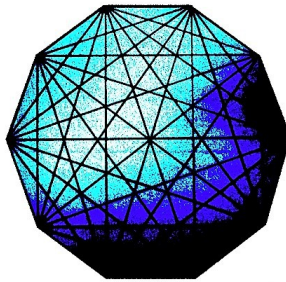


Il CENTRO PTSD di Via Roma 7, a San Michele Mondovì (CN), vuole costituirsi come centro specialistico per l'approccio ai sintomi di natura post-traumatica che colpiscono l'individuo. I sintomi di natura post-traumatica emergono a seguito di gravi traumi vissuti dall'individuo, o in seguito a periodi particolarmente difficili e pesanti tanto da divenire, nella loro totalità, un "evento traumatico" multiforme e protratto nel tempo.



CENTRO PTSD

centro ad alta specializzazione per disturbi psichiatrico/psicologici di natura post-traumatica

PROGETTO DI EROGAZIONE SERVIZIO PSICHIATRICO/PSICOTERAPEUTICO/MOTORIO

IN FORMA PRIVATA RIVOLTO A PAZIENTI AFFETTI DA PTSD (POST TRAUMATIC STRESS DISORDER)

Il progetto si propone di erogare un *servizio medico psichiatrico/psicoterapeutico* integrato da un *supporto riabilitativo/motorio obbligatorio* a cadenza bisettimanale -con funzione di riacquisizione di abilità corporee-, rivolto a pazienti affetti da PTSD (post traumatic stress disorder). Accanto al supporto di tipo psicoterapeutico psichiatrico (**approccio TOP-DOWN al trauma**), al paziente viene affiancato un esperto di attività motoria che lo conduce al recupero in termini di tonicità muscolare e a un rinforzo in termini di prestazione cardiaca (**approccio BOTTOM-UP al trauma**).

In ambito psicopatratematologico, gli interventi più efficaci e duraturi nel tempo si sono rivelati gli interventi multi - professionistici, con una struttura a rete. Tanto più il caso del singolo paziente è complesso e di difficile approccio, tanto più è richiesta un'equipe multi professionale che contrasti il sintomo psicotraumatologico da più direzioni contemporaneamente.

Di cosa si parla quando si parla di PTSD?

Lo stress post traumatico (PTSD) potrebbe essere genericamente definito come un insieme di sintomi che si presentano nel periodo conseguente un trauma (unico e grande, o minore ma ripetuto), tra cui problemi di insonnia, flashback vividi in cui ci si trova mentalmente immersi nel ricordo o scena traumatica, e una serie di sintomi riguardanti il corpo e le ripercussioni somatiche del rivivere le memorie traumatiche (ricordi che divengono incarnati).

SINTOMI

Alcuni dei più comuni sintomi del PTSD sono:

- 1) incubi vividi (e risveglio precoce)
- 2) pensieri intrusivi (che si presentano cioè contro la nostra volontà) che hanno forma di immagini relativi a singoli episodi specifici
- 3) il senso di mancata permanenza nel momento presente, con la difficoltà a concentrarsi su quelli che, nel qui ed ora, sono i compiti assegnati (non ci si ricorda le cose da fare, la memoria e la coscienza stessa assumono una forma frammentata, intermittente: in alcuni momenti è presente a sé stessa, in altri la mente viene risucchiata dall'accesso post-traumatico, portandola al mondo interiore traumatizzato e distaccandola a forza dal presente). Questo ha la conseguenza di rendere difficoltoso e impegnativo portare a termine un compito
- 4) iperestesia: i nervi sono accesi, ipervigili: i rumori vengono percepiti come forti e violenti; percepire i rumori come disturbanti e troppo forti è un sintomo di stress che troviamo anche in assenza di un vero e proprio PTSD
- 5) La mente appare costantemente impegnata nel prevenire un potenziale attacco da parte di un predatore: si mantiene come in un continuo stato di allarme, che può precipitare in uno stato di insonnia o di prostrazione (spesso scambiata con depressione).

APPROCCIO INTEGRATO

Generalmente sappiamo che gli eventi patogenetici dai quali si origina una sindrome psichiatrica/psicopatologica, sono da ricercare in 3 ambiti differenti: l'ambito *neuro-psichiatrico*, l'ambito *cognitivo/psicologico*, l'ambito relativo all'*inserimento nella società*. Un disturbo può originarsi in ognuno di questi ambiti, per poi estendersi agli altri territori. Chi abbia profonde difficoltà di inserimento sociale, potrà sviluppare sintomi psicopatologici di varia natura; chi abbia uno squilibrio transitorio in ambito neurochimico (come succede nelle sindromi bipolari), potrà trovare grande difficoltà nell'inserirsi all'interno del contesto sociale.

Oltre a questi aspetti, la dimensione del corpo, troppo spesso dimenticata, acquisisce una sua **centralità** in particolare quando si parla di psicotraumatologia: in questi casi, a seguito del trauma, il corpo subisce i contraccolpi della gestione psichica delle memorie intrusive, che spesso si accompagnano a insonnia, spossatezza, cefalee e sintomi dissociativi (di non presenza nel momento presente). Alcuni sintomi corporei sono:

- cefalee
- rigidità muscolari
- disturbi inerenti la sfera sessuale
- disturbi di natura cardiovascolare (per un approfondimento: [http://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(16\)30377-7/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(16)30377-7/fulltext))

- disturbi gastrointestinali

IL CENTRO PTSD

La presa in carico prevede:

- 1 colloquio mensile con Psichiatra (impostazione monitoraggio terapia farmacologica)
- 4 colloqui mensili con Psicoterapeuta (impostazione e conduzione psicoterapia a orientamento cognitivo comportamentale)
- 2 ore settimanali di **riabilitazione specifica alla cura del trauma seguendo le linee guida più attuali in termini di approcci bottom-up** (cioè che partono dal corpo per andare verso la mente) . Quest'ultima attività costituisce l'elemento centrale e distintivo del progetto.

LE TIPOLOGIE DI INTERVENTO:

I COLLOQUI PSICHIATRICI

Colloqui a cadenza mensile di impostazione e monitoraggio della terapia farmacologica, laddove la situazione clinica lo richieda. Gli psicofarmaci associati alla psicoterapia cognitiva sono dimostrati essere efficaci nel trattamento e nella cura delle principali sindromi psicopatologiche (come da **allegato A**)

I COLLOQUI PSICOTERAPEUTICI

Colloqui a cadenza settimanale di esplorazione della realtà soggettiva del paziente, a fini diagnostici e terapeutici. Durante la terapia cognitiva si esplorano i processi ricorrenti di pensiero, gli schemi e le convinzioni rigide del paziente, lo si aiuta nella gestione dei sintomi attraverso l'analisi delle cause psicogene (spesso maturate in ambito familiare o interpersonale). Una volta formulata una diagnosi, lo Psicoterapeuta può richiedere l'appoggio dello Psichiatra per facilitare la gestione dei sintomi del paziente attraverso l'ausilio di una terapia farmacologica. L'esplorazione clinica si sposta *temporalmente* nella vita del paziente, dal passato all'idea del futuro, così come *spazialmente* dal dentro al fuori di sé, dai propri pensieri, al proprio corpo, alle emozioni sperimentate. La psicoterapia ha come obiettivo la remissione dei sintomi e, dove desiderato, un cambiamento rispetto a modalità/aspetti di sé non ben gestiti dal paziente stesso.

Ne caso specifico della psicotraumatologia e della gestione del PTSD, alcuni ausili sono :

- le tecniche di mindfulness (**allegato B**)
- l'EMDR, tecnica specifica usata in psicologia dei traumi e delle emergenze (**allegato C**)

IL LAVORO DI RIABILITAZIONE MOTORIA/BOTTOM UP

Affrontare in senso motorio il PTSD significa rafforzare il corpo per meglio gestire la componente psichica del disturbo (approccio che parte dal corpo e sale: *bottom-up*). L'intervento, effettuato in palestra da una persona formata in tal senso e in costante comunicazione e intervizione con lo psicoterapeuta e lo psichiatra di riferimento, prevede un'integrazione di vari meccanismi allenanti volti al miglioramento della condizione fisica generale del paziente. E' un percorso soggettivo, ritagliato intorno ai personali nodi di problematica fisica.

Molteplici studi indagano le ricadute sul corpo del PTSD: senza ombra di dubbio nel PTSD è il “teatro del corpo” a ospitare la gestione del disturbo e i suoi sintomi (il rivivere esperienze passate traumatiche, un'attivazione irregolare del sistema nervoso autonomo costantemente impegnato a fronteggiare un'ipotetica futura minaccia, e le conseguenti contratture e rigidità muscolari – nell'allegato D sono allegati alcuni articoli che hanno approfondito la questione).

Gli obiettivi sono:

- Il miglioramento della resistenza aerobica,
- l'allungamento muscolare,
- la riabilitazione posturale,
- un generale rafforzamento fisico.

Il lavoro è specificatamente rivolto a trattare le conseguenze sul piano fisico della gestione del PTSD da parte del paziente. Il programma prevede 2 incontri settimanali della durata di 1 ora. La scheda di lavoro tipo prevede:

- *1^ ora: attività aerobica, allungamento muscolare tramite stretching dinamico e respirazione yoga.*
- *2^ ora: allenamento resistenza muscolare, riabilitazione posturale e miglioramento mobilità composta.*

DOVE?

Le sedute psichiatriche e psicoterapeutiche, nonché gli interventi di riabilitazione motoria, si svolgeranno nella **medesima sede** (Via Roma 7, San Michele Mondovì, CN).

COSTI E DURATA

A persona, l'erogazione di tutti i servizi (eventualmente modulabili, o fruibili solo in parte) comporta una spesa di **450 euro mensili da pagarsi anticipatamente**, comprensivi di tutti i servizi erogati e dell'intervento di 3 figure professionali (preparatore atletico, psicoterapeuta, psichiatra) in attività coordinata e integrata.

La durata del trattamento è stimata intorno ai 4/6 mesi (da un minimo di 4 mesi, a un massimo di 6 mesi).

A ogni persona presa in carico sarà fornito un calendario con tutti gli incontri fissati in modo dettagliato. L'equipe medico/psicologica si avvale di professionisti di solida formazione professionale e altamente specializzati.

Dr. Raffaele Avico

psicologo psicoterapeuta

socio AISTED, ESTD

raffaeleavico.it

ALLEGATO A

LINEE-GUIDA DELL'AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) PER IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI PSICHIATRICI

Nella tabella di seguito sono indicati i singoli disturbi per i quali l'APA consiglia l'impiego della Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale (CBT), con relativo livello di raccomandazione.

In particolare, vengono distinti tre livelli:

- [I] trattamento raccomandato con solida fiducia clinica;
- [II] trattamento raccomandato con moderata fiducia clinica;
- [III] trattamento che può essere raccomandato sulla base delle circostanze individuali.

<i>Disturbo</i>	<i>Fonte</i>	<i>Livello di raccomandazione per l'impiego della CBT</i>
Abuso di sostanze (nicotina, alcool, cocaina, oppiacei)	Practice Guideline 2006 Guideline Watch 2007	I scelta associata ai farmaci
Comportamenti Suicidari	Practice Guideline 2003	Il scelta (per pazienti con depressione maggiore) associata ai farmaci
Depressione Maggiore	Practice Guideline 2000 Guideline Watch 2005	I scelta con o senza associazione di farmaci
Disturbi Alimentari	Practice Guideline 2006	I scelta (per bulimia nervosa o disturbo da alimentazione incontrollata) Il scelta (per adulti con anoressia nervosa che hanno ripreso peso)
Disturbo Bipolare	Practice Guideline 2002 Guideline Watch 2005	Il scelta associata ai farmaci
Disturbo Borderline di personalità	Practice Guideline 2001 Guideline Watch 2005	Il scelta associata ai farmaci
Disturbo da stress acuto	Practice Guideline 2004	I scelta (per disturbo da

e Disturbo da stress post-traumatico		stress post-traumatico) Il scelta (per disturbo da stress acuto) con o senza associazione di farmaci
Disturbo di Panico	Practice Guideline 1998 Guideline Watch 2006	l scelta con o senza associazione di farmaci
Disturbo Ossessivo Compulsivo	Practice Guideline 2007	l scelta con o senza associazione di farmaci
HIV/AIDS	Guideline Watch 2006	Il scelta associata ai farmaci
Schizofrenia	Practice Guideline 2004	Il scelta (fase di stabilizzazione e fase stabile) associata ai farmaci

Fonte: Michielin P. & Bettinardi O. (2004). Prove di efficacia e linee guida per i trattamenti psicologici e le psicoterapie. Link Rivista Scientifica di Psicologia, No. 05 giugno 2004, pp. 6-26.

ALLEGATO B

MINDFULNESS: Una nuova disciplina

La mindfulness è una disciplina meditativa importata in Europa da un pioniere nell'ambito: Jon Kabat-Zinn, biologo statunitense (nato 1944) con una profonda conoscenza delle filosofie e psicologie orientali (per esempio la psicologia buddista) e autore del manifesto/"fiamma pilota" del fenomeno mindfulness, ovvero Vivere momento per momento (di cui consiglio la lettura).

La pratica quotidiana della mindfulness ha effetti positivi sulla capacità di regolazione neuro-fisiologica: ovvero, permette di sentirsi più in armonia con sè stessi e meno soggetti a sbalzi umorali (si abbassa l'intensità della rabbia sperimentata, ci si sente più "centrati", più a contatto con il momento presente e meno depressi). Viene usata in psicologia clinica nel trattamento del dolore cronico, per contrastare tendenze ansiose, per risolvere stati di iper-eccitazione nervosa che impediscono lo svolgimento dei normali compiti quotidiani, oppure per addestrare la mente a stare semplicemente nel presente -nell'era della distrazione perpetua-.

Gli esperti sostengono però che come tutte le discipline, affinché sortisca un effetto anche la mindfulness vada praticata con regolarità e costanza, almeno una volta al giorno.

Ma di cosa si tratta?

Mindfulness come pienezza di mente

Il termine mindfulness significa letteralmente "pienezza di mente", ovvero presenza a sè, "sensazione di mente piena", etc. E' uno strumento di educazione dell'attenzione, una sorta di modalità con cui impariamo a concentrare la nostra attenzione sul momento presente. E' come voler educare la propria stessa mente a vivere, appunto, "momento per momento", attraverso esercizi mirati rubati alle pratiche meditative più tradizionali.

La mente come un cielo, i pensieri e le emozioni come le nuvole

La pratica della mindfulness ha l'obiettivo di farci dis-identificare dai nostri pensieri: noi NON siamo la nostra ansia, NON siamo la nostra tristezza: la tristezza ci passa attraverso, così come l'ansia, e poi se ne va. Per usare una metafora, è come se la nostra mente fosse un cielo blu, e i nostri pensieri e le nostre emozioni, le nuvole. Si tratta quindi di "de-fonderci" (cioè separarci, differenziarci) dalle nostre stesse emozioni (sia positive che negative) e dai nostri pensieri, considerandoli come graditi ospiti.

Alcuni esempi di utilizzo della mindfulness

Per fare questo dobbiamo stare ancorati al momento presente, e per farlo, la mindfulness suggerisce di concentrarsi sul flusso del proprio respiro e di osservare i propri stessi pensieri avvicinarsi al proprio "cielo", come dei testimoni oculari dei propri stessi pensieri.

La tecnica quindi propone di visualizzare il proprio respiro come un flusso dapprima inspirato, poi emesso, e di concentrare l'attenzione su di esso. Ogni qualvolta dovessero avvicinarsi pensieri negativi o ansie, lasciare che si avvicinino e poi gentilmente lasciarli andare, tornando a mantenere l'attenzione focalizzata sul respiro. Intanto si dovranno percepire i rumori ambientali, gli odori e gli stimoli visivi. Un'altra immagine usata come metafora per chiarire lo stato mentale di mindfulness è quella del gatto impegnato a controllare l'uscio della tana del topo. Focalizzato sull'uscio nel muro, non eviterà tuttavia di percepire gli stimoli ambientali, e si volterà a osservare ciò che gli succede intorno, rimanendo però attento a eventuali movimenti del topo. Questo, è per la mindfulness, stare nel presente in piena consapevolezza.

Approfondimenti

Per chi volesse approfondire il tema, consigliamo la lettura del già citato *Vivere momento per momento* di Kabat-zinn, oppure, per approfondirne gli aspetti più tecnici, *Manuale clinico di mindfulness* di Fabrizio DiDonna.

Google inoltre fornisce un'enormità di siti, in italiano, per chi voglia approfondire questa nuova disciplina, che tuttavia affonda le sue radici nelle più antiche tradizioni di meditazione orientale.

ALLEGATO C

COS'E' L'EMDR?

L'EMDR (acronimo che sta per Eye Movement Desensitization and Reprocessing), è una tecnica usata in ambito di psichiatria e psicoterapia riconosciuta pratica efficace per contrastare l'insorgere di sintomi post-traumatici, pensieri intrusivi, insonnia conseguente a grandi shock, etc.

Viene usata primariamente per i casi di cosiddetto trauma con la "T Maiuscola", ovvero grandi traumi singoli (uno shock anafilattico vissuto come minaccioso per la propria vita, un singolo attacco di panico potente, un singolo incidente, etc.). Psicotraumatologi di fama mondiale (come Bessel Van Der Kolk, olandese), ne appoggiano e consigliano l'utilizzo, a partire da risultati ottenuti nella propria attività di psicoterapeuti e psichiatri.

La tecnica prevede un protocollo standardizzato, con delle domande specifiche a proposito del trauma (il suo svolgersi, il contesto, le immagini più pesanti, i pensieri su di sé prodotti in quell'occasione, etc.), seguite da una "stimolazione bilaterale" che viene fatta o facendo seguire al paziente il movimento di due dita (del terapeuta) che passano di fronte al suo volto orizzontalmente, oppure attraverso un tamburellamento ritmico e alternato effettuato dal terapeuta sulle ginocchia o sulle mani del paziente. Si torna poi a una parte verbale, chiedendo spiegazioni su come il paziente si senta (in modo molto aperto e libero), si torna a focalizzare sulle immagini relative al trauma e si riprocede a una stimolazione bilaterale, in una sequenza dalla durata variabile.

Dei sintomi post-traumatici, la parte peggiore dell'esperienza è la riattivazione delle memorie traumatiche, che faticano ad essere elaborate e collocate nel passato: permangono come pietre dure nel flusso dei ricordi, come intaccate dal tempo. Ogni qualvolta vengano evocate, il paziente rivive (verbo importante e preciso, che denota un'esperienza differente da quella del semplice ricordare) in pieno il trauma, con il corrispettivo attivarsi allarmato del corpo, imprigionato dal ricordo stesso. Quindi sudorazione, tachicardia, panico, ansia forte che cresce, senso di impazzire e tendenza della mente a dissociare, cioè a "scollarsi" dal momento presente precipitando in un vuoto simile a quando, come si dice nel linguaggio comune, ci si "incanta".

MECCANISMO

L'EMDR pare efficace nel contrastare questa riattivazione forte sul piano somatico, perchè sembra aiutare a elaborare le memorie che precedono questa stessa riattivazione. Esistono alcune ipotesi che sono state formulate per spiegare il suo funzionamento:

- 6) l'ipotesi integrativa, per cui il ricordo traumatico verrebbe trasferito da un emisfero all'altro del cervello, trovando un'elaborazione più ampia e armonica.
- 7) l'ipotesi del doppio distrattore, per cui "distrarre" la memoria "somatica" (quella che conduce a una forte attivazione del corpo al momento del ricordo del trauma) mantenendo il focus dell'attenzione sul corpo o sull'esterno (seguendo il movimento delle dita o percependo il tocco sulle ginocchia), consentirebbe al ricordo traumatico di tornare alla mente senza provocare scompensi fisici, per poi quindi essere "visto" e infine elaborato.
- 8) l'ipotesi connessa al movimento dei bulbi oculari, che è stato osservato essere presente anche durante la fase REM del sonno (il momento del sogno). In questo caso un effetto benefico

dell'EMDR potrebbe essere connesso al sollecitare questo tipo di movimento. Questa ipotesi trova poca credibilità soprattutto visti i risultati clinici ottenuti da altre forme di stimolazione bilaterale, come i tamburellamenti sulle ginocchia.

- 9) L'ipotesi dell'esposizione immaginativa, che assimilerebbe la tecnica a quella di "desensibilizzazione espositiva" (che viene usata per trattare i disturbi di natura fobica): esponendoci progressivamente alla nostre paure, il potere che quelle immagini hanno su di noi, progressivamente cala. L'EMDR in questo caso sarebbe una sorta di evoluzione di questa tecnica, essendo meno guidata dal terapeuta, più libera e flessibile.

In questo studio pubblicato sul British Journal of Psychiatry (<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0103676>), viene effettuata una meta-analisi (cioè una ricapitolazione di altre analisi) riferita agli studi scientifici che, a partire dal 1991 fino al 2013, hanno indagato l'efficacia della tecnica EMDR a riguardo dei sintomi cosiddetti post-traumatici (conseguenti, per l'essere umano, a traumi gravi come cataclismi, abusi, incidenti mortali, etc.). Altri studi, come quello pubblicato sulla rivista Frontiers of Psychology del 2017, (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5623122/>), illustrano una review degli studi fatti fino ad ora nell'ambito dell'applicazione clinica dell'EMDR, su pazienti con problematiche diverse. Qui viene in particolare evidenziato come l'uso di questa pratica produca miglioramenti nei pazienti che presentano un aspetto post-traumatico nell'ambito di un altro quadro diagnostico (per esempio pazienti bipolari o psicotici, questi ultimi da sempre ma senza una reale ragione clinica esclusi dall'applicazione di EMDR - si veda: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25607833>), ad eccezione dei pazienti affetti da DOC (ossessivo-compulsivi), ambito clinico non ancora esplorato in relazione all'uso di EMDR.

I risultati parlano chiaro evidenziando un'efficacia che è a tutt'ora sapere comune nella società psichiatrica e psicoterapeutica; Un articolo inglese che approfondisce molto e con cura l'argomento, si trova qui: http://jep.textrum.com/dl_art.php?art_id=113. Per ulteriori approfondimenti: <http://emdr.it/>.

ALLEGATO D

Alcuni riferimenti a studi che indagano le ripercussioni sul corpo del PTSD e che esplorano l'approccio Bottom-Up:

- <https://www.google.it/amp/s/theconversation.com/amp/working-out-ptsd-exercise-is-a-vital-part-of-treatment-34855>
- <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/acps.12371/abstract>
- <https://www.osher.ucsf.edu/giving/giving-opportunities/reboot-research-study-integrative-treatment-for-veterans-with-ptsd/>
- <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09638288.2016.1226412?src=recsys>
- <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17437199.2015.1022901?src=recsys>
- <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1755296615000277>

Per un esauriente approccio e letteratura intorno al problema: “Il Corpo accusa il Colpo”, Bessen Van Der Kolk, Raffaello Cortina Editore