

Alcune note a margine del
corso di aggiornamento sulla diagnosi e sul trattamento del disturbo post traumatico da stress
tenutosi a Monteriggioni il 17, 04, 2004

Roberto Marino
Centro Eos; Az. Osp di Pavia

Il corso di aggiornamento sulla diagnosi e sul trattamento del disturbo post traumatico da stress organizzato con l'ausilio della casa farmaceutica Angelini si è tenuto nella splendida cornice del Relais Borgo San Luigi a Monteriggioni (SI). Quale miglior modo di interessarsi dei disturbi post traumatici se non in pochi e in un posto incantevolmente rilassante?

Già in pochi ! La sala del corso non può contenere più di 45-50 posti. Scelta organizzativa o scarso interesse degli specialisti in psichiatria per questo tipo di disturbo? Così fra luci e ombre, pioggia e spicchi di sole, si è svolto questo corso sul PTSD che si è sviluppato sotto l'egida della psichiatria "ufficiale" di orientamento biologista; ben lontani dal quadro di ricerca e clinica sviluppato in questi ultimi anni dalla psicotraumatologia clinica.

Il focus di interesse è stato il Post Traumatic Stress Disorder come descritto nei manuali ufficiali DSM IV e ICD 10, ed il complesso coinvolgimento psicofisico dell'intera "persona" evidenziato dalla clinica dei disturbi post-traumatici, è stato sbrigativamente e brillantemente risolto con l'utilizzo del concetto di spettro, come illustrato da Liliana Dell'Osso. Dopo alcuni cenni di epidemiologia, in cui si è evidenziata una prevalenza life time del PTSD variabile dal 1% al 10% a seconda degli studi, sono stati esposti alcuni cenni storici, anch'essi limitati alla storia della psichiatria ufficiale. Si è accennato al come l'attenzione e l'identificazione di tale patologia sia in stretta relazione con eventi socio culturali come le guerre, senza tuttavia esaminare "se" e secondo quali "logiche" la struttura socioculturale possa influire sulla cartografia psichiatrica. Così a fronte di una consistente presenza del disturbo post traumatico nella prima versione del DSM, si assiste ad un suo netto ridimensionamento nel DSM II per essere poi ripreso nel DSM III in particolare nella versione R.

Una digressione sulle reazioni da lutto ha evidenziato che nel caso in cui la morte improvvisa sia "innaturale" l'incidenza della reazione abnorme nel coniuge passa dal 10% al 35%. Tale differenza viene attribuita ad un generico "vissuto personale", non interrogandosi su cosa esso sia e cosa influenza tale vissuto, né sul ruolo svolto dalla cultura nel caso di "morti innaturali".

Nell'analizzare alcune tipologie di traumi la relatrice si è poi soffermata sui "traumi di massa" enunciando alcuni fattori di rischio per lo sviluppo del PTSD, fra cui merita di essere menzionata la attenzione richiamata, se pur con un breve accenno, sulla assenza di sistemi di sostegno psicosociali.

Il sistema biologista proposto se pur interessante e indispensabile nella attuale ricerca, mostra tutti i suoi limiti quando, per dimostrare la vulnerabilità biologica trasmessa geneticamente, si invocano studi condotti sui parenti di primo grado delle vittime dirette dell'olocausto e vittime di primo grado di soggetti con PTSD. Come se il figlio di un soggetto detenuto in un campo di concentramento, o il figlio o il fratello di un soggetto rimasto paralizzato in seguito ad un incidente automobilistico, non siano anch'essi vittime. Tali dati se da un lato non possono far altro che confermare il coinvolgimento non solo dell'intera persona ma anche del suo entourage, dall'altro in realtà nulla ci dicono sulla presunta vulnerabilità biologica.

E' stata inoltre illustrata la SCI-TAL, scala di ben oltre 100 item che indaga l'intero spettro post traumatico a differenza di altri test tarati sul DSM IV TR. Anche in questo caso, pur non potendo negare l'interesse suscitato dall'idea "spettrale", non si possono non avanzare alcuni dubbi sulla metodologia con cui il progetto è portato avanti. Il campione di popolazione su cui è stata tarata la SCI-TAL è l'insieme di studenti che hanno fatto l'esame di psichiatria all'Università di Pisa. Tale campione non appare rappresentativo; ad esempio perché un ragazzo decide di fare medicina?

Potrebbe essere una premorbidità psichiatrica! E poi ai “non” o “non-solo biologi” appare chiaro che un ragazzo che deve sottoporsi ad un esame può ritenere che passare come “vittima” potrebbe portare vantaggi secondari come imbonire l’esaminatore. Certo forse i test sono anonimi ma non si sa mai. Comunque, pur volendo ipotizzare che tale campione sia rappresentativo, l’alta percentuale di soggetti che hanno risposto in modo sensibile per la diagnosi di un disturbo sottosoglia (su molti item mostrati oltre il 50%), dovrebbe far ipotizzare una scala eccessivamente sensibile piuttosto che una diffusa patologia psichiatrica, per quanto sottosoglia. Il problema è che tale ipotesi per essere presa in considerazione deve presupporre una differenza quantitativa e non qualitativa fra “soggetti sani” e soggetti con patologia psichica.

Degni di particolare attenzione i risultati di alcuni studi che sostengono che nel 2020 il PTSD potrebbe rappresentare l’ottava causa di disabilità. Peccato non si sia capito se questi dati erano riferiti al puro PTSD piuttosto che ad una più generica sofferenza psicofisica insorta nelle vittime di avvenimenti traumatici.

Donatella Marazziti ha successivamente illustrato i correlati biologici dei sintomi del PTSD con interessanti e semplici schemi illustranti i rapporti fra amigdala, talamo e corteccia passando dalla mediazione di ipotalamo, rafe e locus ceruleus. In tale illustrazione l’ippocampo sembra la sede degli stimoli mnemonici capaci di scatenare una ripetizione. Per quanto concerne la terapia degna di menzione è l’indicazione di utilizzare la lamotrigina in caso di PTSD resistente ai serotoninergici

Molto interessante e ben condotto l’intervento di Claudia Carmassi che ha esposto alcune teorie su decorso e comorbidità seguendo lo schema tracciato dal DSM IV . Vengono riportati alcuni studi che indicano che vittime di incidenti stradali hanno una prevalenza di PTSD che varia da quasi il 100% nelle ore successive all’incidente, al dal 40% dopo un mese, fino a circa il 17% a un anno con successiva tendenza alla cronicizzazione. Peccato non si sia posta sufficiente attenzione al dato, evidenziato da precise ricerche, che mette in luce la necessità di un intervento precoce con un forte accento psicosociale.

E’ stato invece sottolineato che non vi sono sicuri sintomi predittivi in acuto per lo sviluppo di un PTSD cronico e che alcuni interventi precoci, se condotti non correttamente, possono interferire con i normali processi di integrazione dell’evento traumatico. Ciò pur se altri studi suggeriscono che sintomi di rievocazione, iperarousal e dissociazione predispongano per un decorso acuto del PTSD, mentre sintomi come evitamento e ottundimento psichico sono prognostici per un possibile sviluppo cronico.

Rispetto all’outcome dei pazienti è stato rilevato che, anche se trattati, circa un terzo dei pazienti non avrà una remissione completa della sintomatologia; il tempo di remissione medio può arrivare a 25 mesi nel soggetto in trattamento, ed oltre 60 se il soggetto non è sottoposto ad alcuna terapia. Inoltre studi del 2001-2002 confermano la presenza di comorbidità con patologie internistiche come ipertensione, cardiopatie e diabete; mentre la comorbidità con patologie psichiche riguarda la presenza di quasi tutte le entità nosografiche con esclusione della schizofrenia.

Fulvio Pieraccini ha concluso la mattinata con una relazione sulla farmacoterapia del PTSD, premettendo che nelle linee guida ufficiali il trattamento di elezione è la psicoterapia.

Solo il 38% di pazienti prosegue la terapia intrapresa; mentre il 31% dei soggetti in farmacoterapia e il 14% dei soggetti in psicoterapia effettuano un drop out. Questi dati suggeriscono non solo che le attuali farmacoterapie sono solo parzialmente efficaci ma che la strategia migliore consiste nell’effettuazione di terapie combinate. I farmaci maggiormente utilizzati sono i serotoninergici di cui sertralina e paroxetina hanno ottenuto l’indicazione specifica per il PTSD. La mirtazapina, pur se non ha indicazione ufficiale, sembra essere sufficientemente efficace sui sintomi di evitamento e numbing.

Il dato che le benzodiazepine somministrate in fase acuta peggiorino il decorso del PTSD è stato parzialmente giustificato con il coinvolgimento di vie di comunicazione cerebrali, mentre nessun accenno è stato fatto circa le ipotesi riguardanti il blocco del sogno REM e delle sue funzioni abreatrici. Anche in questo intervento è stata ribadita l’efficacia di lamotrigina e tapiramato sui sintomi psicotraumatici, soprattutto intrusioni e flashback.

L'intervento sarebbe stato ben condotto se non ci fossero state alcune importanti inesattezze quali l'affermazione che il debriefing è una tecnica terapeutica, e l'affermazione di presunte dimostrazione che "terapia" del debriefing peggiori i sintomi del PTSD". A commento di tali dati è poi stata espressa l'opinione che L'EMDR sia l'unica psicoterapia seria in quanto "psicoterapia biologica". Ciò che preoccupa non è tanto che un professionista non sappia cos'è il debriefing ma che con assoluta certezza esprima opinioni prive di fondamento su tecniche specifiche. Certo è confortevole che in Italia si possa ancora liberamente esprimere la propria opinione, ma è comunque auspicabile che chi pretende di essere docente a corsi accreditati si informi meglio su quanto ritienine di dover dire. D'altronde che l'EMDR sia stata considerata l'unica psicoterapia seria e che sia stata definita "psicoterapia biologica" evidenzia la presa di posizione aprioristica condivisa dai docenti del corso. Per quanto riguarda il debriefing occorre precisare che per stessa affermazione di chi ha standardizzato tale tecnica (Mitchell), esso non è affatto annoverabile fra le terapie bensì fra le tecniche di prevenzione secondaria. Poi un capitolo a parte sarebbe da aprire sugli studi riguardanti il l'efficacia del debriefing e sulla capacità dello stesso di aumentare la attenzione sulle proprie percezioni sia a livello fisico che psichico.

L'esperienza maturata in diversi anni ci porta ad affermare che il debriefing psicologico rende più sensibili ai test psicodiagnostica senza che questo voglia dire che vi sia una patologia psichica. I soggetti che partecipano a sedute di debriefing sono più attenti alle proprie sensazioni grazie ad una migliore modulazione di meccanismi di difesa quali negazione e rimozione. Ciò li porta a rendersi maggiormente conto di una flessione leggera del tono dell'umore o di comportamenti che tendano ad evitare o ripetere aspetti del trauma. Questa maggior consapevolezza ci è spesso sembrata alla base di una maggior sensibilità a test autosomministrati..

Molto interessante l'iniziativa pomeridiana, presentata da Antonio Chiapparelli, di proiettare alcuni spezzoni del film "il ferroviere" di Pietro Germi con la successiva disamina di alcuni casi clinici. La scelta del film è apparsa appropriata, qualche dubbio in più potrebbe lasciarlo la discussione dei casi clinici condotta da Antonella Armani. Tale discussione si è limitata all'individuazione dei sintomi inclusi del DSM e nessuna considerazione è stata fatta su come gli avvenimenti traumatici si siano inseriti nella storia di vita della vittima, e di quali meccanismi di difesa si sia avvalso l'entourage colpito dall'evento traumatico. Tali dubbi sono probabilmente correlati più alle aspettative dello scrivente che alla discussione che si è mantenuta in linea con la qualità complessiva del corso.