

Ruolo della TCC e sintesi linee guida per il trattamento psicologico del disturbo da stress post traumatico (PTSD), PTSD Complesso e PTSD Acuto



Benedetto Farina*, Chiara Massullo**,
Giancarlo Dimaggio***

*Ricevuto il 30 luglio 2024,
accettato il 13 agosto 2024*

Sommario

Le esperienze traumatiche, sia quelle episodiche che quelle continue nel tempo, specie durante lo sviluppo, possono generare quadri clinici specifici come il Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD), il Disturbo Acuto da Stress (ASD) e il Disturbo da Stress Post-Traumatico complesso (CPTSD), ma anche costituire una dimensione psicopatologica che diffonde in tutti i quadri clinici peggiorandone la prognosi e gli esiti del trattamento. Le linee guida presentate in questa rassegna sono state sviluppate per il trattamento delle specifiche categorie diagnostiche. In particolare per il PTSD dall'American Psychiatric Association (APA; 2017), dal National Institute for Health and Care Excellence britannico (NICE; 2018), dal Department of Veterans Affairs (VA) and Department of Defense (DoD) of United States of America (VA/DoD; 2017). Per quanto riguarda invece l'ASD, indicazioni per la gestione dei pazienti con tale disturbo sono riportate nelle linee guida APA del 2004. La UK Psychological Trauma Society (2017), l'International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS; 2019), e il NICE (2018) forniscono linee guida per il cPTSD.

Parole chiave: PTSD, PTSD Complesso, PTSD Acuto, buona pratica clinica, psicoterapia cognitiva.

* Università Europea di Roma, Centro Clinico Janet, via Avezzana 6 – 00193 Roma; e-mail: benfarina@gmail.com.

** Experimental Psychology Laboratory, Dipartimento dell'Educazione, Università Roma Tre, viale Aurelio Galleppini 50 – 00127 Roma; e-mail: chiara_massullo@yahoo.it.

*** Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, via Orazio 3 – 00193 Roma; e-mail: gdimaje@gmail.com.

*Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSN e 2281-6046), n. 54/2024
DOI: 10.3280/qpc54-2024oa18655*

Role of CBT and summary of guidelines for the psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD), Complex PTSD and Acute PTSD

Abstract

Traumatic experiences, both episodic and ongoing over time, especially during development, can generate specific clinical pictures such as Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD), Acute Stress Disorder (ASD) and Complex Post-Traumatic Stress Disorder (CPTSD), but also constitute a psychopathological dimension that spreads across all clinical pictures worsening their prognosis and treatment outcomes. The guidelines presented in this review were developed for the treatment of specific diagnostic categories. Specifically for PTSD by the American Psychiatric Association (APA; 2017), the British National Institute for Health and Care Excellence (NICE; 2018), the Department of Veterans Affairs (VA) and Department of Defense (DoD) of the United States of America (VA/DoD; 2017). Regarding ASD, indications for the management of patients with this disorder can be found in the 2004 APA guidelines. The UK Psychological Trauma Society (2017), the International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS; 2019), and NICE (2018) provide guidelines for cPTSD.

Keywords: PTSD, Complex PTSD, Acute PTSD, dissociation, dissociative disorders, good clinical practice, cognitive psychotherapy.

Introduzione

Le esperienze traumatiche, soprattutto quando avvengono durante lo sviluppo e in modo continuativo, rappresentano uno dei maggiori fattori di rischio per tutti i disturbi psichiatrici peggiorandone il quadro clinico, la prognosi e determinando resistenza al trattamento (Lippard & Nemeroff, 2020; McCrory *et al.*, 2017). La trasversalità degli effetti del trauma e la natura dimensionale della vulnerabilità psicopatologica che essi determinano rende difficile inquadrali nei sistemi categoriali da cui vengono generate le linee guida terapeutiche (Farina *et al.*, 2019; McCrory *et al.*, 2017). Come ha affermato Chu su un editoriale dell'American Journal of Psychiatry dedicato al trauma: «Per molte ragioni il DSM-IV e ciò che è stato proposto per il DSM-5 non riesce (e forse non può) affrontare la complessità che troviamo nelle situazioni cliniche reali» (Chu, 2010). Per questo motivo attualmente i sistemi diagnostici internazionali si limitano a riconoscere alcuni disturbi conseguenti a episodiche o ripetute ma circoscritte esperienze traumatiche: il Disturbo da Stress Post-Traumatico (Post-Traumatic Stress Disorder, PTSD), il Disturbo Acuto da Stress (Acute Stress Disorder, ASD) e il Disturbo da Stress Post-Traumatico complesso (complex Post-Traumatic Stress Disorder, cPTSD).

Linee guida esistenti nel trattamento del PTSD

Per la stesura di questa rassegna abbiamo preso in considerazione le Linee Guida (LG) internazionali per il trattamento psicologico del PTSD redatte dall'American Psychiatric Association (APA; 2017), dal National Institute for Health and Care Excellence britannico (NICE; 2018), e quelle del Department of Veterans Affairs (VA) and Department of Defense (DoD) of United States of America (VA/DoD; 2017). Per quanto riguarda invece l'ASD, indicazioni per la gestione dei pazienti con tale disturbo sono riportate nelle linee guida APA del 2004. La UK Psychological Trauma Society (2017), l'International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS; 2019), e il NICE (2018) forniscono linee guida per il cPTSD.

Linee guida APA

Le Linee Guida dell'APA (2017) sul PTSD negli adulti si basano su una revisione sistematica comprensiva della letteratura e sono state sviluppate per fornire delle raccomandazioni sui trattamenti psicologici e farmacologici indicati per tale disturbo. Tali LG raccomandano fortemente l'utilizzo delle seguenti psicoterapie/interventi per gli adulti con PTSD:

- Terapia Cognitivo-Comportamentale (Cognitive Behavioral Therapy, TCC);
- Cognitive Processing Therapy (CPT);
- Terapia Cognitiva;
- Prolonged Exposure Therapy (PE).

Inoltre, esse suggeriscono l'uso della Psicoterapia Eclettica Breve (Brief Eclectic Psychotherapy, BEP), dell'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) e della Narrative Exposure Therapy (NET)¹. Invece, per quanto riguarda interventi come quelli di rilassamento e la Seeking Safety (SS), le LG riportano che a causa della scarsità dei dati empirici presenti in letteratura, non è possibile raccomandare o, viceversa, sconsigliare tali in-

¹ Tali LG sono state redatte nel 2017, e al momento della pubblicazione, sulla base degli aggiornamenti della letteratura, gli autori affermano che sebbene la maggior parte delle raccomandazioni di trattamento si prevedano stabili, per l'EMDR e la NET è probabile che, alla luce dei dati empirici, la raccomandazione per questi due interventi possa cambiare da "suggerite" a "raccomandate".

terventi. Per quanto riguarda la terapia farmacologica, le LG dell'APA suggeriscono l'utilizzo dei seguenti farmaci: fluoxetina, paroxetina, sertralina, e venlafaxina; mentre la letteratura non fornisce sufficienti dati empirici per raccomandare o sconsigliare il risperidone e il topiramato.

Linee guida NICE

Le LG NICE (2018) forniscono raccomandazioni per il trattamento del PTSD specifiche per diverse fasce d'età (bambini, giovani, adulti). Esse forniscono delle indicazioni piuttosto dettagliate.

Età dello sviluppo

Le Linee Guida NICE suggeriscono di «prendere in considerazione» l'utilizzo della TCC individuale focalizzata sul trauma in:

1. bambini dai 5 ai 6 anni con diagnosi (o sintomi clinicamente significativi) di PTSD manifestatisi in seguito all'evento traumatico per più di 1 mese;
2. bambini e ragazzi tra i 7 e 17 anni con diagnosi (o sintomi clinicamente significativi) di PTSD manifestatisi in seguito dell'evento traumatico da 1 a 3 mesi.

Per bambini e ragazzi tra i 7 e 17 anni con diagnosi (o sintomi clinicamente significativi) di PTSD che manifestatisi a seguito dell'evento traumatico per più di 3 mesi, tali linee guida suggeriscono di offrire TCC individuale focalizzata sul trauma.

Secondo le LG NICE le caratteristiche della TCC individuale focalizzata sul trauma nell'arco dello sviluppo (bambini e ragazzi) dovrebbero essere validate, praticate da professionisti sotto supervisione, avere una durata dalle 6 alle 12 sedute (estendibili se necessario; e.g., casi di traumi multipli). Tale intervento dovrebbe essere adattato in funzione dello sviluppo della persona e prevedere, in funzione del caso, il coinvolgimento dei genitori. Inoltre, esso dovrebbe prevedere una serie di interventi tra cui: psico-educazione (sulle reazioni al trauma), insegnamento di strategie per che permetterebbero al paziente di gestire i sintomi, interventi di elaborazione delle memorie traumatiche e delle emozioni legate al trauma (e.g., vergogna, colpa). In aggiunta, tali interventi dovrebbero prevedere: pianificazione della sicurezza, ristrutturazione dei significati personali legati al trauma e un lavoro specifico sull'evitamento.

Per quanto riguarda l'EMDR, le LG NICE suggeriscono di considerarla nei casi di bambini o ragazzi nella fascia di età dai 7 ai 17 anni con diagnosi (o sintomi clinicamente significativi) di PTSD manifestatisi per un periodo di oltre 3 mesi dopo l'evento traumatico solo nei casi in cui i pazienti non rispondano o abbiano difficoltà a intraprendere un percorso di TCC focalizzata sul trauma.

Per quanto riguarda i trattamenti farmacologici nei bambini e nei giovani, le LG NICE suggeriscono di non proporre psicofarmaci per la prevenzione (e.g., in persone esposte a un evento potenzialmente traumatico che sono a rischio di sviluppo del disturbo) o il trattamento del PTSD nei minorenni (<18 anni di età).

Tab. 1 – Tabella riassuntiva delle indicazioni delle Linee Guida NICE nell'età dello sviluppo

<i>Età</i>	<i>Diagnosi</i>	<i>Indicazione</i>
5-6 anni	PTSD/sintomi clinicamente significativi di PTSD. Durata: >1 mese dopo l'evento traumatico.	Considerare TCC individuale focalizzata sul trauma
7-17 anni	PTSD/sintomi clinicamente significativi di PTSD. Durata: 1-3 mesi dopo l'evento traumatico PTSD/sintomi clinicamente significativi di PTSD. Durata: >3 mesi dopo l'evento traumatico PTSD/sintomi clinicamente significativi di PTSD che non rispondono/non si lasciano coinvolgere nei trattamenti standard (i.e., TCC individuale focalizzata sul trauma). Durata: >3 mesi dopo l'evento traumatico	Considerare TCC individuale focalizzata sul trauma

Abbreviazioni: PTSD (Post Traumatic Stress Disorder); TCC (Cognitive Behavioral Therapy)

Adulti

Per quanto riguarda gli adulti, le Linee Guida NICE suggeriscono di offrire un intervento di TCC individuale focalizzata sul trauma a coloro che hanno una diagnosi (o sintomi clinicamente significativi) di PTSD manifestatisi per oltre 1 mese a seguito dell'evento traumatico. Questi interventi includono: Terapia di Elaborazione Cognitiva, Terapia Cognitiva per il PTSD, NET, e PE.

Come per la sezione delle LG dedicata ai bambini e ai giovani, anche la sezione dedicati alla popolazione adulta suggerisce alcuni requisiti ai quali dovrebbero rispondere gli interventi di TCC focalizzata sul trauma negli

adulti. Tali requisiti sono sovrapponibili a quelli indicati per l'età dello sviluppo eccetto per i requisiti specifici per questa fascia di età (es. coinvolgimento dei genitori) e per la durata (negli adulti 8-12 sedute con la medesima possibilità di estensione in casi di specifiche esigenze cliniche) e il lavoro sul ripristino del funzionamento adattivo (es. sociale, lavorativo).

In aggiunta, le LG NICE suggeriscono di considerare l'EMDR, qualora la persona avesse una preferenza specifica per essa, per le persone con una diagnosi (o sintomi clinicamente significativi) di PTSD manifestatisi per una durata da 1 a 3 mesi in seguito all'evento traumatico. Nei casi di sintomatologia persistente oltre 3 mesi a seguito dell'evento traumatico, le LG suggeriscono di somministrare l'EMDR a questi pazienti.

Come per la TCC individuale focalizzata sul trauma, anche per l'EMDR le LG NICE suggeriscono alcuni requisiti che gli interventi dovrebbero avere. Nello specifico, essi devono essere gradualmente e durare dalle 8 alle 12 settimane. Il professionista che pratica l'EMDR dovrebbe riferirsi a protocolli validati, essere specificamente formato e sotto supervisione. Inoltre la terapia dovrebbe prevedere interventi psicoeducativi sulle reazioni al trauma, promuovere l'apprendimento di strategie per gestire le memorie e le situazioni che provocano stress per il paziente, promuovere credenze positive su di sé. Per quanto riguarda le stimolazioni bilaterali, esse devono essere effettuate durante le sedute per le memorie traumatiche target fino a che tali memorie non provochino più disagio. Le stimolazioni possono essere effettuate con i classici movimenti oculari ma, in accordo con le preferenze del singolo individuo, anche con altre tecniche (es. tap and tone). Infine, tali interventi dovrebbero includere l'insegnamento di ulteriori tecniche che permettano al paziente di auto- calmarsi e di gestire i flashback.

Le LG NICE suggeriscono, inoltre, per gli adulti con diagnosi di PTSD che si sono presentati per più di 3 mesi dopo l'evento traumatico, che è possibile considerare la versione computerizzata della TCC focalizzata sul trauma. Questa indicazione si riferisce solo ai casi in cui i pazienti la preferissero alle terapie primariamente indicate, e nei casi non a rischio (es. sintomi gravi, sintomi dissociativi, rischio che il paziente faccia del male a se stesso o agli altri). Anche per questo tipo di intervento, le LG NICE indicano dei requisiti i quali sono sovrapponibili a quelli della medesima terapia effettuata vis à vis. Nel caso di TCC computerizzata, oltre le indicazioni standard, il NICE sottolinea il ruolo del supporto da parte del professionista nel monitoraggio e nel completamento dell'intervento (es. feedback sugli homework, revisione dei risultati).

Nei casi di persone con diagnosi di PTSD che superano la durata di 3 mesi a seguito dell'evento traumatico, il NICE suggerisce di considerare in-

terventi TCC mirati a specifici sintomi (es. disturbi del sonno, rabbia) solo se alcuni sintomi persistono alla fine del trattamento o nel caso di difficoltà a intraprendere un intervento focalizzato sul trauma.

Per quanto riguarda il trattamento farmacologico, nei casi in cui i pazienti adulti con PTSD avessero una preferenza per questo tipo di trattamento, le LG NICE suggeriscono di considerare la venlafaxina o un inibitore selettivo della ricaptazione della serotonina (SSRI). È necessario eseguire controlli regolari della terapia farmacologica. Inoltre, nei casi di sintomatologia che comprometta il funzionamento o di mancata risposta ai trattamenti di elezione, il NICE suggerisce di considerare antipsicotici (risperidone) in aggiunta alle terapie psicologiche per gestire tali sintomi.

Il NICE fornisce, inoltre, delle specifiche indicazioni nel caso in cui il paziente presenti al tempo stesso PTSD e depressione, raccomandando di trattare prima il PTSD a meno che la depressione non sia grave (es. con rischi per il paziente stesso o gli altri) o al punto che impedisca il trattamento del PTSD.

Linee Guida VA/DoD

Le LG VA/DoD [Department of Veterans Affairs (VA) and Department of Defense (DoD) of United States of America] per la pratica clinica nella gestione del PTSD e del Disturbo da Stress Acuto del 2017 si basano su una revisione sistematica della letteratura. Come le altre LG passate in rassegna, esse sono state redatte da un gruppo di esperti.

Le LG VA/DoD incoraggiano i clinici a utilizzare un approccio centrato sul paziente, informato (il clinico deve spiegare chiaramente al paziente quali siano le opzioni di trattamento), e condiviso. Inoltre, esse suggeriscono di far riferimento al collaborative care model.

Nei pazienti che a seguito di un evento traumatico hanno sviluppato l'ASD, tali LG raccomandano la psicoterapia breve focalizzata sul trauma in questi pazienti.

Per quanto riguarda il trattamento del PTSD, il VA/DoD raccomanda l'utilizzo di psicoterapia individuale focalizzata sul trauma e solo se necessaria la farmacoterapia (a base di SSRI, venlafaxina). Le LG VA/DoD suggeriscono anche l'uso di altre terapie individuali validate come: Stress Inoculation Training (SIT), psicoterapia interpersonale, PCT.

Per quanto riguarda le principali forme di psicoterapie focalizzate sul trauma che vengono raccomandate dal VA/DoD (ovvero quelle maggiormente testate nei clinical trials) sono le seguenti: PE, CPT, e EMDR. In aggiunta, il VA/DoD riporta che anche le TCC specifiche per il PTSD, la BEP,

la NET, e la written narrative exposure sono state supportate in modo sufficiente da studi empirici da raccomandarne l'utilizzo.

Linee Guida per l'ASD

Per quanto riguarda i pazienti con ASD, le LG APA del 2004 riportano indicazioni simili a quelle per il PTSD del medesimo anno. Nello specifico, per quanto riguarda la prevenzione di tale disturbo, le LG APA sottolineano che nessun trattamento farmacologico può essere raccomandato a scopo preventivo. In accordo con quanto riportato dal documento da tali LG, in pazienti con diagnosi di ASD, la TCC e altre terapie basate sull'esposizione potrebbero essere di aiuto. Inoltre, la terapia psicodinamica potrebbe risultare utile solo in alcuni casi adattati ai diversi pazienti.

Per quanto riguarda la terapia farmacologica per i pazienti con ASD, l'APA (2004) riporta che sebbene la letteratura su questo argomento non sia ricca, gli SSRI e altri antidepressivi potrebbero costituire "ragionevoli interventi clinici".

Per quanto riguarda, invece, le LG VA/DoD esse raccomandano la psicoterapia breve focalizzata sul trauma nei pazienti che a seguito di un evento traumatico abbiano sviluppato l'ASD.

Linee Guida per il PTSD complesso

Il PTSD complesso (cPTSD) è stato così definito da Judith Herman intorno ai primi anni '90 per indicare una variante del PTSD con manifestazioni psicopatologiche più complesse rispetto al PTSD semplice, causate non da eventi traumatici "circostanziali" come nel PTSD, ma piuttosto dall'esposizione a traumi prolungati e ripetuti, soprattutto interpersonali in cui la vittima è costretta a dipendere dall'aggressore (Herman, 1992). La maggiore complessità sintomatica del cPTSD è stata quindi associata alla maggiore complessità delle esperienze traumatiche che lo causano e che portano la vittima a doversi adattare a condizioni di minaccia estrema e prolungata (Farina *et al.*, in press). Tale adattamento patologico comporta modifiche dello sviluppo, della maturazione e della conoscenza di sé per far fronte all'ambiente e alle relazioni abusive e provoca una serie di manifestazioni psicopatologiche che superano quelle del PTSD semplice e sono state descritte con l'espressione Disturbi dell'organizzazione del Sé (Disorder of Self Organization; DSO) e consistono in:

1. disregolazione affettiva che comprende la perdita di controllo delle emozioni e degli impulsi, difficoltà a riconoscere le emozioni;
2. disregolazione del Sé che comprende stati dolorosi di frammentazione di sé, sentimenti di vuoto, reazioni di distacco (derealizzazione, depersonalizzazione e intorpidimento emotivo), molteplicità dissociativa delle parti di sé, alterazioni dell'identità, concetti negativi di sé e convinzioni patologiche (disgusto di sé e conseguente vergogna pervasiva, visione di se stessi come irrimediabilmente danneggiati, impotenza, disperazione, sfiducia in se stessi, senso di responsabilità per il danno degli altri, in particolare dei caregiver, e conseguente senso di colpa pervasivo, convinzione di aver meritato l'abuso e la trascuratezza subiti);
3. disregolazione relazionale che comprende relazioni intensamente conflittuali, incastrate, distaccate o caotiche, sfiducia negli altri, paura della vicinanza e delle relazioni di attaccamento, dipendenza (Farina *et al.*, in press).

È ampiamente dimostrato che il trauma complesso interferisce e disturba il sano sviluppo fisico e psicologico della vittima, soprattutto quando coincide con un trauma relazionale precoce o con un trauma da attaccamento e i suoi sintomi possono diffondere in modo dimensionale in tutti i disturbi peggiorandone la prognosi e la risposta al trattamento (Farina & Schimmenti, in press):

Linee Guida NICE

Le LG NICE (2018) forniscono specifiche indicazioni anche per persone con cPTSD. Tali suggerimenti si riferiscono principalmente alla durata dell'intervento (aumentare numero o durata delle sedute), alla considerazione da parte del terapeuta della sicurezza e della stabilità del paziente (in riferimento alla situazione familiare). Inoltre, il NICE (2018) sottolinea l'importanza di aiutare la persona a gestire problemi concomitanti (e.g., abuso di sostanze) e, al termine del trattamento, fornire il supporto necessario (e.g., gestire sintomi residui).

Linee Guida della UK Psychological Trauma Society

Il documento redatto dalla UK Psychological Trauma Society (UKPTS) nel 2017 fornisce delle indicazioni per il trattamento del cPTSD quasi del tutto sovrapponibili a quelle raccolte in una *expert clinician survey on best practice* redatta dall'International Society for Trauma Studies (Cloitre *et al.*, 2011). Le LG UKPTS suggeriscono un trattamento a 3 fasi:

1. stabilizzazione e psicoeducazione;
2. elaborazione del trauma;
3. reintegrazione e ripresa.

In accordo con i bisogni del singolo individuo, le fasi possono sovrapporsi e ripetersi, e possono variare sulla base di alcuni aspetti come, ad esempio, la durata. Inoltre, tale documento raccomanda di prendere in considerazione aspetti salienti come, ad esempio, i comportamenti di rischio.

Nello specifico, la fase 1 del trattamento prevede, a sua volta, le seguenti sub-fasi:

1. costruzione della relazione terapeutica;
2. psicoeducazione;
3. preparazione del paziente per la terapia e focus sulla sicurezza;
4. lavorare su dissociazione e flashback;
5. gestione dei sintomi;
6. skill training (e.g., mindfulness, abilità interpersonali, di regolazione emotiva, tolleranza allo stress);
7. Compassion-Focused Therapy (CFT).

Per quanto concerne la fase 2 (i.e., la fase di elaborazione del trauma), essa dovrebbe avere come focus sia i processi top-down che quelli bottom-up. Diverse terapie per il PTSD sono state adattate per questa fase nel trattamento del cPTSD, come ad esempio PE, EMDR. Altri approcci terapeutici come la NET, la CFT, la Dialectical Behavioral Therapy (DBT), e le comunità terapeutiche possono fornire un aiuto a questo tipo di pazienti. La fase 3, invece, ha come focus la reintegrazione dell'individuo sia con se stesso che con gli altri e la ripresa.

In generale, il documento riporta che le terapie psicologiche possano essere altamente efficaci per il cPTSD ma, di contro, la letteratura non fornisce dati sufficienti che permettano di raccomandare una terapia piuttosto che un'altra. Nonostante ciò, l'aspetto che risulta essere cruciale nel trattamento è che esso ricopra i domini cognitivo, affettivo, e sensomotorio. Tali LG forniscono, inoltre, delle specifiche cautele e considerazioni per il trattamento del cPTSD per quanto concerne alcuni aspetti cruciali nel lavoro con questi pazienti, tra cui quelli legati alla relazione terapeutica, alla genitorialità e quelli legati al trauma vicario.

Per quanto riguarda la farmacoterapia, il documento della UK Psychological Trauma Society (2017) segnala che la letteratura circa il trattamento farmacologico del cPTSD è troppo scarsa per dare indicazioni.

Infine viene sottolineata l'importanza e l'urgenza di ricerche future volte a studiare approcci terapeutici per i principali aspetti del cPTSD per fronteggiarne le conseguenze intergenerazionali.

Linee Guida ISTSS

Il guideline position paper dell'ISTSS (2019) sul cPTSD negli adulti fornisce una overview su tale disturbo, le relative implicazioni di trattamento e delinea le direzioni di ricerca future, ma non si discosta da quanto segnalato in precedenza. Il documento dell'ISTSS segnala che data la recente formalizzazione del disturbo sono ancora assenti affidabili dati empirici controllati. Quelli a disposizione sottolineano l'utilità degli approcci cognitivo comportamentali, tuttavia si segnala anche che quando il trauma complesso è avvenuto durante lo sviluppo i pazienti diventano maggiormente resistenti ai trattamenti usuali.

L'ISTSS raccomanda l'utilità di ritagliare l'intervento sul singolo paziente e sulle specificità sintomatiche (che nel cPTSD variano di più che nel PTSD) focalizzandosi sui domini psicopatologici (per esempio sulla disregolazione emotiva, i problemi relazionali, le rappresentazioni negative su di sé). Raccomanda inoltre di prevedere terapie più lunghe.

Studi recenti e possibili sviluppi

Anche se non ancora presenti nelle linee guida, sono comparsi recentemente dei trial randomizzati che potrebbero avere un impatto significativo nelle prossime linee guida per il cPTSD visto la promettente efficacia dei modelli investigati in questi studi. Nel primo studio Bohus *et al.* (2020) hanno condotto un trial randomizzato di DBT vs Cognitive Processing Therapy adattata per donne che soffrono di trauma complesso con storia di abuso sessuale. La terapia durava fino a 45 sedute. La CPT non prevedeva una componente espositiva, mentre nella DBT l'esposizione in seduta alle memorie traumatiche iniziava dopo la seduta 17. Nel complesso la DBT ha avuto meno dropout (25% vs 39%) e una migliore risposta sintomatica. In un altro trial recente randomizzato sul cPTSD, sono stati confrontati l'Imagery Rescripting e l'EMDR (Boterhoven de Haan *et al.*, 2020). Malgrado la gravità della patologia iniziale, i dropout sono stati molto bassi in entrambi i gruppi. Entrambe le terapie sono risultate ugualmente efficaci su tutti gli outcome.

Bibliografia

- Boterhoven de Haan K.L., Lee C.W., Fassbinder E., van Es S.M., Menninga S., Meewisse M.L., Rijkeboer M., Kousemaker M. & Arntz A. (2020). Imagery rescripting and eye movement desensitisation and reprocessing as treatment for adults with post-traumatic stress disorder from childhood trauma: randomised clinical trial. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 217(5): 609-615. DOI: 10.1192/bjp.2020.158.
- Card P. (2017). *VA/DoD clinical practice guideline for the management of posttraumatic stress disorder and acute stress disorder*.
- Chu J.A. (2010). Posttraumatic stress disorder: Beyond DSM-IV. *The American journal of psychiatry*, 167(6): 615-617. DOI: 10.1176/appi.ajp.2010.10030310.
- Courtois C.A., Brown L.S., Cook J., Fairbank J.A., Friedman M., Gone J.P., ... & Kurtzman H. (2017). *Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults*. American Psychological Association Guideline Development Panel for the Treatment of PTSD in Adults Adopted as APA Policy February 24, 2017.
- Farina B. & Schimmenti A. (in press). Clinical reasoning for attachment trauma. In: Gomez A.M., Hoseney J. (eds.). *Handbook of Child Complex Trauma and Dissociation: Theory, Research, Clinical Applications*. New York: Routledge.
- Farina B., Dimaggio G. & Mosquera D. (in press). Clinical reality connects different models of psychotherapy: commentary on clinical cases on treatment of cPTSD. *Journal of Clinical Psychology*.
- Farina B., Liotti M. & Imperatori C. (2019). The Role of Attachment Trauma and Disintegrative Pathogenic Processes in the Traumatic-Dissociative Dimension. *Frontiers in Psychology*, 10: 933. DOI: 10.3389/fpsyg.2019.00933.
- Herman J.L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3): 377-391. DOI: 10.1002/jts.2490050305.
- International Society for Traumatic Stress Studies Guidelines Committee. (2019). *ISTSS guidelines position paper on complex PTSD in adults*. Oakbrook Terrace: International Society for Traumatic Stress Studies.
- Lippard E.T.C. & Nemeroff C.B. (2020). The Devastating Clinical Consequences of Child Abuse and Neglect: Increased Disease Vulnerability and Poor Treatment Response in Mood Disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 177(1): 20-36. DOI: 10.1176/appi.ajp.2019.19010020.
- McCrary E.J., Gerin M.I. & Viding E. (2017). Annual Research Review: Childhood maltreatment, latent vulnerability and the shift to preventative psychiatry. The contribution of functional brain imaging. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 58(4): 338-357. DOI: 10.1111/jcpp.12713.
- National Institute for Clinical Excellence. (2018). *Post-traumatic stress disorder: NICE guideline*. www.nice.org.uk/guidance/ng116.
- UK Psychological Trauma Society (2017). *Guideline for the treatment and planning of services for complex post-traumatic stress disorder in adults*.
- Ursano R.J., Bell C., Eth S., Friedman M., Norwood A., Pfefferbaum B., Pynoos J.D., Zatzick D.F., Benedek D.M., McIntyre J.S., Charles S.C., Altschuler K., Cook I., Cross C.D., Mellman L., Moench L.A., Norquist G., Twemlow S.W., Woods S., Yager J., ... Steering Committee on Practice Guidelines (2004). Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 161(11 Suppl): 3-31.