

Milano, 4/11/2016

A.M.I.S.I.

Diagnosi e valutazioni psicologiche
nel paziente traumatizzato

MARIO MANTERO

CRITERIO A L'EVENTO TRAUMATICO

- I SUOI CONFINI E ESPANSIONI DEL CONCETTO DI TRAUMA

Relazione lineare tra intensità dell'evento e le conseguenze.

Rapporto inversamente proporzionale tra intensità dell'evento e importanza dei fattori di personalità di reattività individuali

La Psicotraumatologia:

- Prevenzione Primaria: selezione e formazione
- Prevenzione Secondaria: Interventi precoci dopo eventi catastrofici
- Sindromi postraumatiche consolidate (valutazioni e terapia)
- Ruolo degli eventi traumatici nei disturbi psichiatrici: riflessi sulla terapia

La Guerra in Vietnam e le sue Ricadute sulla Società Americana

- Il Disturbo Post-Traumatico da Stress (DPTS)
- La cronicità psichiatrica dopo il trauma e la disabilità

Il Danno, il Risarcimento e la Previdenza Sociale

- Il riconoscimento della sofferenza post-traumatica ed il suo prezzo
- I contenziosi medico-legali

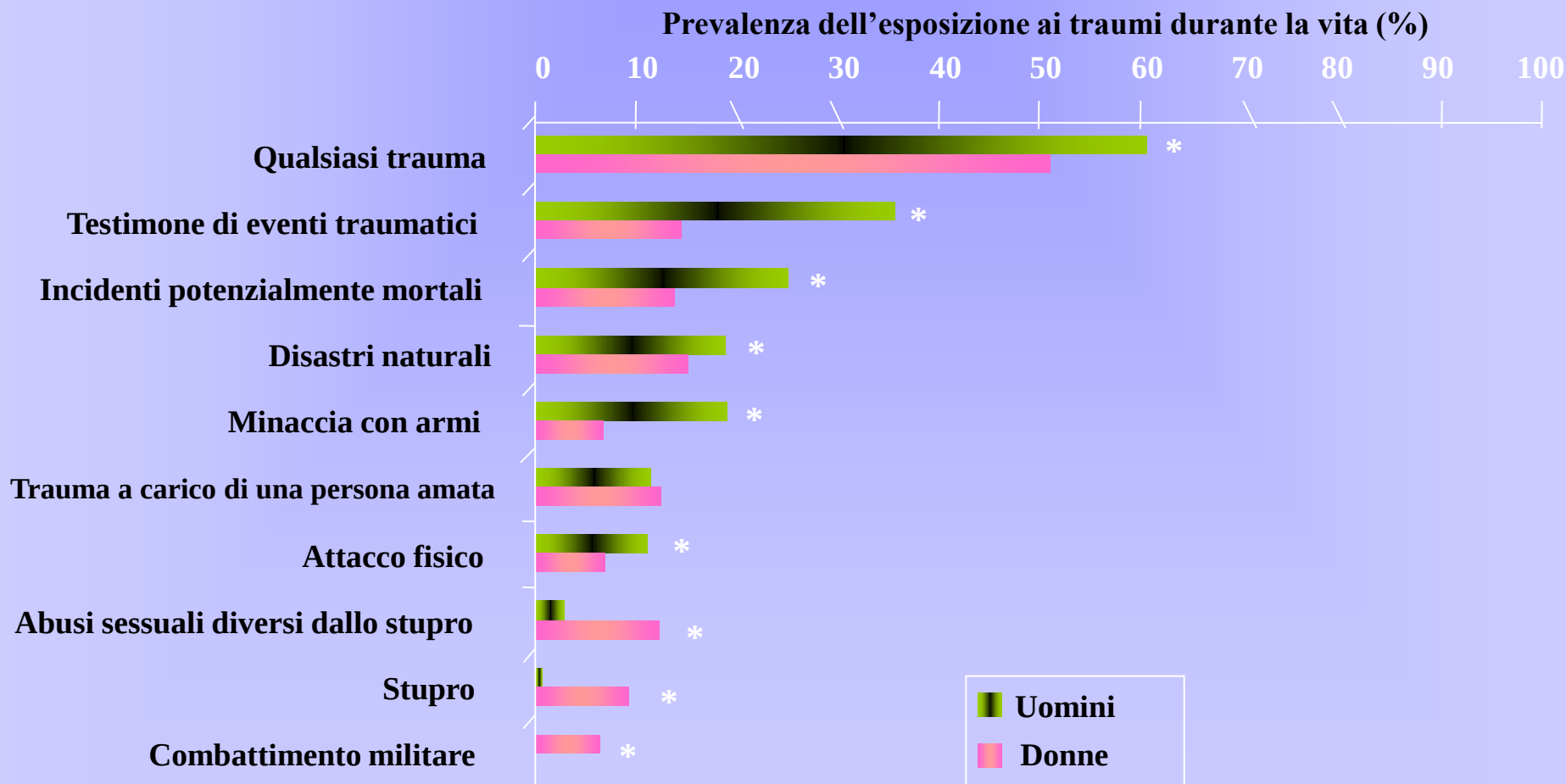
Gli Interventi Precoci sulle Collettività Colpite

- L'individuo e la sua funzione nel sistema
- I traumi nella comunità (Raifman, 1983)

La Psicotraumatologia in Italia

- Il terremoto di Messina (1908)
- Il ruolo della Chiesa e la Protezione Civile
- Il trauma nella cultura italiana

Prevalenza degli eventi traumatici

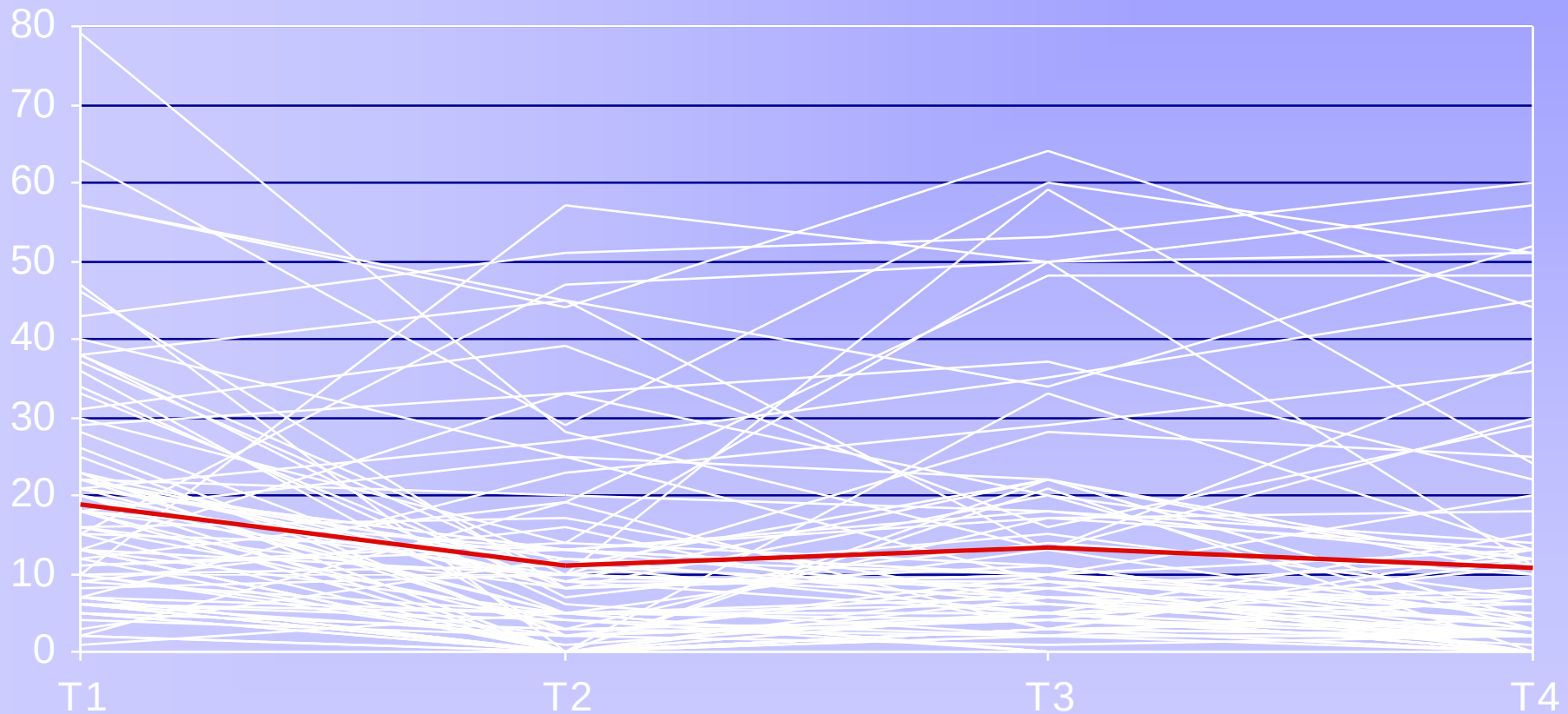


* Differenza di significatività tra i due sessi ($p < 0,05$)

Da: Kessler RC, *et al.* Arch Gen Psychiatry 1995; 52:1048–1060.

PUNTEGGI TOTALI CAPS IN UN FOLLOW-UP DI TRE ANNI DOPO INCIDENTE STRADALE GRAVE (90 casi)

(Schnyder and Moergeli 2003)



Evoluzione della definizione di evento traumatico nella diagnosi di DPTS(I)

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 azione stressante sulla maggior parte delle persone ad es.:

- seria minaccia alla vita o alla integrità fisica;
- seria minaccia o nocumento ai propri figli, coniuge o altri parenti o amici;
- 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

Evoluzione della definizione di evento traumatico nella diagnosi di DPTS(II)

DSM- IV (1994)

AI - Estremo stress traumatico che comprende:

- Diretta esperienza personale di reale o minacciata morte 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 congiunto.

AII - La risposta della persona all'evento deve comprendere paura, disperazione, orrore.

Subito dopo il trauma

- Reazione immediata all'evento

Una parata di ogni tipo di sintomo
psicologico e psicosomatico

Grinker e Spiegel (1945)

- Polimorfa e labile

Arih Y. Shalev and Robert J. Ursano (2002)

Fasi successive e sovrapposte nella risposta agli eventi traumatici

- Impatto
- Salvataggio
- Guarigione iniziale
- Ritorno alla vita

Arieh Y. Shalev and Robert J. Ursano (2002)

SINDROMI POST-TRAUMATICHE

- DISTURBO ACUTO DA STRESS
- DPTS ACUTO, CRONICO E PARZIALE (?)
- SINDROME DA DISADATTAMENTO
- MODIFICAZIONI DELLA PERSONALITA' (ICD9 e ICD10)
- REAZIONI COMPLESSE AL TRAUMA
- FOBIE POST-TRAUMATICHE

RISPOSTA PSICOLOGICA ATTESA dopo un EVENTO TRAUMATICO

1. L' INTENSITA' DELLA RISPOSTA VARIA CON LA GRAVITA' DELL' EVENTO
2. I SINTOMI DI INTRUSIONE SONO: PENSIERI, SOGNI ED IMMAGINI
3. REAZIONI EMOZIONALI INTENSE:
 - a) PAURA
 - b) CONFUSIONE MENTALE
 - c) RABBIA
 - d) SENSO DI IMPOTENZA
 - e) DISPERAZIONE

DISTURBO ACUTO DA STRESS:

CRITERI DIAGNOSTICI

A. LA PERSONA E' STATA ESPOSTA AD UN EVENTO TRAUMATICO IN CUI ERANO PRESENTI ENTRAMBE LE CARATTERISTICHE SEGUENTI:

- 1-** Ha vissuto, assistito, si è confrontata con un evento che ha comportato la morte, una minaccia per la vita, all'integrità fisica, o una grave lesione a sé o ad altri.
- 2-** La risposta della persona comprendeva intensa paura, sentimenti di impotenza o orrore.

B.DISSOCIATIVI :

- a)** senso soggettivo di ottundimento, estraneità, mancanza di risposta emotiva
- b)** riduzione della acuità percettiva rispetto all'ambiente
- c)** derealizzazione
- d)** derealizzazione

Sintomi Intrusivi

Sintomi di Evitamento

Sintomi d'Ansia e Attivazione neurovegetativa

Durata da Qualche Giorno a un Mese dopo l' evento

RISPOSTA PSICOLOGICA ABNORME ALL'EVENTO TRAUMATICO DISTURBO POST-TRAUMATICO DA STRESS (DPTS)

RISPOSTA ABNORME AGLI STIMOLI AMBIENTALI

1. CLASSICA RISPOSTA CONDIZIONATA DAL TRAUMA:
 - a) EVENTO TRAUMATICO CON SERIA MINACCIA ALLA VITA
 - b) RISPOSTA ALL' EVENTO INIZIALE:
 - PAURA INTENSA
 - SENSO DI IMPOTENZA
 - ORRORE
 - c) INVOLUZIONE DELL'ASSE IPOTALAMO-IPOFISARIO
 - RILASCIO ECCESSIVO DI CORTISOLO

DPTS: CRITERI DIAGNOSTICI

A. LA PERSONA E' STATA ESPOSTA AD UN EVENTO TRAUMATICO
IN CUI ERANO PRESENTI ENTRAMBE LE CARATTERISTICHE SEGUENTI:

- 1-** Ha vissuto, assistito, si è confrontata con un evento che ha comportato la morte, una minaccia per la vita, all'integrità fisica, o una grave lesione a sé o ad altri.
- 2-** La risposta della persona comprendeva intensa paura, sentimenti di impotenza o orrore.

DPTS: CRITERI DIAGNOSTICI

B. L'EVENTO TRAUMATICO VIENE PERSISTENTEMENTE RIVISSUTO IN UNO DEI SEGUENTI MODI:

- 1- Ricordi spiacevoli, ricorrenti e intrusivi dell'evento, con immagini, pensieri o percezioni.
- 2- Ricorrenti sogni spiacevoli dell'evento.
- 3- Agire o sentire come se l'evento traumatico si stesse ripresentando (flashback, allucinaz.).
- 4- Intenso disagio psicologico all'esposizione a fattori scatenanti che simbolizzano il trauma.
- 5- Reattività fisiologica all'esposizione a fattori scatenanti che simbolizzano il trauma

DPTS: CRITERI DIAGNOSTICI

C. EVITAMENTO PERSISTENTE DEGLI STIMOLI ASSOCIATI AL TRAUMA E ATTENUAZIONE DELLA REATTIVITA' GENERALE (2 O PIU' DEI SEGUENTI):

- 1- Sforzi per evitare pensieri, sensazioni o conversazioni associate al trauma.
- 2- Sforzi per evitare attività, luoghi o persone che evocano ricordi del trauma.
- 3- Incapacità di ricordare un grande aspetto del trauma.
- 4- Riduzione marcata dell'interesse o della partecipazione ad attività significative.
- 5- Sensazione di distacco o di estraniamento dagli altri.
- 6- Affettività ridotta (incapacità di provare sentimenti d'amore).
- 7- Senso di diminuzione delle prospettive future

DPTS: CRITERI DIAGNOSTICI

D. SINTOMI PERSISTENTI DI AUMENTATA VIGILANZA (2 O PIU' DEI SEGUENTI):

- 1- Difficoltà a concentrarsi.
- 2- Irritabilità, scoppi di collera.
- 3- Esagerate risposte d'allarme.
- 4- Ipervigilanza.
- 5- Difficoltà ad addormentarsi o a mantenere il sonno.

DPTS: CRITERI DIAGNOSTICI

E. LA DURATA DEL DISTURBO E' SUPERIORE AD UN MESE

F. IL DISTURBO CAUSA UN DISAGIO CLINICAMENTE SIGNIFICATIVO O UN'ALTERAZIONE DEL FUNZIONAMENTO SOCIALE, LAVORATIVO O DI ALTRE AREE IMPORTANTI

SPECIFICARE SE:

ACUTO: SE I SINTOMI DURANO **MENO** DI 3 MESI

CRONICO: SE I SINTOMI DURANO **PIU'** DI 3 MESI

AD ESORDIO RITARDATO: SE L'ESORDIO DEI SINTOMI AVVIENE **ALMENO** 6 MESI DOPO L'EVENTO STRESSANTE.

DSM V (2013)

Disturbi da trauma e stress

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

DSM V (2013)

Criterio A

Diretta esperienza di un evento traumatico

Testimone di un evento traumatico

Viene a conoscenza di un evento traumatico accaduto a familiari o amici stretti (morte o minaccia di morte per fatto violento o accidentale)

Esperienza diretta estrema o ripetuta a particolari raccapriccianti (non attraverso i media, le immagini, la televisione o i film, a meno che non siano legati al lavoro)

Criterio A2 (risposta soggettiva immediata) Viene eliminato

Abolita la distinzione Acuto/Cronico

DSM V (2013)

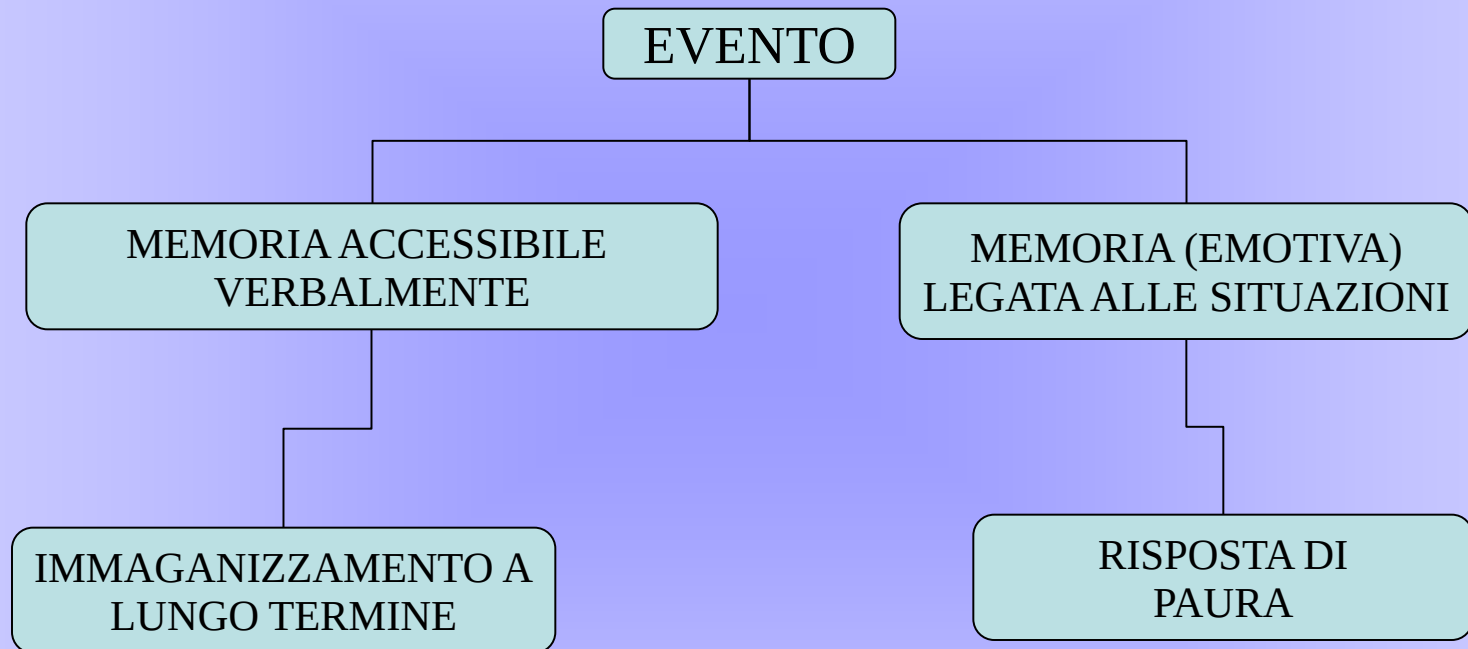
Nuovi criteri diagnostici DPTS

Viene aggiunta una nuova classe sintomatologica:

Pensieri negativi, Umore negativo (inclusi sentimenti di colpa estraneità e amnesie)

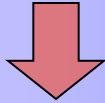
Nel criterio ipervigilanza viene inclusa l'aggressività reattiva auto-eterodiretta

MEMORIA TRAUMATICA



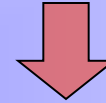
FUNZIONI DELLE STRUTTURE LIMBICHE E EFFETTI DELLE LESIONI

IPPOCAMPO



Funzioni delle strutture limbiche

AMIGDALA



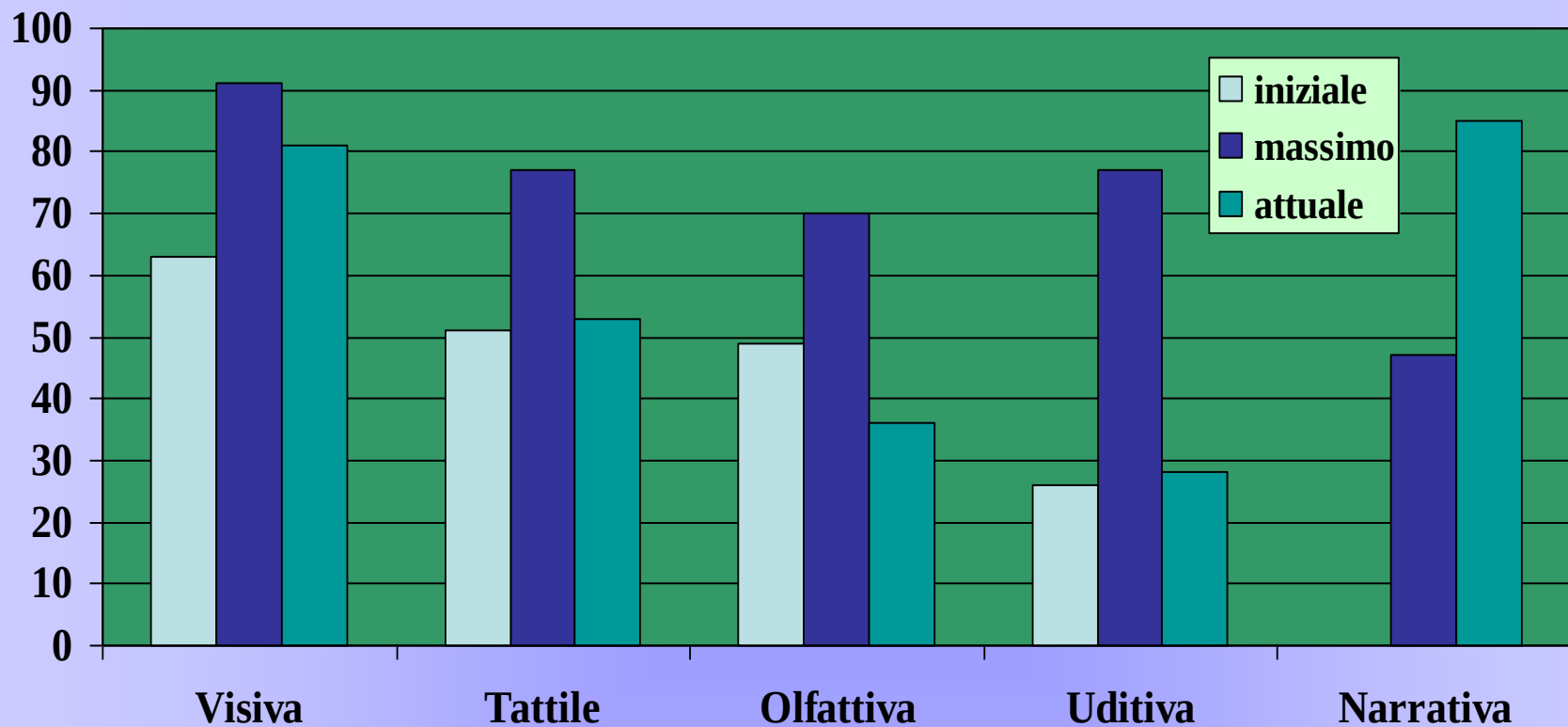
Organizzazione di esperienze
Creazione di mappe spaziali
Archiviazione di memoria semplice
Creazione di rappresentazioni visuali
semplificate

Effetti delle lesioni

Perdita della memoria
dichiarativa
Memoria immediata risparmiata
Memoria basata sulle abilità
risparmiata

Condizionamento della risposta alla
paura
Attaccamento dell'affetto a stimoli
neutrali
Creazione di associazioni tra le
modalità sensoriali

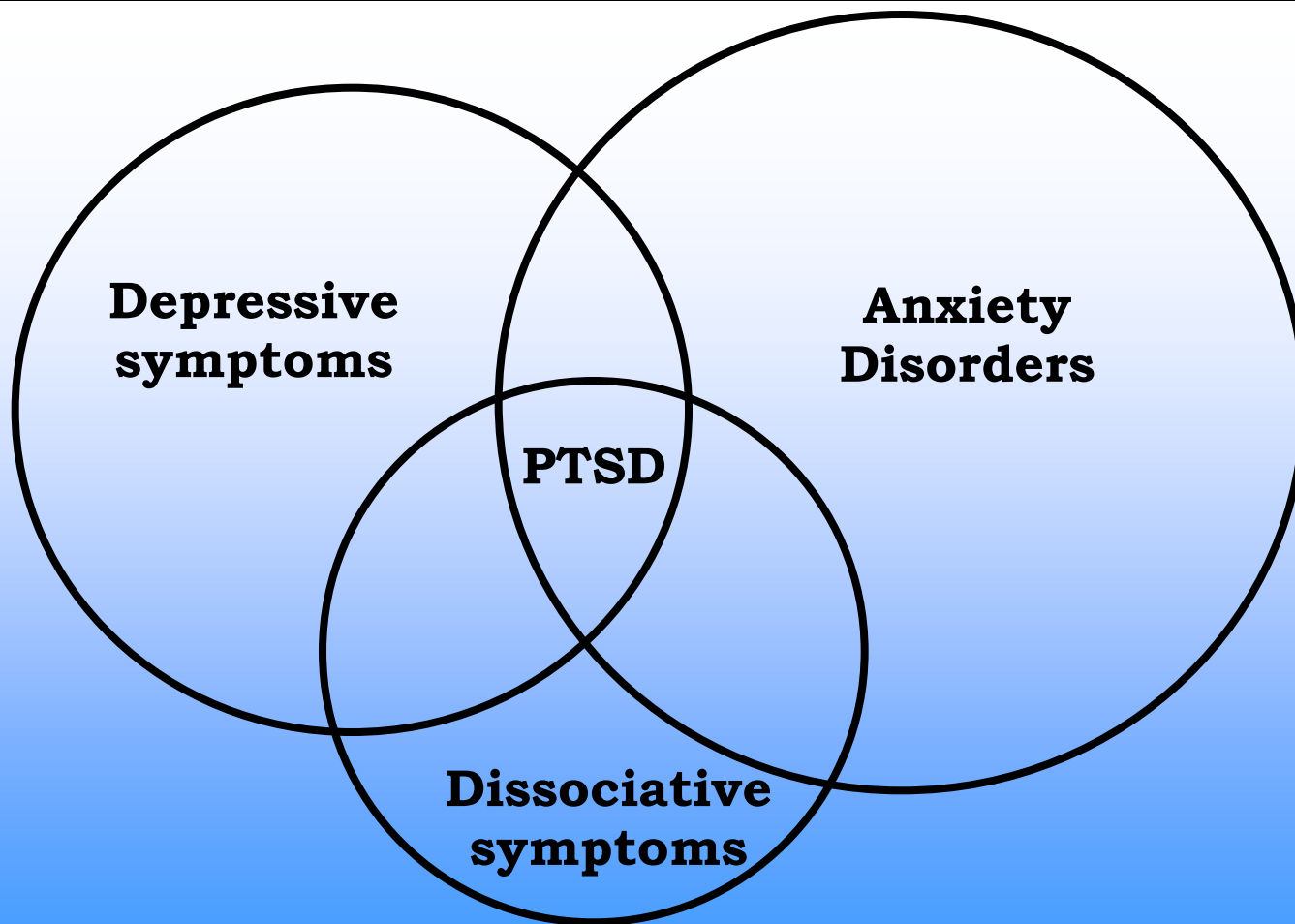
Perdita delle risposte alla paura
Perdita di capacità di interazione
sociale
Memoria dichiarativa risparmiata



Modalità sensoriali dei ricordi traumatici

Esperienze sensoriali provate al primo momento di consapevolezza
del trauma,
al momento di maggiore intensità e nell'attualità.

PTSD: a multi-faceted diagnostic label



SINTOMI DEL DPTS

1. RIESPERIENZE INTRUSIVE DEL TRAUMA:
 - a) PENSIERI, IMMAGINI E SOGNI INTRUSIVI RICORRENTI
 - b) INTENSA SOFFERENZA NEL RICORDARE IL TRAUMA
2. EVITAMENTO DEL RICORDO DEL TRAUMA
3. INCREMENTO AUTOMATICO DELL' AROUSAL:
 - a) INSONNIA
 - b) IRRITABILITA' E/O SCATTI D' IRA
 - c) SCARSA CAPACITA' DI CONCENTRAZIONE
 - d) IPERVIGILANZA
 - e) TRASALIMENTO ESAGERATO DI RISPOSTA A STIMOLI
 - f) OTTUNDIMENTO EMOTIVO
 - g) SINTOMI DISSOCIATIVI

ALTRE RISPOSTE COMPLESSE AL TRAUMA

Alcune caratteristiche del Cambiamento di Personalità in seguito ad Esperienze Catastrofiche (ICD-10)

Ostilità e difficoltà verso il mondo
Ritiro sociale
Vuoto o mancanza di fiducia nel futuro
Sentirsi “sulla lama del rasoio” o minacciato
Alienazione o estraniamento

Alcune caratteristiche della Sindrome Da Stress Estremo del DSM-IV

- Difficoltà nel controllo delle emozioni
- Difficoltà nell'attenzione nella concentrazione
- Somatizzazione
- Vergogna e senso di colpa cronici
- Relazioni sociali disturbate
- Alterazione dei sistemi cognitivi

FATTORI DI RISCHIO PER IL DISTURBO POST-TRAUMATICO DA STRESS

1. GRAVITA' DEL TRAUMA
2. STORIA DI PREGRESSI TRAUMI
3. SISTEMI DI SUPPORTO LIMITATI
4. SESSO FEMMINILE
5. VULNERABILITA' GENETICA
6. MODALITA' DI REAZIONE AL MOMENTO DEL TRAUMA
(FUGA, CONFRONTO E PARALISI) E SUCCESSIVAMENTE
7. DISSOCIAZIONE PERITRAUMATICA
8. ESPOSIZIONE ALLA RIATTIVAZIONE AMBIENTALE DEGLI
EVENTI
9. STRESS CRONICO/EVENTI STRESSANTI RIPETUTI

Intervento e Prevenzione delle Sindromi Postraumatiche: Il Panorama degli Interventi Possibili

- Prima di tutto non nuocere

I TRATTAMENTI PRECOCI

CONCETTI STORICI E MODIFICAZIONI

- PROSSIMITA'
- TEMPESTIVITA'
- ASPETTATIVA
- BREVITA'

IL DEBRIEFING

- Critical Incident Stress Debriefing (CISD)
(J, Mitchell, 1983)
- Psychological Debriefing (PD)
(Dyregrov, 1989)

Incontro di gruppo facilitato da un conduttore
allo scopo di ricapitolare, elaborare e
ricuperare le forze

Le Fasi del Debriefing

- Introduzione (finalità, riservatezza, regole generali, etc, ...)
- Fatti (i fatti in modo cronologico da ogni partecipante)
- Percezioni e pensieri (aspetti sensoriali e pensieri)
- Reazioni emotive (sentimenti verso sé stesso, gli altri, le vittime, i colleghi e i superiori)

La Fasi del Debriefing 2 (continua)

- **Sintomi:** raccolta dei presenti e segni di distress, descrizione della risposta attesa al trauma per normalizzare i sentimenti, confronto con i sentimenti inappropriati (colpa e responsabilità)
- **Educazione** (a come confrontarsi con situazioni stressanti, alle relazioni con amici e parenti, ai sintomi posttraumatici, a come chiedere e ricevere aiuto psicologico)

Le Fasi del Debriefing 3 (Continua)

- Ritorno alla funzione e dimissione
(sommario, discussioni e consigli aggiuntivi)
- **Aspetti controversi**
- Rischi (effetti non dimostrati, ulteriore traumatizzazione, interferenza con i meccanismi naturali di recupero)
- Plus (possibile beneficio a breve termine, identificazione dei casi a rischio)
- Follow-up

Identificazione dei casi a rischio

- Un esempio....

- Impact of Event Scale Revised

Scala di Impatto dell' Evento Rivista

(M.Horowitz, 1979; Weiss& Marmar, 1997)

Scala di Impatto dell'Evento - Rivista (1995; Daniel S. Weiss &
Charles R. Marmar)
(traduzione a cura di M. Mantero - U. Scigliuzzo; 1996)

ISTRUZIONI: Più sotto è riportato un elenco di difficoltà che le persone a volte incontrano dopo eventi stressanti. Per cortesia, legga ogni voce e indichi quanto ciascuna di queste difficoltà è stata per lei fonte di disagio. DURANTE GLI ULTIMI SETTE GIORNI con riferimento a, quanto lei era afflitto o infastidito da queste difficoltà?

Scala di Impatto dell'Evento - Rivista (1995; Daniel S. Weiss & Charles R. Marmar)
(traduzione a cura di M. Mantero - U. Scigliuzzo; 1996)

		per nulla	poco	moder atame nte	molto	molti ssim o
1	Qualsiasi cosa che mi ricordasse il fatto mi ha fatto rivivere emozioni legate ad esso.	0	1	2	3	4
2	Ho avuto difficoltà a rimanere addormentato.	0	1	2	3	4
3	Altre cose continuavano a farmi pensare al fatto.	0	1	2	3	4

Scala di Impatto dell'Evento - Rivista (1995; Daniel S. Weiss & Charles R. Marmar)
(traduzione a cura di M. Mantero - U. Scigliuzzo; 1996)

		per nulla	poco	moder atame nte	molto	molti ssim o
4	Mi sono sentito irritabile ed arrabbiato.	0	1	2	3	4
5	Ho evitato di farmi abbattere dal pensiero o dal ricordo del fatto.	0	1	2	3	4
6	Ho pensato al fatto anche quando non ne avevo intenzione.	0	1	2	3	4

Scala di Impatto dell'Evento - Rivista (1995; Daniel S. Weiss & Charles R. Marmar)
(traduzione a cura di M. Mantero - U. Scigliuzzo; 1996)

		per nulla	poco	moder atame nte	molto	molti ssim o
7	Ho avuto la sensazione che il fatto non fosse successo o non fosse reale.	0	1	2	3	4
8	Mi son tenuto alla larga da tutto ciò che poteva farmi venire in mente il fatto.	0	1	2	3	4

Scala di Impatto dell'Evento - Rivista (1995; Daniel S. Weiss & Charles R. Marmar)
(traduzione a cura di M. Mantero - U. Scigliuzzo; 1996)

		per nulla	poco	moder atame nte	molto	molti ssim o
9	Immagini del fatto mi balzavano improvvisamente in mente.	0	1	2	3	4
10	Trasalivo e sussultavo facilmente.	0	1	2	3	4
11	Ho provato a non pensarci.	0	1	2	3	4

Scala di Impatto dell'Evento - Rivista (1995; Daniel S. Weiss & Charles R. Marmar)
(traduzione a cura di M. Mantero - U. Scigliuzzo; 1996)

		per nulla	poco	moder atame nte	molto	molti ssim o
12	Ero consapevole di provare ancora molte emozioni relative al fatto ma non volevo prenderle in considerazione.	0	1	2	3	4
13	Le mie emozioni riguardo al fatto erano come spente.	0	1	2	3	4

Scala di Impatto dell'Evento - Rivista (1995; Daniel S. Weiss &
Charles R. Marmar)
(traduzione a cura di M. Mantero - U. Scigliuzzo; 1996)

		per nulla	poco	modera tament e	molto	moltissi mo
14	emozioni come se fossi tornato indietro a quel momento.	0	1	2	3	4
15	Ho avuto difficoltà ad addormentarmi.	0	1	2	3	4
16	Ho provato ondate di forti emozioni legate al fatto	0	1	2	3	4

Scala di Impatto dell'Evento - Rivista (1995; Daniel S. Weiss & Charles R. Marmar)
(traduzione a cura di M. Mantero - U. Scigliuzzo; 1996)

		per nulla	poco	modera tament e	molto	moltissi mo
17	Ho provato a cancellare il fatto dalla memoria	0	1	2	3	4
18	Ho avuto difficoltà a concentrarmi	0	1	2	3	4
19	Le cose che mi ricordavano il fatto mi hanno provocato reazioni fisiche, come sudorazione, difficoltà respiratorie, nausea o palpitazioni.	0	1	2	3	4

Scala di Impatto dell'Evento - Rivista (1995; Daniel S. Weiss &
Charles R. Marmar)
(traduzione a cura di M. Mantero - U. Scigliuzzo; 1996)

		per nulla	poco	modera tament e	molto	moltissi mo
20	Ho fatto dei sogni che riguardavano il fatto.	0	1	2	3	4
21	Mi sono sentito guardingo e all'erta.	0	1	2	3	4
22	Ho cercato di non parlarne.	0	1	2	3	4

Scala di Impatto dell'Evento - Rivista (1995; Daniel S. Weiss &
Charles R. Marmar)
(traduzione a cura di M. Mantero - U. Scigliuzzo; 1996)

Subscala Evitamento = media degli items 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22

Subscala Intrusione = media degli items 1, 2, 3, 6, 9, 16, 20

Subscala Ipervigilanza = media degli items 4, 10, 14, 15, 18, 19, 21

Trattamento dei casi a rischio

- **Terapia Cognitivo Comportamentale** (R. Bryant, 2001; J. Bisson, 2001)
- **Obiettivi:**
 - abituarsi e controllare emotivamente i ricordi traumatici
 - Organizzare i ricordi traumatici in modo adattativo
 - Correggere i pensieri disfunzionali circa il trauma (Hembree and Foa, 2000)

CBT : modello di Cardiff (UK)

- Intervento a 4 sessioni in un mese
- Esposizione e ristrutturazione cognitiva
(scritto, audioregistrazione, autovalutazione dell' ansia, compiti a casa)
- Esposizione *in vivo* e training di assuefazione alle immagini (Vaughan e Tarrier, 1992)

DESENSIBILIZZAZIONE E RISTRUTTURAZIONE COGNITIVA BASATA SUI MOVIMENTI OCULARI (EMDR)

- Stimolazione emisferica alternata dei due emisferi cerebrali: elaborazione accelerata dell'esperienza traumatica
- Insieme ad altre procedure terapeutiche

PROBLEMI DI APPROCCIO AL PAZIENTE CON DPTS

1. CARENZA DI INFORMAZIONI GENERALI
SULLE CONSEGUENZE
PSICOPATOLOGICHE DEI TRAUMI DA
PARTE DEL PAZIENTE E DEL MEDICO DI
BASE
2. SCARSA CONSAPEVOLEZZA DI MALATTIA
3. TENDENZA ALL'EVITAMENTO

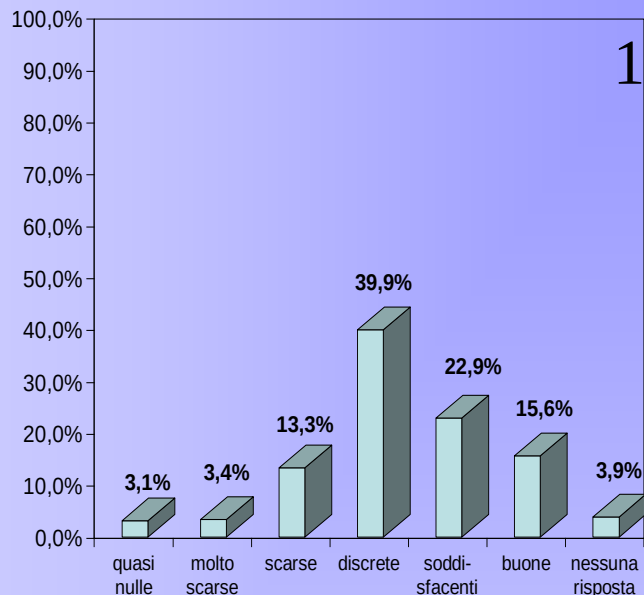
PROBLEMI CLINICI

1. IL PAZIENTE NON E' SEGUITO DA SPECIALISTI/DIFFICOLTA' DI ACCETTAZIONE DEI SERVIZI PSICHIATRICI
2. DIAGNOSI D'INVIO INCOMPLETA E/O ERRATA
3. SINTOMATOLOGIA DIFFICILMENTE COMUNICABILE
4. SINTOMATOLOGIA POCO EVIDENTE E FACILMENTE INQUADRABILE IN ALTRE PATOLOGIE
5. SCARSITA' DI STRUMENTI DIAGNOSTICI E DI INVENTARIO SINTOMATOLOGICO IN LINGUA ITALIANA

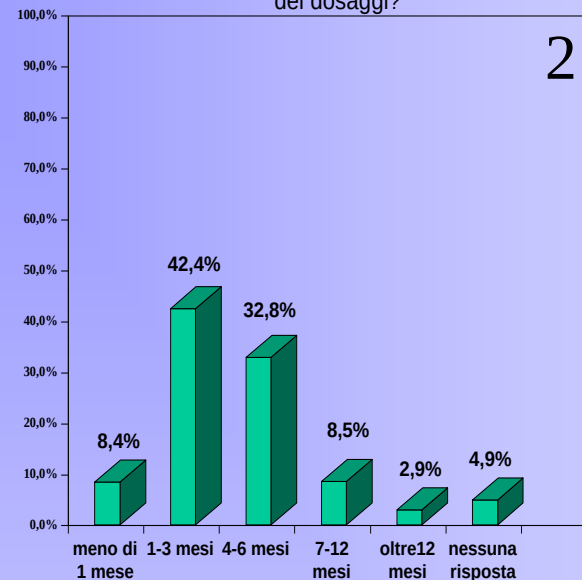
LE OPINIONI SUL TRATTAMENTO FARMACOLOGICO DEL DPTS IN 1032 PSICHIATRI DEI SERVIZI PUBBLICI ITALIANI

Questionario epidemiologico sui Disturbi d'Ansia; *P. Pancheri et al.; Rivista di Psichiatria vol.32, 1997*

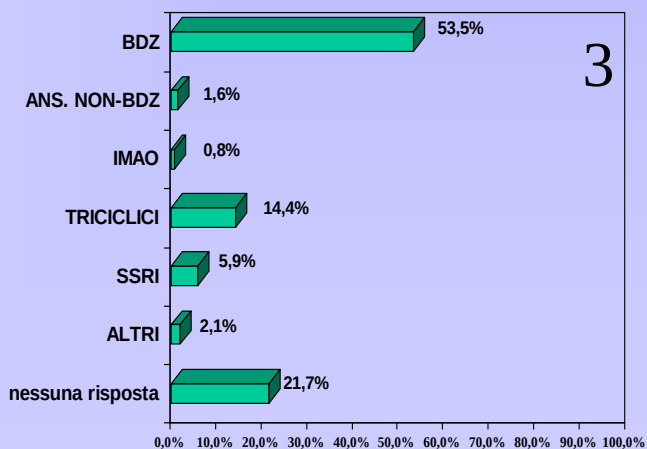
D: Quali sono a suo avviso le possibilità di intervento farmacologico?



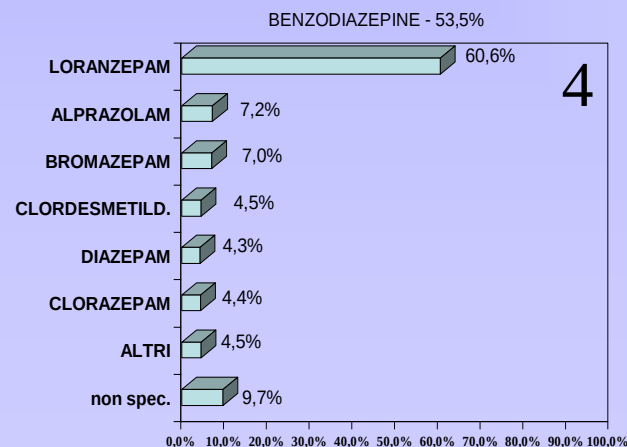
D: Per quanto tempo ritiene che sia opportuno protrarre la terapia prima di iniziare la riduzione dei dosaggi?



D: Descriva il trattamento da lei ritenuto più efficace in monoterapia indicando la classe di farmaci



D: Descriva il trattamento da lei ritenuto più efficace in monoterapia indicando il farmaco specifico



COME FARE DIAGNOSI

1. CLINICA:

- a) ANAMNESI MIRATA
- b) DOMANDE APPROPRIATE ATTE ALL'IDENTIFICAZIONE DEI SINTOMI
- c) OSSERVAZIONE CLINICA

1. VALUTAZIONE STANDARDIZZATA

FINALITA' DELLA VALUTAZIONE

1. VALIDAZIONE SINTOMI:
 - a) PAZIENTE DIMINUISCE LA SINTOMATOLOGIA
 - b) PAZIENTE AUMENTA LA SINTOMATOLOGIA
 - c) SIMULAZIONE
2. VALUTAZIONE QUANTITATIVA E QUALITATIVA DEI SINTOMI
3. RIFLESSI SULL'INTEGRITÀ PSICOFISICA E SULLA QUALITÀ DELLA VITA

STRUMENTI DIAGNOSTICI disponibili in italiano

1. VALIDAZIONE SINTOMI:
 - a) MMPI (MINNESOTA CLINICAL MULTIAXIAL INVENTORY)
 - b) TEST DI RORSCHACH
2. VALUTAZIONE QUANTITATIVA E QUALITATIVA:
 - a) CAPS (CLINICIAN ADMINISTERED PTSD SCALE)
 - b) IES-R (IMPACT OF EVENT SCALE-REVISED)
 - c) MINI (MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW)
3. RIFLESSI BIO-PSICO-SOCIALI (DIMINUZIONE DELL'INTEGRITA' PSICO-FISICA:
4. QUALITA' DELLA VITA
 - a) Q-LES-Q (QUALITY OF LIFE ENJOYMENT AND SATISFACTION QUESTIONNAIRE)

CAPS: Clinician - Administered PTSD Scale

Autori: D. Blake, F. Weathers, L. Nagy, D. Kaloupek, G. Klauminzer, D. Charney, T. Keane, 1986

Intervista strutturata con la quale il clinico indaga i 17 sintomi del PTSD ed altre 8 caratteristiche associate solitamente al disturbo.

E' stata creata presso il:

National Center for PTSD del Behavioral Science Division

di Boston e del Neurosciences Division di West Haven

Nel 1997 è stata messa a punto la versione attuale che permette di formulare una diagnosi di PTSD secondo i criteri del DSM-IV:

i 17 item sintomatologici sono raggruppati nei criteri

B (item da 1-5)

C (item 6-12)

e D (item 13-17) del DSM-IV.

Il periodo cui è riferita l'indagine deve essere:

Per la CAPS-DX:

Il mese precedente (diagnosi di PTSD attuale).

Qualora i criteri per la diagnosi di PTSD attuale non siano soddisfatti, è possibile ripetere l'intervista riferendosi ad un mese successivo al trauma in cui i sintomi siano apparsi al paziente più disturbanti rispetto al periodo appena valutato (**diagnosi di PTSD Lifetime**).

Per la CAPS-SX:

Ci si riferisce alla **settimana precedente** l'intervista (solo per la valutazione dei **Sintomi di Stato**).

L'intervista indaga e fornisce informazioni su:

1. Frequenza e gravità di ciascun sintomo
2. Impatto dei sintomi sulla vita sociale e lavorativa
3. Gravità complessiva del disturbo
4. Variazioni rispetto a valutazioni basali o precedentemente effettuate

Ad ogni sintomo si deve attribuire un **punteggio da 0 a 4** tanto per la **frequenza** con cui si presenta, quanto per la **gravità**.

Tali punteggi devono essere basati:

1. Sulle risposte del paziente
2. Sui racconti del paziente (che è possibile citare tra gli “esempi” accanto ai punteggi)
3. Sul grado di affidabilità che l'intervistatore attribuisce al racconto
4. Sull'osservazione dell'atteggiamento del paziente

Pertanto il punteggio attribuito ad ogni sintomo non dovrebbe derivare solo dalla prima risposta del paziente ma dal giudizio del clinico che deve indagare in modo più “aperto” ogni item.

La CAPS permette quindi di porre diagnosi di PTSD e di caratterizzarne la gravità di ogni sintomo in modo dettagliato

Affinché si possa porre la diagnosi di PTSD è necessario che, oltre agli altri criteri del PTSD (evento traumatico, durata dei sintomi, compromissione sociale e lavorativa) siano presenti in frequenza e gravità:

Criterio B: 1 o più sintomi

Criterio C: 3 o più sintomi

Criterio D: 2 o più sintomi

E' presente poi una tabella riassuntiva ove si riportano i vari punteggi e le loro somme, al fine di stimare e paragonare la gravità del PTSD.

Vari studi hanno indagato l'importanza della CAPS ed ***“hanno fornito grandi evidenze sulla validità ed attendibilità”*** della stessa nella diagnosi di PTSD.

- Blake DD, Weathers FW, Nagy LM, Kaloupek DG, Klauminzer G, Charney DS, Keane TM.1990. *A clinician rating scale for assessing current and lifetime PTSD: the CAPS-1.*
Behav Ther 13:187-188.
- Blake DD, Weathers FW, Nagy LM, Kaloupek DG, Gusman FD, Charney DS, Keane TM.1995.
The development of a Clinician-Administered PTSD Scale.
J Trauma Stress 8:75-90.

Altri studi hanno confermato l'eccellenza della CAPS e, inoltre, indagato dei modelli di codifica dei suoi punteggi, variabili a seconda del contesto e, dunque, della sensibilità e specificità che si vuole ottenere con questo test.

Blanchard EB, Hickling EJ, Taylor AE, Forneris CA, Loos WR, Jaccard J. 1995a. *Effects of varying scoring rules of the Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS) for the diagnosis of post-traumatic stress disorder in motor vehicle accident victims.* **Behav Res Ther** 33:471-475.

Fleming MP, Difede J. 1999. *Effects of varying scoring rules of the Clinician Administered PTSD Scale (CAPS) for the diagnosis of PTSD after acute burn injury.* **J Trauma Stress** 12:535-542.

Weathers, F. W., Blake, D. D., Krinsley, K. E., Haddad, W., Ruscio, A. M., Keane, T. M., & Huska, J. A. (1998). *The reliability and validity of the Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS).* **Manuscript submitted for publication.**

Weathers FW, Ruscio AM, Keane TM. 1999. *Psychometric properties of nine scoring rules for the Clinician-Administered Posttraumatic Stress Disorder Scale.* **Psychol Assess 11:124-133.**

Weathers, F. W., Litz, B. T., Herman, D. S., Huska, J. A., & Keane, T. M. (1993, October). *The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility.* **Paper presented at the annual meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, San Antonio, TX.**

Una proposta di interpretazione dei punteggi formulata da Blake et al. può essere la seguente:

Un sintomo può ritenersi “presente” se la Frequenza ≥ 1 e Gravità ≥ 2 (tuttavia occorre specificare che alcuni autori propongono Frequenza + Gravità ≥ 3 oppure Frequenza ≥ 1 e Gravità ≥ 1).

Circa la gravità del PTSD in relazione al punteggio globale, gli stessi autori della CAPS propongono (specificando che l'uso dei punteggi andrà poi validato scientificamente):

0-19 = Asintomatico/pochi sintomi,

20-39 = Sintomatologia lieve/sottosoglia,

40-59 = PTSD moderato,

60-79 = PTSD severo,

≥ 80 = Sintomatologia estrema.

Inoltre, una variazione di 15 punti sullo score totale è stata proposta come indice di un cambiamento “significativo” rispetto ad a precedenti valutazioni.

F. Weathers, T. Keane, J. Davidson, 2001, *Clinician-administered PTSD scale: a review of the first ten years of research*, *Depress Anxiety* 13(3): 132-156.

D. Blake, F. Weathers, L. Nagy, D. Kaloupek, G. Klauminzer, D. Charney, T. Keane, & T. C. Buckley, *Psychometric Properties of the Clinician Administered Posttraumatic Stress Disorder Scale*, *National Center for Posttraumatic Stress Disorder*, November, 2000

SINTOMI PTSD

e guarigione

La cura del PTSD non è solo biologica

Dopo il trattamento delle intrusioni, dell'evitamento e dell'ipervigilanza è necessaria una ricostruzione nell'adattamento psicosociale della persona

PSICOTERAPIA

(*"EFFECTIVE TREATMENTS FOR PTSD"* BY E.B.FOA, T.M.KEANE,
M.J.FRIEDMAN, 2002)

1. APPROCCIO COGNITIVO-COMPORTAMENTALE
2. DESENSIBILIZZAZIONE E RISTRUTTURAZIONE COGNITIVA BASATA SUI MOVIMENTI OCULARI (EMDR)
3. ALTRE PSICOTERAPIE

PSICOFARMACOLOGIA

1. SSRI (INIBITORI DELLA RICAPTAZIONE DELLA SEROTONINA):

- SERTRALINA 50-200 mg
- PAROXETINA 10-40 mg

2. FARMACI AD AZIONE MIRATA:

a) CLUSTER B:

- NEFAZADONE 100-600 mg, TRANZADONE 25-500 mg
- IMIPRAMINA 150-300 mg, AMITRIPTILINA 150-300 mg, DESIPRAMINA 150-300 mg
- CLONIDINA 0.2-0.6 mg, PROPANOLOLO 40-160 mg
- CARBAMAZEPINA 600-1000 mg

b) CLUSTER C:

- NEFAZADONE 100-600 mg, TRANZADONE 25-500 mg
- VALPROATO 750-1750 mg

c) CLUSTER D:

- NEFAZADONE 100-600 mg, TRANZADONE 25-500 mg
- CLONIDINA 0.2-0.6 mg, PROPANOLOLO 40-160 mg
- ALPRAZOLAM 0.5-6 mg, CLOZAPINA 1-6 mg

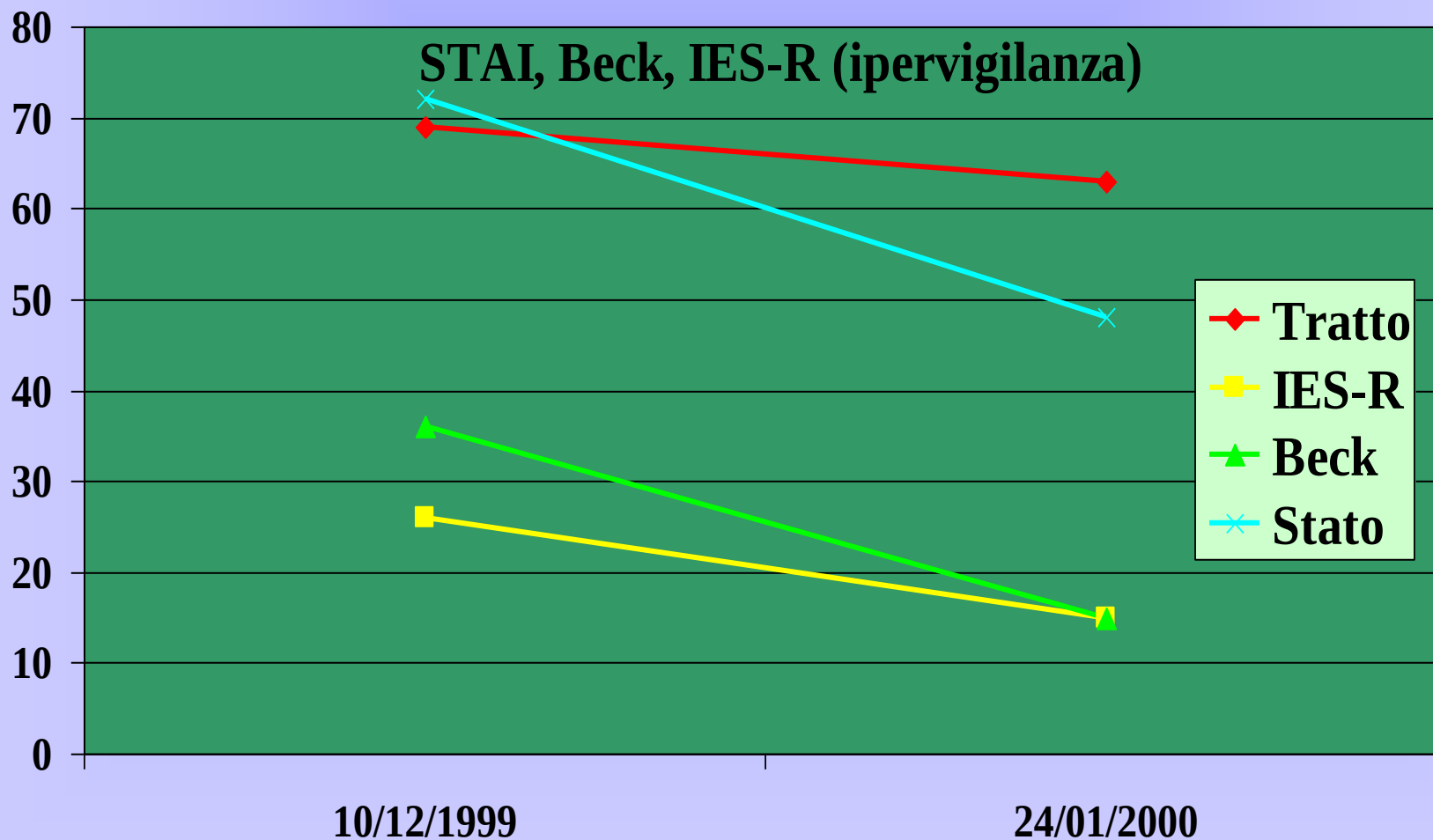
1. CARBAMAZEPINA 600-1000 mg, VALPROATO 750-1750 mg

Caso 1 - Trattamento ambulatoriale.

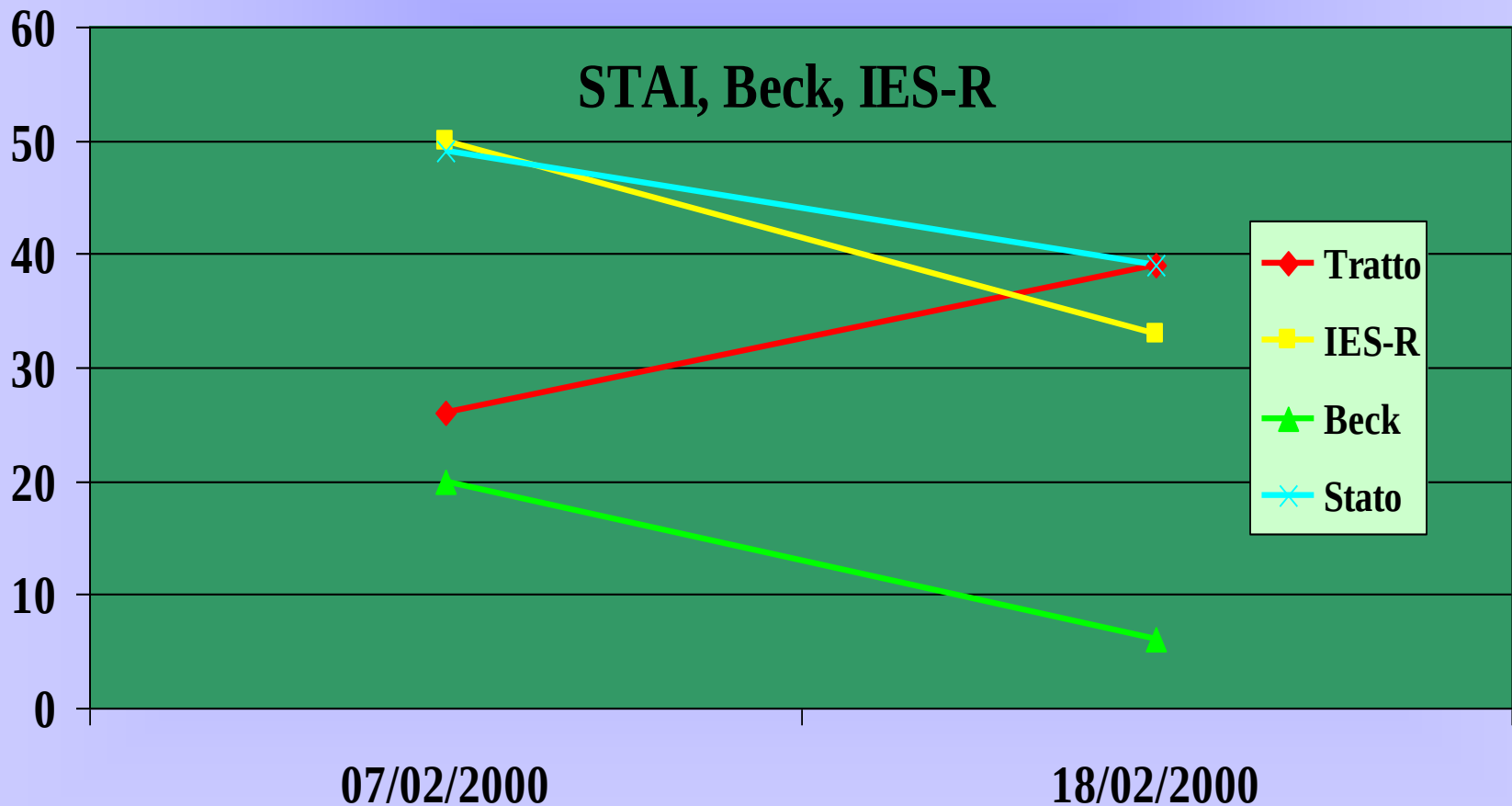
**D.S., 34 aa, anamnesi positiva per life events infanzia, gestosi
gravidica '99.**

Diagnosi: Depressione Maggiore, DPTS.

Terapia: Sertralina 50 mg.



Caso 2 - Trattamento ambulatoriale.
E.M., 60 aa, manager, anamnesi psichiatrica negativa.
Aggressione con ferimento grave, estate '99.
Terapia: Sertralina 50 mg.

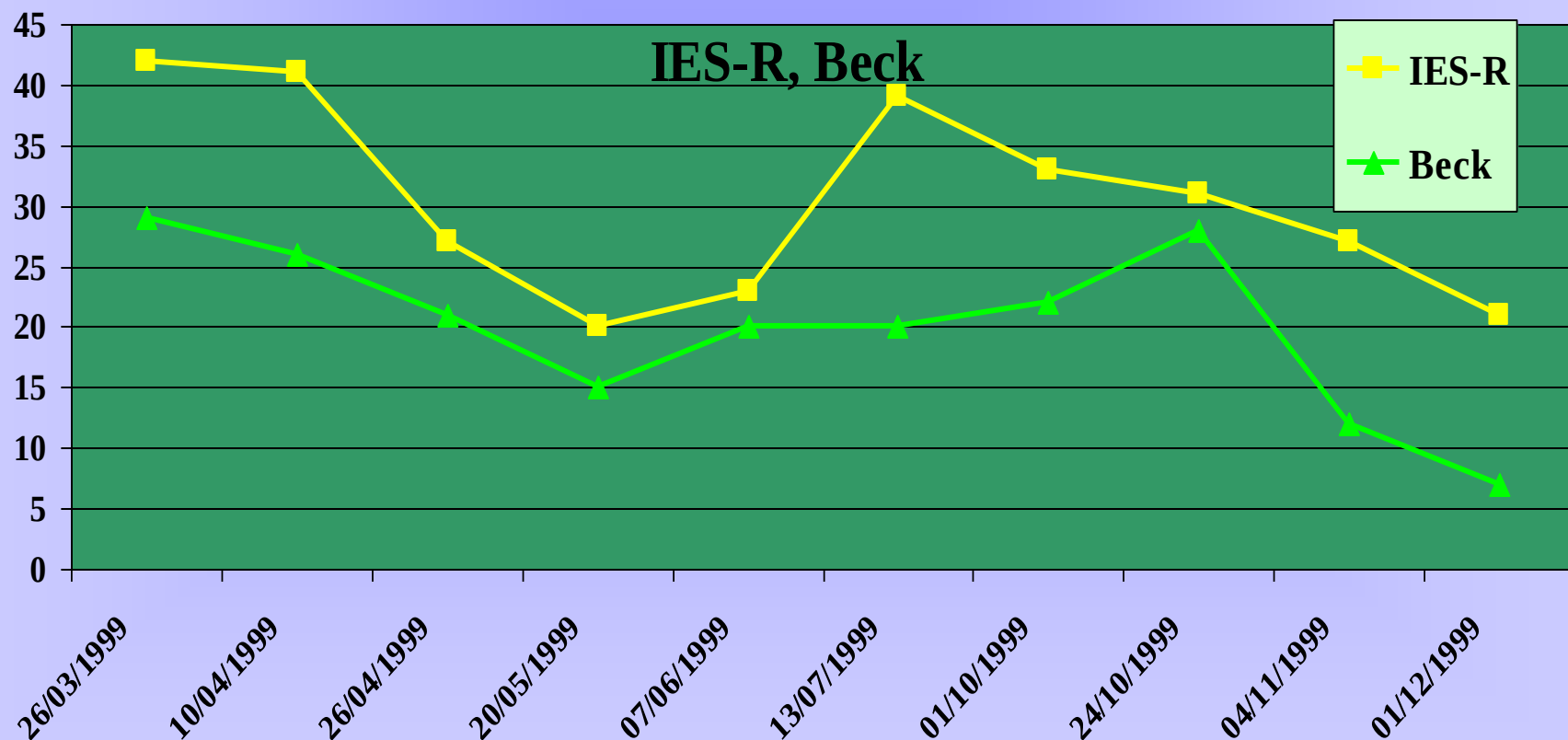


Caso 3- Trattamento ambulatoriale

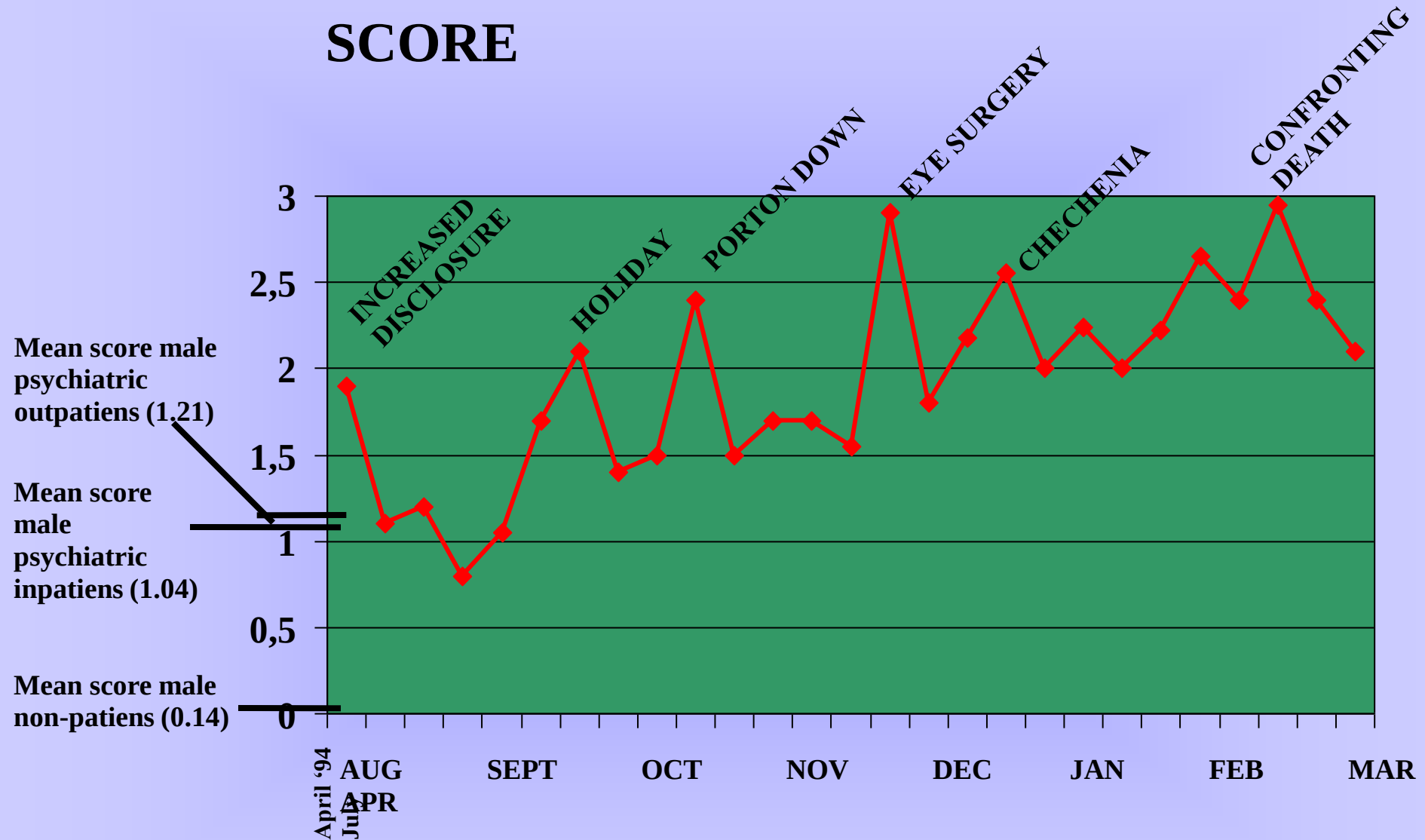
M.T., 43 aa, collaboratrice domestica, abuso sessuale in infanzia e adolescenza.

Diagnosi: BED, DPTS Cronico, Depressione Maggiore.

Terapia: Sertralina 50 mg aumentati a 100 mg a partire da Ottobre '99, Alprazolam 0.5-1 mg/die.



SCL-90-R ANXIETY RAW SCORE

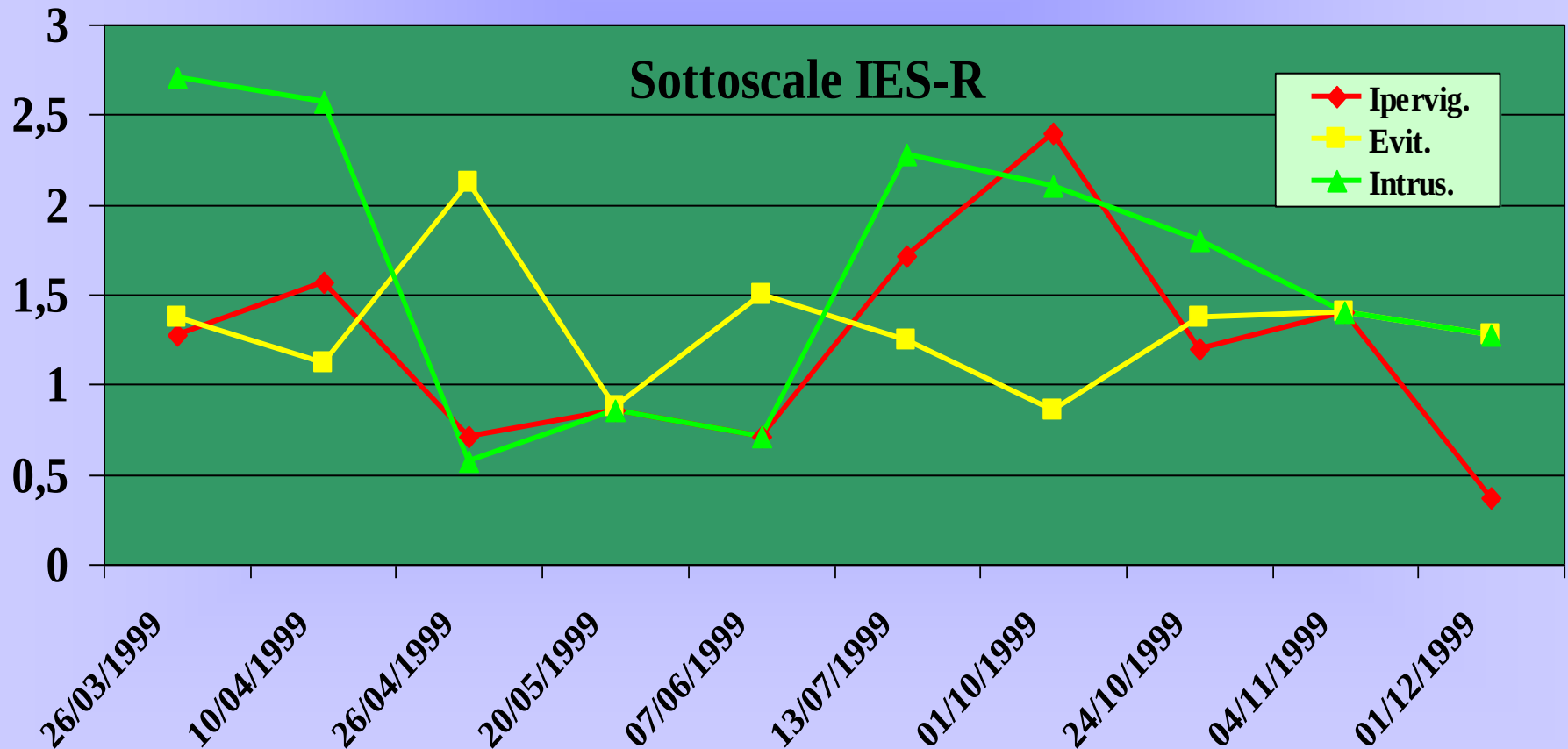


Caso 3 - Trattamento ambulatoriale.

M.T., 43aa, collaboratrice domestica, abuso sessuale in infanzia ed adolescenza.

Diagnosi: BED, DPTS Cronico, Depressione Maggiore.

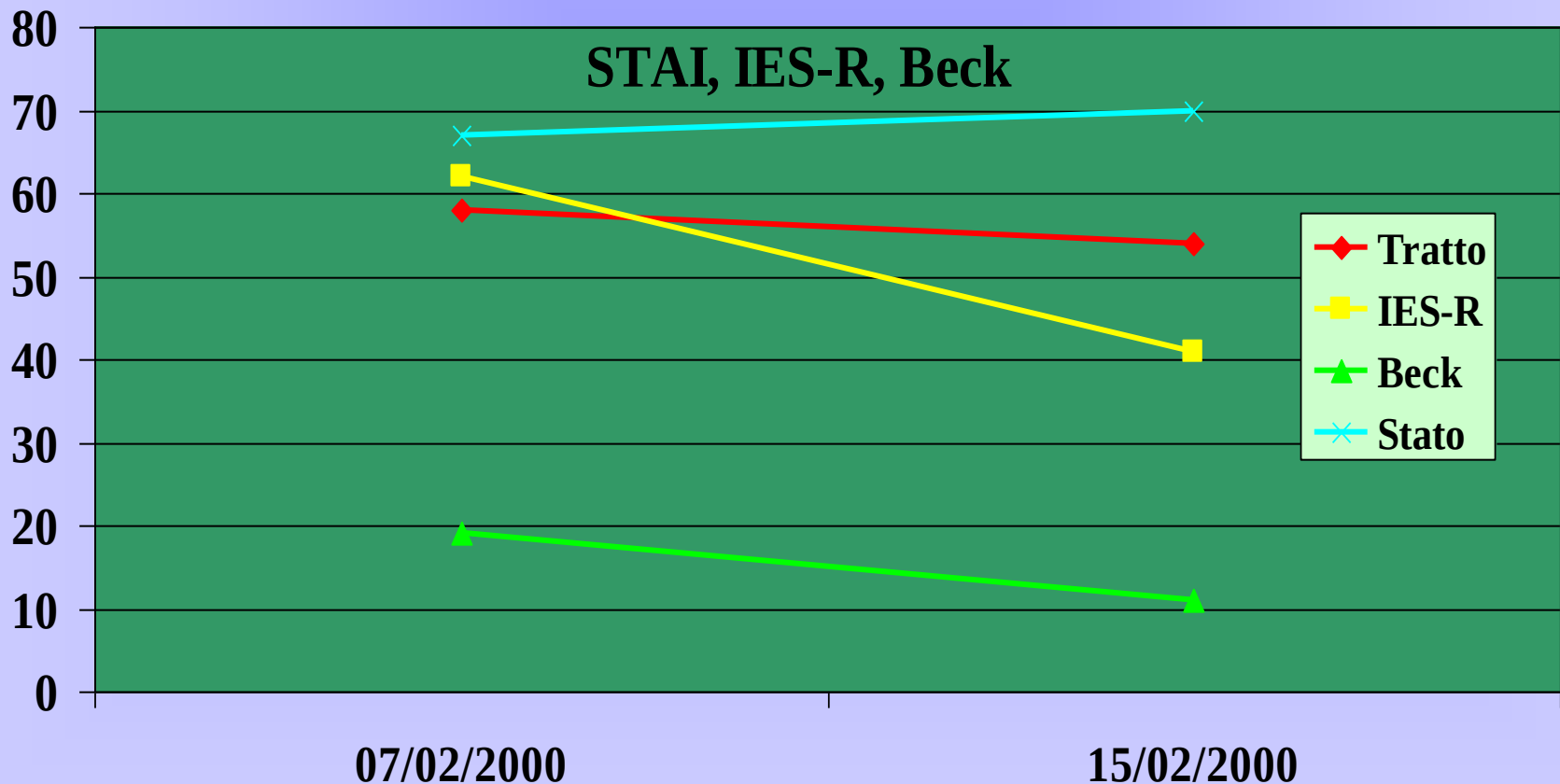
**Terapia: Sertralina 50 mg aumentati a 100 mg a partire da Ottobre
Alprazolam 0.5-1 mg/die.**



Caso 4 - Trattamento ambulatoriale.
A.C., collaboratrice domestica, anamnesi psichiatrica
negativa.

Life event: omicidio della madre all'età di 10 aa.

Diagnosi: DPTS, DAG.

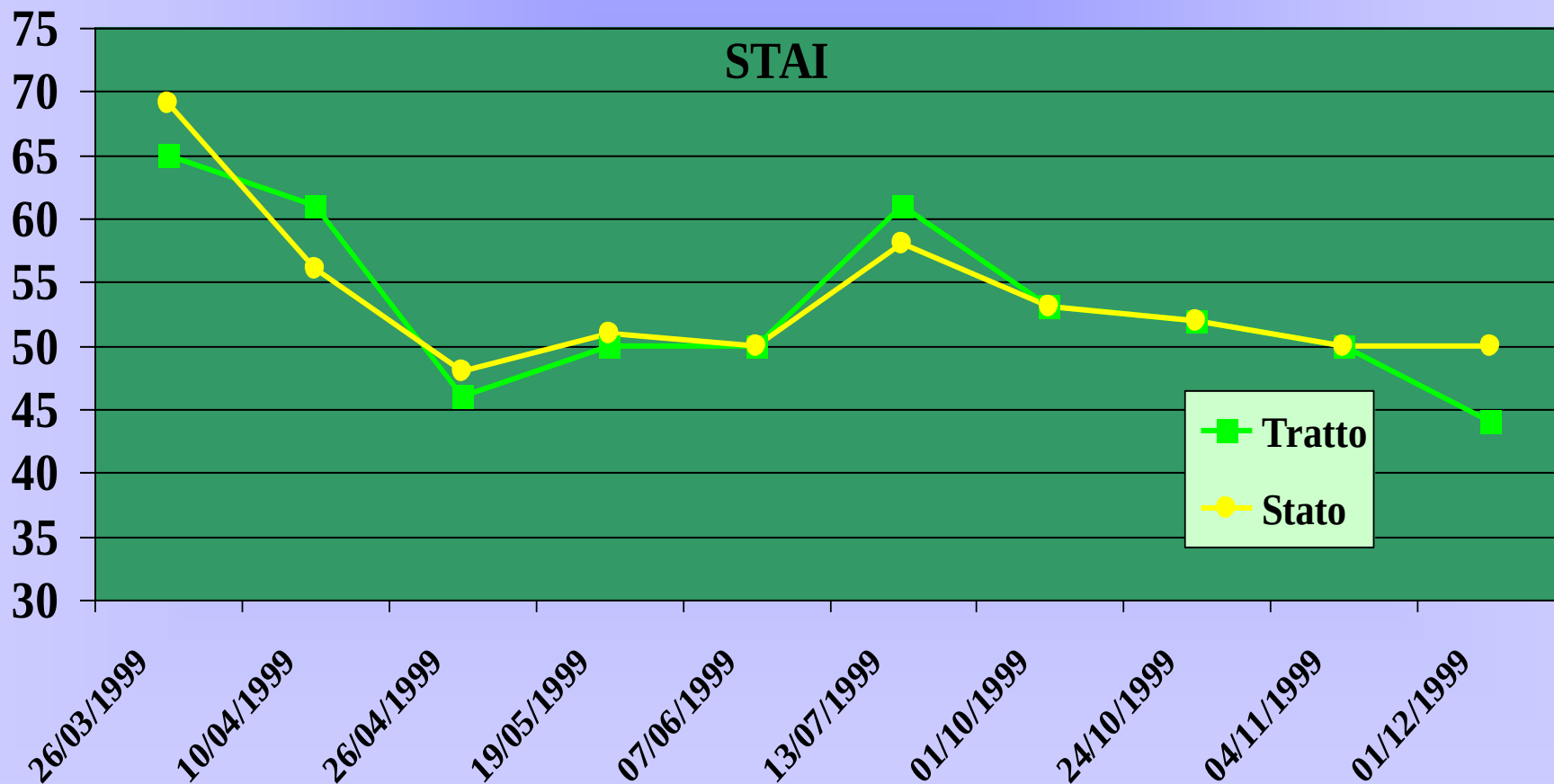


Caso 3 - Trattamento ambulatoriale.

M.T., 43aa, collaboratrice domestica, abuso sessuale in infanzia ed adolescenza.

Diagnosi: BED, DPTS Cronico, Depressione Maggiore.

**Terapia: Sertralina 50 mg aumentati a 100 mg a partire da Ottobre '99,
Alprazolam 0.5-1 mg/die**



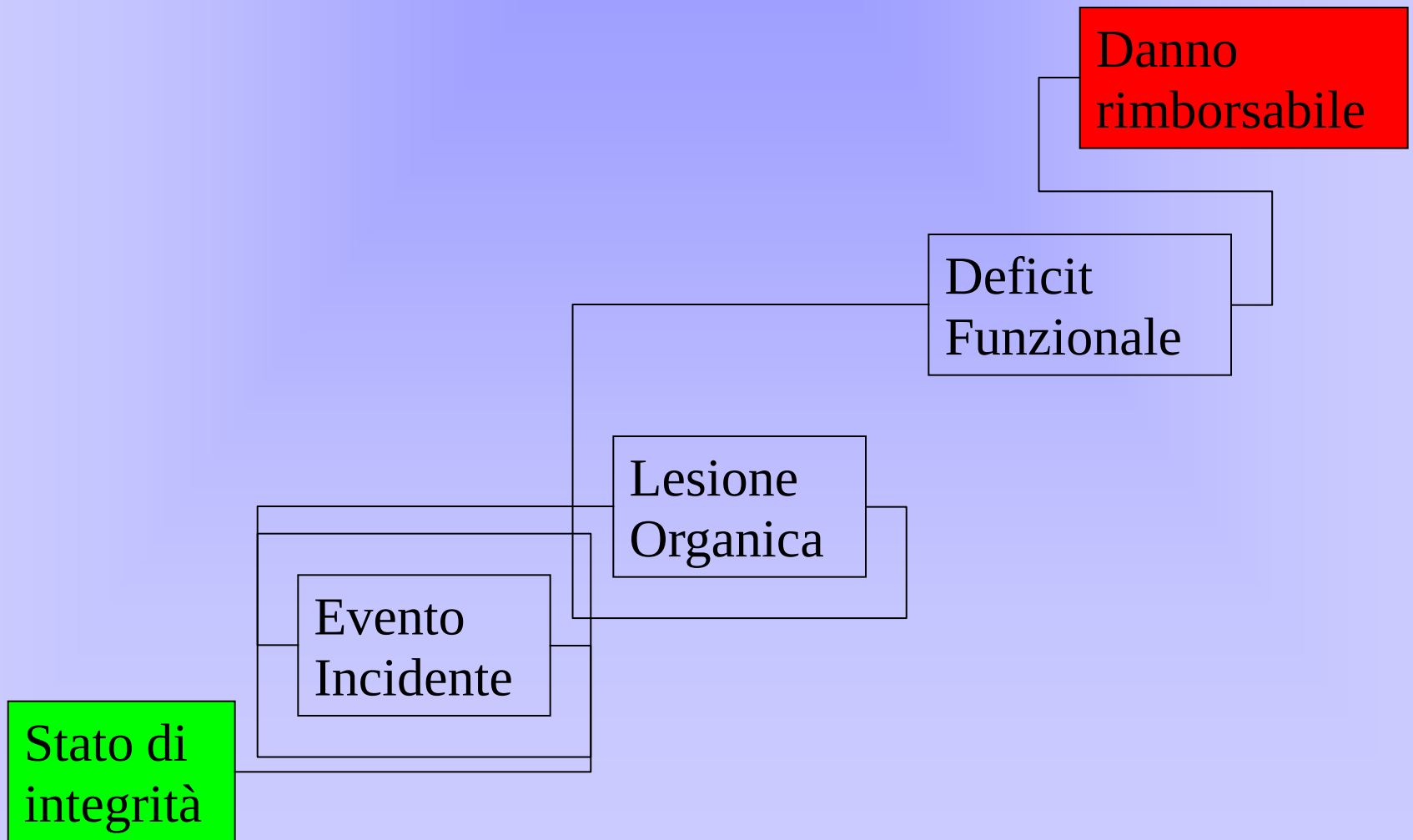
Il DPTS in Psichiatria Forense

Contenziosi Civili di Varia Natura (Danno Causato da Terzi,
Dispute con Datore di Lavoro, Riconoscimenti Previdenziali...)

Diritto Penale: Sull'Autore del Reato(A) e sulle Memorie
Traumatiche della Vittima(B,C,D)

- A. Incidenza del PTSD sulla Imputabilità (Capacità di Intendere e di Volere al Momento del Fatto)
- B. Attendibilità della Testimonianza (Valutazione delle Deposizioni Accusatorie)
- C. Valutazione dello status dei Rifugiati Politici e Vittime della Tortura
- D. Compatibilità tra Reato Presunto ed Eventuali Sintomi Post Traumatici Specifici come Prova del Fatto Reato

La Sequenza Verso il Danno Rimborsabile



DPTS VERO O SIMULATO?

ANGELIKA BIRCK, 2002

DPTS

1. SINTOMI PIU' SFUMATI
2. NATURA DISTRUTTIVA DELL'EVENTO E ASPETTO VENDICATIVO MINIMIZZATI
3. DIFFICOLTA' NEL RIPORTARE L'EVENTO TRAUMATICO
4. CONCORDANZA TRA CIO' CHE DICE IL PAZIENTE E CIO' CHE E' OSSERVATO
5. CAMBIAMENTO GRADUALE DELLA GRAVITA' DEI SINTOMI CON IL TEMPO
6. DANNO DELLE ATTIVITA' PIACEVOLI

DPTS SIMULATO

- SINTOMI GRAVI E DRAMMATICI
- NATURA DISTRUTTIVA DELL'EVENTO E ASPETTO VENDICATIVO ENFATIZZATI
- PREVALENZA DI SINTOMATOLOGIA POSITIVA STEREOTIPATA ED OVVIA
- DISSONANZA TRA CIO' CHE DICE IL PAZIENTE E CIO' CHE E' OSSERVATO
- SINTOMI ARRIVANO E SCOMPAIONO BRUSCAMENTE
- NON VI E' DANNO DELLE ATTIVITA' PIACEVOLI

5 regole per l'approccio valutativo forense

Necessità di prove sia per l'evento che per
la sintomatologia conseguente

Riferirsi alla cultura scientifica aggiornata

Esame della documentazione rilevante

Test psicologici e utilizzo di mezzi
standardizzati

Distinzione tra i ruoli di clinico e di esperto
forense

Altri sintomi indice

Test Neuropsicologici per l'attenzione, la concentrazione e la memoria a breve termine

Implicazione somatica (SCL 90-R)

Comorbidità

L'Atteggiamento delle Parti

Parte Attorea:

- Eccessiva Identificazione
- Interpretazione Soggettiva dei Sintomi

Parte Convenuta:

- Ostilità
- Svalutazione Morale
- Minimizzazione dei Sintomi

L'Esame

La Storia Pretraumatica (Storia Personale, Medica e Psichiatrica, con Esame della Documentazione)

Considerare Altre Fonti di Documentazione Oltre ai Sintomi Riferiti

Analisi del Deficit Funzionale con Metodi Standardizzati

PTSD Subclinico, Sottosoglia, Parziale

Assenza di Uno o Due di Tre Elementi C e/o
di Uno dei Due Elementi D

Valutazione Psicologica del PTSD: un Approccio Multidimensionale 1

(T. M. Keane T. C. Buckley, M. W. Miller, 2002)

- Attento Esame Clinico con Raccolta della Storia Familiare e dello Sviluppo, Pre e Post Traumatico
- Uso di Interviste Diagnostiche Specifiche per i Sintomi Post Traumatici (CAPS)
- Intervista Diagnostica di Esplorazione Asse I e II (SCID, Spitzer et al., 1990)

Valutazione Psicologica del PTSD: un Approccio Multidimensionale 2

(T. M. Keane T. C. Buckley, M. W. Miller, 2002)

1. Questionari Generali di Personalità (MMPI-II, Hathaway e McKinley, 1989)
1. Test Specifici per il PTSD e i Suoi Sintomi Clinici Associati (Mississippi PTSD Scale, Keane et al., 1988); PTSD Checklist(Wea et al.,1993)
1. Inclusione della Valutazione del Funzionamento Sociale nelle Varie Aree (Social Adjustment Scale, Weissman et al., 1990)

Valutazione Psicofisiologica

- Potrebbe Corroborare il Criterio D (Pitman, 1993, 1996): L'Attivazione Reattiva a Stimoli Riminescenti il Trauma
- Non Sufficiente a Porre la Diagnosi

La relazione scritta forense

1. Destinatari e Quesiti della Perizia
2. Limiti alla Riservatezza
3. Revisione dei Documenti
4. Metodi di Valutazione
5. Risultati dell'Esame e dei Test
6. Dati Collaterali
7. Discussione Psichiatrico-Forense

Valutazione del Deficit della Capacità Lavorativa

Giornata Tipica

La Valutazione Forense del DPTS nei Minori

Colloquio con i Genitori e “Caregivers”

Registrazione delle Sedute

Valutazione Individuale del Minore Dopo
Opportuna Familiarizzazione

Valutazioni Psicometriche (Drake et al., 2001; Clark
and Clark, 2002)

BIBLIOGRAFIA

1. M. MANTERO ***“LA VALUTAZIONE DEL PTSD IN PSICHIATRIA FORENSE”***, da ***“IL DISTURBO POST TRAUMATICO DA STRESS”***, a cura di L. BELLODI, P. CASTROGIOVANNI, M. MANTERO, G. MUSCETTOLA, PACINleditore, 2002:157-171.
2. D. BLAKE, F. WEATHERS, L.NAGY, D. KALOUPEK, G. KLAUMINZER, D. CHARNEY, T. KEANE, 1986, ***“CLINICIAN-ADMINISTERED PTSD SCALE (CAPS)”***, traduzione di P. CASTROGIOVANNI, da L. CONTI ***“REPERTORIO DELLE SCALE DI VALUTAZIONE IN PSICHIATRIA”***, TOMO TERZO,ed. SEE-FIRENZE, 2000.
3. D. SHEEHAN, Y. LECRUBIER, 1994 ***“MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW (M.I.N.I., M.I.N.I. PLUS e M.I.N.I. SCREEN)”***, da L. CONTI ***“REPERTORIO DELLE SCALE DI VALUTAZIONE IN PSICHIATRIA”***, TOMO PRIMO, ed. SEE-FIRENZE, 2000.
4. M. MANTERO, C. GOZZINI, S. FORNARA, M.L. MANZONE, U. SCIGLIUZZO, P. PRANDONI, M. FERRI, E. LUNA, G. PENATI ***“POST-TRAUMATIC PSYCOPATHOLOGICAL REACTION TO WHIPLASH CONCEPTUALISATION AND ‘AD INTERIM’ PRELIMINARY STUDY”***, da ***“MINERVA PSICHIATRIA, vol.42 n.2, ed.MINERVA MEDICA, 2001:99-105.***
5. R.I. SIMON, M.D. ***“POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER IN LITIGATION:GUIDELINES FOR FORENSIC ASSESSMENT”***, ed. AMERICAN PSYCHIATRIC PUBLISHING, 2003.
6. E.B. FOA, T.M. KEANE, M.J. FRIEDMAN, ***“EFFECTIVE TREATMENTS FOR PTSD”***, ed. THE GUILFORD, 2000.
7. M.J. FRIEDMAN, M.D., Ph.D. ***“POST TRAUMATIC STRESS DISORDER”***, ed. COMPACT CLINICALS, 2000.
8. DS WEISS, CR MARMAR, ***“THE IMPACT OF EVENT SCALA-REVISED”***, IN: WILSON JP, KEAN TM, EDITOR. ***ASSESSING PSYCHOLOGICAL TRAUMA AND PTSD.*** NEW YORK: GUILFORD PRESS, 1996:399-411.

D. SINTOMI PERSISTENTI DI AUMENTATA VIGILANZA

(2 O PIU' DEI SEGUENTI):

- 1- Difficoltà a concentrarsi.
- 2- Irritabilità, scoppi di collera.
- 3- Esagerate risposte d'allarme.
- 4- Ipervigilanza.
- 5- Difficoltà ad addormentarsi o a mantenere il sonno.

ALTRE RISPOSTE COMPLESSE AL TRAUMA

Alcune caratteristiche del Cambiamento di Personalità in seguito ad Esperienze Catastrofiche (ICD-10)

Ostilità e difficoltà verso il mondo
Ritiro sociale
Vuoto o mancanza di fiducia nel futuro
Sentirsi “sulla lama del rasoio” o minacciato
Alienazione o estraniamento

Alcune caratteristiche della Sindrome Da Stress Estremo del DSM-IV

- Difficoltà nel controllo delle emozioni
- Difficoltà nell'attenzione nella concentrazione
- Somatizzazione
- Vergogna e senso di colpa cronici
- Relazioni sociali disturbate
- Alterazione dei sistemi cognitivi

DPTS: CRITERI DIAGNOSTICI

E. LA DURATA DEL DISTURBO E' SUPERIORE AD UN MESE

F. IL DISTURBO CAUSA UN DISAGIO CLINICAMENTE SIGNIFICATIVO O UN'ALTERAZIONE DEL FUNZIONAMENTO SOCIALE, LAVORATIVO O DI ALTRE AREE IMPORTANTI

SPECIFICARE SE:

ACUTO: SE I SINTOMI DURANO *MENO* DI 3 MESI

CRONICO: SE I SINTOMI DURANO *PIU'* DI 3 MESI

AD ESORDIO RITARDATO: SE L'ESORDIO DEI SINTOMI AVVIENE *ALMENO* 6 MESI DOPO L'EVENTO STRESSANTE.



Società Italiana per lo Studio dello Stress Traumatico (SISST)

La **Società Italiana per lo Studio dello Stress Traumatico** è nata per promuovere lo studio e l'intervento sul trauma e sindromi post-traumatiche nel contesto italiano.

La **SISST** è inserita in un network scientifico internazionale essendo affiliata alla **European Society for Traumatic Stress Studies** (ESTSS; www.estss.org) a cui afferiscono, ormai, tremila professionisti che operano a vario titolo nell'ambito della psicotraumatologia.