notato, facendo riferimento alla letteratura odierna, la necessità di mettere a punto test che vadano ad indagare in modo adeguato la patologia relativa al disturbo post traumatico da stress, che insorge in seguito a disastri ambientali, lutti, divorzi e disagi .

Negli ultimi 15 anni, nel nostro paese, si sono presentati innumerevoli catastrofi naturali che hanno comportato malesseri e lutti in un numero spropositato di persone.

Per citarne qualcuna:

#### -TERREMOTO A L'AQUILA.

Il terremoto dell'Aquila (figura 6) ha avuto numerosi eventi sismici, perdurati per quattro anni dal



2008 al 2012, con epicentri nell'intera area cittadina.

La scossa più forte, è avvenuta il 6 aprile 2009 alle ore 3:32, con magnitudo pari a 6.3 (5.8 o 5.9 sulla scala della magnitudo locale) , con epicentro alle località Colle Miruci, nella zona a

Figura 6 Immagine del terremoto che ha colpito l'Aquila

Genzano e Collefracido, interessando in misura variabile buona parte dell'Italia Centrale (Istituto nazionale di geofisica e vulcanologia, 2013).

Secondo dati ISTAT il numero definitivo è stato di 309 vittime, oltre 1.600 feriti e oltre 10 miliardi di euro di danni stimati.

### -TERREMOTO IN EMILIA.

E' stata avvertita una forte scossa (figura 7) della durata di 18 secondi, di magnitudo 5.9 e definita superficiale, avendo avuto profondità con ipocentro a 8.1 km, è stata registrata alle 09:00:03 del 29 maggio 2012; l'epicentro è stato identificato dai sismografi nella zona di Medolla e Cavezzo in provincia di Modena.

Il bilancio dei dati ISTAT riporta crolli in edifici anche di interesse storico-artistico, soprattutto vi sono



stati crolli tra quelli che erano già danneggiati dall'evento sismico avvenuto qualche giorno prima, il 20 maggio.

Il bilancio parla di 20 vittime (due decessi

Figura 7 Immagine del terremoto che ha colpito l'Emilia

avvenuti in data 5 giugno ed uno il 12 giugno) e almeno 350 feriti. Gli sfollati risalirono a circa 15.000. Successivamente alla scossa delle 09:00 si sono verificate altre due scosse di entità rilevante una alle 12:55 di intensità 5.5 e un'altra alle 13:00 di intensità 5.0 con la durata di 30 secondi. Queste due scosse hanno provocato i danni più ingenti nelle zone comprese tra Carpi, Rovereto sul Secchia, Novi di Modena e Mogli .

Il terremoto è stato avvertito in quasi tutta la Slovenia, in particolare nelle regioni occidentali del Paese, in Svizzera nel Canton Ticino e nell'Istria, in Croazia, ma senza provocare né feriti, né danni, come riferito dai media sloveni (Rovida, Camassi, Gasperini, 2012).

#### -ALLUVIONE DI GENOVA.

L'alluvione di Genova (immagine figura 8) del 2011 è avvenuta a causa di fortissime precipitazioni che hanno registrato punte superiori ai 500 mm di acqua in breve tempo in diverse zone di Genova. Da ciò è scaturita l'esondazione del fiume Bisagno, che attraversa il



Figura 8 Alluvione di Genova

centro della città precisamente è situato nel cuore del quartiere Marassi; con esso vi sono state le piene dei torrenti Sturla, Scrivia ed Entella. I centri più colpiti sono stati quelli di Genova nei quartieri di Molassana, Foce, Brignole, Marassi appunto, Quarto, Quinto e Nervi. Lo stato di allerta è perdurato per 2 settimane su tutta la Liguria. Secondo l'ISTAT durante l'alluvione hanno perso la vita 6 persone, tra cui due bambine di uno e otto anni.

### - TERREMOTO DEL CENTRO ITALIA

I terremoti del centro Italia sono stati definiti dall'INGV come sequenza sismica avvenuta tra i comuni di Amatrice-Norcia-Visso, che ebbero inizio ad agosto con epicentri situati tra la valle del Tronto, i Monti Sibillini, i Monti della Laga e i Monti dell'Alto Aterno. La prima scossa è avvenuta il 24 agosto 2016 e si è presentata con una magnitudo di 6.0, con epicentro situato lungo la Valle del Tronto, implicati i comuni di Arquata del Tronto e Accumoli (INGV, 2016). Due potenti scosse sono poi avvenute il 26 ottobre 2016 con epicentri al confine umbro-marchigiano, tra i comuni di macerata.

Il 30 ottobre 2016, nel territorio, si è verificata la scossa più forte, di magnitudo 6.5 con epicentro tra



i comuni di Norcia (figura 9) e Preci. Secondo i dati ISTAT le vittime sono state 299, mentre sono state estratte vive dalle macerie 238 persone (alcune delle quali sono

**Figura 9** Immagine relativa al terremoto nel comune di Norcia

decedute in seguito), 215 dai Vigili del Fuoco e 23 dal Soccorso Alpino. I feriti portati in ospedale sono invece 388.

Per citarne altre tra le tante che sono accadute possiamo ricordare in tempi più remoti le alluvioni che hanno infestato Lentigione (RE) e Livorno, per non parlare delle valanghe che hanno causato anch'esse feriti e morti sulle Alpi Piemontesi.

Tutte queste calamità naturali, hanno spinto il nostro interesse ad andare a reclutare e valutare alcuni dei test presenti in letteratura che indagassero il Disturbo Post traumatico da Stress. Dalla ricerca bibliografica è emerso che negli ultimi tempi vi siano diversi gruppi di studio, specializzati, che cercano di validare dei test in grado di valutare la gravità delle condizioni mentali di pazienti in tale ambito.

Il Disturbo Post Traumatico da Stress o PTSD, come nell'accezione del DSM, è considerato segnale di una sofferenza non solo intrapsichica, ma anche relazionale e sociale come già ampiamente discusso nel primo capitolo. Gli studi condotti a seguito di disastri negli ultimi 40 anni hanno dimostrato appunto che esiste un carico sostanziale di disturbi psichiatrici, tra cui appunto il disturbo da stress post-traumatico (PTSD), la depressione maggiore e l'ansia tra le persone che subiscono e vivono disastri di questo tipo.

In particolare, la letteratura è coerente nel mostrare che l'esposizione a una calamità è probabilmente uno dei fattori di rischio più importante per lo sviluppo di PTSD. Pertanto, le persone che sono vittime dirette di un disastro hanno una maggiore probabilità di sviluppare PTSD rispetto ad altri soggetti. Nelle organizzazioni post-disastro, diventa fondamentale istituire programmi e interventi di supporto a lungo termine, indirizzando la popolazione a un rischio meno elevato di ulteriore compromissione della salute mentale relativa al post-disastro stesso. Tali programmi

richiedono continue esecuzioni di screening, di interviste e di test, semplici, all'interno delle popolazioni esposte.

E' usuale notare, quando viene somministrato un questionario sullo stato di salute mentale, a molte persone, soprattutto negli anziani, si manifesta anche, oltre la sofferenza dovuta al trauma, il timore di essere etichettati da una diagnosi di disturbo mentale come conseguenza della rivelazione della propria sofferenza. Queste difficoltà nella gestione di tali programmi di screening e valutazioni sulle condizioni mentali dei soggetti, richiedono l'uso di semplici strumenti, al fine di ottimizzare la conformità dei sopravvissuti intervistati (Valenti M, Fujii S, Kato H, Masedu F, Tiberti S, Sconci V., 2013).

Questo elaborato, ha come obiettivo quello di validare un test, ovvero l'HARWARD TRAUMA QUESTIONAIRE, che va ad indagare in modo attendibile i diversi criteri diagnostici sul disturbo post traumatico da stress.

Il Test è stato reperito nella lingua originale inglese, ed'è stato adattato in lingua italiana attraverso l'ausilio di specialisti in materia. I dettagli della metodologia verranno descritti in seguito.

Innanzitutto per verificarne la validità e procedere con la standardizzazione si sono dovuti rintracciare altri due test per confrontarli in modo statistico con l'HTQ e per valutarne le correlazioni in termini di compatibilità con i criteri diagnostici del DSM. Tali test sono stati somministrati ad una popolazione normativa quindi ad un campione selezionato dalla popolazione.

I test reperiti, che saranno poi descritti, da confrontare all'HTQ sono:

-SQD (Screening Questionnaire for Disaster Mental Health);

-BES (Binge Eating Scale).



Il primo, secondo le nostre previsioni, sarebbe dovuto risultare in relazione con alcuni punteggi ed aspetti dell' HARVARD TRAUMA QUESTIONNAIRE appunto, specialmente la sottoscala dell'SQD, quella che misura il disturbo post traumatico da stress.

Sempre secondo le nostre ipotesi poi, il BES, che misura patologie del disturbo alimentare sarebbe dovuto poi risultare meno correlante con l'HTQ.

Questi due test sono stati scelti e reperiti anche perché contengono un numero di Item che corrispondesse ugualmente o in maniera inferiore al test da adattare, ovvero l'HTQ, che ne possiede 16, mentre il BES e l'SQD ne hanno relativamente 16 e 12.

Il campione a cui è stato somministrato il test conta più di 240 studenti, che verrà descritto in dettaglio, di vari dipartimenti, dell'Università degli studi di Parma, che dopo aver firmato il consenso informativo sulla privacy, hanno proseguito, quasi tutti, con la compilazione dei tre test.

L'obiettivo di ricerca quindi alla fine dello studio è quello di mettere a disposizione un test pragmatico, che valuti in maniera efficiente ed efficace il disturbo post-traumatico da stress in modo semplice e completo, considerando le quattro sottoscale dell'Harvard Trauma Questionnaire che misurano i tratti diagnostici ed i sintomi relativi al DSM-IV e V.

### 3.1 STRUMENTI

La fase sperimentale della tesi è consistita nella somministrazione di un plico di fogli contenenti:

1. IL CONSENSO INFORMATO;
2. IL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI;
3. HARVARD TRAUMA QUESTIONNAIRE (HTQ);
4. SCREENING QUESTIONNAIRE FOR DISASTER MENTAL HEALTH (SQD);
5. BINGE EATING SCALE (BES).

Il consenso informato è impostato come prima pagina nel fascicolo dei fogli che compongono il plico completo.

La seconda facciata del fascicolo comprende invece il consenso al trattamento dei dati sensibili in cui vi è la richiesta di esser in accordo o meno con il trattamento dei propri dati personali.

Nella parte inferiore poi vi sono richieste le informazioni di tipo socio demografiche, che verranno utilizzate poi per le analisi dei dati.

Nel terzo foglio vi è il primo test, quello in questione, da adattare nella lingua italiana, l'HTQ (immagine 10), *Harvard Trauma Questionnaire* (HTQ) (Mollica, 1996; Vindbjerg, 2016).



Figura 10 Acronimo dell'Harvard Trauma Questionnaire

L'Harvard Trauma Questionnaire è stato ideato secondo la letteratura occidentale da Mollica nel 1996. La validità esterna, dell'HTQ (vedi appendice: figura 11), evidenzia qualche problema solo per le culture non occidentali, è stato notato infatti sui rifugiati in America, provenienti da stati orientali perché venivano da una cultura diversa.

I sintomi classificabili, del PTSD, sono presenti in tutte le diverse popolazioni ma tale patologia non viene riconosciuta ugualmente in tutti i paesi. E' per questa ragione, che l'HTQ, non può essere semplicemente fonte di traduzione, ma deve essere coordinato in base al background culturale (Mollica F., Caspi-Yavin Y., Lavelle J., Tor S., Chan T.Y., Ryan A., 1996).

Il test è stato impostato inizialmente da quattro parti diverse (Mollica F., Caspi-Yavin Y., Lavelle J., Tor S., Chan T.Y., Ryan A., 1996).

La prima parte va ad indagare quali eventi traumatici ha subito il soggetto facendo 17 domande a risposta multipla; la seconda è strutturata su due domande aperte che permettono la descrizione personale in relazione ai traumi subiti. La terza parte indaga i traumi fisici al capo come ad esempio violenze fisiche o soffocamento.

L'ultima parte, ovvero la quarta, è formata da una lista di 16 item a quattro modalità di risposta. Le domande vanno ad indagare i 4 cluster dei sintomi tipici del PTSD presenti nella settimana precedente al test. La quarta parte del test fornisce due risultati: un punteggio che fa riferimento alla presenza/assenza del PTSD, che si ottiene calcolando il numero ottenuto dalle risposte ottenute, per poi dividere al totale il numero degli item, quindi 16; il risultato se supera la soglia del 2,5 genera diagnosi di PTSD (ad esempio se il soggetto riporta un punteggio di 32, lo si divide per 16 ed il risultato che equivale a 2 non riporta la diagnosi di PTSD). Quindi in totale per un quadro patologico il totale dovrebbe risultare di 40 o più che diviso per 16 risulterebbe almeno 2,5. Il secondo risultato

riguarda la gravità dei sintomi di PTSD, che possono avere 4 gradi di intensità come “per nulla, un poco, abbastanza e moltissimo”.

Nel presente studio si utilizza solamente quest’ultima parte dell’HTQ, avvalendosi del modello a quattro cluster del DSM-V ovvero intrusione, aurosal, pensieri negativi, evitamento (Vindbjerg, Carlsson, Lykke Mortensen, Elklit, Makransky, 2016).

Il secondo test, presente nel plico è il *Questionnaire for Disaster Mental Health (SQD)* (Valenti M, Fujii S, Kato H, Masedu F, Tiberti S, Sconci V., 2013). Questo test si è sviluppato dopo il terremoto di Kobe nel 1995, rappresentato nell’immagine 12, in Giappone e si tratta di un’intervista di screening composta di frasi semplici.



**Figura 12** immagine raffigurativa il terremoto di Kobe nel 95'

Scopo di Valenti, inizialmente, è stato quello di implementare e validare la versione italiana della SQD (figura 13, vedi appendice), ottenendo uno strumento efficiente e di facile utilizzo per scopi di

screening e di ricerca a seguito delle conseguenze a lungo termine del terremoto dell'Aquila che ha devastato la città ed i paesi limitrofi.

Il suddetto test è un test autosomministrato che ha ricevuto sostegno dalla letteratura per stimare la prevalenza del PTSD e della depressione dopo calamità naturali. Lo strumento è composto da 12 frasi con due alternative di risposta sì o no.

I 12 item sono suddivisi in due sottoscale ovvero una per il disturbo post traumatico da stress, l' SQR-P, e una per la diagnosi di depressione ovvero l'SQR-D.

Dalla sottoscala del PTSD ovvero la SQR-P, si ottengono tre tipologie diverse di risultati LEGGERMENTE COLPITI, con punteggio che va da 0 a 3; MODERATAMENTE COLPITI, con punteggio che va da 4 a 5 e GRAVEMENTE COLPITI, con punteggio che va da 6 a 9. Gli item inerenti all'SQR-P sono il D3,D4,D6,D7,D8,D9,D10,D11,D12. Invece per la diagnosi di depressione, l'SQR-D fornisce due risultati ovvero DEPRESSIONE POCO PROBABILE, con risultati da 0 a 4 e DEPRESSIONE PROBABILE, con risultati di 5 e 6. Gli item che la indagano sono il D1,D2,D3,D5,D6,D10.

Questo strumento, è stato validato per il DSM-IV, ed' è stato selezionato come strumento di confronto dell'HTQ.

Il terzo test, invece, situato nell'ultima pagina, da confrontare con l'HTQ per valutarne la validità concorrente di questo, è il questionario BES (vedi figura 22 in appendice), ed' è un test diretto alla valutazione del *Binge Eating*, il cui sintomo principale sono le abbuffate compulsive. La compilazione del questionario deve essere effettuata selezionando l'affermazione che sembra più adatta a descrivere la propria condizione emotiva. Per ciascuno dei 16 gruppi di affermazioni è necessario selezionare una sola delle quattro possibilità (Celio,2014). Il BES è composto da 16 domande e i relativi punteggi permettono di suddividere i soggetti in 3 categorie differenti: improbabile (se il

punteggio è minore di 17), possibile (se il punteggio è tra 17 e 27) e probabile (per punteggi maggiori di 27) (Grupski, 2013).

### **3.2 TRADUZIONE DEL TEST HTQ**

La traduzione in italiano della versione inglese dell'HTQ è stato un processo diviso in più fasi. Nella prima fase, due madrelingua italiani, hanno tradotto indipendentemente lo strumento originale in italiano. Una versione integrata e collaborativa del questionario è stata quindi ottenuta dalle due traduzioni. Successivamente, invece, la versione risultante è stata tradotta all'indietro, in inglese, da una insegnante madrelingua. La versione italiana dello strumento è stata ottenuta dal confronto tra il questionario originale e la retro-traduzione.

La terza e ultima fase è consistita nella valutazione da parte di un gruppo formato da 3 psichiatri e 2 psicologi, della formulazione delle affermazioni per la terminologia usata nella versione italiana.

### **3.3 PROCEDURA E CAMPIONAMENTO**

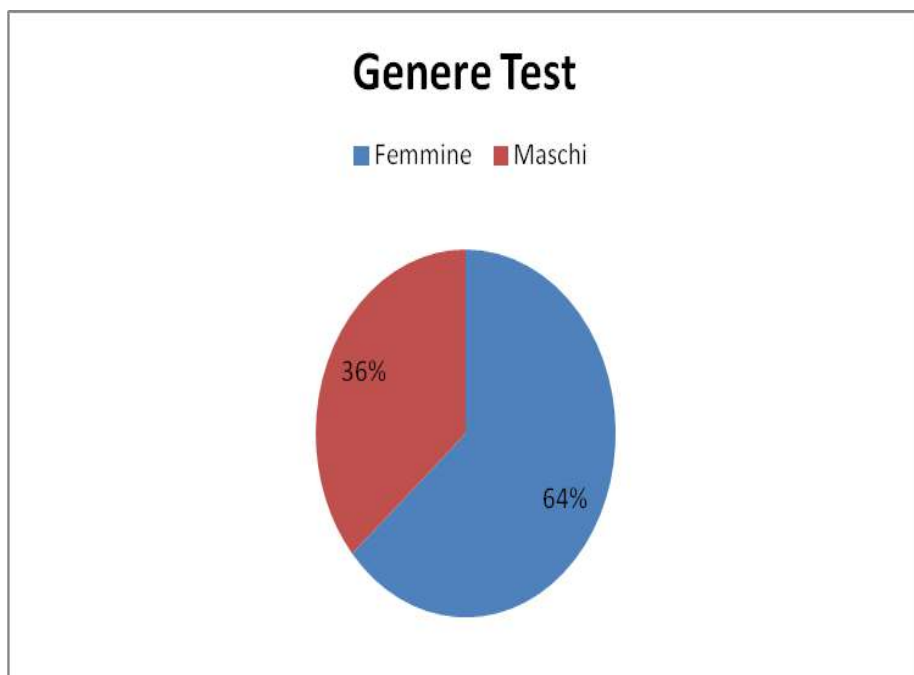
La procedura della fase sperimentale è consistita nella somministrazione del plico di fogli, ad un campione della popolazione generale (non clinica), del corso di laurea di Psicobiologia e Neuroscienze cognitive, del corso di laurea di infermieristica, del corso di laurea di ingegneria gestionale, del corso di laurea di ingegneria civile, del corso di laurea di ostetricia e quello di odontoiatria che fanno parte del dipartimento di medicina e chirurgia e del dipartimento di ingegneria dell'Università degli studi di Parma.

Gli incontri duravano circa 15 minuti in media, per la somministrazione collettiva degli strumenti, durante i quali si spiegava lo scopo dello studio e si chiedeva la collaborazione. E' stato ricordato inoltre agli studenti che avrebbero avuto la possibilità di accedere ai risultati dei tre test qualora

l'avessero voluto. Il re-test è stato effettuato 4-5 mesi dopo per verificarne l'attendibilità interna dell'HTQ da standardizzare.

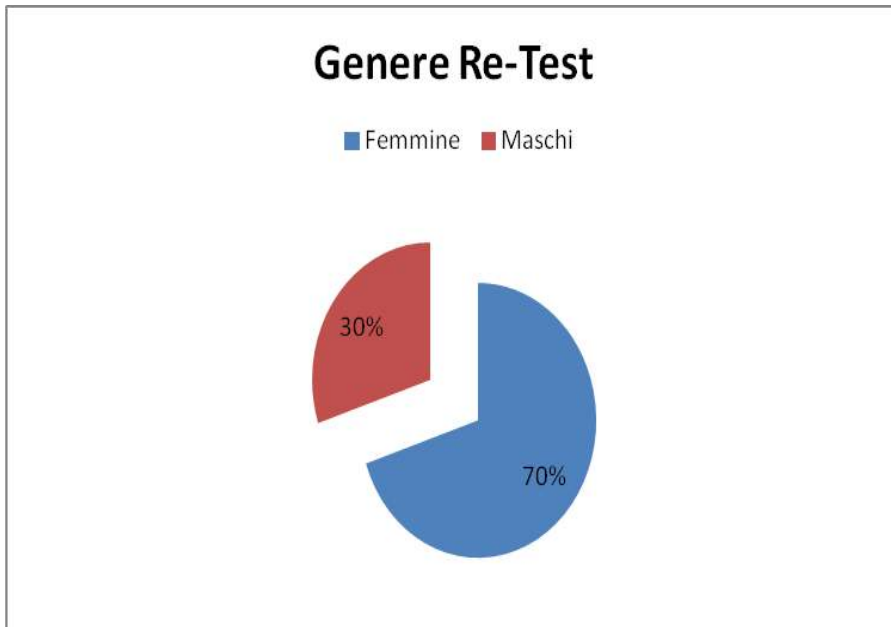
Il campione, in tutto, conta in totale 253 soggetti per la fase del test, mentre la somministrazione del re-test è stata condotta su un campione di 164 studenti; di conseguenza si è raggiunto e superato in ambedue le situazioni il numero minimo di soggetti per la eventuale standardizzazione dell'HTQ (il test come già detto è formato da 16 item e come da procedura vi erano necessari, in proporzione, almeno 10 studenti per item).

Il campione nella fase del test, come si può notare nella figura 14, risulta non omogeneo per quanto riguarda la variabile genere, visto che vi sono 164 femmine e 89 maschi. Nella fase re-test (figura 15)



anche in esso il campione sembra non bilanciato a favore del genere femminile. Da qui in avanti si prenderanno in esame solo i dati descrittivi della fase test, visto che sono equiparabili in proporzione a quelli del re-test.

**Figura 14** Variabile genere in riferimento alla somministrazioni della fase test.



**Figura 15 Variabile genere in riferimento alla somministrazione della fase re-test**

A questo riguardo, per quanto riguarda il genere, Bowers, suggerisce che il PTSD e lo stress in generale, risultano più diffusi tra le donne, che manifestano sintomi diversi dopo aver subito un trauma o situazioni stressanti. Le ragazze tendono a interiorizzare generalmente; i ragazzi, al contrario, tendono ad esteriorizzare (Brosver, 2014). Per cui anche se abbiamo un campione di tipo non clinico, ci si potrebbe aspettare di avere risultati riguardanti il test HTQ maggiori per il genere femminile rispetto al maschile.

Per quanto riguarda la media dell'età in corrispondenza al genere, i dati sembrano essere molto bilanciati, visto che le donne hanno una media di 22,2 mentre i maschi di 22,1 di età.

Facendo riferimento al genere ed alle percentuali facenti parte dei vari corsi di studio possiamo vedere che il genere femminile prevale su quello maschile nel corso di laurea di infermieristica (72,2% F, 27,7 M), nel corso di laurea di psicobiologia e neuroscienze cognitive (87,1% F, 12,8% M), nel corso di laurea di odontoiatria del terzo anno (56,5% F, 43,4% M) e nel corso di laurea di ostetricia con un 100% di frequenza solo femminile. Il genere maschile domina invece nel corso di laurea di ingegneria



civile (61.5% M, 38.4% F), Ingegneria gestionale (72,2% M, 27,8% F) ed in odontoiatria del primo anno (56,2% M, 43,7 % F). Il tutto si può notare nella Tabella 1.

GENERE													
FEMMINE: 164 64%							MASCHI: 90 36%						
CORSI DI STUDIO													
Infermieristic a		Neuroscienze		Odontoiat.3		Odontoia.1'		Ostetricia		Ing.civ		Ing. Gest	
F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
72,2%	27,7%	87,1%	12,8%	56,5%	43,4%	43,7%	56,2%	100%	0%	38%	61,5%	28%	72%

**Tabella 1 Genere e corsi di studio**

Per quanto riguarda i dati socio anagrafici si ipotizza che il livello socio-culturale del gruppo sia medio, date le professioni svolte dai genitori (per lo più operai, commercianti, impiegati e camionisti) per quanto riguarda i mestieri dei padri; mentre per le madri si evidenziano maggiormente lavori di tipo sedentari.

Riguarda la residenza degli studenti vi è una gran maggioranza che abita a Parma e provincia; in percentuale l'80% di questi, hanno come residenza proprio la località di Parma o provincia.

### 3.4 RISULTATI

L'analisi statistica dei dati è stata eseguita tutta sul programma RStudio. Come prima cosa per standardizzare il test, l'HTQ, si è dovuto trovare l'alfa di Cronbach, per il test, utile per verificarne l'attendibilità interna. L'*alpha di Cronbach* (a volte semplicemente definito come coefficiente  $r$ ) è un indice statistico, utilizzato nei test psicometrici per misurarne l'affidabilità, appunto. L'accezione più comune considera l'affidabilità come COERENZA INTERNA, ovvero come grado di accordo tra gli item del questionario. Ne segue che la coerenza interna dipende dal grado di correlazione tra gli item, quindi dalla matrice di correlazione  $r$ .

L'affidabilità (attendibilità) è una proprietà del questionario e riguarda l'accuratezza con cui esso riesce nel misurare tale costrutto. Un questionario affidabile produce praticamente gli stessi risultati per una stessa situazione, considerando modesto l'effetto dovuto all'errore aleatorio e in assenza di altri errori di misura. Il coefficiente di affidabilità esprime, in questo senso, la precisione del questionario, ed è inversamente proporzionale all'errore di misura. L'affidabilità è allora stimabile, attraverso il coefficiente Alfa di Cronbach (Cronbach, 1951).

*Quindi per la validità,  $\alpha$  varia tra 0 e 1 e se le variabili sono completamente incorrelate, allora misurano quantità tra loro indipendenti, e quindi anche  $\alpha$  vale 0; se invece ciascuna variabile è identica alle altre, tutte misurano lo stesso fenomeno, e quindi che  $\alpha=1$ .*

Empiricamente si considerano i seguenti risultati per valutare l'alpha di Cronbach:

- valori > 0.90: ottimi;
- valori compresi tra 0.80 e .90: buoni;
- valori compresi tra 0.70 e .80: discreti;
- valori compresi tra 0.60 e .70: sufficienti;

-valori < 0.60 insufficienti.

Si è calcolato Alfa di Crombach su RSTUDIO tramite il pacchetto psych per quanto riguarda lo strumento dell'HTQ da standardizzare.

L'output è risultato come nella tabella 2:

<b><i>Std. alpha</i></b>	<b><i>Average__r S/N</i></b>	<b><i>Mean</i></b>	<b><i>Ds</i></b>
<i>0.83</i>	<i>0.23</i>	<i>1.6</i>	<i>0.39</i>

**Tabella 2** Alpha di Crombach per il test dell'HTQ

Alfa basato sulle correlazioni tra gli item è risultato 0.83 mentre il valore medio della correlazione inter-item risulta 0.23.

E' stato calcolato anche l'alfa del re-test e l'output che ne è risultato si vede nella tabella 3:

<b><i>Std. alpha</i></b>	<b><i>Average__r S/N</i></b>	<b><i>Mean</i></b>	<b><i>Ds</i></b>
<i>0.8</i>	<i>0.2</i>	<i>1.6</i>	<i>0.38</i>

**Tabella 3** Alpha di Crombach per il re-test dell'HTQ

Alfa basato sulle correlazioni tra gli item è risultato 0.8 mentre il valore medio della correlazione inter-item) risulta 0.2. Gli ITEM risultano ottimamente correlanti visto che alfa si avvicina ad 1.

Sembra esserci una buona coerenza interna anche in esso.

Dopo aver valutato la coerenza interna, si è valutata la validità concorrente con gli altri due test ovvero il BES che misura la patologia alimentare e l'SQD che misura il PTSD.

- Nel primo confronto tra test e re-test dell'HTQ vi è una buona correlazione risultante 0.7 r ed un p-value inferiore a 0.05 . Le due distribuzioni sono quindi interdipendenti, quindi la relazione è significativa e all'aumentare dell'una aumenta anche l'altra. Il valore della correlazione rientra nell'intervallo di fiducia quindi si accetta l'ipotesi alternativa il che mostra che i due test misurano la stessa cosa. Dal grafico della figura numero 16 si può notare che i punteggi vanno verso la stessa direzione.

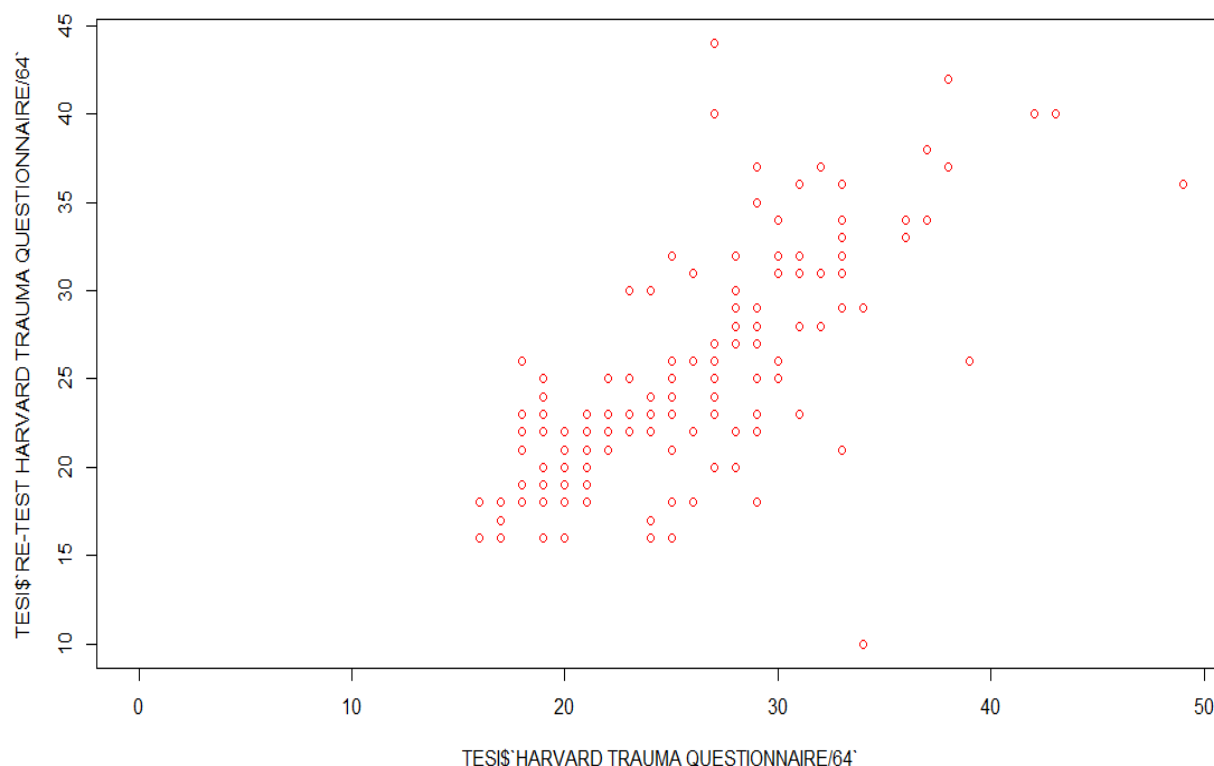
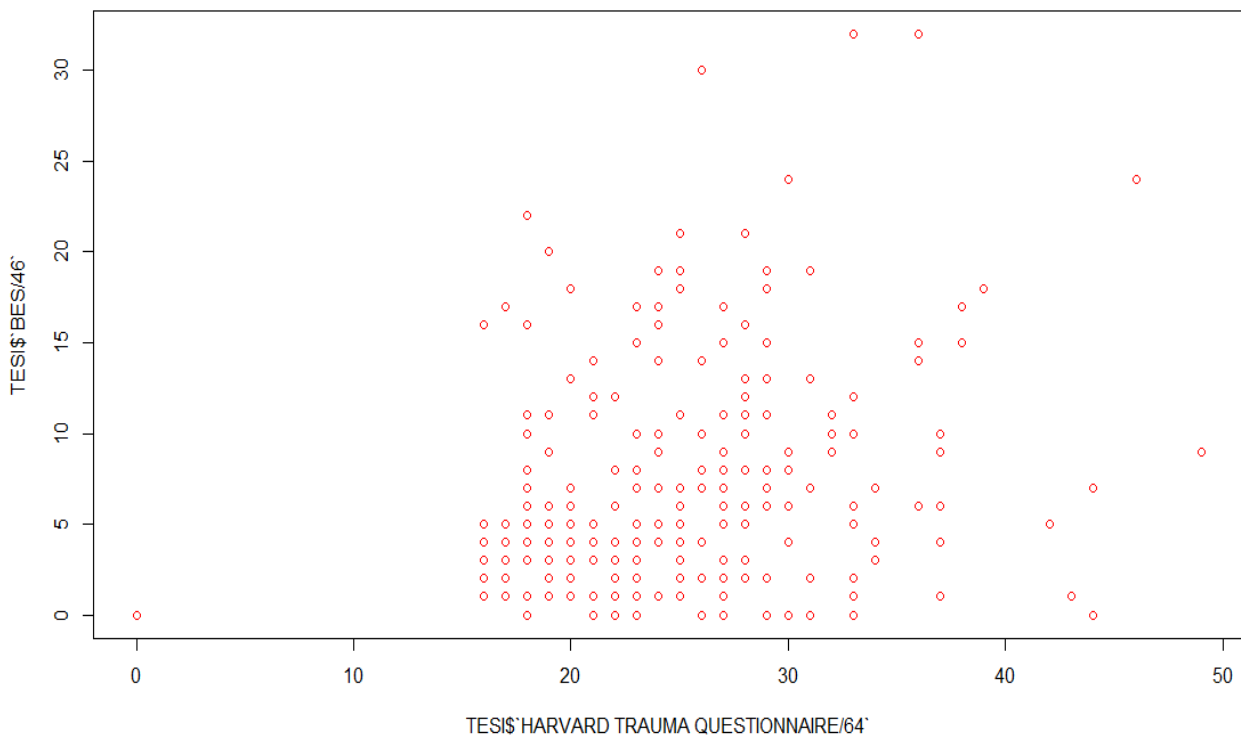


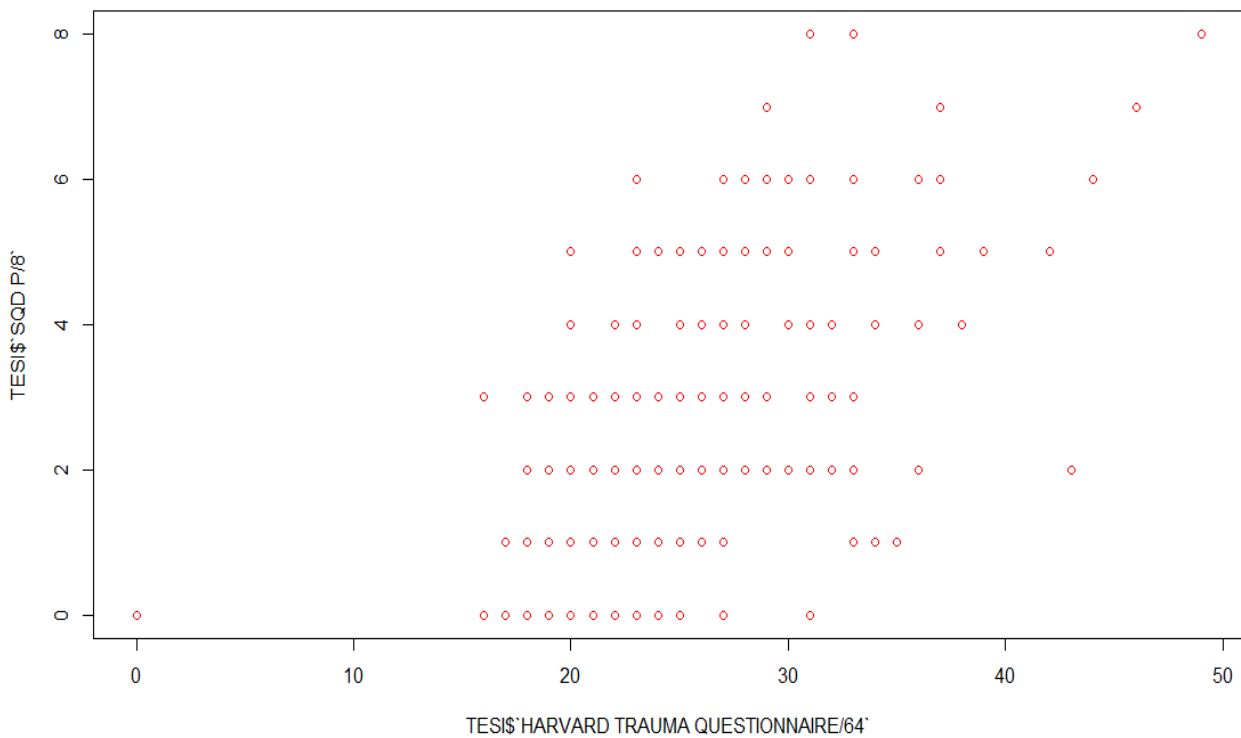
Figura 16 Grafico di dispersione tra il test e re-test dell'HTQ

- Per quanto riguarda il confronto tra HTQ e BES, il p-value va sotto allo 0.05, le due distribuzioni sono poco interdipendenti, visto che vi è una correlazione  $r=0.25$ , quindi la relazione è poco significativa, il valore della correlazione rientra nell'intervallo di fiducia quindi si rifiuta l'ipotesi nulla, ovvero che non vi sia correlazione. Dal grafico della figura numero 17 si può notare, infatti, che i dati sono un po' più dispersivi.



**Figura 17** Grafico di dispersione tra l'HTQ ed il BES

- Tra l'HTQ e l'SQD il p-value è nettamente inferiore a 0.05. Le due distribuzioni sono interdipendenti, quindi la relazione è significativa (il valore della correlazione è di  $r=0.65$ ) e rientra nell'intervallo di fiducia quindi si accetta nuovamente l'ipotesi alternativa ovvero quella prevista da in partenza. Vi è quindi una correlazione tra HTQ e SQD-P indicante che all'aumentare dei punteggi di HTQ aumentano anche quelli dell'SQD. Nel grafico della figura 18 si può vedere che i dati vanno verso la stessa direzione anche con un po' più dispersione rispetto al confronto tra test e re-test.



**Figura 18** Grafico di dispersione tra HTQ E SQD-P

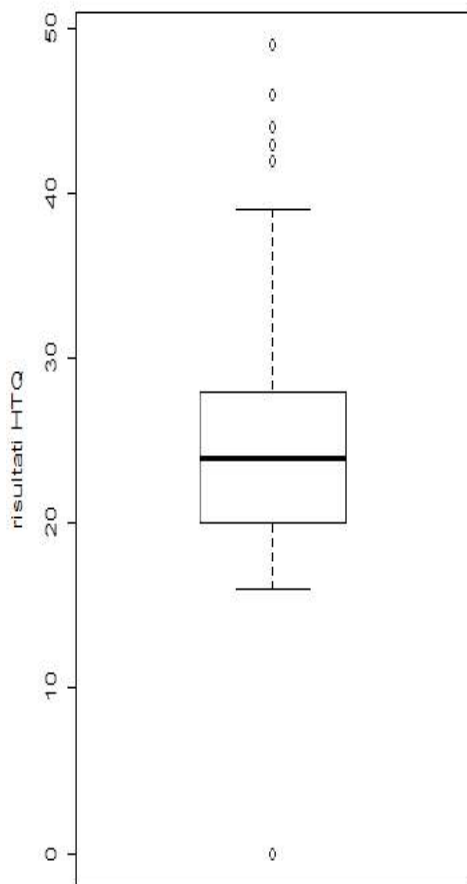
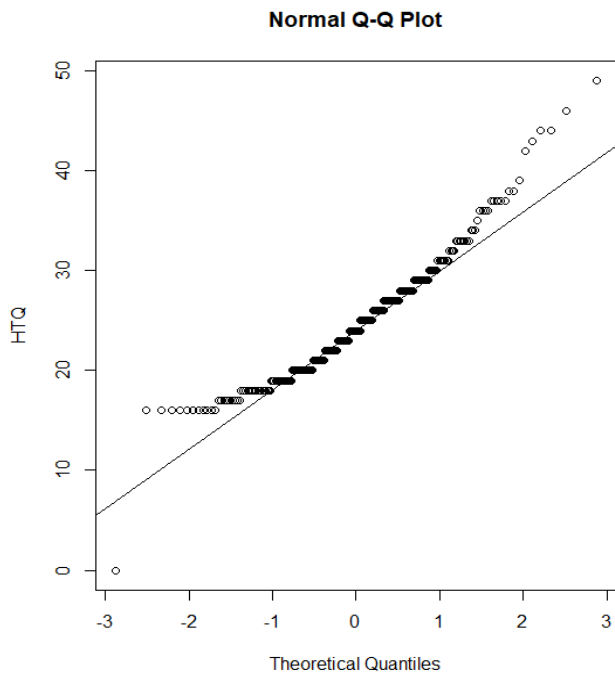


Figura 19 Boxplot risultati HTQ

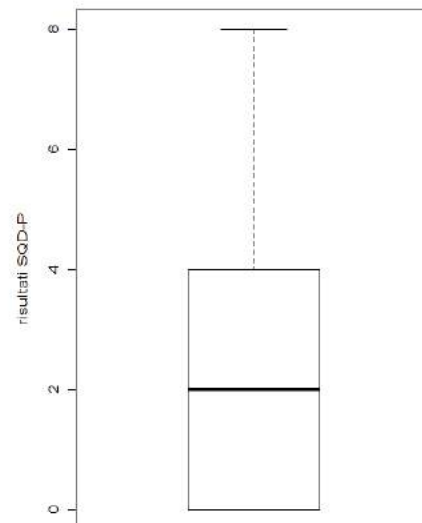
1° TEST "HTQ". Tutti gli individui per quanto riguarda i risultati dell'HTQ non sono risultati positivi al test, al di fuori di cinque casi che superano il punteggio critico di 40, che comporta un superamento della soglia di 2.5 (dividendo 40 per gli ITEM ovvero 16). Per quanto riguarda i risultati diversi tra

maschi e femmine vi è una media appena più alta per quanto riguarda le femmine  $M=25.4$  contro  $M=24$  dei maschi. Di fatto la media dei risultati dei test in totale corrisponde a 24, vedi figura 19, mentre vi sono risultati minimali che arrivano a 16 ed un risultato massimale equivalente a 49 e la presenza di qualche outlier. Il fatto che i dati siano maggiori per il genere femminile, può far riferimento a quanto descritto da Bowers più sopra, ovvero che le donne sono per natura più inclini ai disturbi da stress.



**Figura 20** QQPLOT relativo all'HTQ

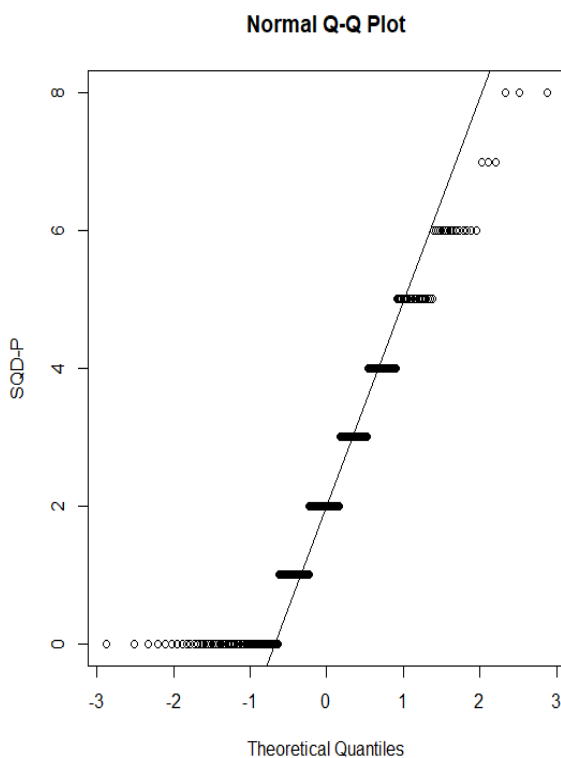
Facendo riferimento al grafico della figura 20, nel confronto della distribuzione cumulativa di tale test con una distribuzione della popolazione normale si può vedere come i risultati dei punteggi del test HTQ seguano in parte la distribuzione normativa.



**Figura 21** Boxplot relativo ai risultati dell'SQD-P

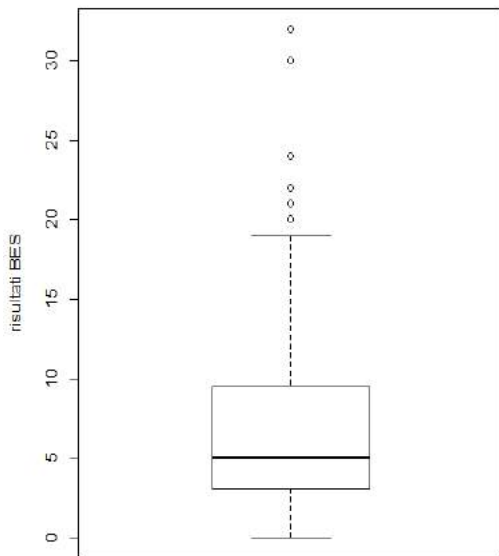


**2° TEST SQD-P.** Invece, per quanto riguarda la soglia patologica relativa all'SQD-P sono risultati sopra soglia 18 studenti. Tramite la distribuzione dei dati si può notare che la media delle risposte è risultata di  $M=2.3$ , il risultato più basso riscontrato risulta zero, mentre il più alto è di 8, come si può notare nel boxplot della figura 21. Le medie per quanto riguarda le risposte differenti in base al genere riferiscono che il punteggio medio del genere femminile risulta di  $M=2.3$  mentre quello maschile di  $M=1.8$ .



**Figura 23** QQPLOT dei risultati dell'SQD-P

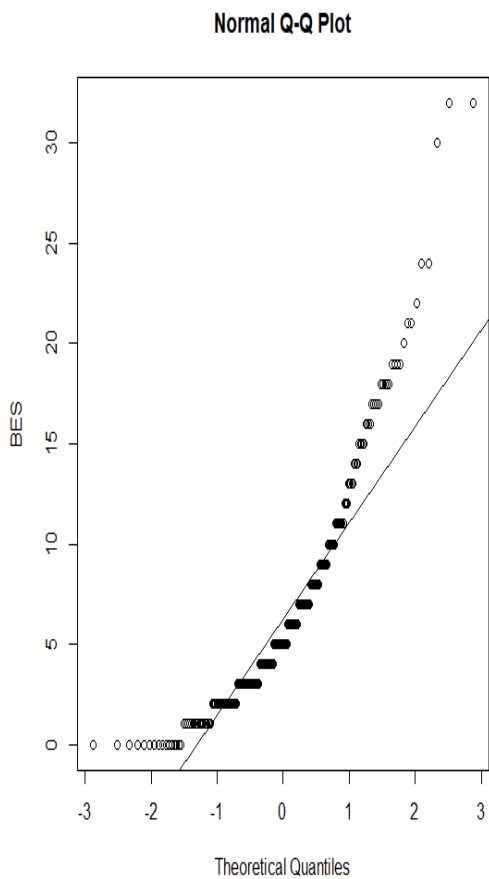
Guardando il grafico, della figura 23, nel confronto della distribuzione dei risultati dell'SQD-P si può vedere come questi seguano in parte la distribuzione normativa.



**Figura 24 boxplot relativo al test BES**

**3° Test "BES".** Per l'ultimo test invece, ovvero il BES, sono risultati 17 casi a rischio di condotta Bindge (risultati tra 17 e 24) e 3 casi con probabilità di patologia (risultati >27). Attraverso la distribuzione dei dati si è potuto notare come gli esiti minimo e massimo del test corrispondono a 0 per i test senza risposta di outlier e 32, mentre la media dei risultati risulta di 5 (nota figura 24). Per quanto riguarda le medie delle risposte in base al genere notiamo come anche in questo test le femmine hanno ottenuto un punteggio più alto,  $M=7.8$  per il genere femminile e di  $M=5.9$  per quello maschile, rispettivamente.

Per quanto riguarda il confronto dei risultati attraverso il paragone della distribuzione normale a quella cumulativa si può notare che i dati del BES si sovrappongono per avere poi una dispersione maggiore nella parte superiore come si può notare nel grafico della figura 25.



**Figura 25 QQPLOT del test BES**

Ulteriormente è stata eseguita l'analisi fattoriale confermativa del test HTQ per verificare se i punteggi degli item che hanno composto i risultati del test, rispondono effettivamente alle 4 sottoscale o ad altri valori, e se verificano le sottoscale ipotizzate dagli autori originari che hanno verificato e adattato la versione per il DSM-V (Vindbjerg, Carlsson, Lykke Mortensen, Elklit, Makransky, 2016).

## Varianza totale spiegata

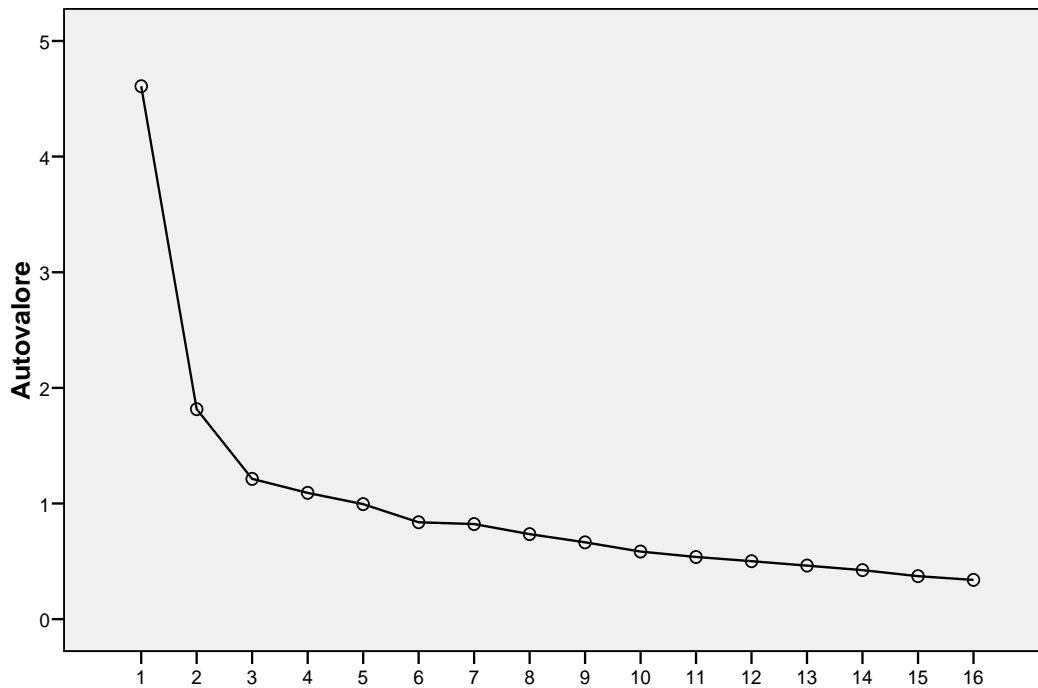
**Tabella 4 Varianza totale spiegata dalle componenti**

Componente	Autovalori iniziali		
	Totale	% di varianza	% cumulata
<b>1</b>	<b>4,609</b>	<b>28,805</b>	<b>28,805</b>
<b>2</b>	<b>1,816</b>	<b>11,349</b>	<b>40,154</b>
<b>3</b>	<b>1,213</b>	<b>7,581</b>	<b>47,735</b>
<b>4</b>	<b>1,092</b>	<b>6,825</b>	<b>54,560</b>
<b>5</b>	,994	6,212	60,772
<b>6</b>	,837	5,231	66,003
<b>7</b>	,822	5,137	71,139
<b>8</b>	,735	4,592	75,732
<b>9</b>	,664	4,152	79,883
<b>10</b>	,584	3,650	83,534
<b>11</b>	,537	3,358	86,891
<b>12</b>	,501	3,131	90,022
<b>13</b>	,463	2,893	92,916
<b>14</b>	,424	2,647	95,563
<b>15</b>	,371	2,320	97,882
<b>16</b>	,339	2,118	100,000

Metodo di estrazione: Analisi componenti principali.

Sono estratte 4 componenti che spiegano il 54.6% di varianza della matrice di correlazione (tabella 4). In questo senso sono stati presi in considerazione i primi 4 autovalori, visto che superano la soglia di >1 e avrebbero la capacità di esser significative per la relazione tra gli item del test HTQ di questo studio.

**Grafico decrescente degli autovalori**



**Figura 26. Rappresentazione degli autovalori**

Si sono ruotati i dati in senso ortogonale, per mostrarne una miglior collocazione e comprensione dei dati.

Si è ipotizzato quindi i nomi delle 4 componenti (Tabella numero 5), definendole come le sottoscale relative agli item dell'HTQ del nostro studio, per confrontarle a quelle ipotizzate da Vindbjerg.

Tabella 5 correlazioni tra item e sottoscale

	Componente		
	Aroused intrusion + Avoidance	Hypervigilance	Single item - numbing?
item11 effort to avoid activities	,778		
item16 psychological and physiological distress	,724		
item15 efforts to avoid thoughts	,716		
item1 intrusive recollection	,639	,310	
item2 event recurring	,636	,382	
item12 memory impairment	,573		,311
item3 recurrent dreams	,517		,323
item6 exaggerated startle response	,686		
item9 hypervigilance	,670		
item4 feeling of detachment from others	,636		,446
item10 irritability or anger	,527	,354	
item8 sleeping difficulty	,441	,346	-,368
item13 diminished interest in activities			,861
item7 difficulty concentrating			,726
item14 sense of foreshortened future			,618
item5 restricted range of affect			,771

Tramite il confronto con la tabella degli autori che hanno valutato i 4 modelli-cluster dell'HTQ relativi alle sottoscale misuranti il DSM-V, confrontando i dati con quelli della standardizzazione originale, si è notato che le correlazioni tra gli Item e le sottoscale ipotizzate in questo studio si discostano per tre Item, rispetto al test confrontato.

In particolare nel presente studio gli item 11-16-15-1-2-12-3 correlano con le sottoscale di Intrusione ed evitamento. L'item 12 Secondo il confronto con le sottoscale originali, che riguarda "incapacità nel ricordare parti dell'evento più traumatico o doloroso" dovrebbe invece far parte della sottoscala "numbing" ovvero quella dell'umore, nella quale vi è una saturazione minore, anche per quella scala.

Gli Item 6-9-4-10-8 hanno dato punteggi concordanti rispetto alla sottoscala riguardante

l'ipervigilanza. Dal confronto con lo studio di Vindbjerg si nota che l'item 4 dovrebbe risultare più in accordo con la sottoscala relativa al "numbing" ovvero dell'umore, mentre nel presente studio la relazione tra questo item e questa sottoscala è meno significativa.

Gli Item 7-14-13-5 in questa ricerca risultano accomunati per punteggi di saturazione rispetto alla sottoscala relativa al "numbing", anche in questo caso l'item 7 "difficoltà a concentrarsi" nello studio originale satura il cluster "ipervigilanza".

### **3.5 DISCUSSIONE**

L'obiettivo di questa ricerca è stato quello di adattare un test nella lingua italiana, misurante il disturbo post-traumatico da stress, standardizzato in lingua inglese. L'adattamento in lingua italiana, necessitava non solo di una vera e propria traduzione ma di una validazione (Mollica, 1996). Di conseguenza si sono rintracciati altri test di confronto. L'attenzione si è focalizzata su due test in particolare, di cui uno, quello Validato da Valenti nel 2013, chiamato SQD, adattato in lingua italiana dopo il terremoto che ha colpito l'Aquila, che si divide in due sottoscale che misurano rispettivamente depressione e disturbo post traumatico da stress, e l'altro chiamato BES, che va ad indagare il disturbo Binge. Questi due test sono stati selezionati poiché avevano più o meno lo stesso numero di item dell'HTQ da standardizzare. La presente ricerca è stata effettuata su un campione di tipo non clinico, facendo affidamento su studenti di alcuni corsi di studio dell'Università degli studi di Parma a cui sono stati somministrati tutti e tre i test in una prima fase, avvenuta nel mese di giugno dell'anno 2017, ed in una seconda relativa al post-test 4 mesi dopo, ovvero nell'ottobre sempre dello stesso anno. Tutti i dati sono stati elaborati con il programma RStudio.

L'ipotesi di partenza, prevedeva che i risultati dell'HTQ, ottenuti su un campione di tipo non clinico ma normativo, sarebbero dovuti risultare più correlanti nei confronti delle risposte dell'SQD, facendo riferimento alla sottoscala SQD-P che misura anch'essa il disturbo post-traumatico da stress. Al contrario i risultati dell'HTQ sarebbero dovuti risultare meno affini rispetto al test indagante il disturbo Binge (BES), visto che si tratta di una patologia ben diversa, anche se può toccare aspetti relativi all'umore che sono simili a quelli della scala da adattare.

Un dato di conforto a questa ipotesi deriva proprio dalla standardizzazione del test SQD eseguita da Valenti in lingua italiana, che ha confrontato le due sottoscale relative alla P e alla D con due test concorrenti, rispettivamente la CAPS e il BDI-II che indagano le stesse patologie. Quindi, dai risultati del lavoro di Valenti, è emersa una correlazione di  $r=0.8$  tra SQD-P e CAPS ed una di  $r=0.7$  tra l'SQD-D e il BDI-II.

Nel presente studio, invece, è stato previsto l'uso della scala BES, come strumento di misura discriminante indagante il disturbo Binge, oltre che la SQD-P, come strumento di misura convergente che misura appunto il PTSD. I test, sono stati somministrati collettivamente ai diversi gruppi dei soggetti spiegando tutte le informazioni riguardanti lo studio e quelle relative ai test, ricordando che i partecipanti avrebbero potuto aver accesso ai risultati inviando una mail all'equipe di ricerca e che avrebbero potuto abbandonare la "seduta" quando volevano ed erano liberi di rifiutarsi di rispondere ai questionari.

E' stato riferito poi, a ciascun gruppo, che 4 mesi dopo i collaboratori sarebbero ritornati per effettuare il re-test, che sarebbe poi servito per verificarne la validità del test stesso da standardizzare. Nel post-test sono stati riesaminati 164 studenti, abbastanza per poter valutare la validità concorrente tra il test ed il re-test.



I partecipanti, come illustrato precedentemente erano in totale 253; ne è risultato un campione sbilanciato per quanto riguarda il genere poiché è stato osservato un disequilibrio in favore del genere femminile con una percentuale del 64% rispetto al 36% del genere maschile.

Dalla tabella numero uno, si è notato che rispetto al genere, una percentuale maggiore del genere femminile appartiene al corso di infermieristica del secondo anno, di ostetricia del primo anno, di neuroscienze del primo anno e di odontoiatria del terzo anno. Invece per quanto riguarda la presenza del genere maschile, si nota che esso domina nei corsi di Ingegneria gestionale del secondo anno, di Ingegneria civile del primo anno e di odontoiatria del primo anno. I punteggi più alti, in media, sono stati riportati dai corsi di studio in cui vi è una maggioranza del sesso femminile, tipo in infermieristica; questo però potrebbe esser dato, come già specificato prima, dalla presenza in preponderanza del sesso femminile e che, tale genere, è più incline ad avere risultati alti per quanto riguarda lo stress (Bowers, 2014).

L'alpha di Cronbach per l'HTQ ha prodotto risultati validi sia per quanto riguarda la fase di test che per quanto riguarda la fase di re-test.

Per il test, quindi, Alpha è risultato di  $\alpha=0.83$  mentre per il re-test ha valore di  $\alpha=0.8$ , quindi ambedue sono compresi nella fascia discreta della attendibilità interna dei dati raccolti. Tutti e due i valori alfa sono coerenti. La media inter-item di risposta per il test risulta di  $M=0.23$  mentre per il re-test di  $M=0.20$ . Quindi i due test sembrano aver dato una buona continuità concomitante oltre che una buona attendibilità interna nonostante fossero trascorsi 4 mesi.

Nel passaggio successivo, sono state valutate le validità concorrenti. Il re-test è stato effettuato per vedere se vi fosse coerenza interna e attendibilità dello strumento e che i punteggi valutati nel test non fossero dovuti alla casualità.

Il confronto perciò tra test e re-test dell'Harvard Trauma Questionnaire ha dato una discreta validità convergente con una correlazione di  $r=0.74$  quindi all'aumentare dei punteggi del test aumentavano anche quelli del re-test ed anche il grafico mostra come ci sia un andamento simile tra i risultati di entrambi. Quindi visto che vi è correlazione ed i dati rientrano nell'intervallo di fiducia (0.6647705 e 0.8044901) si è potuto accettare l'ipotesi alternativa, che descrive la correlazione tra i due test eseguiti in tempi diversi; questa è dovuta quasi sicuramente al fatto che il campione è di tipo non clinico, quindi i dati tendono a stabilizzarsi in un range ristretto di risposte.

Il confronto tra l'HTQ con l' SQD-P ha prodotto una relazione positiva, ma non tanto significativa, visto che la correlazione non supera  $r=0.65$ . In questo caso si accetta l'ipotesi alternativa della correlazione. La correlazione non ha raggiunto i livelli soglia di 0.7/0.8 probabilmente perché i test sono stati eseguiti su un campione di tipo non clinico e perché l'SQD è un test, nato originariamente self-report mentre l'Harvard andrebbe somministrato direttamente da un clinico. Questi dettagli potrebbero aver fatto la differenza.

Il confronto invece tra HTQ e BES è risultato con una correlazione di 0.2, in cui vi è una relazione per niente significativa visto che si avvicina di molto allo zero. Dal grafico si può notare la grande dispersione dei dati nel confronto tra i due test. In questo caso si è accettata l'ipotesi alternativa che conferma quella iniziale. La correlazione anche se minima, sicuramente è data dagli aspetti in comune che indagano le due scale, soprattutto quella dell'umore.

I risultati dei test, per quanto riguarda i soggetti dei corsi di studio mostrano come nell'HTQ le medie delle femmine, rispetto al genere maschile, abbiano punteggi più alti:

per quanto riguarda l'HTQ la media delle risposte in generale risulta di 24, ricordando che la fascia critica è di 40.; la media delle risposte del genere femminile è stata di 25.4 mentre per il genere

maschile di 23.9, non una gran differenza ma potrebbe far pensare a quanto ipotizzato prima. Questo potrebbe anche esser dettato però dalla gran maggioranza delle presenze femminili che si sono sottoposte ai test e questo può essere un limite del campione. E' ipotizzabile che avendo un campione di tipo normativo non clinico, i risultati, come si è visto, risultino bassi.

La distribuzione dei dati relativi ai risultati del test HTQ sono stati ulteriormente analizzati, per vedere se la distribuzione combaciava con una normale distribuzione. Si nota che i dati non si discostano molto dalla linea che rappresenta la distribuzione normale quindi ha rispettato i criteri di normalità.

Osservando i risultati del test SQD della sottoscala presa in considerazione, ovvero la SQD-P, si può osservare come 18 casi abbiano avuto risultati positivi (con punteggio superiore a 6) per la diagnosi di PTSD che hanno superato di gran lunga quelli visti nell'HTQ, ovvero 5. Questo corrobora la possibilità che vi sia una correlazione meno significativa tra i due test, rispetto a quanto si era ipotizzato; questo perché probabilmente come già detto prima, come dice la letteratura, i due test vanno somministrati in maniera differente e vista la grandezza del campione questo dato può essere emerso maggiormente a favore dell'SQD. Un'altra ragione può essere associata al fatto che l'HTQ è molto più specifico per i criteri del DSM-V mentre l'SQD-P no. I punteggi medi del genere dell'SQD-P relativi al sesso risultano a favore di quello femminile relativamente  $M=2.3$  e  $M=1.8$  rispetto al maschile; questo potrebbe far riferimento a quanto ipotizzato anche per la differenza che si è colta nella scala dell'HTQ in relazione al genere. Il punteggio medio per i risultati contando ambedue i generi risale a  $M=2$ ; la bassa media riflette il tipo di campione.

Andando a vedere la distribuzione dei risultati dell'SQD-P ci si accorge che tali, siano in accordo in parte con la distribuzione normale, visto che i dati inizialmente si discostano da essa. Questa evidenza può far sembrare, visto la più simile distribuzione delle risposte riportate dall'HTQ rispetto alla

distribuzione normale, che paradossalmente, può esserci contrasto con quanto affermato in letteratura, ossia che l'HTQ andrebbe solo somministrato da parte di un clinico. Andando ad osservare i risultati del BES, anche essi hanno un andamento della distribuzione simile alla normale, e le medie dei risultati esplicitano valori più alti nelle risposte delle femmine in confronto ai maschi.

Ulteriormente, guardando l'analisi fattoriale di conferma, si è notato che confrontando gli item di questo studio e quelli facenti parte dei quattro cluster ipotizzati dallo studio di Vindbjerg, 3 di essi non confermano quanto visto nello studio originale, ovvero gli item 4 "sentimenti di distacco o estraneità verso gli altri", 12 "incapacità nel ricordare parti dell'evento più traumatico o doloroso" e l'item 7 "difficoltà nel concentrarsi". L'item 4 e il 12 hanno dato comunque risultati, anche se di minor rilevanza, che rispecchiano i cluster ipotizzati da Vjndemberg, rispettivamente della sottoscala "numbing" ovvero relativa all'umore.

Questo potrebbe essere dovuto al fatto che i soggetti, non avendo magari subito traumi significativi, non riuscivano a comprendere bene le richieste e a rispondere in maniera ottimale. In ogni caso, servirebbero maggior approfondimenti. Un'altra motivazione potrebbe essere relativa alle differenze culturali.

### **3.6 CONCLUSIONI**

Per adattare il test Harvard Trauma Questionnaire alla lingua italiana si è partiti ipotizzando che, dopo averlo somministrato a 253 soggetti, di un campione normativo, i risultati del test sarebbero dovuti risultare in stretta relazione con i risultati ricavati dall'SQD-P e meno in relazione con quelli del BES.

Il test dalle varie elaborazioni ha rispettato le attese almeno in parte, poiché abbiamo avuto risposte positive per quanto riguarda le correlazioni con il BES, nel senso che è stato riscontrato che i risultati

dei due test non fossero in stretto rapporto, ma anzi lo erano un minimo; inoltre si è constatato che vi è stata relazione, ma non così forte come atteso tra HTQ ed SQD-P.

Questo può essere attribuito ai diversi limiti dello studio, che forse non hanno permesso di ottenere valori ottimali per confermare appieno le ipotesi di partenza. Uno dei fattori limitanti è stato sicuramente quello relativo al fatto che i test, che misurano indici patologici, siano stati misurati su un campione non clinico. Un altro fattore da non sottovalutare è emerso dalla somministrazione effettuata in maniera non ottimale del test HTQ, visto che andrebbe fatto privatamente da parte di un clinico come riportato dalla letteratura; a questo però è emerso un dato contraddittorio dall'osservazione del confronto della distribuzione dei risultati del test confrontati alla distribuzione normale; tutto ciò però sarebbe da provare andando a osservare il confronto tra i risultati stessi del test somministrato ad un campione di tipo clinico con una distribuzione normativa. Ancora il campione era troppo sbilanciato a favore del genere femminile. Un ulteriore fattore, potrebbe aver rappresentato un elemento di disturbo, cioè quello della desiderabilità sociale, nonostante fosse stato chiarito che i dati sarebbero stati trattati in maniera anonima. Da non sottovalutare, infine, anche la possibile mancanza di concentrazione da parte degli studenti, che trovandosi uno di fianco all'altro, potrebbero essersi distratti.

Concludendo si può dire che il test in lingua italiana sembra affidabile, questo anche in parte giustificato tramite le informazioni pervenute dall'analisi fattoriale, che ha confermato che 13 item su 16 fanno riferimento, ai 4 cluster ipotizzati dal dallo studio di Vindbjerg che ha verificato l'utilità dell'HTQ per il DSM-V. Lo strumento in versione italiana però andrebbe di certo provato su un campione esposto ad eventi traumatici. Lo strumento può avere utilità nell'ambito della ricerca clinica, solo se rispetta le condizioni di somministrazione precedentemente descritte.



# UNIVERSITÀ DI PARMA

DIPARTIMENTO DI MEDICINA  
E CHIRURGIA

## HARVARD TRAUMA QUESTIONNAIRE (HTQ)

Di seguito sono riportati alcuni sintomi che potrebbero emergere conseguentemente ad eventi terrificanti. Legga attentamente ogni sintomo e indichi quanto l'abbiano disturbata durante l'ultima settimana.

		Per nulla	Un poco	Abbastanza	Moltissimo
		1	2	3	4
1	Pensieri o memorie ricorrenti riguardanti gli eventi più dolorosi o terrificanti.				
2	Sentirsi come se l'evento si stia ripresentando di nuovo.				
3	Incubi ricorrenti (relativi all'evento).				
4	Sentimenti di distacco o estraneità verso gli altri.				
5	Incapacità di provare emozioni.				
6	Sentirsi nervoso spaventandosi facilmente.				
7	Difficoltà a concentrarsi.				
8	Difficoltà relative al sonno.				
9	Stare all'allerta.				
10	Sentirsi irritabile o avere scatti di rabbia.				
11	Evitare le attività che ricordano l'evento doloroso o traumatico.				
12	Incapacità nel ricordare parti dell'evento più traumatico o doloroso.				
13	Ridotto interesse per le attività quotidiane.				
14	Sentirsi senza futuro.				
15	Evitare pensieri o sentimenti associati all'esperienza traumatica o dolorosa.				
16	Improvvisi reazioni fisiche ed emotive nel ricordare l'evento più traumatico o doloroso.				

L'UNIVERSITÀ DI PARMA  
Via S. Gaetano, 14 - 43100 Parma

Fi

Figura 11 Rappresentazione dell'Harvard Trauma Questionnaire



# UNIVERSITÀ DI PARMA

DIPARTIMENTO DI MEDICINA  
E CHIRURGIA

Versione italiana dello screening Questionnaire for Disaster Mental Health (SQD) (Valenti et al., 2013)

“Le persone che hanno sperimentato qualche evento traumatico [specificare] spesso riferiscono che la loro vita è radicalmente cambiata e che soffrono costantemente di stress di vario tipo. Lei ha sperimentato nell'ultimo mese qualcuno dei sintomi sotto elencati?”

D1. Ha notato qualche modificazione del suo appetito?	1.SI	0.NO
D2. Ha la sensazione di stancarsi facilmente o di sentirsi sempre stanco?	1.SI	0.NO
D3. Ha difficoltà ad addormentarsi o a dormire di notte?	1.SI	0.NO
D4. Nel sonno, ha incubi sull'evento?	1.SI	0.NO
D5. Si sente depresso?	1.SI	0.NO
D6. Si sente irritabile?	1.SI	0.NO
D7. Avverte di essere ipersensibile a piccoli rumori o tremori?	1.SI	0.NO
D8. Evita luoghi, gente e argomenti che si riferiscono all'evento?	1.SI	0.NO
D9. Pensa all'evento anche non volendo?	1.SI	0.NO
D10. Ha difficoltà nel provare piacere in situazioni per le quali prima provava piacere?	1.SI	0.NO
D11. Si sente agitato quando qualcosa le ricorda l'evento?	1.SI	0.NO
D12. Avverte di fare uno sforzo per provare a non pensare all'evento, o nel tentare di dimenticarlo?	1.SI	0.NO

Figura 13 Rappresentazione del test SQD

La compilazione di questo questionario deve essere effettuata mettendo una crocetta su quella affermazione che sembra più congeniale nel descrivere la propria condizione emotiva. Per ciascuno dei 16 gruppi di affermazioni è necessario porre la crocetta su una sola delle quattro possibilità

1. 

---

  - Non penso consciamente al mio peso ed alle dimensioni del mio corpo quando sono con altre persone.
  - Mi preoccupo del mio aspetto, ma questo non mi rende normalmente insoddisfatto/a di me stesso/a.
  - Sono consapevole del mio aspetto e del mio peso e questo mi rende deluso/a di me stesso/a.
  - Sono molto consapevole del mio peso e spesso provo forte vergogna e disgusto per me stesso/a. Perciò cerco di evitare di incontrare altre persone.
2. 

---

  - Non ho difficoltà a mangiare lentamente, seduto/a in maniera corretta.
  - Mi sembra di trangugiare il cibo. Nonostante ciò, non finisco per sentirmi troppo pieno/a per aver mangiato eccessivamente.
  - Talvolta, tendo a mangiare velocemente e dopo mi sento troppo pieno/a.
  - Ho l'abitudine di ingoiare il cibo quasi senza masticarlo. Quando faccio così, di solito mi sento scoppiare perché ho mangiato troppo.
3. 

---

  - Quando voglio, sono capace di controllare i miei impulsi verso il cibo.
  - Penso di aver minor controllo sul cibo rispetto alla maggior parte delle persone.
  - Mi sento totalmente incapace di controllare i miei impulsi verso il cibo.
  - Siccome mi sento totalmente incapace di controllare il mio rapporto con l'alimentazione, sto cercando disperatamente di raggiungere il controllo sul cibo.
4. 

---

  - Non ho l'abitudine di mangiare quando sono annoiato.
  - Qualche volta mangio quando sono annoiato, ma talvolta riesco a distrarmi e a non pensare al cibo.
  - Ho una vera abitudine di mangiare quando sono annoiato, ma talvolta riesco a distrarmi e a non pensare al cibo.
  - Ho una forte abitudine di mangiare quando sono annoiato. Niente riesce a farmi smettere.
5. 

---

  - Quando mangio qualcosa, di solito, è perché ho fame.
  - Talvolta mangio qualcosa d'impulso, senza avere veramente fame.
  - Mangio regolarmente per soddisfare una sensazione di fame, pur non avendo davvero bisogno fisicamente del cibo. In queste occasioni, non riesco neanche a gustare quello che mangio.
  - Anche se non ho fisicamente fame, avverto il bisogno di mettere qualcosa in bocca e mi sento soddisfatto/a solo quando riesco a mangiare qualcosa per riempirmi la bocca, come un pezzo di pane. Qualche volta, quando questo succede, risputo il cibo per non ingrassare.
6. 

---

  - Non mi sento per nulla in colpa, né provo odio per me stesso/a, dopo aver mangiato troppo.
  - Talvolta, mi sento in colpa o provo odio per me stesso/a dopo aver mangiato troppo.
  - Quasi sempre vivo un forte senso di colpa o provo odio per me stesso/a dopo aver mangiato troppo.
7. 

---

  - Quando sono a dieta, non perdo mai del tutto il controllo sul cibo, anche dopo periodi in cui ho mangiato troppo.
  - Quando sono a dieta e mangio un cibo "proibito", sento che ormai ho "sgarrato" e mangio ancora di più.
  - Quando sono a dieta e mangio troppo spesso mi dico: "Ormai hai sgarrato, perché non vai fino in fondo?". Quando questo succede, mangio ancora di più.
  - Mi metto regolarmente a dieta stretta, ma poi interrompo la dieta con un'abbuffata. La mia vita è fatta di abbuffate e digiuni.
8. 

---

  - Raramente mangio così tanto da sentirmi sgradevolmente pieno/a.
  - Circa una volta al mese, mangio così tanto da sentirmi sgradevolmente pieno/a.
  - Ci sono periodi regolari durante il mese in cui mangio grandi quantità di cibo, ai pasti o fuori dai pasti.
  - Mangio così tanto che di solito, dopo aver mangiato, mi sento piuttosto male ed ho nausea.



- 9.
- La quantità di calorie che assumo è abbastanza costante nel tempo.
  - Qualche volta, dopo aver mangiato troppo, cerco di ridurre al minimo le calorie, per compensare l'eccesso di calorie che ho mangiato.
  - Abitualmente mangio troppo di notte. Solitamente non ho fame la mattina e mangio troppo la sera.
  - Da adulto, ho avuto periodi di circa una settimana in cui mi sono imposto diete "da fame", a seguito di periodi in cui avevo mangiato troppo. La mia vita è fatta di abbuffate e digiuni.
- 10.
- Di solito riesco a smettere di mangiare quando voglio. So quando è ora di dire basta.
  - Talvolta avverto un impulso incontrollabile a mangiare.
  - Frequentemente avverto forti impulsi a mangiare, che sembra incapace di controllare, mentre altre volte riesco a controllarmi.
  - Mi sento incapace di controllare i miei impulsi a mangiare. Ho paura di non riuscire a smettere di mangiare volontariamente.
- 11.
- Non ho problemi a smettere di mangiare quando mi sento pieno/a.
  - Di solito posso smettere di mangiare quando sono pieno/a, ma talvolta mangio così tanto da sentirmi sgradevolmente pieno/a.
  - Per me è un problema smettere di mangiare una volta che ho iniziato e di solito mi sento sgradevolmente pieno/a dopo aver finito di mangiare.
  - Siccome per me è un problema smettere di mangiare, qualche volta devo provocarmi il vomito per averne sollievo.
- 12.
- Quando sono con gli altri (incontri familiari, occasioni sociali) mi sembra di mangiare come quando sono solo.
  - Talvolta quando sono con gli altri non mangio quanto vorrei, perché sono consapevole del mio disagio verso il cibo.
  - Spesso mangio poco quando sono con altre persone, perché mangiare di fronte ad altri mi imbarazza.
  - Mi vergogno così tanto di mangiare troppo, che per farlo scigo i momenti in cui nessuno mi vede. In effetti, mangio di nascosto.
- 13.
- Faccio tre pasti al giorno e occasionalmente uno spuntino.
  - Faccio tre pasti al giorno e normalmente anche gli spuntini.
  - Quando faccio molti spuntini, salto i pasti regolari.
  - Ci sono periodi in cui mi sembra di mangiare continuamente, senza pasti regolari.
- 14.
- Non penso molto a controllare gli impulsi a mangiare non desiderati.
  - Almeno qualche volta, la mia mente è occupata dal pensiero di come controllare i miei impulsi a mangiare.
  - Sozzo che spesso passo molto tempo a pensare a quanto ho mangiato o a come fare per non mangiare più.
  - Mi sembra che la maggior parte del mio tempo la mia mente sia occupata da pensieri sul mangiare. Mi sembra di essere continuamente in lotta per non mangiare.
- 15.
- Non penso molto al cibo.
  - Mi capita di avere un forte desiderio di cibo, ma solo per brevi periodi di tempo.
  - Ci sono giorni in cui non penso ad altro che al cibo.
  - La maggior parte delle mie giornate è occupata da pensieri sul cibo. Mi sembra di vivere per mangiare.
- 16.
- Di solito se sono affamato/a oppure no, prendo la giusta porzione per satiarli.
  - Occasionalmente, sono incerto/a se ho fisicamente fame oppure no. In questi momenti, mi è difficile capire quanto cibo ci vorrebbe per saziami.
  - Anche se sapessi quante calorie dovrei mangiare, non ho idea precisa di quanto sarebbe una "normale" quantità di cibo per me.

Figure 22.1 e 22.2 Rappresentazione del tes BES

## BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- B. Van Der Kolk (2015). *Il corpo accusa il colpo. Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche*. Milano: Raffaello Cortina.
- Blake D., Frank W., Linda M., Danny G., Dennis S., Terence M., (1990) Blake The development of a Clinician-Administered PTSD Scale. *Journal of traumatic stress*. Volume 8, Issue 1, pp 75–90
- Bleich A, Koslowsky M, Dolev A, Lerer B. (1997). Post-traumatic stress disorder and depression. An analysis of comorbidity. *Br J Psychiatry*; 170:479-82.
- Bonfanti, R. (2014). *Aspetti psicometrici del ptsd*. Bologna: Il mulino.
- Bonfigli B. (1997). Evoluzione del concetto di trauma e sua utilità nella clinica. «*Rivista di Psicoanalisi*», *XXLIII*. 4. *Neuroscience letters* 449 (1), 57-60, 2009.
- Bowers(2014). PTSD Risk. *Mol Psychiatry* 2012; 17: 22–35.
- Brett, Ostroff A. (1985). Imagery and posttraumatic stress disorder: an overview. *The American Journal of Psychiatry*: Vol142, Issue 4, pp. 417-424.
- Bryant, R.A., Mastrodomenico, J., Felmingham, K.L., Hopwood, S., Kenny, L., Kandris, E., Cahill, C. & Creamer, M. (2008). Treatment of Acute Stress Disorder. A Randomized Controlled Trial. *Archives of General Psychiatry*, 65(6): 659-667.
- Bush G, Luu P, Posner M.(2000). Cognitive and emotional influences in anterior cingulate cortex. *Trends Cogn Sci*. 2000 Jun;4(6):215-222.

- Charcot, J.M. (1897). *“Isterismo, in Trattato di medicina”*. Torino: Unione Tipografico.
- Cohen H, Kotler M, Matar AM, Kaplan Z. (2000). Normalization of heart rate variability in Ptds patients following fluoxetine treatment: preliminary result. *Isr Med Assoc J* .(2)188-189.
- Cohen H, Kotler M, Matar AM. (1998) Analysis of heart-rate variability in Ptsd patients: at rest and in response to a trauma-related remainder. *Biol psychiatry* vol6 pp.44-49.
- Cohen H., Kotler M., Matar M., Kaplan Z. (2000). Normalization of heart rate variability in post-traumatic stress disorder patients following fluoxetine treatment: preliminary results. *Isr Med Assoc J*;2(4):296-301.
- Connor KM, Davidson JRT, Weisler RH, Ahern E. (2003). A pilot study of mirtazapine in Ptsd. *Int Clin Psypharmacol*. 6(7)-146/148.
- Connor KM, Davidson JRT, Weisler RH, Ahern E.(1999). A pilot study of mirtazapine in Ptsd. *Int Clin Psychopharmacol*. 8(9) 349-360.
- Cooper BR, Wang CM, Cox RF.(1994). Evidence that the acute behavioural and electrophysiological effects of Bupropion (Wellbutrin) are mediated by a noradrenergic mechanism. *Neuropsychopharmacology* 345-367.
- Damasio (1998). Emotion in the perspective o fan integrated nervous system. *Brain Res Rev*26: 83-86.
- Davidson JRT, Weisler RH, Butterfield MI, e al.(2003). Mirtazapine vs placebo in Ptsd: a pilot trial. *Biol Psychiatry* pp348 vol V.
- Davidson. (1999). An abbreviated version of the Connor-*Davidson* Resilience *Scale* (CD-RISC), the CD-RISC2: psychometric properties and applications in psychopharmacological *trials* *Psychiatry Res*;152(2-3):293-7.

- De Robertis D., (2001). Epistemologia e Psicoanalisi, *Ricerca Psicoanalitica*, anno XII, n 1 pp347.
- Dolores M.,Anabel G. (2015). *EMDR e dissociazione: l'approccio progressivo* . Editore: Giovanni Fioriti Editore
- Farina, B., Imperatori, C., Quintiliani, M.I., Castelli Gattinara, P., Onofri, A., Lepore, M., Brunetti, R., Losurdo, A., Testani, E. & Della Marca, G. (2014). Neurophysiological correlates of eye movement desensitization and reprocessing sessions: preliminary evidence for traumatic memories integration. *Clinical Physiology and Functional Imaging*. doi: 10.1111/cpf.12184
- Foa, E., Hembree, E., & Rothbaum, B. (2007). Prolonged Exposure Therapy for PTSD: Therapist Guide. Emotional processing of traumatic experiences. *Journal of Psychiatry*73/23-26.
- Forbes, D., Creamer, M., Phelps, A., Bryant, R., McFarlane, A., Devilly, G.J., Matthews, L., Raphael, B., Doran, C., Merlin, T. & Newton, S. (2007). Australian guidelines for the treatment of adults with acute stress disorder and post-traumatic stress disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(8): 637-648.
- Freud, S. (1885). "Complementi opere", *Bollati Editore*.
- Frewen P., Lanius R. (2006). Toward a psychobiology of posttraumatic self-dysregulation: reexperiencing, hyperarousal, dissociation, and emotional numbing. *Clin psychiatry A* 1071:110-24.
- G. Dimaggio, A. Montano, R. Popolo & G.Salvatore (2013). *Terapia metacognitiva interpersonale dei disturbi di personalità*. Milano: Raffaello Cortina.

- Galvagni M., (2011). *Traumi psicologici, ferite dell'anima*. Napoli: Liguori.
- Gelpin E, Bonne O, Peri T, Brandes D, Shalev AY(1996). Treatment of recent trauma survivors with benzodiazepines: a prospective study. *J Clin Psychiatry* pp 123-130.
- Hammer M, Deitsch SE, Brodrick PS, Ulmer HG; Lorberbaum JP.(2003) Quetiapine treatment in patients with Ptsd: an open adjunctive therapy. *J Clin Psychopharmacol* 9(8) 349-350.
- Hammer M. (1996). Clozapine treatment for a veteran with comorbid psicosi and Ptsd. *Am J Psychiatry* 7(8) pp98-99.
- Hammer M. (1996). Clozapine treatment for a veteran with comorbid psychosis and Ptsd. *Am J Psychiatry* 7(8)pp 97-99.
- Heim C, Nemeroff CB (2009). Neurobiology of posttraumatic stress disorder. *CNS Spectr.* ;14(1 Suppl 1):13-24.
- Heim C. (2009). Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nat Rev Neurosci*;10(6):434-45. doi: 10.1038/nrn2639.
- Khouzman H. (2001). A simole for the diagnostic criteria on for post-traumatic stress disorder. *Western journal of medicine*. 174:424.
- Kim W, Pae CU, Chae JH, e al.(2005). The effectiveness of mirtazapina in the treatment of Ptsd: a 24-week continuation therapy. *Psychiatr Clin Neuros.* 2005 pp333-334
- Lamprecht, F., Köhnke, C., Lempa, W., Sack, M., Matzke, M. & Münte, T.F. (2004). Event-related potentials and EMDR treatment of post-traumatic stress disorder. *Neuroscience Research*, 49(2): 267-272.
- LeDoux E. (1986) Mind and Brain: Dialogues in Cognitive Neuroscience. *Nat Rev Neurosci*, 8(6):560-570.

- Lee C., Cuijpers P. (2015). What does the data say about the importance of eye movement in EMDR? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45(1): 226-228.
- Leyba CM, Wampler TP. (2003). Risperidone in PTSD. *Psychiatric Serv* 456-470.
- Liotti G., Farina B. (2011). *Sviluppi Traumatici – Eziopatogenesi, Clinica E Terapia Della Dimensione Dissociativa*. Cortina: Milano.
- Lønborg P, Patterson W, Hegel M, et al. (2000). Results of a 24-weeks open label extension study of sertraline in PTSD. *Presented at the American Psychiatric Association Annual Meeting, Chicago vol 13, 479-480*.
- Marmar C. (2000). An integrated approach for treating PTSD. In: *American Psychiatry Press: Review of Psychiatry, vol.12*. 45-49.
- Maslow (1990). Maslow's hierarchy of needs and personality. *Personality and Individual Differences* 11(11):1187-1188.
- McGuire, T.M., Lee, C.W. & Drummond, P.D. (2014). Potential of eye movement desensitization and reprocessing therapy in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Psychology Research and Behavior Management*, 7: 273-283.
- Mollica F., Caspi-Yavin Y., Lavelle J., Tor S., Chan T.Y., Ryan A. (1996). Harvard Trauma Questionnaire (Manual), *TORTURE supplementum*, 1,1-32
- Norris, F. H. (1992). Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(3), 409-418.
- Nussbaum A.M (2014). *L'esame diagnostico con il DSM-5*, Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Papez, J. (1937). A proposed mechanism of emotion. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. Winter;7(1):103-12. DOI:10.1176

- Paul A. Frewen And Ruth A. Lanius, Toward A,(2006) Psychobiology of Posttraumatic Self-Dysregulation Reexperiencing, Hyperarousal, Dissociation, and Emotional Numbing. *Ann. N.Y. Acad. Sci.*; 1071: 110–124
- Petrak, J. (2002). The trauma of sexual assault: Treatment, prevention and practice. *The psychological impact of sexual assault*, 8(5): 378-380.
- Resick, P.A., Nishith, P. & Griffin, M.G. (2003). How Well Does Cognitive-Behavioral Therapy Treat Symptoms of Complex PTSD? An Examination of Child Sexual Abuse Survivors Within A Clinical Trial. *CNS Spectrums*, 8(5): 340-355.
- Risse S., (1999). Severe withdrawal symptoms after discontinuation of alprazolam in eight patients with combat-induced Ptsd. *J Clin Psychiatry vol.8* pp99-110
- Rogers S., (1951), *Terapia centrata sul cliente*, La Nuova Italia, Firenze, 1997.
- Rogersiani.(2001). *Rivista di Studi Rogersiani 2001* , Editoriale .
- Rothbaum, B.O., Astin, M.C. & Marsteller, F. (2008). Prolonged Exposure versus Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for PTSD rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 18(6): 607-616.
- Sack, M., Lempa, W. & Lamprecht, F. (2007). Assessment of Psychophysiological Stress Reactions During a Traumatic Reminder in Patients Treated With EMDR. *Journal of EMDR Practice and Research*, 1(1): 15-23.
- Sadeh N, Spielberg JM, Miller MW, Milberg WP , Salat DH, Amick MM, Fortier CB, McGlinchey (2015). RE Neurobiological indicators of disinhibition in posttraumatic stress disorder. *Hum Brain Mapp*;36(8):3076-86.

- Sadeh N, Spielberg JM, Miller MW, Milberg WP , Salat DH, Amick MM, Fortier CB, McGlinchey (2015). RE Neurobiological indicators of disinhibition in posttraumatic stress disorder. *Hum Brain*;36(8):3076-86.
- Salzam C. (1997).The benzodiazepine controversy: therapeutic effects vs dependance, withdrawal and toxicity. *Harv Rev Sychiatry* : 6345-87.
- Segal J., Mark G., Teasdale. (2006). *Mindfulness, al di là del pensiero*. Bollati Boringhieri editore
- Seidler, G.H. & Wagner, F.E. (2006). Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: a meta-analytic study. *Psychological Medicine*, 11: 1515-1522.
- Sgarro M. (1997), Post Traumatic Stress Disorder, *Ann Clin Psychiatry 1997*, 58(suppl 9):16–24
- Shalev AY, Bloch M, Peri T, Bonne O. (2000). Alprazolam reduces response to loud tones in panic disorders but not PTSD. *Biol Psychiatry*, 67:45-49.
- Shapiro F. (1995). EMDR therapy: An overview of current and future research. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 62: 193-195.
- Shapiro, F. (2013). *Lasciare il passato nel passato. Tecniche di auto-aiuto nell'EMDR*. Astrolabio Editore: Roma.
- Sherin J, Nemeroff C. (2011). Post-traumatic stress disorder: the neurobiological impact of psychological trauma. *Dialogues Clin Neurosci*. pp175-189
- Shin L.(2010).The neurocircuitry of fear, stress, and anxiety disorders. *Neuropsychopharmacology*;35(1):169-91. Review.



- Squire L., Zola, Morgan S. (1991). The medial temporal lobe memory system. *Science*. 20;253(5026):1380-6.
- Stein MB, Kline NA, Matloff J. (2002).Adjunctive olanzapine for SSRI-resistant combat-related PTSD: a double-blind, placebo-controlled study, *Am J Psychiatry*.;159(10):1777-9
- Terr, L. (1994). *Il pozzo della memoria*. Milano: Garzanti Editore.
- Tucker P., Smith K., Marx B., e al.(2000). Fluvoxamine reduces physiologic reactivity to trauma scripts in Ptsd. *J Clin Psychopharmacology*; 6(7)34-37.
- Valenti M, Fujii S, Kato H, Masedu F, Tiberti S, Sconci V.(2013). Validation of the Italian version of the Screening Questionnaire for Disaster Mental Health (SQD) in a post-disaster urban environment. *Annali Istituto Superiore di Sanità*; 49:79-85. DOI: 10.4415/ANN\_13\_01\_13.
- Valenti M, La Malfa G, Tomassini A, Masedu F, Tiberti S, Sorge G.(2009). Burnout among therapists working with persons with autism after the 2009 earthquake in L'Aquila, Italy: a longitudinal comparative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*;21:234-240 doi: 10.1111/jpm.12054
- Van Der Kolk BA, Dreyfuss D, Michaels M e al.(1994) Fluoxetine in Ptsd. *J Clin Psychiatry* 1994 vol V, pp 78-79.
- Van der Kolk, B.A. (2009). *Beyond the talking cure: Somatic experience, subcortical imprints and the treatment of trauma*. In: Shapiro, Francine (Ed), *EMDR as an integrative psychotherapy approach: Experts of diverse orientations explore the paradigm prism*. Washington, DC, US: American Psychological Association.

- Vindbjerg E., Carlsson J., Lykke Mortensen E., Elklit M., Makransky E. (2016). The latent structure of post-traumatic stress disorder among Arabic-speaking refugees receiving psychiatric treatment in Denmark. *BMC psychiatry*; 16:309, DOI:10.1186/s128888-0160936-0
- Wells A. (2008). *Ruminazione depressiva*. Centro Studi Erikson Editore.
- Wells, A., Sembi, S.(2004). *Metacognitive Therapy For Ptsd: A Preliminary Investigation Of A New Brief Treatment*. *Journal of Behaviour Research and Therapy*, 35(4):307-318.
- Zakaria Siddiqui MD, Marcil WA, Bhatia SC, Ramaswamy S, Petty F.(2006). *Ziprasidone therapy for Ptsd*. *J Psychiatry Neurosci* pp234-245.
- Zennaro, A. (2011). *“Lo sviluppo della Psicopatologia”*, Bologna: il Mulino.

## **RINGRAZIAMENTI**

Innanzitutto vorrei ringraziare particolarmente la mia relatrice, Olimpia Pino, persona che oltre ad essere molto preparata dal punto di vista professionale, si è dimostrata sempre molto disponibile e paziente. Un ringraziamento sentito, lo rivolgo anche alla mia correlatrice, Annalisa Pelosi e a tutti i docenti del corso di studi che mi hanno sempre motivato nei confronti della disciplina.

Un estremo ringraziamento va a chi in questa magistrale mi ha sostenuto moralmente e che non ha mai smesso di incoraggiarmi: tutta la mia famiglia composta da mamma Lorella, papà Bruno e fratello Antonio; tutti gli amici e compagni di facoltà che mi sono rimasti accanto, soprattutto vorrei nominare a riguardo Valentina, Daniele e Sara. Vorrei poi menzionare Manuel, Massimiliano e Caterina, splendide persone, che mi hanno sostenuto nel giungere ai risultati da me ottenuti.