



Disturbo Post Traumatico da Stress

DIAGNOSI E TRATTAMENTO

B. Christopher Frueh
Anouk L. Grubaugh
Jon D. Elhai
Julian Ford

Prefazione di M. Ciannantonio

EDIZIONI
FS

*Anticipa le nuove linee guida per i criteri diagnostici del
PTSD stabiliti dall'APA e riportati nel DSM-V*

Disturbo Post Traumatico da stress

DIAGNOSI E TRATTAMENTO

di B. C. Frueh, A. L. Grubaugh, J. D. Elhai, J. Ford

Edizioni FerrariSinibaldi è il marchio editoriale di

SIPISS - Società Italiana di Psicoterapia Integrata per lo Sviluppo Sociale

© 2013 Sipiss S.n.c. Tutti i diritti riservati

2013 - Edizioni FerrariSinibaldi

Via Menotti, 9 - 20129 Milano

www.edizionifs.com

Curatore: Giuseppe Ferrari

Traduttore: Valentina Penati

Editing: Arianna Girard

ISBN 978-88-6763-024-0

Titolo originale: *Assessment and treatment planning for PTSD*

di B. C. Frueh, A. L. Grubaugh, J. D. Elhai, J. Ford

© 2012 by John Wiley & Sons, Inc. All rights reserved. This translation published under license

Le Edizioni FerrariSinibaldi sono un editore specializzato in testi di psicologia, neurologia, medicina, psichiatria e scienze sociali e antropologiche

Indice

Disturbo Post Traumatico da Stress

DIAGNOSI E TRATTAMENTO

di B. C. Frueh, A. L. Grubaugh, J. D. Elhai, J. Ford

Prefazione

a cura di Michele Giannantonio.....7

Capitolo 1

Introduzione 15

Capitolo 2

Pratiche evidence-based.....33

Capitolo 3

Lavorare con i sopravvissuti al trauma49

Capitolo 4

Valutare il PTSD.....93

Capitolo 5

La valutazione della comorbidità 115

Capitolo 6

Etnia, razza e cultura 127

Capitolo 7

Le valutazioni medico-legali.....147

Capitolo 8

Lavorare con bambini e adolescenti165

Capitolo 9

Valutare bambini e adolescenti197

Capitolo 10

Lavorare con i veterani.....221

Capitolo 11

Lavorare con le popolazioni speciali.....247

Capitolo 12

Il trattamento del PTSD.....271

Capitolo 13

Follow-up e monitoraggio.....299

Capitolo 14

Guardare avanti. Nuove frontiere e future direzioni311

Prefazione

a cura di Michele Giannantonio

Dall'introduzione nel 1980 della diagnosi di Disturbo Post-traumatico da Stress (PTSD) da parte dell'American Psychiatric Association abbiamo assistito ad un progressivo interesse nei confronti dei disturbi appartenenti allo "spettro dei disturbi post-traumatici", di cui il PTSD è il più noto, ma certamente non l'unica modalità espressiva (Giannantonio, 2009). Nonostante ciò, siamo ancora molto lontani da una comprensione ampia, consolidata e condivisa sul PTSD, a dispetto della letteratura e della attività di ricerca che è ormai di mole considerevole. Si tratta, evidentemente, di un ambito di notevole complessità, la cui chiarificazione è inoltre certamente ostacolata anche da variabili di natura extra scientifica, come verrà mostrato nel prosieguo. Tra gli effetti più evidenti di questo stato di cose possiamo segnalare la coesistenza di convincimenti teorici ed approcci di valutazione e di intervento molteplici, in parte sovrapponibili, ma spesso realmente differenti, o addirittura antitetici, la cui vastità negli ultimi anni sembra crescere in modo esponenziale, generando una vera galassia di conoscenze cliniche, che purtroppo è impossibile da maneggiare con reale cognizione di causa da parte di un solo esperto. Basti pensare, ad esempio, alla quantità di tempo che è necessaria per l'apprendimento di un nuovo procedimento psicoterapeutico, calcolabile frequentemente nell'ordine degli anni di pratica clinica, se possibile, quotidiana. Un'ulteriore conseguenza di tale complessità sembra essere il marcato scollamento tra la pratica clinica reale e l'attività di ricerca, anche perché quest'ultima procede - almeno in questo ambito - molto più lentamente; in effetti, molte migliaia di clinici nel mon-

do, ogni giorno e contemporaneamente, hanno l'obbligo di cercare di aiutare le persone che soffrono (anche) a causa di esperienze traumatiche, applicando strategie di valutazione e di intervento numerosissime, che probabilmente assumono spesso configurazioni ibride, la risultante della propria esperienza personale e della commistione di più approcci, piuttosto che l'applicazione di un protocollo valutativo e di cura ben definito e protocollato, così come giustamente richiesto dall'attività di ricerca.

Questo volume di Frueh, Grubaugh, Elhai & Ford è dunque il benvenuto nelle librerie italiane, in quanto il suo obiettivo dichiarato è esattamente quello di cercare di generare una maggiore chiarezza nell'ambito delle conoscenze sul PTSD: "Una buona dose di pseudoscienza nel campo della psicotraumatologia, così come la proliferazione di miti, pregiudizi, mode in merito alle reazioni post traumatiche ha ulteriormente confuso le idee dei clinici. Questo volume ha quindi lo scopo di aiutare i professionisti che si occupano di PTSD a formulare valutazioni cliniche basate su evidence-based complete e ad utilizzare protocolli di trattamento efficaci" (vedi Introduzione). In effetti, disponiamo davvero di pochissimo materiale in italiano relativo alle cosiddette pratiche "evidence-based" nell'ambito del PTSD, la maggior parte delle quali in Italia non viene utilizzata e spesso non è conosciuta neppure in astratto; una rapida scorsa alle linee guida proposte dalla International Society for Traumatic Stress Study (Foa *et al.*, 2008) può essere davvero utile per cogliere il gap esistente tra ricerca e pratica clinica, fenomeno davvero plateale, e che questo libro si ripropone esplicitamente di colmare, attraversando tutti gli ambiti principali relativi al PTSD, facendo innanzitutto riferimento ad una letteratura vasta ed aggiornata. Per quanto riguarda gli approcci psicoterapeutici, una particolare attenzione viene rivolta a quelli cognitivo-comportamentali che, più di altri, sono stati sottoposti a verifiche sperimentali, e in particolare a quelli basati sul meccanismo dell'esposizione. Viene dunque fornita una rapida rassegna dei seguenti approcci: Esposizione Prolungata, Terapia dei Processi Cognitivi, Terapia Cognitivo-Comportamentale Focalizzata sul Trauma, EMDR, Stress Inoculation Training, Seeking Safety, Trauma Affect Regulation, Trauma Management Therapy, Terapia Espositiva Multisensoriale.

Di particolare interesse per lo studioso italiano che sempre più frequentemente si deve confrontare con una società multiculturale e segnata da avvenimenti bellici, sono i capitoli relativi al lavoro con popolazioni speciali, reduci di guerre, persone provenienti da differenti etnie, razze e culture.

Ritengo che sia particolarmente da apprezzare l'atteggiamento di umiltà epistemologica incarnato dagli autori, che sottolineano con evidenza il fatto che ci sia davvero ancora molto da comprendere in relazione al PTSD, anche alla luce delle interessantissime recenti osservazioni relative a specifici fenotipi genetici che, in relazione allo stress ambientale, possono probabilmente considerarsi fattori di rischio specifici nei confronti del PTSD. Oltre a ciò, gli autori molto correttamente evidenziano che, sebbene circa il 50% dei casi di PTSD si presenti in comorbidità con altre patologie, nondimeno la ricerca evidence-based fa essenzialmente riferimento al PTSD privo di comorbidità, e si tratta, inoltre, di un corpus di conoscenze davvero molto lontano dal potersi considerare pienamente coerente e definitivo. Tutto ciò, io credo, è forse un invito al lettore ad aggiornarsi continuamente e a tenere la mente aperta, a difendersi da valutazioni pregiudiziali, scolastiche o affrettate, e soprattutto a non ritenere che il proprio approccio valutativo e di intervento clinico sia con troppa sicurezza da considerarsi il più efficace, sempre e comunque, con qualunque tipo di paziente, setting, provenienza culturale ed etnica: il PTSD in assenza di comorbidità, in effetti, è solo un caso particolare di risposta post-traumatica, che è, complessivamente, statisticamente davvero minoritario se considerato all'interno dell'intero spettro dei disturbi post-traumatici. La ricerca evidence-based, dunque, al momento è relativa solo ad un frammento di tale spettro, e come tale dovrebbe essere considerata.

Il continuo riferirsi alle conoscenze basate sull'evidenza è probabilmente uno dei caratteri distintivi dell'opera, ma sono gli autori per primi a domandarsi quale sia il migliore approccio per "identificare e valutare i migliori dati scientifici disponibili, al fine di guidare la scelta di pratiche di valutazione e trattamento" (vedi Capitolo 2). Infatti, "il dato scientifico formale non necessariamente rappresenta l'unica base per la determinazione di ciò che costituisce una pratica

evidence-based. La Task Force dell'American Psychological Association sulle pratiche evidence-based (2006) ha proposto di raccogliere le evidenze derivanti dalle osservazioni dei medici nella loro attività quotidiana così come le valutazioni e le preferenze dei pazienti” (vedi Capitolo 2). Oltre a ciò, anche l'opinione dei cosiddetti “esperti” - secondo gli autori - rientrerebbe nell'alveo del cosiddetto evidence-based, ma non è certo autoevidente e universalmente condiviso quali siano i criteri “corretti” per definire un clinico, appunto, “esperto”, e bisognerebbe inoltre chiedersi se i gruppi di esperti che vengono interpellati siano stati correttamente o non pregiudizialmente selezionati. Inoltre, è talvolta davvero imbarazzante constatare le differenze di opinioni, anche radicali, tra gli esperti, come recentemente emerso nei confronti del PTSD Complesso (Cloitre, *et al.*, 2011) o come riportato, ad esempio, da Gilbert (2010, p. 186): “Un noto terapeuta cognitivo comportamentale una volta mi disse che il dolore per il passato era un elemento inutile per la terapia e che doveva essere evitato”: immagino che la maggior parte dei lettori abbia sviluppato in merito convincenti e davvero differenti. È chiaro, dunque, come anche le proprie difficoltà personali nel confrontarsi con il passato doloroso possano trasformarsi - involontariamente e sottilmente - in visioni apparentemente scientifiche del modo in cui si deve fare psicoterapia e su ciò che è meritevole di indagine clinica e di ricerca. Infine, fatto che a mio parere è di importanza difficilmente sovrastimabile, alcuni esperti di chiara fama internazionale utilizzano approcci non evidence-based, e spesso non utilizzano quelli evidence-based.

In definitiva, secondo gli autori, il clinico, sia esso psicoterapeuta o ricercatore, può ottenere informazioni di rilievo sul PTSD sulla base delle seguenti fonti:

- La ricerca evidence-based.
- Il parere degli esperti.
- Il parere dei propri e degli altrui pazienti.
- La propria evidenza personale.

È davvero interessante che gli autori non abbiano incluso una fonte di autorevolezza che, perlomeno in Italia, è invece tenuta in grandissima considerazione: il proprio orientamento teorico, quello attraverso il quale i clinici si sono for-

mati. Non di rado, infatti, si riscontra nei clinici il seguente modo di porsi: “Poiché io sono formato nell’approccio X, che è ovviamente il migliore, allora l’approccio X è certamente il più idoneo per valutare e trattare anche il PTSD (così come qualunque altra patologia o malessere)”. Messa in questi termini, appare come un atteggiamento surreale o comico, tautologico, tutto tranne che scientifico, e lontano persino dal buon senso; eppure, a mio parere, è diffuso, radicato e difeso per il tramite della supponenza, della mancanza di conoscenze e della costruzione di aggregazioni di clinici che si rispecchiano e si confermano l’un l’altro ma, come diceva Michelstaedter (1910), “il nulla non si raddoppia”.

Vorrei però aggiungere un ulteriore - quinto elemento - che potrebbe fornire importanti informazioni su “cosa funziona davvero”; si tratta di quello che mi piace chiamare “contagio formativo”, ovvero le linee di tendenza relative ai corsi di formazione scelti dagli psicoterapeuti. Certamente tale contagio può essere frutto della moda, o il prodotto di una efficace attività di marketing, così come colto criticamente dagli autori, ma in altri casi la diffusione per passa parola può invece essere dovuta al fatto che approcci nuovi e/o non ancora evidence-based dimostrano al clinico la loro efficacia con particolare immediatezza, tipicamente proprio durante i training formativi stessi; questo non può che generare entusiasmo e, appunto, il contagio di altri colleghi. L’EMDR ne è un esempio eccellente, ritenuta efficace nel trattamento del PTSD anche dal National Institute for Health and Clinical Excellence (2005), nonostante il suo atteggiamento decisamente molto restrittivo nell’attribuire lo status di evidence-based agli approcci psicoterapeutici; tale metodica, infatti, si è diffusa in Italia e nel mondo molto prima che la ricerca ufficiale potesse con sicurezza certificarne l’efficacia nel trattamento del PTSD. Moda? Direi piuttosto che si tratta di un contagio causato dall’efficacia, almeno in parte verificabile già durante il training formativo stesso: perché chiamarla moda, dunque, e non invece un positivo contagio tra colleghi? Altri esempi possono essere la Mindfulness, la Schema Therapy, la Terapia Focalizzata sulla Compassione e la Psicoterapia Sensomotoria. Quest’ultima, ad esempio, ha fatto scomodare a suo favore e con altisonanza i nomi di Bessel van der Kolk, Daniel Siegel e Onno van der Hart, senza che al momento si possa disporre di una quantità e di

una qualità di ricerca che possa definirla come evidence-based. Nel frattempo, però, figure di assoluta autorevolezza e migliaia di clinici la utilizzano quotidianamente con i loro pazienti, anche e forse soprattutto nei disturbi post-traumatici di maggiore complessità e delicatezza (Courtois, Ford, 2009, 2013), condizioni cliniche molto differenti dal PTSD senza comorbidità, il mare magnum che al momento risulta di difficile navigazione da parte delle imbarcazioni dei padalini dell'evidence-based, qualunque sia il loro approccio.

Questo interessante volume, dunque, aiuta il clinico ad approfondire la sua conoscenza degli approcci evidence-based per il PTSD, informazioni e pratiche da integrare fisiologicamente con almeno altri quattro fonti indispensabili per restare al passo con lo stato dell'arte sull'argomento.

Il libro si conclude, infine, con uno sguardo rivolto al futuro, oserei dire doverosamente. Di particolare importanza, la questione dell'adeguamento delle strategie di valutazione e di intervento a seconda della caledoscopicità che assume il PTSD in funzione della comorbidità in cui è coinvolto, ponendo una particolare attenzione nei confronti dei fallimenti terapeutici, piuttosto che dei successi. Le pubblicazioni sull'efficacia degli approcci terapeutici, infatti, sono di importanza fondamentale e insostituibile, ma una disciplina matura, intellettualmente onesta e il più possibile svincolata da logiche di marketing e dal senso di appartenenza ad un modello o ad una scuola (il cui scopo essenziale è di generare coesione e sicurezza emotiva nel clinico) dovrebbe, io credo, focalizzarsi sistematicamente nei confronti di quello che non ha funzionato, allo scopo di creare modelli sempre più ampi e comprensivi della intricata e affascinante fenomenologia dello spettro post-traumatico. Il futuro inoltre, ma questa è una mia opinione personale, dovrebbe dedicarsi anche all'approfondimento sistematico - in sede valutativa e di intervento - di ciò che differenzia un PTSD causato da eventi critici da uno correlato a ciò che non è accaduto (Giannantonio, 2009), ovvero innanzitutto le gravi falle nella storia di attaccamento. Inoltre, e anche in questo caso è opinione dello scrivente, includere nei processi valutativi e di intervento anche ciò che non può emergere dalle interviste cliniche, e dal linguaggio in generale; a titolo esemplificativo, variabili come le seguenti: schema corporeo, confini corporei, capacità di dare e ricevere contatto fisico, senti-

menti di vergogna e di sporco, rapporto con il piacere in generale, memorie somatiche e dissociazione somatoforme di livello subclinico (Giannantonio, in stampa).

Infine, dovrà prima o poi evidenziarsi come un'ovvietà che la scelta di un determinato approccio terapeutico, e la sua efficacia, è anche funzione delle caratteristiche di personalità del terapeuta stesso: un apparente scandalo per la mentalità scientifica, per la logica dell'evidence-based. Ma invece, ne sono persuaso, non può che essere l'applicazione radicale di un atteggiamento razionale, nel senso più forte e più nobile del termine, a ciò che succede quando gli esseri umani si incontrano per cercare di affrontare, insieme, le ferite che ogni vita riceve.

Michele Giannantonio

Autore di "Psicotraumatologia. Fondamenti e strumenti operativi"

Curatore di www.psicosoma.eu e www.psicotraumatologia.com

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Cloitre, M., Courtois, C. A., Charavastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B. C., Green, B. L. (2011). Treatment of Complex PTSD: Results of the ISTSS Expert Clinician Survey on Best Practices. *Journal of Traumatic Stress*, 24, 6, 615-627.
- Courtois, C. A., Ford, K. D. (Eds) (2009). *Treating Complex Traumatic Stress Disorders. An Evidence-Based Guide*. New York: Norton.
- Courtois, C. A., Ford, K. D. (2013). *Treatment of Complex Trauma. A sequenced, relationship-based approach*. New York: Guilford.
- Foa, E. B., Keane, T., Friedman, M. J. & Cohen, J. A. (Eds) (2008). *Effective Treatments for PTSD. Practice Guidelines for the International Society for Traumatic Stress Study*. Seconda edizione. New York: Guilford.
- Giannantonio, M. (2009). *Psicotraumatologia. Fondamenti e strumenti operativi*. Torino: Centro Scientifico Editore.
- Giannantonio, M. (in stampa). *Trauma, attaccamento e sessualità*.

Psicoterapia integrata-corporea e bodywork per le ferite invisibili. Milano: Mimesis.

Gilbert, P. (2010). *La terapia focalizzata sulla compassione. Caratteristiche distintive.* Trad. it. Milano: Franco Angeli, 2012.

Michelstaedter, C. (1910). *Il dialogo della salute e altri saggi.* Milano: Adelphi.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2005). *The management of post traumatic stress disorder in primary and secondary care.* London: Author.

Ogden, P., Minton, K., Pain, C. (2006). *Il trauma e il corpo. Manuale di Psicoterapia Sensomotoria.* Trad. it. Istituto di Scienze Cognitive, 2013.

Capitolo 1

Introduzione

Il Disturbo Post Traumatico da Stress¹ (PTSD) è stato ufficialmente introdotto nella terminologia psichiatrica nel 1980 con il Manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Mentali, Terza edizione (DSM-III) a cura dell'American Psychiatric Association (APA). Nel corso degli ultimi 30 anni, questo disturbo ha cambiato il panorama degli studi sui traumi e sugli stress generici e ha contribuito allo sviluppo di un'ampia gamma di temi e di questioni sociopolitiche, concettuali e cliniche. Il concetto delle reazioni post traumatiche e del relativo adattamento psicologico a seguito di gravi eventi traumatici o dopo traumi causati da una vita stressante sono questioni ormai note anche al di fuori dagli ambienti clinici. La presa di coscienza da parte del pubblico relativamente al Disturbo Post Traumatico da Stress è stata favorita dall'ampia diffusione mediatica degli eventi dell'11 settembre, delle guerre in Iraq e in Afghanistan, degli attacchi terroristici a Londra e a Madrid. A questa maggiore sensibilità sul PTSD hanno contribuito anche le catastrofi naturali, come uragani, terremoti, tsunami e casi ampiamente pubblicizzati di violenza sessuale sui minori da parte di funzionari della chiesa e di eroi sportivi nazionali, e i genocidi in Africa e nell'Europa dell'Est. Inoltre è probabile che i mass media, la pubblicità e i film, dalla guerra del Vietnam in poi, abbiano giocato un ruolo importante nella comprensione del PTSD anche da parte dei non addetti ai lavori. Quello che è ormai il ritratto più comune del veterano ritornato in patria è quello dell'eroe-vittima, psicologicamente instabile,

¹ Post Traumatic Stress Disorder, abbreviato PTSD.

descritto in numerosi film hollywoodiani come “Taxi driver” (1976), “Tornando a casa” (1978), “Il cacciatore” (1979), “Nato il 4 luglio” (1989) e “Nella valle di Hela” (2007).

Senza dubbio nelle ultime decadi la ricerca su questo disturbo si è intensificata molto, con il risultato di fornire a pazienti e familiari un corpus di specialisti e di strutture specializzate nella diagnosi e nel trattamento del PTSD. Nonostante questo miglioramento delle nostre conoscenze, restano ancora molte domande senza risposta e parecchie controversie su come i medici dovrebbero valutare, definire e trattare i sintomi psichiatrici per quanto riguarda gli eventi traumatici. Permangono carenze sia per ciò che concerne le indicazioni pratiche sul trattamento del PTSD sia per quanto riguarda le prove empiriche su cui basare la diagnosi. Una buona dose di pseudoscienza nel campo della psicotraumatologia, così come la proliferazione di miti, pregiudizi e mode in merito alle reazioni post traumatiche ha ulteriormente confuso le idee dei clinici. Questo volume ha quindi lo scopo di aiutare i professionisti che si occupano di PTSD a formulare valutazioni cliniche formulate su evidenze-based complete e ad utilizzare protocolli di trattamento efficaci.

Questo primo Capitolo inizia con una prospettiva storica dei disturbi post traumatici, per poi proseguire con una breve rassegna dei maggiori problemi per quanto riguarda la diagnosi del PTSD, per concludersi poi con una panoramica generale di evidenze-based per la cura della salute mentale e con una trattazione sulle ragioni che rendono tali pratiche così importanti per le persone che soffrono di disturbi post traumatici.

PROSPETTIVE STORICHE E SOCIALI

L'idea generale che le persone vengano influenzate in maniera significativa e, a volte permanente, da eventi violenti e drammatici non è nuova. Le reazioni post-belliche dei soldati sono state osservate sin dai tempi antichi attraverso la mitologia e la letteratura in varie culture (es. “Epopèa di Gilgamesh”, gli scritti omerici e shakespeariani). Dal diciannovesimo secolo in poi, si sono succeduti diversi termini per descrivere le reazioni post traumatiche in seguito

a una varietà di eventi pericolosi e spaventosi. Spesso questi termini hanno fornito indizi su come l'eziologia o la natura dei sintomi siano state osservate nel corso del tempo. Negli anni successivi alla Guerra Civile americana è stato osservato come molti veterani avessero riportato sintomi di dolore al petto cronici, così come affaticamento, mancanza di respiro e palpitazioni cardiache, sintomi che però non erano spiegati da effettivi problemi fisici. Medici e scienziati erano spiazzati da questa sindrome che, a parte alcune similitudini, non aveva una spiegazione ovvia. La sindrome osservata divenne conosciuta come "Il cuore del soldato" o "La sindrome Da Costa", dal chirurgo che per primo descrisse una serie di casi clinici (Barnes, 1870). Durante la Prima Guerra Mondiale il termine "shell shock" venne usato in riferimento a una costellazione di sintomi che erano ritenuti essere un disturbo neurologico causato dal suono delle esplosioni e dagli accecanti lampi di luce causati dai colpi di artiglieria sul fronte occidentale. Durante la Seconda Guerra Mondiale si utilizzava invece la terminologia "Combat fatigue", in base alla credenza diffusa che le reazioni post combattimento fossero causate dall'esposizione allo stress e da una fatica estrema. Negli anni '70, le vittime di abusi sessuali soffrivano spesso di quella che veniva definita "sindrome da trauma da stupro" (Burgess & Holmstrom, 1974) o "sindrome da donna maltrattata" (Walker, 1977).

In psichiatria, il concetto di una specifica categoria di eventi che causano un disturbo psichiatrico è stato formalizzato per la prima volta nel 1952 nella prima edizione del DSM. La reazione da forte stress (Gross Stress Reaction, GSR) era definita come "disturbo della personalità transitoria situazionale" e poteva verificarsi nel caso in cui una persona "essenzialmente normale" subiva gravi danni fisici o era sottoposta a un forte stress emotivo. Il GSR è stato poi abbandonato nel 1968 con la seconda edizione del DSM. Dodici anni dopo quest'edizione, una più ristretta classe di eventi, i traumi, venne considerata come agente causale di una nuova e specifica serie di sintomi e il disturbo da stress post traumatico divenne definito formalmente e incluso nella nosologia psichiatrica.

La diagnosi del PTSD, aggiunta al DSM nel 1980, era in gran parte il risultato dei tentativi di tener conto della perdita di valore impegnativo che si riscontrava nei vetera-

ni del Vietnam al momento del loro ritorno a casa (Satel & Fruch, 200; Shephard, 2001, 2004; Wessely & Jones, 2004). Nell'immediato post Vietnam, il risarcimento per i danni funzionali significativi a favore dei reduci era difficile da ottenere per motivi diversi da evidenti danni fisici, e l'accesso ai servizi medici forniti dalla VA, Veterans Administration², era possibile solo tramite un disturbo collegabile alla guerra (Wessely & Jones, 2004). I sostenitori dei veterani e gli attivisti pacifisti furono i promotori degli sforzi per definire e codificare una "sindrome del Vietnam", un responso psichiatrico alla guerra unicamente per i veterani del Vietnam. Sempre durante gli anni Settanta, il movimento femminista stava diventando politicamente sempre più forte e importante e iniziò a denunciare con sempre maggior successo la violenza, troppo comune, contro le donne, portando allo sviluppo di una "sindrome da stress da stupro" (Burgess & Holmstrom, 1974). Questi due gruppi di attivisti unirono presto le forze con medici e ricercatori per la salute mentale verso una causa comune. Lavorarono quindi assieme per influenzare lo sviluppo di una nuova diagnosi da aggiungere al DSM-III. Oltre che dalla scienza medica e psicologica, lo sviluppo di una definizione clinica del PTSD è stato pesantemente influenzato da fattori socioeconomici e dalle forze politiche (Mezey & Robbins 2001; Shephard, 2001). Per una trattazione più approfondita sulle origini del PTSD, vedi Shephard (2001), Jones & Wessely (2007), Rosen & Fruch (2010) e Satel & Fruch (2009).

Un disturbo psichiatrico unico

Il PTSD è un disturbo unico all'interno dei disturbi psichiatrici codificati nel DSM, in quanto si tratta di un raro disturbo che ha due tipi di spiegazione: una eziologica, il trauma, e una che in realtà è parte stessa dei suoi criteri diagnostici (Criterio A³). Altrimenti, per la maggior parte dei casi, il DSM adotta un metodo pratico per classificare e quantificare i disturbi mentali. Il fatto che il PTSD non possa esser diagnosticato senza che sia verificato il Criterio A rende questo disturbo non solo differente dalle altre dia-

² VA Veteran Administration.

³ Criterio A DSM-III.

gnosi psichiatriche, ma anche unico nel campo degli studi sullo stress generico (Breslau & Davis, 1987). Come hanno osservato Rosen *et al.*, (2010):

Al posto di tutti gli stress che portano ad un aumento del rischio per una vasta gamma di condizioni fissate, c'è ora una nuova classe distinta di fattori di stress che ha portato ad una propria forma di psicopatologia. Così, mentre ogni tipo di stress elevato può portare all'aumento del rischio di mal di testa, pressione alta, depressione, solo il verificarsi di un Criterio A, come guerra, stupro, pericolo di vita, può causare la sindrome da PTSD. Questa catalogazione con eziologia specifica, associata a una sindrome clinica, fornì un motivo per esplorare un nuovo campo di "traumatologia" oltre agli studi sullo stress generico (pg. 7).

Un disturbo in evoluzione

Nel corso degli ultimi 30 anni, dalla sua prima apparizione in poi, la definizione del PTSD si è costantemente evoluta ad ogni nuova revisione del DSM. Sono state apportate modifiche anche alla definizione del Criterio A, nuovi sintomi sono stati aggiunti e i requisiti in materia di insorgenza e durata dei sintomi (Criterio E) sono stati modificati.

Nel DSM-III (APA, 1980) il criterio del trauma (Criterio A) veniva definito così: "Esistenza di riconoscibili fattori di stress che possono richiamare significativi sintomi di disagio in quasi tutti" (p. 238). Questo fattore di stress è stato descritto come fuori dal campo delle normali esperienze umane. Nel DSM-IV (APA, 1994), gli eventi del Criterio A sono stati descritti in maniera più specifica:

La persona è stata esposta a un evento traumatico in cui erano presenti le seguenti condizioni: 1. la persona ha vissuto, ha assistito o si è confrontata con uno o più eventi che implicano morte, pericolo di vita, gravi lesioni o una minaccia all'integrità fisico propria o di altri; 2. la reazione della persona era comprensiva di paura intensa, senso d'impotenza o di orrore. Nota: nei bambini questo può essere espresso da un comportamento disorganizzato e agitato (pp. 427-428).

Inoltre, entro il 1994, studi empirici hanno dimostrato come gli eventi traumatici siano in realtà abbastanza comu-

ni nell'esperienza umana, per cui quell'aspetto del DSM-III è stato eliminato dalla definizione.

Il numero dei possibili sintomi del PTSD è stato aumentato da 12 nel DSM-III a 17 nel DSM-I, che aggiunge i comportamenti di evitamento. Inoltre è stato inserito anche un avvertimento al Criterio E nel quale si specifica che la durata del disturbo deve superare un mese. Questa revisione al Criterio E nel DSM-IV è stata associata ad una nuova, ma correlata, diagnosi: disturbo acuto da stress (Acute Stress Disorder, ASD). Come il PTSD anche l'ASD richiede come Criterio A un evento traumatico e prevede sintomi molto simili al PTSD (criteri da B a D). La diagnosi di ASD richiede una durata dei sintomi di almeno due giorni (in modo da escludere quelli con immediate reazioni post traumatiche, che sono molto comuni) e non può durare più di quattro settimane dopo l'esposizione al fattore di stress traumatico. In questo modo l'ASD serve come diagnosi per coloro che soffrono di reazioni di stress post traumatico estreme che si verificano troppo presto dopo l'esposizione al trauma per essere classificati come PTSD.

I criteri di definizione del PTSD continuano ad essere oggetto di dibattito e di discussione e saranno rivisti nelle prossime edizioni del DSM. Torneremo con ulteriori discussioni sul futuro del PTSD nel Capitolo 12.

IMPORTANTI QUESTIONI TEORICHE E PROBLEMATICHE

Nonostante la proliferazione delle ricerche e il miglioramento dei servizi clinici per il PTSD, ancora molto di questo disturbo rimane incompreso o sconosciuto. Nelle sezioni che seguono, verranno brevemente introdotte alcune delle più importanti questioni teoriche e i problemi riguardanti la diagnosi del PTSD e la pianificazione del trattamento per le persone che hanno vissuto un evento traumatico.

Epidemiologia del PTSD: Morbilità post traumatica e Resilienza

È supposizione diffusa da parte di molti non addetti ai

lavori che la maggioranza delle persone che vivono di un'esperienza traumatica, come una violenza sessuale, un abuso infantile, una catastrofe naturale o una guerra, svilupperà un disordine psichiatrico come diretta conseguenza dell'esperienza. Tuttavia i dati attuali fanno emergere una realtà ben diversa. La maggior parte delle persone riscontra una difficoltà a breve termine e può essere psicologicamente scossa in diversi modi. Tuttavia la maggior parte delle persone che è sopravvissuta alle più terribili esperienze traumatiche non sviluppa un PTSD o altri disturbi psichiatrici. In questo caso le persone che hanno subito un trauma sviluppano una resilienza a lungo termine (Bonanno, Westphal e Mancini, 2011).

Esiste una gran quantità di studi epidemiologici, condotti su differenti tipologie di popolazioni che ci consentono di migliorare la nostra capacità di comprensione delle stime di prevalenza del PTSD (Breslau *et al.*, 1991; Davidson *et al.*, 1991; Dohrenwend *et al.*, 2006; Norris, 1992; Smith *et al.*, 2008). I dati dimostrano costantemente che l'esposizione a eventi potenzialmente traumatici (Criterio A) è abbastanza comune nella popolazione generale, con stime variabili tra il 60% e l'80% (Breslau *et al.*, 1991; Kessler *et al.*, 1995). I tassi di PTSD sono costantemente riscontrati in una percentuale che va dal 6% al 9% sia nella popolazione generale sia nei veterani di guerra. Tra coloro che sviluppano il PTSD, il 50% circa ne guarisce in un periodo di tre mesi senza trattamento (Galea *et al.*, 2002; Rothbaum *et al.*, 1992). Quest'importante scoperta viene specificatamente annotata nel DSM-IV. I soggetti ai quali viene diagnosticato un PTSD sono 3 volte più a rischio rispetto la popolazione generale, di incorrere nuovamente nel disturbo (Breslau, Peterson e Schultz, 2008). In questo modo, il PTSD può diventare un disturbo ricorrente dopo un primo episodio.

Comorbilità psichiatrica

Studi epidemiologici indicano anche che il PTSD non è l'unica, o anche solo la più probabile, reazione psichiatrica all'esposizione a un trauma. Paura, ansia, tristezza, rabbia e senso di colpa (tra le altre) sono reazioni comuni alle esperienze traumatiche. Altri disturbi comuni sono fisici o somatici, come l'insonnia, sintomi gastrointestinali, mal di

testa o disturbi del sonno, ma anche relazionali e comportamentali, come difficoltà sociali, uso di sostanze, tra cui alcol e nicotina (Breslau *et al.*, 1991; Bryant, 2010; Kessler *et al.*, 1995). Una grave depressione è probabilmente la forma più comune di psicopatologia post traumatica, più diffusa anche del PTSD e la maggioranza dei pazienti nei quali vengono diagnosticati i criteri del PTSD ha ulteriori problemi psichiatrici. I disturbi comuni che si accompagnano al PTSD includono depressione, disturbi da uso di sostanze, attacchi di panico e altri disturbi d'ansia. In aggiunta alla malattia, le persone a cui è stato diagnosticato il PTSD presentano spesso una comorbidità medica (es. dolore cronico, difficoltà cardiache) associato ad un maggior uso dei servizi sanitari (Elhai, Del Nord e Frueh, 2005; Schnurr & Green, 2004).

Fattori di rischio individuali

Tutto questo solleva la questione: se solo una piccola percentuale (dal 6% al 9%) di persone che hanno subito un trauma sviluppa il PTSD, quali soggetti sono potenzialmente più a rischio? Un certo numero di vulnerabilità individuali e fattori di rischio hanno dimostrato di essere forti indizi di eventuale PTSD. Il sostegno sociale interpreta forse uno dei ruoli più importanti di tamponamento contro la malattia psichiatrica in materia di trauma e stress. È anche vero che in un ambiente con basso sostegno sociale è associato un aumento del rischio di PTSD (Anrews, Brewin e Rose, 2003). Il genere è un altro importante fattore di rischio. Le donne sono a più alto rischio di sviluppare il PTSD rispetto agli uomini con un rapporto di 2 a 1 (Breslau *et al.*, 1991; Tolin & Foa, 2006). Altri importanti fattori di rischio di PTSD sono legati alla bassa istruzione, al basso status socio-economico, ad una precedente storia di scarso adattamento sociale o ad altri disturbi psichiatrici ed abuso di sostanze. Ricerche recenti suggeriscono anche che certi fenotipi genetici possono interagire con i fattori di stress ambientale e influenzare la probabilità dello sviluppo del PTSD dopo un trauma (Koenen, 2007). In questo momento però la ricerca genetica sul PTSD e sulle altre reazioni post traumatiche è ancora poco sviluppata. Maggiori dati si avranno sicuramente nel corso dei prossimi 5 o 10 anni, ma è improbabile che le variazioni genetiche possano spiegare più del 35% del

rischio di sviluppo del PTSD.

La natura eziologica del trauma

È inerente alla logica interna della diagnosi del PTSD il fatto che il trauma (Criterio A) provochi i sintomi della malattia. La credenza in una specifica eziologia è stata fondamentale per le origini stesse del PTSD e ha fornito i dati necessari a codificare un nuovo disturbo psichiatrico che deriva da una classe unica di fattori di stress partendo dagli stressor della vita generale. Di conseguenza le persone che non soffrono di un evento traumatico non dovrebbero sviluppare il PTSD. Tuttavia i dati empirici hanno costantemente dimostrato il contrario, cioè che i fattori di stress non corrispondenti al Criterio A (es. gli eventi non considerati traumatici) possono portar a tassi simili di PTSD (vedere Long & Elhai, 2009; Rosen & Lilienfeld, 2008). In realtà l'ipotesi di un'eziologia specifica per il PTSD è così problematica, da un punto di vista teoretico ed empirico, che alcuni ricercatori stanno iniziando ad occuparsi del problema del Criterio A (Weathers & Keane, 2007). Questo, ovviamente, ha delle implicazioni per la nostra comprensione e definizione del disturbo anche per quanto riguarda il modo in cui l'argomento verrà trattato nelle future edizioni del DSM. Le recenti proposte hanno suggerito di tutto: dalle più severe definizioni di ciò che costituisce un evento traumatico (Kilpatrick, Resnick e Acierno, 2009) fino all'estremo di abolire il Criterio A (Brewin *et al.*, 2009). A questo punto si tratta piuttosto di una questione aperta sul fatto che i fattori di stress "traumatici" siano realmente diversi da altri fattori di stress della vita (divorzio, perdita del lavoro, difficoltà finanziarie) o siano meglio compresi come punti lungo un continuum di fattori di stress (Dohrewend, 2010). In futuro, il campo dei traumi potrà convergere con quello degli stress generali.

I sintomi del PTSD: sovrapposizione di sintomi e fattori strutturali

Un'altra questione molto importante nel campo dei traumi è: fino a che punto il PTSD è un unico disturbo psichiatrico e dove diventa semplicemente la copia di altre diagnosi

nelle categorie dei disturbi dell'umore e dell'ansia (McHugh & Treisman, 2007; Spitzer, First e Wakefield, 2007). Non si tratta solo di una mera questione teorica. La risposta ha implicazioni pratiche per la nostra capacità di comprendere e trattare i sintomi clinici di cui è attualmente composto il disturbo. Non solo il PTSD ha un'alta comorbidità con altri disturbi psichiatrici del DSM, ma ha molti sintomi in comune con altri disturbi. Per esempio i criteri per la diagnosi del PTSD possono essere pienamente soddisfatti con la giusta combinazione di sintomi tratti dalla diagnosi combinate di depressione e specifiche fobie. Vedi Rosen *et al.* (2010) per una spiegazione dettagliata di come questo si possa verificare. Un ulteriore problema è che il nucleo di sintomi del PTSD si è dimostrato essere meglio concettualizzato come disforia generale o comune disagio più che come disturbi d'ansia e di stati d'animo (Simms, Watson e Doebbeling, 2002; Watson, 2005). Anche se gli studi iniziali sulle condizioni dei criteri che rimuovono i sintomi sovrapposti del PTSD trovano simili tassi di prevalenza e comorbidità, questi risultati non risolvono tutti i problemi (Elhai *et al.*, 2008; Ford *et al.*, 2009; Grubaugh *et al.*, 2010).

La struttura di disturbo può fornirci informazioni su come alcuni sintomi si avvallano in maniera simile tra loro e in maniera differente da altri.

Gli studi sui fattori analitici negli ultimi 15 anni hanno dimostrato che il modello tripartito del PTSD nel DSM-IV (rivivere l'evento, evitamento, iperarousal) non considera adeguatamente tutti i fattori coinvolti nel PTSD (Elhai *et al.*, 2008; Elhai & Palmieri, 2011; Yufik & Simms, 2010). Questo campo di ricerca rivela come la struttura del PTSD possa essere al meglio rappresentata da due modelli di 4 fattori: (1) il modello di King, Leskin, King e Weathers (1998), che consiste in: rivivere l'evento, evitamento, intorpidimento emotivo e iperarousal; e (2) il modello definito da Simms *et al.* (2002), che consiste in: rivivere l'esperienza, evitamento, disforia e iperarousal. Questi due modelli si differenziano solo per la collocazione di tre sintomi del PTSD: problemi del sonno (sintomo D1 del PTSD), irritabilità (D2) e difficoltà di concentrazione (D3). I sintomi dal D1 al D3 nel modello di King *et al.*, fanno parte del fattore iperarousal, ma nel modello di Simms si collocano nel fattore disforia.

Memoria e trauma

In passato era un'idea comune che la memoria di eventi traumatici funzionasse in maniera molto differente rispetto alla memoria delle esperienze comuni. Molti medici credevano anche che le esperienze maggiormente traumatiche avessero alte possibilità di essere repressi. Questo viene spiegato dal fatto che alcuni eventi sono così terribili che la mente umana non può tollerarli e, quindi, li reprime nell'inconscio. Questi ricordi traumatici inconsci possono causare danni come gravi psicopatologie, inclusi i sintomi del PTSD, personalità multiple, disturbo di personalità borderline e altre forme di disturbi psichiatrici. Questo concetto risale al lavoro di Sigmund Freud, ed è stato anche oggetto di diversi film hollywoodiani (es. *Sybil*, 1976) e sussiste tuttora in alcuni ambiti. È stato tesi di punta di importanti cause legali durante questi anni, comprese quelle contro la Chiesa Cattolica e i centri di day care. In realtà il DSM-IV legittima in qualche modo questo concetto includendolo come uno dei 17 sintomi del PTSD: "incapacità di ricordare alcuni aspetti importanti del trauma". Tuttavia, e molte ricerche nel campo della memoria, dell'apprendimento e della cognizione non è riuscito a fornire alcun supporto a questo concetto di un meccanismo speciale per la memoria traumatica (McNelly, 2003). Diverse rivelazioni hanno fatto seguito alla comprensione di questo concetto. Per esempio un recente libro di un giornalista investigativo (Nathan, 2011) ha completamente screditato il caso di *Sybil*, la famosa paziente affetta da personalità multiple causate da traumi infantili (nel film era interpretata da Sally Field). Le prove dipingono il ritratto di una paziente affetta da altri disturbi psichiatrici che è stata manipolata dal suo psichiatra affinché riportasse una serie di sintomi che in realtà non aveva.

Insorgenza ritardata del PTSD

Una caratteristica del Disturbo Post Traumatico da Stress che è stata inclusa nel DSM è il concetto di insorgenza ritardata del PTSD. Secondo questo diffuso punto di vista, le persone possono sviluppare resilienza dopo un trauma, ma molti anni più tardi possono subire un'insorgenza improvvisa dei sintomi del PTSD non imputabile ad alcun fattore

di stress o malattie attuali. Esempio di questo è lo stereotipo del veterano di guerra che viene sopraffatto improvvisamente dai sintomi del PTSD 20 o 30 anni dopo la fine della guerra. Tuttavia ci sono pochi dati empirici a sostegno della tesi dell'insorgenza ritardata del PTSD. Diversi importanti studi epidemiologici su civili e veterani hanno riportato un tasso estremamente basso di insorgenza ritardata del PTSD (Breslau *et al.*, 1991; Frueh *et al.*, 2009). Tuttavia se l'insorgenza ritardata è riconcettualizzata come un ritardo nella ricerca del trattamento o come una successiva riacutizzazione di precedenti sintomi causati da fattori di stress attuali che si verificano anni dopo l'evento traumatico originale, allora il fenomeno diventa più comune (Andrews *et al.*, 2007). Una conseguenza di ciò è che i medici dovrebbero essere sicuri di annotare accuratamente il corso dei sintomi di un paziente e gli eventuali ritardi nella ricerca di cure, prima di applicare la qualifica diagnostica di insorgenza ritardata.

Gli aspetti legali del PTSD

Come già detto, il PTSD è uno dei pochi disturbi psichiatrici la cui definizione nel DSM include un criterio eziologico: l'esposizione a un evento traumatico. La presenza di un evento come causa specifica di una sofferenza psicologica e di una compromissione del funzionamento, comporta che la diagnosi di PTSD viene richiesta tra i pazienti che richiedono un risarcimento sul lavoro, disabilità e cause di lesioni personali (Taylor, Frueh e Asmundson, 2007). Per esempio la grande maggioranza (più del 90%) dei veterani in cerca di servizi di trattamento all'interno del sistema del Veterans Affairs (solamente per la Veterans Administration) fa anche richiesta di risarcimento per la disabilità, tutto ciò implica quindi una vasta gamma di valutazioni e considerazioni sul trattamento del PTSD (Frueh *et al.*, 2007; Worthen & Moering, 2011). La diagnosi prevede un'apertura nel contenzioso per responsabilità civile perché i dati sostengono che i sintomi psichiatrici soggettivi sono il risultato diretto di un presunto evento traumatico e non di altri fattori di stress della vita o di vulnerabilità personali. Altri principali disturbi psichiatrici, tra i quali depressione, ansia e dipendenze, non si prestano facilmente a questa cosa. Il DSM-IV riconosce espressamente questa realtà con un orientamen-

to cautelativo per i clinici: “La simulazione dovrebbe essere esclusa in quelle situazioni in cui svolgono un ruolo remunerazione finanziaria, concessione dei sussidi e determinazioni forensi” (APA, 1994, p.467). Si tratta di un problema di valutazione clinica che verrà affrontato successivamente.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: Author.
- Andrews, B., Brewin, C. R., Philpott, R., & Stewart, L. (2007). Delayed-onset posttraumatic stress disorder: A systematic review of the evidence. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1319-1326.
- Andrews, B., Brewin, C. R., & Rose, S. (2003). Gender, social support, and PTSD in victims of violent crime. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 421-427.
- Barnes, J. K. (1870). *Medical and surgical history of the war of rebellion, 1861-1865*. Washington, DC: Government Printing Office.
- Bonanno, G. A., Westphal, M., & Mancini, A. D. (2011). Resilience to loss and *potential trauma*. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 1.1-1.25.
- Breslau, N., & Davis, G. C. (1987). Posttraumatic stress disorder: The stressor criterion. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 255-264.
- Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P., & Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*, 48, 216-222.
- Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C., & Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit area survey of trauma. *Archives of General Psychiatry*, 55, 626-632.
- Breslau, N., Peterson, E. L., & Schultz, L. R. (2008). A second look at prior trauma and the posttraumatic stress disorder effects of subsequent trauma: A prospective epidemiological study.

- Archives of General Psychiatry*, 65, 431-437.
- Brewin, C. R., Lanius, R. A., Novac, A., Schnyder, U., & Galea, S. (2009). Reformulating PTSD for DSM-V: Life after Criterion A. *Journal of Traumatic Stress*, 22, 366-373.
- Bryant, R. A. (2010). *Treating the full range of posttraumatic reactions*. In G. M. Rosen & B. C. Frueh (Eds.), *Clinician's guide to posttraumatic stress disorder* (pp. 205-234). Hoboken, NJ: Wiley.
- Burgess, A. W., & Holmstrom, L. L. (1974). Rape trauma syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 131, 981-986.
- Davidson, J. R. T., Hughes, D., Blazer, D. G., & George, L. K. (1991). Post-traumatic stress disorder in the community: An epidemiological study. *Psychological Medicine*, 21, 713-721.
- Dohrenwend, B. P. (2010). Toward a typology of high-risk major stressful events and situations in posttraumatic stress disorder and related psychopathology. *Psychological Injury and Law*, 3, 89-99.
- Dohrenwend, B. P., Turner, J. B., Turse, N., Adams, B. G., Koenan, K. C., & Marshall, R. (2006). The psychological risks of Vietnam for U.S. veterans: A revisit with new data and methods. *Science*, 313, 979-982.
- Elhai, J. D., Biehn, T. L., Armour, C., Klopper, J. J., Frueh, B. C., & Palmieri, P. A. (2011). Evidence for a unique PTSD construct represented by PTSD's D1-D3 symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 340-345.
- Elhai, J. D., Grubaugh, A. L., Kashdan, T. B., & Frueh, B. C. (2008). Empirical examination of a proposed refinement to DSM-IV posttraumatic stress disorder symptom criteria using the National Comorbidity Survey Replication data. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 597-602.
- Elhai, J. D., North, T. C., & Frueh, B. C. (2005). Health service use predictors among trauma survivors: A critical review. *Psychological Services*, 2, 3-19.
- Elhai, J. D., & Palmieri, P. A. (2011). The factor structure of posttraumatic stress disorder: A literature update, critique of methodology, and agenda for future research. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 849-854.
- Ford, J. D., Elhai, J. D., Ruggiero, K. J., & Frueh, B. C. (2009). Refining the posttraumatic stress disorder diagnosis: Evaluation of symptom criteria with the National Survey of Adolescents. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70, 748-755.
- Frueh, B. C., Grubaugh, A. L., Elhai, J. D., & Buckley, T. C. (2007). U.S. Department of Veterans Affairs disability policies for

- PTSD: Administrative trends and implications for treatment, rehabilitation, and research. *American Journal of Public Health*, 97, 2143-2145.
- Frueh, B. C., Grubaugh, A. L., Yeager, D. E., & Magruder, K. M. (2009). Delayed onset posttraumatic stress disorder among veterans in primary care clinics. *British Journal of Psychiatry*, 194, 515-520.
- Galea, S., Ahern, J., Resnick, H., Kilpatrick, D., Bucuvalas, M., Gold, J., & Vlahov, D. (2002). Psychological sequelae of the September 11 terrorist attacks in New York City. *New England Journal of Medicine*, 346, 982-987.
- Grubaugh, A. L., Long, M. E., Elhai, J. D., Frueh, B. C., & Magruder, K. M. (2010). An examination of the construct validity of posttraumatic stress disorder with veterans using a revised criterion set. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 909-914.
- Jones, E., & Wessely, S. (2007). A paradigm shift in the conceptualization of psychological trauma in the 20th century. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 164-175.
- 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*, 52, 1048-1060.
- Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., & Acierno, R. (2009). Should PTSD Criterion A be retained? *Journal of Traumatic Stress*, 22, 374-383.
- King, D. W., Leskin, G. A., King, L. A., & Weathers, F. W. (1998). Confirmatory factor analysis of the Clinician-Administered PTSD Scale: Evidence for the dimensionality of posttraumatic stress disorder. *Psychological Assessment*, 10, 90-96.
- Koenen, K. C. (2007). Genetics of posttraumatic stress disorder: Review and recommendations for future studies. *Journal of Traumatic Stress*, 20, 737-750.
- Long, M. E., & Elhai, J. D. (2009). Posttraumatic stress disorder's traumatic stressor criterion: History, controversy, clinical and legal implications. *Psychological Injury and Law*, 2, 167-178.
- McHugh, P. R., & Treisman, G. (2007). PTSD: A problematic diagnostic category. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 211-222.
- McNally, R. J. (2003). *Remembering trauma*. Cambridge, MA: Belknap Press of Harvard University Press.
- Mezey, G., & Robbins, I. (2001). Usefulness and validity of post-traumatic stress disorder as a psychiatric category. *British Medical Journal*, 323, 561-563.
- Nathan, D. (2011). *Sybil exposed: The extraordinary story*

- behind the famous multiple personality case*. New York, NY: Free Press.
- Norris, F. H. (1992). Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 409-418.
- Rosen, G. M., & Frueh, B. C. (2010). *Clinician's guide to post-traumatic stress disorder*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Rosen, G. M., Frueh, B. C., Elhai, J. D., Grubaugh, A. L., & Ford, J. D. (2010). Posttraumatic stress disorder and general stress studies. In G. M. Rosen & B. C. Frueh (eds), *Clinician's guide to posttraumatic stress disorder* (pp. 3-31). Hoboken, NJ: Wiley.
- Rosen, G. M., & Lilienfeld, S. O. (2008). Posttraumatic stress disorder: An empirical analysis of core assumptions. *Clinical Psychology Review*, 28, 837-868.
- Rosen, G. M., Lilienfeld, S. O., Frueh, B. C., McHugh, P. R., & Spitzer, R. L. (2010). Reflections on PTSD's future in DSM-5. *British Journal of Psychiatry*, 197, 343-344.
- Rothbaum, B. O., Foa, E. B., Riggs, D. S., Murdock, T., & Walsh, W. (1992). A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 455-475.
- Satel, S. L., & Frueh, B. C. (2009). Sociopolitical aspects of psychiatry: Posttraumatic stress disorder (pp. 728-733). In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (9th ed.). Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.
- Schnurr, P. P., & Green, B. L. (Eds.). (2004). *Trauma and health: Physical health consequences of exposure to extreme stress*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Shephard, B. (2001). *A war of nerves: Soldiers and psychiatrists in the twentieth century*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Shephard, B. (2004). Risk factors and PTSD: A historian's perspective. In G. M. Rosen (Ed.), *Posttraumatic stress disorder: Issues and controversies* (pp. 39-61). Chichester, U.K. Wiley.
- Simms, L. J., Watson, D., & Doebbeling, B. N. (2002). Confirmatory factor analyses of posttraumatic stress symptoms in deployed and nondeployed veterans of the Gulf War. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 637-647.
- Smith, T. C., Ryan, M. A. K., Wingard, D. L., Slymen, D. J., Sallis

- J. F., & Kritz-Silverstein, D. (2008). New onset and persistent symptoms of post-traumatic stress disorder self reported after deployment and combat exposures: Prospective population based US military cohort study. *British Medical Journal*, 336, 366-371.
- Spitzer, R. L., First, M. B., & Wakefield, J. C. (2007). Saving PTSD from itself in DSM-V. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 233-241.
- Summerfield, D. (2001). The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category. *British Medical Journal*, 322, 95-98.
- Taylor, S., Frueh, B. C., & Asmundson, G. J. G. (2007). Detection and management of malingering in people presenting for treatment of posttraumatic stress disorder: Methods, obstacles, and recommendations. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 22-41.
- Tolin, D. F., & Foa, E. B. (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin*, 132,
- Walker, L. E. (1977). Battered women and learned helplessness. *Victimology*, 2, 525-534.
- Watson, D. (2005). Rethinking the mood and anxiety disorders: A quantitative hierarchical model for DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 522-536.
- Weathers, F. W., & Keane, T. M. (2007). The criterion A problem revisited: Controversies and challenges in defining and measuring psychological trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 20, 107-121.
- Wessely, S., & Jones, E. (2004). Psychiatry and the "lessons of Vietnam": What were they, and are they still relevant? *War & Society*, 22, 89-103.
- Worthen, M. D., & Moering, R. G. (2011). A practical guide to conducting VA compensation and pension exams for PTSD and other mental disorders. *Psychological Injury and Law*, 4(3-4), 187-216.
- Yufik, T., & Simms, L. J. (2010). A meta-analytic investigation of the structure of posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 119, 764-776.