

## Evidenze cliniche di emergenze e disturbi dello spettro post-traumatico da stress in oncologia



Il PTSD abbraccia una gamma ampia di fenomeni: dagli eventi naturali catastrofici, alle violenze, maltrattamenti ed abusi su bambini ed adulti, ad altre forme di aggressioni fisiche, gravi malattie ed interventi chirurgici, gravi problemi nel lavoro, come il mobbing ed altro ancora. La prevalenza del PTSD oscilla tra l'1 ed il 9% della popolazione generale e può raggiungere il 50/60% in sottogruppi di soggetti esposti a traumi considerati di particolare gravità. Gli studi epidemiologici indicano come il PTSD interessi maggiormente il sesso femminile (11% vs 5% del sesso maschile) sulla cui prevalenza può anche influire il tipo di trauma (violenze e molestie sessuali,

neglect ed abusi infantili vs. aggressioni fisiche, minacce con armi prigionia e rapimento negli uomini) e, contestualmente all'ambito oncologico, il tipo di organo colpito da tumore e la fascia di età in cui esso insorge (un tumore al seno può avere un impatto traumatico sul vissuto di una donna diverso da un tumore del colon e a seconda che abbia per esempio 35-40 anni piuttosto che 70-75 anni di età).

Tra i disturbi mentali conseguenti a traumi solo il PTSD è identificato dalla concomitanza di un evento traumatico che avendo la caratteristica specifica di minacciare alla vita e qualità di vita si configura in questo disturbo come stressor a cui collegare i sintomi e come elemento necessario per fare diagnosi (DSM-IV).

In oncologia si discute talvolta se per stressor traumatico possa e debba sufficientemente intendersi un evento che ha le caratteristiche oggettive per minacciare la vita e qualità della vita di un soggetto (per esempio una diagnosi di cancro più o meno in stadio avanzato), o se sia invece identificabile esaurientemente con un vissuto soggettivo di minaccia ed impotenza, che cambia l'adattamento della persona alla realtà in modo disfunzionale, indipendentemente dalla qualità oggettivamente traumatica dell'evento medesimo (si consideri ad esempio lo stress traumatico, che cioè genera nuova traumatizzazione ed in particolare i sintomi di un nuovo PTSD, di un paziente oncologico clinicamente guarito e stabilizzato e che in follow-up abbia il terrore e l'angoscia di una recidiva. Traumatica è l'angoscia non il ricordo o l'aspettativa del cancro in sé).

La malattia oncologica perciò rappresenta un ambito privilegiato di osservazione di possibili PTSD perché, sia in senso longitudinale, lungo tutte le sue fasi evolutive della malattia, sia in senso trasversale, nell'ambito delle relazioni che il paziente instaura con le figure di riferimento coinvolte nei processi di guarigione e tutela della qualità di vita, quindi con gli operatori sanitari, i familiari, il contesto sociale e professionale, evidenzia occasioni ripetute di traumatizzazione: a causa delle circostanze oggettive che mettono in pericolo la qualità di vita della persona e la sua vita medesima, e a causa delle

simbolizzazioni drammatiche che a volte la malattia oncologica può assumere nell'immaginario collettivo e soggettivo. La trasversalità e longitudinalità di un vissuto traumatico, di una traumatizzazione sintomatica nelle forme del PTSD, in oncologia colpisce d'altra parte non solo il paziente oncologico e le sue relazioni, ma anche singolarmente le specifiche figure di riferimento per il paziente, quindi il medico, in modo diretto quando un chirurgo per esempio sa di non poter salvare la vita di un paziente, o di aver tentato e non esserci riuscito; di un volontario che si trova di fronte ad una crisi di panico di un ammalato e non sa esattamente come gestirla, temendo di mettere a rischio l'altrui vita e l'affidabilità ed utilità della propria disponibilità; dei familiari che possono vivere in senso vicario un lutto anticipato del proprio caro e addirittura personale, oltre naturalmente a sentirsi minacciati da una perdita nella qualità della propria vita affettiva e relazionale, o vedere addirittura tale perdita come un fatto consistente e reale.

Il PTSD rappresenta una sfida in psichiatria non solo in generale, perché i sintomi che emergono sono diversi e sintetizzano una miscela di processi sociali, biologici e psicologici, ma anche soprattutto in oncologia perché esiste una vasta gamma di sintomi dello spettro post-traumatico, come ad esempio i disturbi dell'adattamento, e perché si è spesso in presenza di un PTSD sottosoglia difficilmente discriminabile anche agli occhi di esperti preparati.

Riconosciamo un PTSD seguendo le linee guida dei criteri diagnostici del DSM-IV oppure ascoltando alcune specifiche comunicazioni del paziente oncologico o dei suoi familiari quando si domandano ad esempio: perché proprio a me? Quando il paziente riferisce di riconoscere la parte peggiore del suo percorso di diagnosi e cura come qualche cosa di sempre attuale, come se il tempo non andasse mai avanti, quando il suo sguardo è prevalentemente fisso rallentato a dispetto di una motricità generale accelerata, quando i pensieri sono catastrofici ed invalidanti del senso del sé oltre che soprattutto intrusivi: "io non sono più io, mio marito..mia moglie non è più quella che vedevo prima". Differenziamo invece i disturbi dell'adattamento come tutte quelle manifestazioni in cui, in assenza di vulnerabilità individuale, un evento stressante, ad esempio la diagnosi di cancro ed i trattamenti ad essa legati, rappresenta il fattore causale ed esclusivo di insorgenza dei sintomi, che si presume non sarebbero altrimenti occorsi. Essi influiscono negativamente sull'adattamento del soggetto alla malattia e sul funzionamento psicofisico generale. I sintomi possono essere rappresentati da reazioni depressive, reazioni d'ansia o miste (ansioso-depressive), reazioni con altri aspetti emozionali (irritabilità, aggressività labilità emotiva) o con disturbi della condotta (comportamenti inadeguati). Importante risulta la diagnosi differenziale con i disturbi d'ansia e depressivi. I disturbi dell'adattamento rappresentano i quadri di sofferenza psicologica più frequentemente diagnosticabili nei pazienti con cancro, avendo una prevalenza del 30-35%.

I sintomi sottosoglia possono rappresentare invece i prodromi di una sindrome conclamata oppure i sintomi residui di un PTSD in remissione parziale. E' importante volgere l'attenzione al PTSD in oncologia, in particolare alla peculiarità, gravità, cronicità del quadro clinico per la possibilità di attuare una prevenzione efficace prima che il disturbo insorga o si strutturi, e per le potenzialità di comprensione di alcuni meccanismi di funzionamento cerebrale che creano un ponte fra psicologico e biologico.

Ciò è possibile non solo attraverso una adeguata diagnosi differenziale di pertinenza alle specifiche competenze professionali ma anche attraverso l'osservazione e la registrazione sensibile da parte di tutti, volontari familiari, operatori sanitari, dei dati clinici rilevabili ad occhio nudo nelle comunicazioni del paziente oncologico, le sue espressioni verbali e non verbali che possono rendere conto di un vissuto traumatico, di un PTSD, diversamente poco riconosciuto.

Dott.ssa Liuva Capezzani

Psicologa-Psicoterapeuta Cognitivo Comportamentale, Psicooncologa,  
Responsabile progettazione Servizio dell'Emergenza/Urgenza e Psicotraumatologia  
Oncologica - Area di Supporto alla Persona, IRE-ISG, Roma