

INDICE

1 INTRODUZIONE	1
1.1 Riferimenti di trauma e PTSD nella letteratura	2
1.2 Riferimenti di traumi e PTSD nella storia	3
1.2.1 Riferimenti di traumi e PTSD nella storia bellica	4
1.2.1.1 Guerra in Corea	7
1.2.1.2 Guerra in Vietnam	7
1.2.2 Sindrome da trauma da stupro	7
1.3 Definizione del termine PTSD	8
1.4 Definizione del termine “Trauma”	8
1.4.1 Disastro	9
1.4.2 Catastrofe	9
1.4.3 Violenza	11
1.4.4 Barbarie	12
1.5 Classificazione “PTSD”	12
1.6 Categorie di traumi	13
1.6.1 Catastrofi ambientali	14
1.7 Resilienza	15
1.7.1 La migrazione	15
1.7.2 Resilienza del Caregiver	17
2 OBIETTIVO	18
3 MATERIALI E METODI	19
4 RISULTATI	20
4.1 Le conseguenze del trauma	20
4.2 Conseguenze cerebrali	22
5 DISCUSSIONE	24
6 CONCLUSIONI	25
6.1 Diagnosi NANDA – International	25
6.2 NOC	26
6.3 NIC	27

6.4 Ulteriori aree di ricerca	39
7 BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	31

ABSTRACT

Il PTSD è un argomento di particolare rilevanza, anche alla luce delle attuali vicende epidemiologiche ormai diffuse su scala globale.

Il presente lavoro si propone di fornire un contributo conoscitivo nei casi di trauma, focalizzando l'attenzione sull'approccio infermieristico più adeguato alla sua gestione.

Lo studio, effettuato attraverso molteplici banche dati e siti governativi, ha rivelato che l'esposizione ai traumi pone il paziente a rischio di autolesionismo, tentativi di suicidio, comportamenti violenti e aggressivi, disturbo depressivo maggiore, disturbo da uso di sostanze e disturbi d'ansia.

Alla luce dei risultati emersi, si evince che il trauma porti sempre a deviazioni comportamentali e che, da un punto di vista infermieristico, non vi sia ancora una metodologia assistenziale riguardo al paziente affetto da PTSD. Inoltre, essendo la fenomenologia in esame ancora poco approfondita in letteratura, si intende fornire un quadro d'insieme con diagnosi infermieristiche ed importanti stimoli per possibili future ricerche sul tema.

Key Words: Abuse, Acute stress disorder, Coping, Depression, DSM, Hardiness, Immigration, Mental health, Psychic trauma, Psychological trauma, Post-traumatic stress disorder, PTSD, Refugees, Resilience, Trauma consequences, War.

1 INTRODUZIONE

La salute mentale, per definizione, non è un ambito esclusivo di una sola disciplina, ma è chiaramente multidisciplinare e trasversale, spaziando dalla medicina, alle scienze sociali, passando dalla religione, la filosofia e la psicologia: tutti ambiti con proprie peculiarità.

Da un punto di vista infermieristico, i temi della salute mentale e del PTSD, sono stati studiati ed analizzati negli anni, con diverse sfaccettature, ma sempre in misura minore rispetto alle altre discipline, quali quella medica e psicologica. Conseguentemente, l'obiettivo del seguente elaborato è fornire un contributo conoscitivo all'analisi del PTSD inquadrando il fenomeno in oggetto non solo da un punto di vista multidisciplinare, ma in particolare, focalizzando il campo di indagine sulle diagnosi infermieristiche.

Più nello scientifico, nella prima parte del lavoro analizzeremo la rassegna della letteratura, focalizzandoci inizialmente sulla storia dei traumi, con i riscontri che si hanno in letteratura analizzando le diverse guerre - focalizzandoci in particolare su Seconda Guerra Mondiale, Guerra in Corea e Guerra in Vietnam – e introducendo, successivamente, anche la Sindrome da trauma da stupro. Successivamente, si analizzerà la definizione del termine PTSD ed il trauma ed il disallineamento terminologico che si è instaurato negli anni precedenti al 1980, per proseguire con le categorie di trauma, ed analizzando le catastrofi ambientali.

Si proseguirà con la particolare analisi del concetto di resilienza, dell'esposizione delle persone alla migrazione e dei rischi a cui possono incorrere i *caregiver* a seguito dell'esposizione indiretta.

Si proseguirà con i risultati dell'elaborato mettendo in analisi le conseguenze del trauma, sia da un punto di vista emotivo/comportamentale e sia da un punto di vista medico in cui si espongono i cambiamenti umorali e cerebrali.

Si concluderà l'elaborato con una analisi delle diagnosi NANDA – International con i relativi NOC e NIC.

1.1 Riferimenti di trauma e PTSD nella letteratura

Fin dall'inizio dell'umanità, è noto che eventi traumatici come disastri o guerre cambiano il comportamento e il funzionamento dell'uomo. Ciò che è interessante, nonostante le reazioni temporali che passano a eventi traumatici non sono molto diversi allora e ora.

La psicopatologia a seguito di tali eventi è quasi invariata e, dal 1980 se ne ha la descrizione come PTSD-Disturbo Post Traumatico da Stress e la conseguente classificazione nel DSM-III. Precedentemente al 1980 le diverse tipologie di vittime e traumi non erano racchiuse sotto un'unica diagnosi appropriata con segni e sintomi ma con diagnosi appropriate e specifiche per ogni caso.

Negli anni precedenti l'inclusione nel DSM-III, sono stati osservati diversi cambiamenti nel concetto di PTSD in tutto il mondo e negli Stati Uniti; reazioni traumatiche sono state riscontrate anche nei veterani di guerra del Vietnam, e da questo tutti gli eventi traumatici sono stati presi in considerazione per l'introduzione della diagnosi di PTSD. Il trauma e le sue conseguenze sono stati presi in considerazione in alcune normative di legge. Ancor prima della pubblicazione dei criteri diagnostici di PTSD, si trovavano in letteratura la descrizione di disturbi simili a partire dai tempi antichi e terminando con Kurt Vonnegut.

Le prime descrizioni di traumi e conseguenze si hanno nell'antichità, quasi tutte con esperienze di guerre. Dati recenti dimostrano che i primi dati della storia del PTSD risalgono a 4000 anni fa, tra il 2027 ed il 2003 a.C., al tempo dei Sumeri, con l'attacco e la distruzione della città e le conseguenze dei propri cittadini legate all'esposizione dei corpi morti: il trauma fu documentato in scrittura cuneiforme.

Il successivo riferimento è dato da un medico dell'esercito egiziano nel 1900a.C., in cui viene descritto la reazione isterica di un soldato dopo aver subito un trauma. (Ben-Ezra M., 2002).

Nell'Epica del terzo millennio a.C. dall'autore sconosciuto, in cui si descrivono le gesta del Re della città Ung, Gildamesh, viene descritta la disperazione di quest'ultimo come conseguenza della violenta morte in una battaglia del suo compagno Enkidu. Nell'opera vengono descritti attraverso i sogni di Gildamesh i ricordi intrusivi riguardanti la morte di Enkidu e le domande che egli stesso si pone sulla propria morte. (The epic of Gildamesh. Assyrian International News Agency Books Online)

Altri scrittori dell'antichità hanno descritto le conseguenze dei traumi, uno su tutti Omero in "L'Iliade" e "L'Odissea" in cui descrive le reazioni traumatologiche di Ulisse che soffre dei ricordi ricorrenti del campo di battaglia assieme alla colpa di esser sopravvissuto alla guerra e di Achille di quando fu informato della morte di Patroclo e del suo senso di colpa per essere sopravvissuto.

Nel "Codice di Hammurabi" del 1700 a.C. vengono descritti i disturbi reattivi, collegando il danno alla vendetta come parte della legge e dell'ordine esistenti (Heitzman J., 2002)

Plutarco di Cheronea (50-125 a.C.), uno dei più grandi scrittori greci antichi, in un libro di Alessandro il Grande descrive un soldato con ricorrenti ricordi invadenti di una battaglia.

La Sacra Bibbia è anch'esso un esempio in cui si possono riscontrare conseguenze traumatiche. Il Libro di Giobbe è una rappresentazione della sofferenza di un uomo che improvvisamente ha perso la sua famiglia e la sua fortuna e che questa esperienza lo fece sentire senza speranza ed esposto ad incubi invadenti e ricorrenti riguardo alle sue perdite; Il Libro di Giobbe è un chiaro esempio di resilienza umana anche quando si affrontano eventi traumatici.

Segni e sintomi di Disturbo da Stress Post Traumatico si ritrovano anche nelle opere di William Shakespeare; in uno dei personaggi del suo dramma "Re Enrico IV" al personaggio *Hopsur* può essere diagnosticato il PTSD poiché il suo comportamento è caratterizzato da perdita di interessi, solitudine, auspici e ricordi invadenti del campo di battaglia sia di giorno che di notte. Un altro personaggio shakespeariano, Mercurio nella scena IV dell'atto I in "Romeo e Giulietta" presenta un comportamento di simil soldato ossessionato da incubi ricorrenti di battaglie passate. Disturbi simili al PTSD sono rappresentati anche da Macbeth e Lady Macbeth dopo aver ucciso il re di Scozia, Duncan. Lady Macbeth soffre di flashback, ricordi invadenti e tenta di rimuovere le macchie di sangue dalle sue mani ed infine di togliersi la vita: tutti sintomi derivanti dai traumi subiti.

1.2 RIFERIMENTI DI TRAUMI E PTSD NELLA STORIA

A seguito di un grande incendio scaturito a Londra nel 1666, Saue Pepys, un impiegato inglese della fine del XVII secolo ne descrisse le conseguenze e l'orrore del fuoco.

J. W. Goethe (1749-1832), poeta e drammaturgo, fu uno dei sopravvissuti alla battaglia di Walmy del 1792 e nelle sue memorie descrisse vividamente i suoni della battaglia ed i sentimenti emersi da questo evento.

C. Dickens nel 1865 sopravvisse ad un deragliamento del treno per Londra su cui viaggiava assieme a dei suoi compagni in cui ci furono 10 vittime; questa esperienza influenzò notevolmente la vita del poeta, tant'è che sia i compagni che la figlia notarono un cambiamento importante nell'artista.

E. M. Remarque con il suo libro anti - guerra "All Quiet on the Western Front", descrive la brutalità della realtà bellica ed il disagio fisico e mentale dei soldati che affrontano l'inutilità della guerra.

Con il romanzo "Slaughterhouse-Five, or The Children's Crusade: A Duty-Dance with Death" di Kurt Vonnegut pubblicato nel 1969, l'autore espone al pubblico la sua esperienza durante la Seconda Guerra Mondiale in cui fu catturato e fatto prigioniero; Nel romanzo il personaggio principale a seguito della guerra soffre di incubi ricorrenti ricordi ed è ipervigile: questi sono il risultato di un trauma da guerra.

1.2.1 Riferimenti di traumi e PTSD nella storia bellica

Il trauma non è un fenomeno nuovo poiché l'essere umano ha sempre vissuto in un mondo pericoloso e ne ha sperimentato gli effetti; ma ciò che è diventato evidente guardando indietro è la possibilità che molti dei nostri progressi terapeutici recenti nel PTSD se ne sia avuto il presagio da pratiche passate. Fino al 1980 (APA, 1980), con la conseguente pubblicazione del DSM-III, la maggioranza delle reazioni che attualmente considereremmo PTSD, erano definite in base ai sintomi in base alla tipologia del trauma. Durante la Guerra Civile Americana le reazioni allo stress erano conosciute come "Da Costa's syndrome" o "cuore irritabile". Nella Prima Guerra Mondiale gli Americani già utilizzavano i termini, oltre a "Da Costa's syndrome", "Shell Shock" (shock del guscio) "soldier's heart" (cuore del soldato) ed "effort syndrome" (sindrome da sforzo); al contempo gli Inglesi non avevano un termine specifico e ne utilizzavano uno non specifico "not yet diagnosed, nervous" (non ancora diagnosticato, nervoso). Nella Seconda Guerra Mondiale, vengono coniatati ed utilizzati i termini "acute combat stress

reaction” (reazione acuta allo stress da combattimento), “battle fatigue” (fatica da battaglia) e “combat exhaustion” (esaurimento da combattimento); bisogna attendere fino al 1980 per avere un riconoscimento di diagnosi ufficiale del termine PTSD – Post Traumatic Stress Disorder nel DSM-III, poiché ci fu la necessità di dover riconoscere e classificare il consistente numero di veterani che vivevano codesta sindrome.

Un drammatico aumento del numero di articoli relativi al trauma si è verificato dopo ogni guerra, cominciando dalla Seconda Guerra Mondiale. Si sottolineava il fatto che “il potere dell’intelletto non ha ricevuto sufficiente rispetto nella psicoterapia e che dovrebbe essere sfruttato più pienamente” ed ancora che “il nervosismo significasse sentimenti, come i sentimenti in tempo di guerra significassero principalmente paura, come la paura preparava il corpo per la difesa contro gli attacchi e come la paura stabiliva il meccanismo dell’adrenalina che governava”. Così come apparato di difesa fisiologico, la paura perse gran parte della sua implicazione di codardia morale per gli uomini, e divenne accettabile nella loro mente. (“Sherman S., 1943 (p.128).). Questa descrizione del trattamento precoce per il PTSD anticipa diversi elementi critici delle psicoterapie concentrate sui traumi nei tempi odierni.

Ciò che oggi è di prassi comune nel trattamento della PTSD, può essere ricondotto tranquillamente all’approccio dello stesso durante la Seconda Guerra Mondiale che ai tempi fu il pioniere dell’era più moderna del trattamento; si fece strada l’idea comune sulla necessità di un trattamento più rapido con particolare attenzione nell’aiuto del paziente ad affrontare la memoria traumatica. Le pressioni belliche hanno costretto tutti alla ricerca di tecniche di risparmio di tempo in psicoterapia, arrivando anche ad un maggiore aiuto e coinvolgimento di droghe, consentendo al paziente di affrontare la sua esperienza traumatica e di non condizionarlo ad essa. I tre metodi di attacco sono l’uso di sedativi per garantire il riposo, l’uso di barbiturici per via endovenosa per promuovere la catarsi mentale, aiutando nel richiamo di un episodio soppresso e l’uso di farmaci che agiscono direttamente sul sistema nervoso autonomo.

Questo uso smodato di farmaci durante la Seconda Guerra Mondiale è sorprendentemente simile agli attuali modelli teorici e traslazionali in cui il PTSD è considerato un disordine di paura ed elusione condizionata, con conseguente fallimento dell’estinzione della paura.

Sono diversi i fattori che contribuiscono alla persistenza ed all'intensificazione della paura come risposta alle esperienze traumatiche, in cui la minaccia alla vita viene tradotta in un aumento della produzione di epinefrina (risposta fisiologia alla paura), che provoca l'aumento degli stimoli fisici quali irritabilità. Questa reazione alla memoria è dettata dalla paura.

Il successo del trattamento doveva essere diretto essenzialmente verso il ricondizionamento del paziente all'episodio traumatico in modo che l'esposizione ad esso non provocasse grande squilibrio: la narcosintesi possiede un notevole vantaggio rispetto alla sedazione ordinaria poiché permette la catarsi mentale nel frattempo che riduce l'iperattività del S. N. Simpatico. La terapia farmacologica era diretta alla correzione delle alterazioni della fisiologia per poter rendere il ricondizionamento più rapido; diversi autori invocavano il condizionamento per spiegare i sintomi della PTSD, anche se ciò non impediva l'uso di ipnosi.

L'uso di ipnosi fu dettato dalla necessità di avere una terapia rapida vista anche la non utilità dei trattamenti farmacologici (Kaerehner FD, 1947). Furono sottolineate l'importanza del racconto e del richiamo. In uno dei primi studi di Follow-Up in cui furono presi in cura circa 240 veterani della Seconda Guerra Mondiale, che erano stati dimessi a causa di disabilità neuropsichiatriche, emerse il fatto che la psicoterapia fu spesso integrata con terapia di gruppo e terapia sociale ed ambientale. Al suo ritorno alla vita civile il paziente sperimenta costantemente i sentimenti suscitati in combattimento in cui la minaccia di annientamento e distruzione che in condizioni di combattimento era reale ed imminente, ora era portata nella vita civile; il paziente reagisce a stimoli apparentemente minori e situazioni apparentemente innocue nella vita civile come se fosse ancora in condizioni di combattimento. In questo follow up vengono delineati i criteri quasi come quelli attuali per il PTSD inclusi i seguenti sintomi: ansia intensa, sogni di battaglia ricorrenti, reazioni di spavento a rumori improvvisi o forti, tensioni, depressione, senso di colpa e tendenza a reazioni improvvise, esplosive ed aggressive, una tendenza ad evitare le persone, paura di esplosione a qualsiasi tipo di critica, difficoltà prendere decisioni e vari tipi di disturbi del sonno.

1.2.1.1 Guerra in Corea

In un articolo dell'American Journal of Psychiatry del 1951 si affermarono i 4 principi fondamentali dell'avanguardia della psichiatria militare: il trattamento si sarebbe dovuto svolgere il più vicino possibile al fronte di battaglia, il trattamento avrebbe dovuto combinare semplicità e brevità, il personale psichiatrico avrebbe dovuto creare un'atmosfera terapeutica che riflettesse la motivazione positiva ed infine lo psichiatra si sarebbe dovuto identificare con le esigenze del gruppo di combattimento piuttosto che dell'individuo (Peterson DB, 1952)

1.2.1.2 Guerra in Vietnam

I principi di immediatezza, vicinanza ed aspettativa ebbero riscontro nella pratica della psichiatria da combattimento e venne affermato che il veterano in combattimento dovrebbe essere trattato il più presto possibile dopo aver sviluppato i sintomi invalidanti, il più vicino possibile alla propria unità ed ai propri compagni con l'aspettativa di una risposta positiva ed il conseguente ritorno in servizio. Ai tempi la capacità del personale di salute mentale era inadeguata per il soddisfacimento delle esigenze dell'esercito (Block HS, 1969).

1.2.2 Sindrome da trauma da stupro

Nel 1974 fu pubblicato un articolo ai tempi considerato rivoluzionario sulla sindrome da trauma da stupro e considerando lo stesso come un atto di violenza piuttosto che un atto sessuale. Sulla base di un'analisi qualitativa, Burgess e Holmstrom identificarono tre reazioni e trattamenti diversi per ogni reazione. Per i sopravvissuti con la tipica sindrome da trauma da stupro, raccomandarono una consulenza di intervento di crisi, non considerandola psicoterapia. Per le donne con reazioni composte, raccomandarono una consulenza professionale aggiuntiva. Per le donne con una reazione silenziosa allo stupro, i professionisti si devono allertare per poter verificare la possibilità che si sia verificato uno stupro.

1.3 Definizione del termine PTSD

Lo stress post traumatico (PTSD, Post Traumatic Stress Disorder) è una forma di disagio mentale che si sviluppa in seguito ad esperienze fortemente traumatiche. Viene definito e studiato negli Stati Uniti soprattutto a partire dalla guerra del Vietnam e dai suoi effetti sui veterani, che si ripropongono anche nelle recenti esperienze belliche. Poter fare diagnosi di PTSD non è semplice e genericamente è indicata come “la condizione di stress acuto che si manifesta in seguito all’esposizione ad un evento traumatico”. Le ricerche effettuate direttamente su diverse aree del cervello, hanno dimostrato che gli individui affetti da PTSD producono livelli anormali di ormoni coinvolti nella risposta allo stress ed alla paura.

1.4 Definizione del termine “Trauma”

Il DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), all’interno del Disturbo Post-traumatico da Stress (PTSD), definisce il trauma come “un fattore traumatico estremo che implica l’esperienza personale diretta di un evento che causa o può comportare morte o lesioni gravi, o altre minacce all’integrità fisica”; o “la presenza ad un evento che comporta morte, lesioni o altre minacce all’integrità fisica di un’altra persona!; o “il venire a conoscenza della morte violenta o inaspettata, di grave danno o minaccia di morte o lesioni sopportate da un membro della famiglia o da altra persona con cui è in stretta relazione”.

Il disturbo da stress post-traumatico (PTSD) è stato definito come una malattia psichiatrica solamente nel 1980, anno in cui fu incluso nella terza edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (D.S.M. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) da parte dell’American Psychiatric Association (APA).

Sono stati compiuti grandi passi in avanti nella comprensione dei meccanismi fisiologici e psicopatologici del PTSD e nel conseguente sviluppo di possibili trattamenti. Prima della definizione di PTSD, il disturbo da stress post traumatico era identificato in letteratura attraverso l’uso di diversi termini tra cui l’aggressione, la violenza, il disastro, la catastrofe, la barbarie, l’evento stressante e il trauma, ma questi termini definivano gli eventi in base alle conseguenze che comportavano e non in base alle caratteristiche di

quel singolo evento. Un primo tentativo di chiarezza nella confusione terminologica è quello di riferirsi all'etimologia e di ripercorrere il percorso del concetto nella pratica clinica.

1.4.1 Disastro

Con il termine disastro, che ha origine dalla parola italiana “disastrosa” (dis-astro, “cattiva stella”) si riferisce ad un evento segnato da distruzione, morte, lesioni fisiche e sofferenze umane che provocano cambiamenti permanenti alle società umane, agli ecosistemi e all'ambiente (Solomon S, Maser JD., 1990). I disastri tendono ad esporre le popolazioni in modo casuale. All'interno di una comunità gli individui possono essere esposti direttamente, indirettamente o da remoto all'evento. I sopravvissuti ai disastri, possono essere considerati come psicologicamente danneggiati dalle esperienze che hanno colpito loro e le loro risposte come un adattamento agli eventi ambientali spaventosi; questi punti di considerazione non devono essere in conflitto ma, nell'insieme, costituire una prospettiva più ampia, affrontando gli effetti negativi (sintomi da stress, malattia) e gli effetti positivi (resilienza e crescita post-traumatica) del disastro.

1.4.2 Catastrofe

I disastri ecologici possono essere chiamati anche catastrofi, parola di origine greca (katastrofe, “rovesciato”), che sono appunto eventi di grandi proporzioni solitamente associati a fenomeni naturali che causano morte e distruzione. La catastrofe è un evento che causa traumi data la sua capacità di distruzione della maggior parte di una comunità; come conseguenza ad un evento di tale entità abbiamo l'instaurarsi di PTSD in un elevato numero di persone (Nestrovski A. et al., 2000).

La storia personale, l'impatto dei traumi sulla psiche, il livello educativo ed altri fattori compongono la vita soggettiva del paziente; questi fattori soggettivi determinano l'uso della diversa terminologia nella descrizione della situazione vissuta.

Un attento esame delle parole usate dai pazienti è fondamentale per comprendere l'impatto psicologico di eventi che possono innescare risposte traumatiche. Situazioni

descritte come "catastrofica" possono non indicare necessariamente che la situazione che i pazienti hanno vissuto è stata una "catastrofe", anche se può avere una rappresentazione psicologica altrettanto devastante. L'evento da solo ha importanza per l'operatore della salute mentale, solo quando si tratta di una situazione in grado di produrre risposte psicopatologiche nel paziente; una "tassonomia disastrosa" si basa sul principio di fondo di cui le variabili dipendono dal tipo di disastro, dal grado di impatto personale, dalle dimensioni del gruppo interessato e dall'intervallo geografico e temporale dell'evento. La "tassonomia dei disastri" sottolinea l'importanza di evitare termini sovrapposti o confusi per definire gli eventi poiché a seconda della parola utilizzata si possono innescare diverse risposte psicologiche. Per poter utilizzare una terminologia adeguata serve la comprensione e l'analisi di come una situazione stressante si trasforma in un processo stressante, suddivisibile in tre fasi principali: 1) input ambientale sotto forma di evento; 2) apprensione immediata dell'evento; e 3) risposte psicologiche dopo l'evento (Green B., 1990). La prima fase è limitata all'evento stesso, misurabile in numero di vittime, gradi in scala Richter o chilometri quadrati di area interessata; in questa fase vengono utilizzate le parole "evento", "stimolo", "perdita", "disastro", "catastrofe". La seconda fase va oltre l'evento isolato ed incorpora le percezioni iniziali della vittima; in questa fase le parole "pericolo", "shock", "rischio di morte" vengono utilizzate per descrivere l'interazione fra stimolo e persona che lo sperimenta. La terza fase è la risposta psicologica allo stress e per descrivere questa fase vengono utilizzate parole come "*mourning*", "risposta allo stress", "trauma" (Green B., 1990).

Le risposte psicologiche intense non sono sempre associate a situazioni concrete.

La parola trauma, originariamente utilizzata in medicina, ha una radice indoeuropea con un doppio significato: da una parte strofinare, macinare, perforare e dall'altra superare, per passare attraverso (Nestrovski A., 2000). Il trauma è uno shock violento che è in grado di produrre un impatto al quale l'individuo non può resistere. I due significati del trauma identificano chiaramente i due possibili sviluppi psichici riscontrabili in una situazione traumatica: lo sviluppo della malattia (PTSD) oppure lo sviluppo della resilienza, cioè la capacità di passare attraverso il trauma e di introiettare il significato nella propria vita. Il riconoscimento formale della PTSD nel 1980 ha cambiato la comprensione anche del trauma. Nel XIX secolo, con la parola trauma ci si riferiva quali esclusivamente alle ferite o alla violenta rottura dei tessuti e non aveva alcune connotazioni psicologiche. Nel 1860,

John Eric Erichsen ipotizzò l'idea che un terribile evento possa causare effetti riscontrabili non solo fisicamente (Kinzie JD, Goetz RR, 1996). Da allora ci fu una proliferazione di terminologie descrittive relative ad esperienze traumatiche come “shock di guscio” (*shell shock*), “affaticamento da battaglia” (*battle fatigue*), “cuore del soldato” (*soldier's heart*). Nel 1882, Jean-Martin Charcot studiò i pazienti i cui sintomi psichici apparivano dopo gravi traumi, quali incidenti ferroviari o guerre, concludendo che un trauma fisico avrebbe potuto produrre disturbi emotivi (Jones E, Wessely S., 2007). Freud dal 1893 usò il trauma come chiave di spiegazione per l'eziologia della nevrosi, che con gli anni perse importanza nei suoi scritti, fino alla Prima Guerra Mondiale con il riemergere della “nevrosi da guerra”; il trauma venne inteso come un'esperienza indicibile, non elaborata che è stata incorporata ed introiettata. La barriera all'elaborazione simbolica è ciò che attribuisce la qualità traumatica alle esperienze; da ciò si deduce che il modo in cui l'evento viene trattato o elaborato, può diventare l'elemento traumatico stesso.

1.4.3 Violenza

La violenza può essere intesa come l'azione della forza o l'atto di violazione. Il termine è di origine latina e si riferisce alla “veemenza, con una forza appassionata ed incontrollata”. Gli atti di violenza eccessiva possono provocare la violazione di regole, diritti e norme (Buffacchi V., 2005). Le definizioni che combinano le idee di forza e violazione possono aumentare la confusione terminologica, poiché alcuni atti di forza non provocano la violazione di norme ed alcuni atti di violazione non richiedono l'uso della forza. La violenza può essere intesa da una parte come un concetto minimalista e dall'altra come un concetto globale; la prima corrisponde ad una violenza episodica caratterizzata dall'essere diretta ed intenzionalmente veloce come l'insulto acuto al benessere di una persona; la seconda corrisponde ad una violenza strutturale in una forma indiretta le cui norme sono stabilite socialmente ed è definita come un insulto cronico al benessere, che uccide o danneggia lentamente le persone con la continua privazione dei bisogni umani fondamentali: questo concetto globale include elementi psichici e soggettivi ed è più sottolineata la prospettiva della vittima.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) “la violenza è l'uso intenzionale della forza fisica o del potere, minacciato o reale, contro se stessi, un'altra persona, o contro un gruppo una comunità, che si traduce o ha un'alta probabilità di provocare lesioni, morte, danni psicologici, mal sviluppo o privazione”; la violenza può essere auto-diretta, interpersonale o collettiva, ed attuata attraverso attacchi fisici, sessuali o psicologici, privazioni o negligenze. L'OMS definisce il concetto di violenza come un problema internazionale e non solo locale e ne prescrive la protezione delle popolazioni vulnerabili. Per poter avere una definizione completa del termine “violenza”, bisogna espanderne l'uso anche alle situazioni derivanti dalla povertà economica, dall'alienazione sociale o dalla repressione politica, ma le situazioni traumatiche che hanno, appunto, origini sociali, politiche o economiche sono al di là della portata di meri trattamenti psichiatrici e psicologici. Comprendere la violenza permette alle vittime di elaborare la loro sofferenza sulla base delle funzioni che essa opera in quella relazione. Un tipo “barbaro” di violenza è una barriera al processo di comprensione dell'esperienza traumatica.

1.4.4 Barbarie

Il termine “barbarie” venne utilizzato per la prima volta dagli antichi greci come riferimento ai popoli stranieri ma non in modo sinistro o negativo; la nozione acquista una chiara declinazione negativa con i romani per la descrizione dei popoli fuori dai loro confini poiché ritenuti da quest'ultimi di stadio inferiore. Il termine barbarie esprime l'idea di culture superiori e inferiori.

1.5 Classificazione “PTSD”

Nella decima edizione dell'International Classification of Diseases (ICD-10) e nella quarta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-IV), vengono elencati i criteri simili alla diagnosi della PTSD. Dalla pubblicazione del DSM-III all'edizione rivisitata del DSM-IV, nel concetto di PTSD, viene ribadito la centralità dello stress per la definizione del disturbo. La diagnosi andrebbe eseguita quando la persona ha sperimentato, assistito o si è trovata di fronte ad un evento o ad eventi che

comportano una morte reale o minacciata o lesioni gravi, o una minaccia all'integrità fisica di sé stessi o di altri la cui risposta all'evento è stata intensa paura, impotenza od orrore. Nel DSM-IV c'è un tentativo di definire oggettivamente l'"evento traumatico" in quanto stabilisce chiaramente che il fattore stressante è limitato a situazioni vissute o testimoniate che coinvolgono necessariamente la morte, le lesioni gravi o una minaccia all'integrità fisica. Lo scopo è quello di sottolineare che se un evento può essere semplicemente caratterizzato come una "minaccia", questo tipo di minaccia, può essere definita non solo come una minaccia fisica ma anche come coercizione morale, intimidazione psichica o coercizione simbolica. Una persona con sintomi di PTSD può aver percepito come eccezionalmente minacciosa una situazione che, può non aver causato un distress pervasivo, in tutti i soggetti colpiti dall'evento analizzato.

Il fattore traumatico non è necessariamente identificato nella realtà che i soggetti colpiti possono condividere, ma forse nelle loro esperienze personali e soggettive. Dall'analisi dei criteri DSM-IV limita l'evento reale o la minaccia all'aspetto fisico del trauma. La violenza non prende in considerazione solo la forza e i danni fisici, ma la dimensione psicologica di una minaccia può essere ancor più devastante della violenza; questo tipo di violenza può essere riscontrabile nelle minoranze colpite da atti persecutori; nelle minoranze, a seguito delle violenze perpetuate sui loro membri, si possono sviluppare pensieri cronici evasivi ed invadenti, anche sui membri non vittime di queste avvezioni che non sono state vittime dirette.

1.6 Categorie di traumi

I traumi di possono suddividere in due grandi categorie

- Eventi percepiti come una minaccia alla propria vita, con pericolo di morte o di gravi ferite: guerre, lutti improvvisi, diagnosi infauste, incidenti stradali, catastrofi ambientali.
- Eventi percepiti come esperienze dolorose precoci che avvengono ripetutamente negli anni; sono esperienze di vita di tutti i giorni, ma che possono essere considerate moleste per come la persona le percepisce: rifiuto, umiliazione, abbandono, bisogni fisici ed emotivi non soddisfatti, separazioni durante

l'infanzia, non protezione. Questi tipi di eventi possono essere descritti come traumi cumulativi.

1.6.1 Catastrofi ambientali

Nella fase acuta di un terremoto, i danni fisici costituiscono il problema sanitario più urgente, ma a seguito di una settimana, i problemi di salute prevalenti sono quelli legati allo stress che si manifestano non solo con depressione e disturbi del sonno e dell'umore ma anche con turbe psicosomatiche. Tra le categorie a rischio ci sono i bambini poiché non hanno esperienza di vita e non sono in grado di dare senso all'evento accaduto e gli anziani che al contrario dei bambini, hanno creato durante la loro vita una larga fascia di legami materiali ed umani ed un più alto rischio di problemi di salute essendo pluripatologici ed i soccorritori poiché direttamente esposti agli eventi.

I problemi di salute mentale più comuni che si riscontrano dopo un disastro sono i disturbi depressivi ed il PTSD; anche a distanza di tempo da un disastro la frequenza di questi disturbi resta elevata, difatti per alcune persone è necessario un tempo maggiore per ritrovare un equilibrio. Non si conoscono bene però né le dimensioni di questi fenomeni né quali siano le persone a maggior rischio di disturbi depressivi e di PTSD (perché portatori di particolari vulnerabilità), né quali siano invece i fattori protettivi. Dopo il terremoto de L'Aquila, sono stati condotti diversi studi che hanno evidenziato la presenza u disturbi psicologici soprattutto tra i giovani; dopo 14-19 mesi dal terremoto, la prevalenza di PTSD era pari al 4% ed in più di un adulto su 20 è stato classificato come affetto da episodio depressivo maggiore. Si ritiene che la maggior parte dei disturbi psicologici possano rientrare dopo circa un anno a seguito di un disastro.

Si ritiene che le categorie più vulnerabili e con maggior probabilità di incorrere in PTSD siano quelle in condizioni economiche e di salute più fragili nelle quali i veri eventi stressanti siano stati l'aver subito il trauma o le perdite economiche ed affettive causate dal sisma; le categorie più vulnerabili all'episodio depressivo maggiore siano le persone di sesso femminile e le persone dichiaranti una situazione economica precaria o con problemi di lavoro.

1.7 Resilienza

La resilienza è un concetto sfaccettato, definito come “un processo dinamico in cui gli individui mostrano un adattamento positivo nonostante le esperienze di avversità o traumi significativi” (Luthar e Cicchetti, 2000, p.858). Nel contesto del lavoro sociale è stata data maggiore attenzione alla resilienza come fattore protettivo che genera benessere (Bonnano, 2004; Grant e Kinman, 2012), con legami con competenze emotive e sociali (Kinman e Grant, 2011; Morrison, 2007), emozioni positive, ottimismo e speranza (Collins, 2008; Koenig e Spano, 2007; Tugade e Fredrickson, 2004) e la durezza e le qualità resistenti allo stress (Beddoe et al., 2011).

Munro (2011) ha evidenziato la necessità per i lavoratori in prima linea di dimostrare la "fiducia professionale" e la Task Force di lavoro sociale ha identificato allo stesso modo la necessità per gli assistenti sociali di sviluppare empatia, resilienza, buon senso e capacità analitiche (SWTF, 2009).

La resilienza è un costrutto positivo che consente agli individui di "superare gli stressanti o resistere agli eventi negativi della vita e, non solo, di esperienze, ma trovano anche un significato personale in loro" (Grant e Kinman, 2012, p. 1). È stato anche definito come "il potenziale di mostrare intraprendenza" (Pooley e Cohen, 2010, p. 30) e "capacità adattativi in condizioni di ambiente, stress o incertezza" (Klohen, 1996, p. 1068). La resilienza è stata anche associata a meccanismi di comunicazione efficaci, nella "creazione della normalità" e nella fornitura di "ancoraggi di identità" per guidare l'individuo al di là dell'esperienza avversa (Buzzanell, 2010). La gestione dei confini personali e professionali e l'equilibrio tra lavoro e vita privata promuovono il benessere soggettivo e la longevità nella professione (Graham e Shier, 2010; Lewis e Rajan-Rankin, 2013). Si è scoperto che la resilienza ha una rilevanza globale con caratteristiche culturali e specifiche del contesto, comprese le variazioni dei corsi di vita (Hildan et al., 2008).

1.7.1 La migrazione

La migrazione è diventata un problema ormai globale, sempre più grave a causa della guerra, delle lotte politiche e dell'instabilità, delle catastrofi naturali, dello sfollamento di massa della popolazione e della povertà estrema. I rifugiati sono stati definiti nel 1951

dalla Convenzione relativa allo status dei rifugiati come “individui al di fuori del loro paese di origine che temono persecuzioni legate a razza, religione, nazionalità, appartenenza a gruppi sociali o orientamento politico” (Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i rifugiati, 2002). Adattarsi alla vita domestica in un ambiente culturale radicalmente diverso è una sfida per i rifugiati che sono spesso esposti a varie esperienze traumatiche tra cui omicidio di massa, stupro, estrema privazione e tortura (Aptekar, 2004; Boothby, 1994; Rousseau & Drapeau, 1998). Queste forme di avversità possono portare ad una serie di problemi di salute mentale, tra cui il disturbo da stress post-traumatico (PTSD), altri disturbi d’ansia e depressione; la depressione ha una comorbilità con il PTSD (Kinzie et al., 1986). Più il terrore induce il trauma e più lunga è la sua durata, in particolare se combinata con l'assenza di un genitore si ha una maggiore devastazione ed intensificazione nei bambini (Boothby, 1994; Espino, 1991). L'esposizione ai traumi può ostacolare lo sviluppo della personalità, causando disturbi nel senso di sé, compromissione della fiducia di base, disturbi dell'attaccamento e forte deterioramento del funzionamento (Van der Kolk, 1996).

Il recupero da traumi coinvolge sia gli aspetti di salute fisica che mentale della cura. Per i sopravvissuti ai traumi, i fattori di stress associati all'evento possono portare allo sviluppo di disturbo da stress acuto (ASD) o disturbo da stress post-traumatico (PTSD) (Kessler R.C. et al, 1995; Sparks S. W., 2018). Sparks (*et al.*) nel 2018 hanno descritto il PTSD come un insieme di sintomi che persistono per almeno 1 mese dopo un evento traumatico; sintomi possono includere la ri-esperienza di eventi traumatici, incubi, flashback, evitamento di persone o luoghi, depressione, concentrazione di problemi, irritabilità, ed ipervigilanza. Allo stesso modo, la Sindrome da Stress Acuto (ASD) viene diagnosticata quando i sintomi di stress persistono per meno di 1 mese a seguito dell’evento (Rzucidlo S. E., Campbell M., 2009). Oltre ad un aumento del rischio per i pazienti traumatizzati, l'esposizione ai traumi pone a rischio anche le figure attorno alla persona tra cui gli operatori sanitari quali medici e infermieri ma anche la dimensione familiare e sociale.

1.7.2 Resilienza del caregiver

Molti pazienti, assieme ai loro *caregiver*, vengono dimessi dalle strutture sanitarie senza una esauriente spiegazione e comprensione sul rischio di sviluppare ASD subito dopo l'evento traumatico, la persistenza dei sintomi associati alla PTSD più di 30 giorni dopo l'evento traumatico e le opzioni di trattamento a loro disposizione. Il personale sanitario, tra cui gli infermieri, trascorrendo una grande quantità di tempo a contatto diretto con i pazienti, sono i più propensi nell'osservare in prima persona i segni e sintomi di PTSD o ASD; la mancanza di formazione per gli operatori sanitari può contribuire ad una sottostimata di diagnosi PTSD e ASD. Alcuni studi suggeriscono che l'educazione del paziente può avere un impatto positivo sul rischio complessivo e sulla gravità dei sintomi del PTSD (Karos K., Niederstrasser N., Abidi L., Bernstein D. P., Bader K., 2014). I pazienti ricoverati per traumi fisici, ricevono un trattamento straordinario e spesso salvavita ma gli stessi pazienti sono raramente valutati o istruiti sugli effetti potenzialmente devastanti di ASD o PTSD, assieme alle persone attorno a questi pazienti. Queste ultime sono suscettibili allo stress tanto quanto il paziente stesso e ciò implica che bisogna valutare e fornire istruzioni sul trattamento, anche alle persone indirettamente coinvolte nel trauma. Le valutazioni e le istruzioni sul trattamento vengono soprattutto fornite dal personale infermieristico data la loro maggiore quantità di tempo a contatto con il paziente. Il problema, se affrontato solo in modo superficiale, va ad influenzare la qualità complessiva della vita dei pazienti e degli operatori sanitari.

2 OBIETTIVO

Alla luce delle considerazioni esposte in precedenza, con il presente elaborato si intende inquadrare la tematica del PTSD da un punto di vista multidisciplinare, focalizzando in particolare il campo d'indagine sulle diagnosi per l'approccio infermieristico.

Più nello specifico, con il presente lavoro, si intende rispondere alla seguente domanda di ricerca:

prendendo a riferimento la diagnosi univoca riconosciuta dalla letteratura scientifica nel 1980 con il focus sui trattamenti medici, assumendo un approccio infermieristico, quali possono essere le diagnosi NANDA con relativi NOC e NIC meglio applicabili?

3 MATERIALI E METODI

Nella ricerca delle evidenze scientifiche ci si è avvalsi dell'uso delle seguenti fonti che sono state interrogate ricorrendo a parole chiave specifiche elencate nell'abstract.

Banche dati:

- Cinahl plus
- Cochrane Library
- EDS – Ebsco Discovery Service
- Medine
- PubMed
- Scopus

Siti governativi:

- U.S. department of Veterans Affairs va.gov
- The National Institute of Mental Health (NIMH) nimh.nih.gov
- Istituto Superiore di Sanità (ISS) iss.it

Siti scientificamente validi:

- American Psychiatric Association (APA) psychiatry.org
- American Psychological Association (APA) apa.org.

4 RISULTATI

4.1 Le conseguenze del trauma

Come conseguenza a distanza di tempo dall'evento traumatico, si possono instaurare, a seconda della persona, effetti negativi tra cui sintomi dello stress e la malattia (PTSD) o effetti positivi quali la resilienza ed una crescita post traumatica.

Lo stress psicologico, specialmente quando cronico, è diffuso e noto per influenzare negativamente il sistema immunitario, specialmente con l'avanzare dell'età. I sintomi di salute mentale di depressione, ansia, e stress post-traumatico sono stati collegati a vari problemi di salute legati allo stress. La comprensione dei fattori di rischio, dei fattori protettivi e delle relazioni tra i tipi di fattori di stress e le variabili mediche ha importanti implicazioni cliniche. Ci sono anche molte prove che dimostrano che le donne sono più vulnerabili alla depressione e alle malattie correlate ai traumi rispetto agli uomini. La depressione maggiore è la principale causa di disabilità per le donne in tutto il mondo. I meccanismi causali sottostanti non sono stati stabiliti, si ritiene che una combinazione di vulnerabilità biologiche e condizioni ambientali legate allo stress produca questa disparità. I fattori ambientali e sociali includono lo stress derivante dall'equilibrio tra lavoro e famiglia, ruoli e aspettative di genere restrittivi e un aumento dei tassi di violenza sessuale e povertà.

Il trauma è una risposta emotiva e fisica a un evento altamente sconvolgente o pericoloso come un incidente, un'aggressione sessuale o un disastro naturale. Una situazione può essere considerata "traumatica" quando supera le risorse di una persona o la capacità di far fronte. Un componente notevole del trauma è la percezione della persona dell'evento come una minaccia per la vita, l'integrità fisica, o sanità mentale. È comune per una persona che ha sperimentato un trauma avere un senso di essere sopraffatto, terrorizzato, isolato e/o fuori controllo. Le risposte ai traumi cadono in più cluster di sintomi. Una persona può provare ansia, che è un senso generale di apprensione o disagio. L'ansia è spesso legata a sintomi fisici come problemi di stomaco, un cuore da corsa e risposte "*startle*". Disturbi del sonno sono comuni dopo il trauma, e questo può includere insonnia o incubi come un modo per ri-sperimentare l'evento traumatico. Possono verificarsi sentimenti di tristezza, disperazione e persino depressione. Una persona può anche dissociarsi, che comporta la sensazione di disconnessione dall'evento o dal suo senso di

sé nella misura in cui il loro trauma è stata un'esperienza "fuori dal corpo". Il trauma sessuale può danneggiare il senso di sicurezza di una persona ed interrompere il senso di controllo sul proprio corpo. Il trauma è associato a molti esiti avversi per la salute come l'obesità e le malattie cardiovascolari, probabilmente a causa dell'aumento del carico allostatico derivante dallo stress. Il disturbo da stress post-traumatico (PTSD) è un disturbo legato allo stress che può risultare in seguito a un trauma. Come delineato dal DSM-5 (2013), ci sono quattro distinti cluster di sintomi PTSD: intrusione o ri-esperienza (ad esempio, flashback), elusione, alterazioni negative nelle cognizioni e nell'umore, e alterazioni di eccitazione e reattività. Anche se una persona non può raggiungere la soglia clinica per una diagnosi di PTSD, i sintomi subclinici sono angoscianti e collegati a una qualità di vita correlata alla salute più povera.

La paranoia, la disregolazione emotiva e la perdita di contatto con la realtà sono manifestazioni comuni di grave disturbo da stress post-traumatico (PTSD). Le persone che non hanno sviluppato la PTSD dopo l'esposizione ai traumi sono a più alto rischio di sviluppare malattie psichiatriche diverse dalla PTSD, e coloro che hanno sviluppato la PTSD sono ancora più a rischio di sviluppare malattie psichiatriche. L'esposizione ai traumi pone il paziente a rischio di autolesionismo, tentativi di suicidio, comportamenti violenti e aggressivi, disturbo depressivo maggiore, disturbo da uso di sostanze e disturbi d'ansia.

Le prime ricerche a proposito di traumi e PTSD si sono concentrate principalmente su uomini e veterani di guerra, ma allo stesso tempo anche le donne avevano un'alta esposizione alle diverse tipologie di trauma con risposte post traumatiche simili a quelle degli uomini; dalle ricerche attuali, si è notato che il PTSD si verifica maggiormente nelle donne (9,7%) rispetto agli uomini (3,6%), poiché le donne hanno meno probabilità di subire traumi ma sono maggiormente propense allo sperimentare la violenza interpersonale e sessuale, che più comunemente portano all'instaurarsi di una PTSD. Le donne hanno maggiori probabilità di essere trascurate o abusate durante l'infanzia e rispetto agli uomini con PTSD, sono più propense a segnalare disturbi interiorizzanti comorbidi come ansia e depressione. Si ritiene che sia i fattori biologici che culturali svolgano un ruolo nell'accresciuta vulnerabilità delle donne alla PTSD.

4.2 Conseguenze cerebrali

L'ipereccitazione, essendo una reazione comune al trauma, ha un ruolo importante poiché interferisce sul sistema immunitario.

Con i cambiamenti neurochimici del cervello, si ha un aumento della vulnerabilità ai cambiamenti fisici e biologici come seguito di traumi e quest'ultimi hanno un'ascendente negativo sulla salute fisica.

Il PTSD si sviluppa dopo l'esposizione ad un evento traumatico e chi ne è colpito sperimenta sintomi caratteristici, tra cui incubi o flashback del trauma, ipereccitazione ed insonnia, scarsa concentrazione e difficoltà nel richiamo dei ricordi espliciti riguardanti l'evento traumatico. Da differenti studi è emerso che l'amigdala risulta essere la struttura chiave nell'elaborazione del significato affettivo agli stimoli correlati alle minacce. Un controllo inadeguato dell'amigdala da parte della corteccia prefrontale mediale e del cingolato anteriore e i deficit dell'ippocampo portano alla difficoltà nella memoria ed alcuni problemi nell'identificazione di contesti sicuri. I volumi ippocampali, secondo diversi studi, sono ridotti nel PTSD assieme ai volumi cerebrali nel cingolato anteriore, nella corteccia sub-callosa, nell'amigdala e nella corteccia prefrontale.

La maggior parte degli studi di PTSD si sono concentrati su un singolo punto nel tempo senza trovare delle prove dei cambiamenti di volume, mentre studi di tipo longitudinale effettuati su anziani sopravvissuti all'Olocausto con PTSD a distanza di due decenni dall'esposizione è stato osservato un calo accelerato dell'apprendimento (Yehuda et al., 2006). Negli studi in cui sono stati presi in considerazione i veterani del Vietnam, si è identificato un declino accelerato nel riconoscimento facciale, che risulta ritardato.

Nello studio in cui sono stati presi in considerazione pazienti con PTSD (Valerie A. Cardenas *et al.*, 2011) è stata dimostrata una riduzione dell'ippocampo e della corteccia cingolata anteriore, assieme a deficit nella memoria verbale, nell'attenzione e nella velocità di elaborazione (Samuelson et al., 2006; Schuff et al., 2008; Schuff et al., 2001). Il decorso del PTSD nei veterani di mezza età è eterogeneo, sia nel corso clinico della malattia, misurato dal cambiamento nei punteggi CAPS, sia nell'effetto della PTSD sul cervello, misurato dal tasso di variazione del volume tissutale in corso. Non c'erano differenze significative nel tasso di cambiamento del volume dei tessuti misurati con un

intervallo di 24 mesi. Le analisi di regressione hanno identificato il volume di base della materia grigia, l'età di base e il cambiamento del punteggio CAPS come predittori significativi dell'atrofia longitudinale. I pazienti con PTSD hanno un aumentato rischio di incorrere nel tempo a disturbi cognitivi e demenza, con un aumento di poter incorrere nel rischio di demenza due volte superiore alla media. Per poter valutare i cambiamenti cerebrali provocati dal PTSD, la risonanza magnetica è uno strumento diagnostico sensibile se effettuata in un intervallo di 24 – 36 mesi.

5 DISCUSSIONE

Alla luce dei risultati emersi, si evince che il trauma - senza specificarne la natura - porta sempre a deviazioni di comportamento e che non è ancora completamente strutturata una prassi ed una metodologia di assistenza del paziente affetto da PTSD, soprattutto da un punto di vista infermieristico.

A seguito della diagnosi di PTSD nel 1980, la medicina si è prontamente attrezzata nel fornire una risposta congrua rispetto all'importanza del fenomeno; al contempo, tuttavia, dalle evidenze scientifiche sembra che l'infermieristica non sia ancora riuscita a fornire una risposta professionalmente completa, attuabile nei confronti del paziente con una risposta di PTSD differita nel tempo.

6 CONCLUSIONI

Dalla ricerca effettuata sulla globalità del trauma e della malattia che ne consegue, si è evidenziato che il fenomeno risulta essere stato trattato in maniera poco approfondita per quanto concerne l'attività infermieristica ad essa connessa. Considerando le conseguenze del trauma esplicitate in precedenza (§ 4), come conseguenza a distanza di tempo dall'evento traumatico, si possono instaurare, a seconda della persona, effetti negativi tra cui sintomi dello stress e la malattia (PTSD) o effetti positivi quali la resilienza ed una crescita post traumatica. Di seguito, si fornisce un quadro d'insieme delle diagnosi *NANDA – International* con i relativi NOC e NIC che, a nostro avviso, sono maggiormente adatte ad un uso clinico specifico del trauma e del PTSD.

6.1 Diagnosi NANDA - International

Le Diagnosi NANDA – International (North American Nursing Diagnosis Association – International) più appropriate sono quelle facenti parte del Dominio 9 – Coping/Tolleranza allo stress ed il Dominio 11 – Sicurezza/Protezione.

Dominio 9 – Coping/Tolleranza allo stress; Classe 1 – Risposte post-traumatiche:

- 00145 – “Rischio di sindrome post-traumatica” (vulnerabilità a una prolungata risposta non adattiva a un evento traumatico opprimente, che può compromettere la salute) caratterizzata da fattori di rischio quali la durata di un evento traumatico, la percezione dell'evento come traumatico, l'aver come ruolo quello di sopravvissuto ed avere un'occupazione nei settori di servizio alla persona (polizia, vigili del fuoco, squadre di soccorso, pronto soccorso, salute mentale).
- 00141 – “Sindrome post-traumatica” (prolungata risposta non adattativa a un evento traumatico opprimente) caratterizzata da esagerate risposte di allarme, alterazioni dell'umore, flashback, pensieri intrusivi ed incubi, correlati all'esposizione ad una guerra, all'essere vittima di crimini, all'aver comportamenti autolesionistici, all'essere testimone di morti violente o l'esposizione a disastri (naturali o causati dall'uomo).

- 00142 – “Sindrome da trauma da stupro” (prolungata risposta non adattativa a una penetrazione sessuale forzata e violenta contro la volontà e il consenso della vittima) caratterizzata da aggressività, incubi, ipervigilanza e cambiamento nelle relazioni, correlati allo stupro.

Dominio 9 – Coping/Tolleranza allo stress; Classe 2 – Risposte di coping:

- 00125 – “Senso di impotenza” (esperienza vissuta di mancanza di controllo su una situazione, inclusa la sensazione che le proprie azioni non influiranno in modo significativo su un risultato) definita da depressione e correlata a inadeguate interazioni interpersonali.

Dominio 11 – Sicurezza/Protezione; Classe 3 – Violenza:

- 00138 – “Rischio di violenza rivolta ad altri” (vulnerabilità a comportamenti con i quali la persona dimostra di poter essere fisicamente, emotivamente e/o sessualmente dannosa per gli altri) dovuta a fattori di rischio quali un modello di violenza indiretta (strappare un oggetto dalla parete, sbattere porte), un’alterazione della funzione cognitiva ed al disturbo psicotico.
- 00140 – “Rischio di violenza rivolta a se stessi” (vulnerabilità a comportamenti con i quali la persona dimostra di poter essere fisicamente, emotivamente e/o sessualmente dannosa per se stessa) dovuta a fattori di rischio quali i problemi di salute mentale (depressione, psicosi, disturbo della personalità), i problemi psicologici e l’isolamento sociale.

6.2 NOC

I NOC (Nursing Outcomes Classification) più appropriati sono quelli facenti parte del Dominio III – Salute psicosociale.

Dominio III – Salute psicosociale; Classe N – Adattamento psicosociale:

- 1302 – “Coping” (azioni dirette a fronteggiare gli agenti stressanti che sollecitano in maniera rilevante l’attivazione delle risorse di un individuo), l’indicatore di risultato atteso più rilevante è il 130201 – “individuazione del modello di coping efficace” ed aumentando il risultato da 2 (raramente dimostrato) a 3 (talvolta dimostrato).

- 1305 – “Adattamento psicosociale ai cambiamenti della vita” (adattamento psicosociale di un individuo a un cambiamento di vita importante), l’indicatore di risultato atteso più rilevante è il 130502 – “mantenimento dell’autostima” ed aumentando il risultato da 3 (talvolta dimostrato) a 4 (spesso dimostrato).
- 1309 – “Resilienza personale” (adattamento e funzionalità positivi di una persona a seguito di un’avversità o crisi significativa), l’indicatore di risultato atteso più rilevante è il 130903 – “esprimere le proprie emozioni” ed aumentando il risultato da 3 (talvolta dimostrato) a 4 (spesso dimostrato).

Dominio III – Salute psicosociale; Classe O – Autocontrollo:

- 1403 – “Autocontrollo delle distorsioni del pensiero” (autolimitazione di percezioni, processi e contenuti di pensiero distorti), il primo indicatore di risultato atteso più rilevante è il 140303 – “evitare di reagire ad allucinazioni od illusioni” ed aumentando il risultato di attesa da 3 (talvolta dimostrato) a 4 (spesso dimostrato); il secondo indicatore di risultato atteso più rilevante è il 140304 – “monitorare la frequenza delle allucinazioni od illusioni” ed aumentando il risultato di attesa da 4 (spesso dimostrato) a 5 (costantemente dimostrato).

Dominio III – Salute psicosociale; Classe P – Interazione sociale:

- 1504 – “Sostegno sociale” (disponibilità percepita e offerta concreta di prestazioni assistenziali affidabili da parte di altri), il primo indicatore di risultato atteso più rilevante è il 150408 – “volontà di chiamare altri per l’assistenza” ed aumentando il risultato di attesa da 3 (moderatamente adeguato) a 4 (sostanzialmente adeguato); il secondo indicatore di risultato atteso più rilevante è il 150409 – “rete di assistenza sociale” ed aumentando il risultato di attesa da 3 (moderatamente adeguato) a 5 (totalmente adeguato).

6.3 NIC

I NIC (Nursing Interventions Classification) più appropriati sono quelli facenti parte del Dominio 3 – Comportamento.

Dominio 3 – Comportamento; Classe R – Assistenza nel coping:

- 5230 – “Miglioramento del coping” (facilitazione degli sforzi cognitivi e comportamentali per la gestione dei fattori percepiti come stressanti, dei cambiamenti e delle minacce che interferiscono con il soddisfacimento delle esigenze e con lo svolgimento dei ruoli ricoperti), le attività più indicate sono:
 - Usare un approccio calmo e rassicurante.
 - Incoraggiare le relazioni con persone che hanno interessi e obiettivi comuni.
 - Incoraggiare le attività sociali e di comunità.
 - Far fronte ai sentimenti ambivalenti della persona (arrabbiata o depressa).
 - Presentare l’assistito a persone (o gruppi) che hanno fatto con successo la stessa esperienza.
 - Aiutare la persona a identificare i sistemi di sostegno disponibili.
- 5240 – “Counseling” (relazione di aiuto di natura professionale incentrata sui bisogni, i problemi o le sensazioni dell’assistito e di persone per lui significative al fine di migliorare o sostenere il coping, la capacità di risolvere problemi e le relazioni interpersonali), le attività più indicate sono:
 - Stabilire una relazione terapeutica fondata sulla fiducia e sul rispetto.
 - Dimostrare empatia, calore e autenticità.
 - Incoraggiare l’espressione delle emozioni.
 - Chiedere all’assistito/alle altre persone significative di identificare ciò che possono/non possono fare rispetto a quanto sta succedendo.
 - Determinare come il comportamento dei familiari influenza la persona.
 - Aiutare la persona a identificare i propri punti di forza, e rinforzarli ulteriormente.
- 5330 – “Gestione dell’umore” (garantire la sicurezza, la stabilità, il recupero, e il mantenimento dell’umore della persona depressa o maniacale), le attività più indicate sono:
 - Individuare se la persona costituisce un rischio per la propria sicurezza o per la sicurezza di altri.
 - Adottare le precauzioni necessarie per salvaguardare l’assistito o altre persone dal rischio di lesioni fisiche (per esempio, suicidio, automutilazione, fuga, violenza).

- Assicurare o indirizzare la persona al trattamento psicoterapico (per esempio, comportamento cognitivo, interpersonale, coniugale, familiare, di gruppo), se appropriato.
 - Assistere la persona a identificare i pensieri e le sensazioni dipendenti dal disturbo dell'umore.
 - Assistere la persona a identificare le cause scatenanti modificabili e non modificabili.
 - Fornire alla persona un feedback relativo all'appropriatezza dei propri comportamenti sociali.
- 5450 – “Terapia di gruppo” (applicazione di tecniche psicoterapiche a un gruppo, compreso l'uso delle interazioni tra i membri del gruppo stesso), le attività più indicate sono:
 - Orientare il gruppo per permettere ai componenti di identificare e risolvere ogni fase del processo.
 - Usare la tecnica dell'attivazione del qui e ora per spostare l'attenzione dal generico al personale, dall'astratto allo specifico.
 - Incoraggiare i componenti del gruppo a condividere con gli altri quello che hanno in comune.
 - Incoraggiare i componenti del gruppo a condividere con gli altri la collera, la tristezza, l'humour, la sfiducia e ogni altro sentimento.
 - Assicurare un rinforzo sociale (verbale e non verbale) per le riposte/i comportamenti attuati dal gruppo.
 - Chiudere le sedute con una sintesi di quello che è stato fatto.

6.4 Ulteriori aree di ricerca

Come si è suggerito in precedenza (§ 5), dalla ricerca effettuata sulla globalità del trauma e della malattia che ne consegue, si è evidenziato che il fenomeno risulta essere stato trattato in maniera poco approfondita per quanto concerne l'attività infermieristica ad essa connessa, non essendoci ancora un'adeguata metodologia assistenziale per affrontare in maniera olistica il trauma. Conseguentemente, si suggerisce di approfondire in futuro ulteriori aree di ricerca che si focalizzino sul tema poiché i casi sono in continuo aumento,

data anche l'instabilità geopolitica del momento, ma anche le emergenze mediche epidemiologiche di rilevanza mondiale, come quelle che stiamo attualmente vivendo e che sono sensibilmente acuite dai sempre maggiori fenomeni della globalizzazione.

7 BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed. American Psychiatric Publishing, Washington, DC, 1980

Bonnie E. Carlson, Joanne Cacciatore, and Barbara Klimek. A Risk and Resilience Perspective on Unaccompanied Refugee Minors 2012

Boothby, N. (1994). Trauma and violence among refugee children. In A. J. Marsella, T. Bornmann, S. Ekblad, & J. Orley (Eds.), *Amidst peril and pain: The mental health and well-being of the world's refugees* (pp. 239-259). Washington, DC: American Psychological Association.

Da Costa JM: On irritable heart: a clinical study of aformoffunctional cardiac disorder and its consequences. *Am J Med Sci* 1871; 61:17–52
Ben-Ezra M. Trauma 4000 Years Ago? *Am. J. Psychiatry* 2002; 159: 1437–1437

Goethe JW. *Kampagne in Frankreich*. Project Gutenberg; 2006. <http://www.gutenberg.org/cache/epub/17664/pg17664.html>

Homer. *The Odyssey*. <http://classics.mit.edu/Homer/odyssey.html>

Homer. *The Iliad*. <http://classics.mit.edu/Homer/iliad.html>

Herodotus: *The History*. eBooks, Adelaide, 20014 <https://ebooks.adelaide.edu.au/h/herodotus/h4/>

Lewis T: *The Soldier's Heart and the Effort Syndrome*. New York, PB Hoeber, 1919

Mackenzie J: *The soldier's heart*. *BMJ* 1916; 1:117–119

Effort syndrome in the present war. *Edinburgh Med J* 1940; 47:451–465

Glass AJ: *Psychotherapy in the combat zone*. *Am J Psychiatry* 1954; 110:725–731

Sherman S: A system of combined individual and group therapy as used in the medical program for merchant seamen. *Am J Psychiatry* 1943; 100:127–130 (p.128)

Kartchner FD, Korner IN: The use of hypnosis in the treatment of acute combat reactions. *Am J Psychiatry* 1947; 103:630–636

Peterson DB, Chambers RE: Restatement of combat psychiatry. *Am J Psychiatry* 1952; 109:249–254

Bloch HS: Army clinical psychiatry in the combat zone—1967–1968. *Am J Psychiatry* 1969; 126:289–298

Murray B. Stein, M.D., M.P.H., Barbara O. Rothbaum, Ph.D., A.B.P.P. 175 Years of Progress in PTSD Therapeutics: Learning From the Past, 2018

Solomon S, Maser JD. Defining terms and instruments for assessing traumatic stress. *Journal of Applied Social Psychology*. 1990;20:1623–1631. doi: 10.1111/j.1559-1816.1990.tb01497.x.

Nestrovski A, Seligmann-Silva M. Apresentação. In: Nestrovski A, Seligmann-Silva M, editor. *Catástrofe e Representação*. São Paulo: Escuta; 2000. pp. 7–12

Green B. Defining trauma: terminology and generic stressordimensions. *Journal of Applied Social Psychology*. 1990;20:1632–1642. doi: 10.1111/j.1559-1816.1990.tb01498.x.

Kinzie JD, Goetz RR A century of controversy surrounding posttraumatic stress stress-spectrum syndromes: the impact on DSM-III and DSM-IV. *J Trauma Stress*. 1996 Apr; 9(2):159-79.

Jones E, Wessely S A paradigm shift in the conceptualization of psychological trauma in the 20th century. *J Anxiety Disord*. 2007; 21(2):164-75.

Violence Prevention Alliance: The VPA approach
<http://www.who.int/violenceprevention/approach/definition/en/index.html>

Luthar, S. and Cicchetti, D. (2000) ‘The construct of resilience: Implications for interventions and social policies’, *Development and Psychopathology*, 12(4), pp. 857–85.

Bonnano, G. (2004) 'Loss, trauma and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely adverse events', *American Psychologist*, 59(1), pp. 20–8.

Grant, L. and Kinman, G. (2012) 'Enhancing well-being in social work students: Building resilience for the next generation', *Social Work Education*, 31(5), pp. 605–21.

Kinman, G. and Grant, L. (2011) 'Exploring stress resilience in trainee social workers: The role of social and emotional competencies', *British Journal of Social Work*, 41(2), pp. 261–75.

Morrison, T. (2007) 'Emotional intelligence, emotions and social work: Context characteristics contributions and challenges', *British Journal of Social Work*, 37(2), pp. 245–63.

Morrison, T. (2007) 'Emotional intelligence, emotions and social work: Context characteristics contributions and challenges', *British Journal of Social Work*, 37(2), pp. 245–63.

Collins, S. (2008) 'Social workers, resilience, positive emotions and optimism', *Practice: Social Work in Action*, 19(4), pp. 255–69.

Koenig, T. and Spano, R. (2007) 'The cultivation of social workers' hope in personal life and professional practice', *Journal of Religion and Spirituality in Social Work*, 26(3), pp. 45–61.

Tugade, M. and Fredrickson, B. (2004) 'Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences', *Journal of Personality and Social Psychology*, 86(2), pp. 320–33.

Beddoe, L., Davys, A. and Adamson, C. (2011) 'Educating emotionally resilient practitioners', *Social Work Education Advance Access published July 16, 2011*, 10.1080/02615479.2011.644532

Munro, E. (2011) *The Munro Review of Child Protection: Final Report: A Child Centred System*, London, Department for Education.

SWTF (2009) *Building a Safe, Confident Future: The Final Report of the Social Work Task Force*, London, Social Work Task Force, Department for Children Schools and Families.

Grant, L. and Kinman, G. (2012) 'Enhancing well-being in social work students: Building resilience for the next generation', *Social Work Education*, 31(5), pp. 605–21.

Pooley, L. and Cohen, L. (2010) 'Resilience: A definition in context', *Australian Community Psychologist*, 22(1), pp. 30–7.

Klohen, E. (1996) 'Conceptual analysis and measurement of the construct of ego resiliency', *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(5), pp. 1067–79.

Buzzanell, P. M. (2010) "Resilience: Talking, resisting and imagining new normalcies into being", *Journal of Communication*, 60(1), pp. 1–14

Graham, R. J. and Shier, M. L. (2010) 'The social work profession and subjective wellbeing: The impact of a profession on overall subjective well-being', *British Journal of Social Work*, 40(5), pp. 1553–72

Lewis, S. and Rajan-Rankin, S. (2013) 'Deconstructing "family supportive cultures": A vision for the future', in S. A. Y. Poelmans, J. Greenhaus and M. L. H. Maestro (eds), *Expanding the Boundaries of Work–Family Research: A Vision for the Future*, Hampshire, Palgrave MacMillan, pp. 53–69.

Hildan, Z., Smith, G., Netuveli, G. and Blane, D. (2008) "Understanding adversity and resilience in older ages", *Sociology of Health and Illness*, 30(5), pp. 726–40.

United Nations High Commissioner for Refugees. (2002). *Refugees by numbers 2002*. Retrieved from [http:// www.irinnews.org/pdf/in-depth/IDP/unhcr%5f2002.pdf](http://www.irinnews.org/pdf/in-depth/IDP/unhcr%5f2002.pdf)

Aptekar, L. (2004). The changing developmental dynamics of children in particularly difficult circumstances: Examples of street children and war-traumatized children. In U. P. Gielen & J. Roopnarine (Eds.), *Childhood and adolescence: Cross-cultural perspectives and applications* (pp. 377--410). Westport, CT: Praeger.

Boothby, N. (1994). Trauma and violence among refugee children. In A. J. Marsella, T. Bornmann, S. Ekblad, & J. Orley (Eds.), *Amidst peril and pain: The mental health and well-being of the world's refugees* (pp. 239-259). Washington, DC: American Psychological Association.

Rousseau, C., & Drapeau, A. (1998). The impact of culture on the transmission of trauma: Refugees' stories and silence embodied in their children's lives. In Y. Danieli (Ed.), *International handbook of multigenerational legacies of trauma* (pp. 465--486). New York: Plenum Press.

Kinzie, J. D., Sack, W., Angell, R., Manson, S., & Rath, B. (1986). The psychiatric effects of massive trauma on Cambodian children: I. The children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25, 370--376.

Espino, C. M. (1991). Trauma and adaptation: The case of Central American children. In F. L. Ahearn & J. L. Athey (Eds.), *Refugee children: Theory, research and services* (pp. 106-124). Baltimore: Johns Hopkins University Press.

van der Kolk, B. A. (1996). The complexity of adaptation to trauma: Self-regulation, stimulus discrimination, and characterological development. In B. A. van der Kolk, A.

McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.), Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society (pp. 182--213). New York: Guilford Press.

Kessler R. C., Sonnega A., Bromet E., Hughes M., Nelson C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 42 (12), 1048 – 1060

Sparks S. W., 2018. Posttraumatic stress syndrome: What is it ? *Journal of Trauma Nursing*, 25 (1), 60 – 65

Rzucidlo S. E., Campbell M. (2009). Beyond the physical injuries: Child and parent coping with medical traumatic stress after pediatric trauma. *Journal of Trauma Nursing*, 16 (3), 130 – 135

Valerie A. Cardenas et. al. (2011). Changes in brain anatomy during the course of PTSD *Psychiatry Res.* 2011 Aug 30; 193(2): 93–100.

Hassan Y et. al.2020 Psychiatric consequences of detaining migrant children at the US/Mexico border. *Journal of Paediatrics and Child Health*

Peters DC: Remarks on the evils of youthful enlistments and nostalgia. *Am Med Times* 1863; 6:75–76
Guess et. al., (2019) Life After Trauma: A Survey of Level 1 Trauma Centers Regarding Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder. *Journal of Trauma Nursing*; Sep/Oct2019, Vol. 26 Issue 5, p223-233, 11p

Plutarch. The lives of the noble Grecians and Romans. <https://ebooks.adelaide.edu.au/p/plutarch/lives/chapter47.html>

Pepys S. Diary of Samuel Pepys – Complete

Remarque EM. All Quiet on the Western Front. <http://www.myteacherpages.com/webpages/esimpson/files/aqwf%20-%20full%20text.pdf>

Shakespeare W. Henry IV. <http://shakespeare.mit.edu/1henryiv/full.html>

Shakespeare W. Romeo and Juliet. http://shakespeare.mit.edu/romeo_juliet/index.html

Shakespeare W. Macbeth, <http://shakespeare.mit.edu/macbeth/index.html>

Storey G. The letters of Charles Dickens. Volume 12: 1868-1870. Oxford, New York: Oxford University Press; 1988

The Epic of Gilgamesh. Assyrian International News Agency Books Online.

Valerie A. Cardenas et al., Changes in brain anatomy during the course of PTSD, 2011

7.1 Siti governativi:

- U.S. department of Veterans Affairs va.gov
- The National Institute of Mental Health (NIMH) nimh.nih.gov
- Istituto Superiore di Sanità (ISS) iss.it

7.2 Siti scientificamente validi:

- American Psychiatric Association (APA) psychiatry.org
- American Psychological Association (APA) apa.org

e siti governativi e siti scientificamente validi.