

MINDFULNESS-BASED STRESS REDUCTION PER VETERANI CON DISTURBO POST-TRAUMATICO DA STRESS: UNA REVISIONE COMPLETA DELLA LETTERATURA

Indice:

1. Abstract

Capitolo 1

1.1 Definizione di trauma e stress.....	1
1.2 Disturbo Post-traumatico da stress.....	1
1.3 Effetti del disturbo Post-traumatico da stress sul cervello: Fattori neurobiologici.....	2
1.4 Disturbo Post-traumatico da stress nei veterani: manifestazioni cliniche.....	4

Capitolo 2

2.1. Introduzione alla Mindfulness.....	4
2.2 Mindfulness-Based Stress Reduction.....	5
2.3 Neurobiologia della Mindfulness.....	6
2.4 Mindfulness-Based Stress Reduction per veterani: Revisione della letteratura.....	8
<i>Bibliografia.....</i>	<i>15</i>

Abstract

Negli ultimi anni gli interventi basati sulla Mindfulness (MBI) hanno avuto un crescente sviluppo in termini di ricerca e di applicazione nel campo della salute mentale.

Tuttavia, pochi studi hanno esaminato l'utilizzo e l'efficacia di questi interventi in popolazioni che possiedono caratteristiche specifiche come quella dei militari veterani, una categoria di popolazione che si distingue in termini di competenze professionali richieste, aspetti etici, stile di vita, gestione delle dinamiche familiari e alti livelli di comorbidità mediche e di ostacoli al trattamento. Le problematiche psicologiche e fisiche conseguenti alla guerra hanno un alto tasso di incidenza tra i veterani, i quali spesso manifestano disturbi psicologici come ansia, depressione, difficoltà nel sonno e nella sfera sessuale, problematiche che influenzano in maniera considerevole la qualità della loro vita e le cui conseguenze permangono successivamente al termine di una guerra. Tra i disturbi psicopatologici identificati tra i militari veterani, il più diffuso è il disturbo Post-traumatico da stress (PTSD).

Scopo della revisione è esaminare l'utilità clinica della Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) come strategia di intervento per ridurre i sintomi del PTSD nei militari veterani.

La revisione riassume la letteratura esistente degli ultimi otto anni (2015-2023) sull'uso della MBSR come strategia d'intervento clinico tra i veterani, inoltre, presenta una panoramica sulle caratteristiche del disturbo post-traumatico da stress e le sue conseguenze sulle strutture cerebrali, una breve presentazione sulla storia, lo sviluppo e i principi della Mindfulness, gli effetti della Mindfulness sul cervello e i benefici che determina sui sintomi presentati dai veterani con diagnosi di disturbo post-traumatico da stress. Gli studi includono punti di forza e limitazione.

Risultati

I risultati suggeriscono che la MBSR appare essere un intervento terapeutico efficace nel ridurre i sintomi del PTSD a breve termine ma non sufficiente come unico intervento per la risoluzione di diagnosi di disturbo post-traumatico da stress.

Metodi: revisione sistematica della letteratura.

Conclusioni

Sebbene ci sia una mancanza di dati che supportano la sostenibilità dei benefici a lungo termine sui sintomi del PTSD, i risultati suggeriscono che i programmi basati sulla MBSR possano essere usati con efficacia come intervento autonomo supplementare per facilitare la remissione dei sintomi del PTSD a breve termine.

1.1 Definizione di trauma e stress

Il termine "trauma" viene utilizzato per descrivere situazioni stressanti ed eventi spiacevoli a cui spesso l'individuo è esposto. Un evento diventa traumatico quando determina nell'individuo reazioni fisiche ed emotive caratterizzate da stress. Per comprendere il concetto di trauma è, quindi, essenziale comprendere il significato di stress e le conseguenze che da esso derivano.

Lo stress può essere definito come un'insieme di risposte fisiologiche e/o psicologiche che l'organismo mette in atto nei confronti di compiti, difficoltà o eventi della vita valutati come eccessivi o pericolosi. Lo stress può presentarsi e manifestarsi in diversi modi: come reazione fisiologica, ad esempio, con aumento della frequenza respiratoria o cardiaca, oppure con risposte emotive disfunzionali e frequenti alterazioni dell'umore. Lo stress può comportare conseguenze negative nella mente e nel corpo riducendo la salute generale dell'individuo e la qualità della sua vita. È importante, però, tenere presente che lo stress non è sempre un stato negativo: esso, infatti, svolge una funzione adattiva quando è funzionale alla sopravvivenza e all'adattamento all'ambiente. In situazioni di percepito allarme, lo stress consente di rispondere attraverso l'attivazione di un sistema fisiologico preposto al mantenimento dell'attenzione e alla messa in atto della tipica risposta di attacco-fuga di fronte uno stimolo potenzialmente minaccioso; inoltre, può motivare l'individuo all'azione e a migliorare aree della sua vita. Lo stress diventa distruttivo quando è molto intenso, frequente, si protrae per lunghi periodi così da rendere l'individuo incapace all'azione compromettendo in modo significativo il suo funzionamento e sperimentando emozioni negative.

L'esposizione ad un'evento traumatico, in quanto evento stress-relato, può essere fattore di vulnerabilità per lo sviluppo di manifestazioni psicopatologiche legate al trauma, rendendo l'individuo facilmente soggetto a sperimentare risposte cognitive, comportamentali o emozionali disadattive che interferiscono con la sua abilità di rispondere adeguatamente all'evento stressante.

1.2 Il Disturbo post-traumatico da stress (PTSD)

Il Disturbo post-traumatico da stress (PTSD) è una patologia che può svilupparsi in persone che hanno subito o hanno assistito a un evento traumatico, catastrofico o violento oppure che sono venute a conoscenza di un'esperienza traumatica accaduta a una persona cara.

Il PTSD è stato inserito ufficialmente nel Manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Mentali (DSM) nel 1980 ma già nella letteratura del Novecento è stato descritto con termini differenti (es., nevrosi da guerra, cuore del soldato, shock post-traumatico) per indicare una

patologia che insorge acutamente in conseguenza dell'esposizione ad eventi stressanti di gravità estrema che mettono a repentaglio la propria o altrui incolumità.

Riguardo alla prevalenza del disturbo tra la popolazione generale, gli studi epidemiologici stimano che si aggira tra l'1% ed il 10% per le donne e il 5% degli uomini (Helzer et al., 1987; Kessler et al., 1995), variabilità ascrivibile ai metodi di accertamento e campionamento della popolazione impiegati.

Le persone con PTSD molto spesso soddisfano i criteri per almeno un'altra diagnosi in comorbidità. La più diffusa sembra essere la Depressione Maggiore, con tassi di frequenza intorno al 46% circa (Kessler et al., 1995), seguita da altri disturbi d'ansia, in particolare il Disturbo di Panico e la Fobia Sociale, che colpiscono tra il 20-30% dei soggetti. Molto frequente è, inoltre, la diagnosi di Abuso o Dipendenza da Sostanze per il 52% degli uomini ed il 28% delle donne con PTSD cronico. Il rischio di sviluppare un PTSD è legato al tipo di esperienza, alla complessità, e alla durata dell'esposizione.

Per fare diagnosi di PTSD è necessario che vengano soddisfatti i criteri per la diagnosi, ovvero l'individuo deve essere stato esposto direttamente o indirettamente a un evento traumatico e presentare sintomi di ciascuna delle seguenti categorie, per un periodo ≥ 1 mese: esposizione a un evento traumatico, sintomi di risperimentazione del trauma, sintomi di evitamento, sintomi di alterazione negativa dei pensieri e delle emozioni, sintomi di iperattivazione (arousal). Questo profilo di sintomi deve essere persistente (durare più di un mese), creare sofferenza e interferire con il funzionamento della persona in aree importanti e non essere attribuibile agli effetti di sostanze stupefacenti o a un'altra condizione medica.

1.3 Effetti del disturbo post-traumatico da stress sul cervello: correlati neurobiologici e neuropsicologici

Fino agli inizi degli anni 90, gli eventi traumatici erano studiati ponendo attenzione alle conseguenze psicologico-psichiatrico che ne derivano, solo negli anni recenti con il crescente numero di studi rivolti a comprendere le connessioni esistenti tra cervello-comportamento, si è cominciato a indagare il concetto di trauma relativo ai suoi correlati neurobiologici.

Le ricerche dimostrano che l'esperienza influisce sul funzionamento cerebrale giocando un ruolo sulla differenziazione dello stesso tessuto celebrale. Di conseguenza eventi traumatici possono essere causa non solo di sensibilizzazione emotiva, ma anche di una anomala reattività neurofisiologica. Esperienze traumatiche, infatti, alterano l'attività dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA), sistema neuroendocrino evoluto nei mammiferi per il coping in condizioni di piccole minacce e quindi coordinatore centrale dei sistemi di risposta neuroendocrina allo stress. Durante una condizione di stress, l'ipotalamo produce un ormone, la corticotropina (CRH); questa stimola l'azione dell'ipofisi anteriore

producendo l'adrenocorticotropina (ACTH) e il rilascio di cortisolo (ormone glucocorticoide) legandosi a recettori ad hoc posti sulle ghiandole surrenali. I recettori per i glucocorticoidi presenti in ogni parte del cervello hanno l'importantissimo ruolo di stimolare o sopprimere la risposta di un soggetto ad un evento o prepararlo a rispondere a stimoli successivi. Durante l'esposizione ad uno stress (soprattutto cronico) l'asse HPA risponde con una produzione alterata e continua di glucocorticoidi. Diversi studi dimostrano che alti livelli di glucocorticoidi riducono il funzionamento dei neuroni ippocampali e corticali producendo effetti negativi anche sul sistema immunitario; In presenza di un trauma acuto, è necessario, per la sopravvivenza, un aumento del cortisolo, ormone dello stress che svolge diverse importanti funzioni. Una disregolazione dell'asse HPA è di frequente riscontro negli studi sui correlati neurobiologici di eventi traumatici, come episodi di maltrattamento, dove si rileva una diminuzione della concentrazione, nel sangue e nelle urine, del cortisolo rispetto a soggetti sani. L'abbassamento della concentrazione di cortisolo in questi soggetti può essere dovuto al fatto che l'HPA diventi più sensibile ad un feedback negativo. (Yehuda R., 2006).

Grazie all'utilizzo delle tecniche di brain imaging, diversi studi hanno segnalato modificazioni neuro-anatomiche nei soggetti affetti da PTSD, suggerendo come l'evento traumatico possa comportare un rischio maggiore di sviluppare il disturbo qualora l'esposizione avvenga nel periodo dalla nascita all'adolescenza, nel quale l'architettura cerebrale è in piena evoluzione. Le strutture cerebrali maggiormente suscettibili di modificazioni in soggetti con diagnosi di PTSD, tra cui adulti reduci di guerra e bambini abusati, appaiono essere l'amigdala e l'ippocampo entrambi con una dimensione ridotta. Tale modificazione risulta più evidente se il trauma è precoce, ovvero se si è verificato in un momento critico dello sviluppo e laddove sia ripetuto nel tempo. In particolare l'ippocampo sembrerebbe essere ridotto di volume, meno attivo e con una altera connettività; l'amigdala sembrerebbe essere ridotta di volume ma più attiva e con una connettività alterata.

Oltre che dal punto di vista neuro-anatomico anche da quello neuropsicologico le ricerche mostrano come determinate funzioni cognitive nei pazienti con PTSD presentino delle alterazioni. Si sono riscontrate alterazioni nel funzionamento intellettuale: i pazienti con quoziente intellettuale premorbo più basso sembrerebbero essere più a rischio di sviluppare un disturbo post-traumatico da stress qualora si trovassero a vivere eventi traumatici che possono far scatenare il disturbo. Non è nota la causa di questo meccanismo ma si ipotizza che sia legato alla capacità di resilienza, coping e ristrutturazione cognitiva rispetto all'evento stesso. Anche le funzioni cognitive quali memoria, linguaggio, velocità psicomotoria, l'attenzione e le funzioni esecutive presentano dei deficit. Alcuni studi, infatti, dimostrano come persone con PTSD ottengano bassi punteggi in compiti di attenzione sia sostenuta che divisa, rilevando così una difficoltà in questi soggetti a prestare attenzione a più stimoli contemporaneamente ed a inibire le risposte incoerenti. Questo aspetto è ben

collegato con la tendenza all'impulsività, sintomo molto presente nel PTSD. Si è notato che vi sono alcuni fattori che più di altri contribuiscono alla performance neuropsicologica, tra cui l'età: in quanto pazienti anziani con PTSD sembrerebbero avere maggiore rischio di avere un'accelerazione naturale del decadimento cognitivo; tipologia e gravità del trauma ovvero il tipo di trauma determina un maggior rischio di sviluppare il disturbo.

La memoria è la funzione cognitiva maggiormente coinvolta nel PTSD, fattore fondamentale poiché sono diverse le tecniche terapeutiche che lavorano sui meccanismi di memoria coinvolti nel disturbo in quanto i modelli cognitivi ritengono che la memoria sia alterata poiché l'individuo non ha la consapevolezza che l'evento che rivive, in realtà, è un evento passato ma tende a vivere il ricordo come se si trattasse di qualcosa di attuale.

La riesperienza emotiva associata al trauma si può manifestare in assenza della memoria esplicita del trauma, questo è chiamato "affect without recollection", ovvero il vissuto emotivo legato al trauma si manifesta senza riuscire a contestualizzarlo poiché durante la riesperienza non c'è accesso all'informazioni necessarie per l'attribuzione di significato.

In realtà molti cues possono stimolare le memorie intrusive e portare l'individuo a rivivere l'esperienza emotiva del trauma e poiché la memoria del trauma non è sufficientemente professata dalla memoria autobiografica è più facile che venga revocata attraverso meccanismi di priming e di ricordo associativo attraverso cue ambientali.

1.4. Disturbo Post-traumatico da stress nei veterani: manifestazioni cliniche

Il disturbo da post-traumatico da stress (PTSD) è una condizione psichiatrica comune per i veterani militari. È stato stimato che tra le truppe di ritorno dai conflitti del Vietnam fino ai giorni nostri, la percentuale di veterani con PTSD è tra il 20 e il 30% (Richardson et al., 2010, Thomas et al., 2010). Il PTSD è una delle conseguenze psicopatologiche più frequenti tra i militari in missione. Si stima che circa l'8% degli attuali ed ex membri del servizio che sono stati schierati in aree sede di conflitti bellici hanno una diagnosi di PTSD. Per questi individui il riadattamento dagli schieramenti delle zone di combattimento e la reintegrazione nelle famiglie e nelle comunità possono essere significativamente ostacolati dal disagio cronico e dalla disabilità nel funzionamento fisico, psicologico, sociale e lavorativo.

I soldati e i veterani sono esposti a fattori di stress potenzialmente letali, come combattimenti, lesioni e testimonianze di sofferenze e morte.

La natura degli eventi a cui è esposto il personale militare negli schieramenti più recenti sta diventando sempre più complessa. Distinguere i combattenti nemici dai non combattenti è spesso difficile, in particolare quando i conflitti si svolgono in ambienti urbani (Maugen et al., 2010). Pertanto, il personale militare non solo è esposto ad un'elevata probabilità di contatto diretto con i combattenti nemici, ma è anche esposto a un rischio significativo di essere responsabile della morte di non combattenti (Hoge et al., 2004). Inoltre, il personale

militare può anche essere esposto a eventi non legati allo schieramento che si verificano durante il servizio militare, come incidenti durante la fase di addestramento, aggressioni e violenze sessuali e recupero di cadaveri in seguito al combattimento (Ikin et al., 2005). Tali esperienze sono associate ad un aumento del rischio di sviluppare PTSD e difficoltà associate tra cui rabbia, senso di colpa, abuso di sostanze e problemi relazionali (Maguen et al., 2010, Thomas et al., 2010). A complicare la diagnosi e la valutazione del PTSD nei veterani militari ci sono gli alti tassi di comorbidità psichiatrica. La depressione è la comorbidità più frequente, seguita da ansia e abuso o dipendenza da sostanze. Gli studi suggeriscono, inoltre, che i veterani con comorbidità di PTSD e disturbo da abuso di sostanza sono più difficili da trattare rispetto a coloro che presentano una singola diagnosi a causa del peggiore funzionamento sociale, tassi più elevati di tentativi di suicidio, peggiore aderenza al trattamento e minori miglioramenti durante il trattamento rispetto a quelli senza comorbidità di PTSD.

Il disturbo da stress post-traumatico è associato anche a sintomi di dolore fisico. È stato dimostrato che numerosi fattori aumentano il rischio di disturbo da stress post-traumatico nella popolazione dei veterani, tra cui (in alcuni studi) l'età più giovane al momento del trauma, lo status di minoranza razziale, lo stato socio-economico inferiore, il grado militare inferiore, l'istruzione inferiore, il numero più elevato di missioni, missioni più lunghe, precedenti problemi psicologici e mancanza di supporto sociale da parte della famiglia, degli amici e della comunità. Il disturbo da stress post-traumatico è anche fortemente associato a sintomi generalizzati di salute fisica e cognitiva attribuiti a lievi lesioni cerebrali traumatiche (commozione cerebrale).

Capitolo 2

2.1. Introduzione alla Mindfulness

Il termine inglese Mindfulness è la traduzione del termine sanscrito "Sati" che significa consapevolezza. La pratica della consapevolezza è stata insegnata più di due millenni fa dal principe Siddharta Gotama (circa 566-486 a.C.) conosciuto come il Buddha, cioè colui che ha raggiunto la liberazione (Jotika e Dhammida 1986, Gnoli 2001, Thich Nhat, Hanh 1992). La Mindfulness è una pratica di allenamento mentale che ti insegna a rallentare i pensieri che si rincorrono, a lasciare andare la negatività e a calmare sia la mente che il corpo. Combina la meditazione con la pratica della consapevolezza, che può essere definita come uno stato mentale che implica essere completamente concentrati sul "adesso" in modo da poter riconoscere e accettare i propri pensieri, sentimenti e sensazioni senza giudizio.

I ricercatori hanno scoperto che le tecniche di meditazione consapevole cambiano il nostro cervello e la nostra biologia in modo positivo, migliorando la salute mentale e fisica. Gran parte della ricerca sulla consapevolezza si è concentrata su due tipi di interventi:

- La riduzione dello stress basata sulla consapevolezza (MBSR) è un intervento terapeutico che prevede lezioni di gruppo settimanali ed esercizi quotidiani di consapevolezza da praticare a casa, per un periodo di 8 settimane. La MBSR insegna alle persone come aumentare la consapevolezza attraverso lo yoga e la meditazione.
- La terapia cognitiva basata sulla consapevolezza (MBCT) è un intervento terapeutico che combina elementi di MBSR e terapia cognitivo comportamentale (CBT) per trattare le persone con depressione.

2.2 Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR)

Il programma Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) è una tecnica sviluppata dal Dr. Jon Kabat-Zinn nel 1979 presso la University of Massachusetts Medical School. Ha sviluppato un corso di otto settimane per trattare disturbi mentali e il dolore cronico dei pazienti che non avevano risposto alla terapia tradizionale ottenendo risultati efficaci. Sebbene inizialmente sviluppato per la gestione dello stress, il programma si è evoluto fino a comprendere il trattamento di una varietà di disturbi legati alla salute. Questi includono ansia, depressione, malattie della pelle, dolore, disturbi immunitari, ipertensione e diabete. Oltre 200 centri medici in tutto il mondo offrono la MBSR come opzione terapeutica alternativa ai pazienti, utilizzata insieme ad altre terapie per aiutare le persone ad affrontare vari tipi di disagio fisico e mentale.

Un programma MBSR viene generalmente eseguito una volta alla settimana per otto settimane. La durata di ciascuna sessione dipende dal programma, ma di solito durano dalle 2 alle 3 ore. Durante ogni sessione un istruttore certificato insegna ai partecipanti una tecnica di consapevolezza che praticano in gruppo.

Durante le sessioni MBSR, le persone si sforzano di coltivare una maggiore consapevolezza del momento presente. Aumentando la loro consapevolezza, i partecipanti mirano a ridurre la loro iperattivazione generale e la reattività emotiva e ad acquisire un senso di calma più profondo. L'obiettivo della MBSR è portare le persone nel momento presente in modo che possano sperimentare i propri pensieri e sentimenti in modo non giudicante ed evitare di preoccuparsi del passato o del futuro. Un istruttore insegna le seguenti pratiche nelle sessioni MBSR: la respirazione diaframmatica, il diario della gratitudine, il dialogo di gruppo, i compiti a casa, la meditazione, lo Yoga.

Come con qualsiasi trattamento i benefici che si ottengono dalle sessioni MBSR dipendono dalle circostanze specifiche. Tuttavia, la ricerca ha dimostrato che l'MBSR ha avuto alcuni risultati promettenti per aiutare ad alleviare il dolore e migliorare il benessere psicologico

nelle persone che soffrono di condizioni di dolore cronico. Diversi studi hanno rilevato che l'MBSR ha contribuito a migliorare la qualità della vita delle persone che soffrono di lombalgia o emicrania. La consapevolezza può migliorare l'esperienza soggettiva del dolore. In altre parole, l'individuo sviluppa una maggiore tolleranza al dolore e diventa maggiormente capace di gestire gli effetti del dolore sulla salute mentale rispetto a chi non pratica l'arte della consapevolezza.

Dal punto di vista fisico, le pratiche di consapevolezza aiutano a rallentare le risposte fisiologiche del corpo, tra cui la frequenza cardiaca, respiratoria e la pressione sanguigna, per questo motivo, la MBSR può aiutare chi soffre di ipertensione.

2.3 Neurobiologia della Mindfulness

Con il passare del tempo la Mindfulness si è diffusa nel mondo scientifico e psicologico e si e anche le Neuroscienze hanno iniziato a occuparsene per studiarne gli effetti sul cervello dei praticanti. Le ultime ricerche suggeriscono come la Mindfulness promuova cambiamenti funzionali nel cervello mediante la neuroplasticità, modificando le strutture e l'attività cerebrale nelle regioni associate all'attenzione e alla regolazione delle emozioni.

Negli ultimi 10 anni, gli studi di neuroimaging hanno studiato alcuni cambiamenti nella morfologia del cervello per quanto riguarda la meditazione consapevole.

La scoperta generale è stata che la pratica della meditazione è associata ad una maggiore attivazione neurale nell'insula, nella corteccia cingolata prefrontale e anteriore (Fox et al., 2016, Gotink et al., 2016, Tang et al., 2015). All'insula sono stati attribuiti numerosi ruoli nel funzionamento cognitivo di ordine superiore, inclusa la consapevolezza delle esperienze interocettive. Le regioni della corteccia prefrontale e della corteccia cingolata anteriore dorsale sono state associate più ampiamente a una gamma di processi cognitivi di "ordine superiore", tra cui il controllo dell'attenzione e la regolazione delle emozioni. I modi esatti in cui queste diverse regioni del cervello sono soggette a modifiche variano da studio a studio, poiché studi diversi utilizzano misurazioni di neuroimaging diverse. Tuttavia, sono stati osservati cambiamenti consistenti a tutti i livelli, tra cui cambiamenti nella densità del cervello, nello spessore del tessuto cerebrale, nella superficie corticale, nella densità delle fibre della sostanza bianca e un aumento del numero di neuroni. I ricercatori suggeriscono che l'effetto della meditazione su queste strutture cerebrali sembra essere di media entità. Questo risultato è paragonabile agli effetti di altri interventi come interventi psicologici, educativi e comportamentali.

2.4 La Mindfulness-Based Stress Reduction per veterani: Revisione della letteratura

L'attenzione rivolta ai disagi psicologici nella popolazione dei militari veterani è di crescente interesse. I veterani si trovano ad affrontare situazioni orribili sulle quali non hanno alcun controllo: rumori forti e inesorabili, animali imprevedibilmente pericolosi, spargimenti di sangue e morte, tutti fattori precipitanti di disturbo da stress post-traumatico. Vi è un crescente interesse nell'uso degli MBI per membri militari e veterani statunitensi, tuttavia, quasi tutti gli studi sulla terapia basata sulla consapevolezza (MBCT) sono stati condotti su popolazioni di non veterani. Molti di questi studi suggeriscono benefici nel disturbo depressivo maggiore, nella prevenzione delle ricadute e nella depressione resistente al trattamento, nella distimia, nei disturbi dello spettro bipolare e nell'ansia e nel disturbo da deficit di attenzione/iperattività dell'adulto, così come nell'ideazione suicidaria.

La letteratura riguardante l'uso della MBCT tra le popolazioni di veterani è molto limitata. Uno studio condotto sui veterani militari statunitensi suggerisce che la MBCT può essere un'efficace terapia aggiuntiva per il disturbo da stress post-traumatico conseguente ai traumi da guerra tra i veterani militari statunitensi, così come un altro studio condotto tra i veterani militari iraniani ha dimostrato una riduzione dei sintomi da PTSD.

Data la scarsità di letteratura, sono necessari altri studi sulla MBCT tra le popolazioni di veterani per determinare se questo intervento possa essere efficace per i veterani che soffrono di disturbi psichiatrici.

In quanto tale, gli Affari dei Veterani (VA) il sistema sanitario ha dedicato notevoli risorse alla valutazione e all'implementazione dei trattamenti supportati empiricamente per il disturbo da stress post-traumatico (Karlin et al., 2010; Karlin & Cross, 2013).

Recenti studi incentrati sugli interventi Mindfulness-Based rilevano che alcuni sintomi più di altri sono suscettibili di cambiamento, tra essi: sintomi dissociativi (perdita di interesse e sensazione di distanza o di esclusione) e i sintomi di iperattività.

Obiettivo

Scopo della presente revisione è indagare l'efficacia della MBSR nel migliorare lo stato emotivo- comportamentale e ridurre i sintomi del disturbo post traumatico da stress nei veterani militari valutando sia l'impegno al trattamento che i risultati.

Metodi

Un totale di 15 studi sono stati inclusi all'interno della meta-analisi per valutare l'effetto della MBRS sulla presenza e gravità dei sintomi del disturbo post traumatico da stress nei veterani. Sono stati selezionati gli studi che prevedevano interventi di gruppo MBRS e gruppi di controllo:

Gruppo sperimentale (MBSR): per progettare il protocollo di trattamento sono state utilizzate le fonti scientifiche disponibili. Il protocollo consisteva in sessioni di gruppo di 2 ore a settimana per otto settimane consecutive in cui venivano insegnati esercizi cognitivi e tecniche di meditazione. (programma di gruppo di formazione sulla mindfulness sviluppato da Kabat-Zinn).

Gruppo di controllo: questo gruppo di pazienti ha continuato il trattamento di routine (antidepressivi e ansiolitici prescritti da parte dello psichiatra) senza ulteriori interventi.

I partecipanti sono stati reclutati tramite annunci pubblicitari e segnalazioni cliniche presso un grande centro di consulenza dei veterani e selezionando i partecipanti sulla base delle malattie psichiatriche riportate sulle proprie cartelle cliniche. I partecipanti hanno eseguito una valutazione di base che includeva un colloquio clinico strutturato e misure di autovalutazione. I pazienti hanno fornito il consenso informato scritto per la partecipazione a questo studio. I partecipanti presentavano un disturbo da stress post-traumatico secondo i criteri diagnostici del DSM-IV V. Sessantadue pazienti sono stati divisi casualmente in 2 gruppi: (31 casi e 31 controlli). I soggetti erano prevalentemente bianchi (95%), maschi (81%) e > 50 anni (74%).

Criteri di inclusione

1. Partecipazione ad almeno una missione militare
2. Diagnosi primaria di PTSD secondo i criteri del DSM-V e DSM IV
3. Risultati empirici originali
4. Pazienti adulti età compresa 39-59 anni
5. Accordo a non ricevere altra psicoterapia per il disturbo da stress post-traumatico durante lo studio

Criteri di esclusione

1. Deterioramento cognitivo o malattia medica che potrebbe interferire con il trattamento.
2. Disturbo psicotico
3. Attuale dipendenza da sostanze (eccetto nicotina o caffeina)

Tutte le lezioni erano tenute da istruttori, uno psicologo e uno psichiatra, che avevano completato la formazione Mindfulness e avevano esperienza di pratiche personali di interventi MBSR.

A ogni partecipante allo studio sono state somministrati strumenti di Valutazioni psicologiche pre e post-terapia: intervista semi-strutturata (CAPS) e i pazienti nella

condizione MBSR hanno anche completato la scala diagnostica PTSD (PDS) self-report e Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI) che misura le cognizioni post-traumatiche negative tra cui il sé negativo (incompetente), il mondo negativo (pericoloso) e il senso di colpa. Sono state condotte analisi dei dati per valutare l'impegno terapeutico sulla base del numero di sessioni frequentate; determinare se eventuali variabili del paziente avrebbero potuto predire l'impegno terapeutico; valutare i risultati e se erano correlati al numero di sessioni a cui hanno partecipato.

I risultati sono stati valutati prima del trattamento, a intervalli di 3 settimane durante il trattamento (settimane 3 e 6), dopo il trattamento (settimana 9) e ad un follow-up di 2 mesi (settimana 17).

Intervento

Il programma MBRS consisteva in 8 sessioni settimanali di gruppo di 2,5 ore e un ritiro di una giornata. Includeva interventi di psicoeducazione sul disturbo da stress post-traumatico e formazione sulla consapevolezza del corpo, sul respiro, sugli stati emotivi e fisici immediati, compreso il disagio, in modo non giudicante e accettante, esercizi per la gestione di pensieri e sentimenti intrusivi. Le sessioni includevano la formazione teorica e pratica su 3 tecniche di meditazione: la scansione corporea è un esercizio guidato che dirige sistematicamente l'attenzione attraverso varie aree del corpo; la meditazione seduta implica lo sviluppo della capacità di un'auto-osservazione prolungata dirigendo l'attenzione su esperienze specifiche (ad esempio, il respiro, le sensazioni fisiche, i pensieri, le emozioni, gli stimoli sensoriali) e lo yoga dolce prevede allungamenti e movimenti delicati praticati con l'attenzione al momento presente e che incoraggia una maggiore consapevolezza del corpo. Il programma incoraggia le persone a praticare tecniche di meditazione a casa e a coltivare la consapevolezza del momento presente nelle normali attività quotidiane (ad esempio, mangiare e guidare in modo consapevole). I partecipanti hanno utilizzato CD audio per la pratica guidata di meditazione a casa con l'incoraggiamento a impegnarsi nella pratica per 30-45 minuti al giorno.

Discussione

I risultati dello studio rilevano i processi attraverso i quali la pratica MBSR abbia efficacia nel ridurre i sintomi del disturbo post-traumatico da stress migliorando la qualità della vita delle persone (i veterani) affette. Gli individui con sintomi di PTSD, spesso, rispondono allo stress in modi disfunzionali dando origine a modelli di coping negativi che a loro volta perpetuano il senso di impotenza e mantengono la sintomatologia del disturbo. gran parte della letteratura sul trattamento del disturbo da stress post-traumatico ritiene che gli

individui che hanno vissuto eventi traumatici imparino debbano imparare ad attivare la loro capacità di introspezione e curiosità sulla loro esperienza interna. I risultati suggeriscono che la MBSR aiuta a raggiungere questo obiettivo fornendo un insieme olistico di strategie di coping e supporto di gruppo che servono a migliorare la sintomatologia del disturbo da stress post-traumatico.

Incoraggiando i partecipanti a sperimentare e prestare attenzione al momento presente, la pratica MBSR sembra fornire strumenti per affrontare due processi chiave associati al disturbo da stress post-traumatico: ruminazione e ansia. Il primo è focalizzato sul passato e il secondo sul futuro. La ruminazione è associata a sintomi di disturbo da stress post-traumatico più gravi ed è un fattore chiave nell'insorgenza e nella ricaduta della depressione. Prove sperimentali indicano che l'allenamento alla consapevolezza riduce la ruminazione. Come descritto dai soggetti coinvolti in questo studio, la capacità di considerare i propri ricordi di traumi passati con curiosità e gentilezza sembrava rappresentare un approccio che riconosceva la realtà degli eventi difficili accaduti, ma senza l'attenzione ripetitiva sulle emozioni negative caratteristica della ruminazione. Affrontare i propri traumi passati con gentilezza e curiosità è alla base del pensiero di Kabat-Zinn il ritiene che praticare l'arte della consapevolezza incoraggi a vedere il mondo e gli altri con occhi nuovi favorendo l'apertura a nuove possibilità e uscire da schemi radicati di pensiero. Questi cambiamenti nelle modalità di relazionarsi e di prestare attenzione al pensiero traumatico sembravano migliorare la capacità di tollerare il disagio avvertito nel vivere l'esperienze dolorose passate, riuscendo ad apportare nuove possibilità di interpretazione rivolte a quell'esperienze , a se stessi e gli altri.

Molti partecipanti hanno spiegato che le pratiche di consapevolezza si sono rivelate utili nell'aiutare ad accettare le situazioni e le condizioni del presente, inclusi lo stress e il dolore fisico cronico, e hanno fornito loro modi costruttivi per affrontare le avversità attuali. Un fattore chiave nel dolore cronico è quello catastrofico, in cui il dolore attuale porta alla timorosa anticipazione del dolore futuro. I nostri risultati suggeriscono che l'MBSR porta a un cambiamento nella relazione con le avversità, in modo tale che esse vengono riconosciute e accettate, piuttosto che ignorate o affrontate con forza. rabbia o angoscia.

Un comportamento comune tra gli individui affetti da disturbo da stress post-traumatico è quello di evitare stimoli legati al trauma e che sono accompagnati da vissuti di dissociazione emotiva. nel tempo queste modalità di coping possono portare a una ridotta capacità di tolleranza allo stress e a uno stile di vita solitario e povero di stimoli. I partecipanti allo studio hanno espresso come hanno imparato a diventare consapevoli delle loro reazioni allo stress e quindi a utilizzare pratiche di respirazione per gestire momenti di stress, ansia e rabbia, che (sebbene non descritti come tali) sono marcatori del cluster di sintomi di disturbo da stress post-traumatico che ruota attorno all'ipereccitazione. Una maggiore capacità di regolare efficacemente le risposte emotive e comportamentali a fattori di stress

esterni e interni è coerente con altri studi sull'MBSR. I nostri risultati suggeriscono che l'MBSR può migliorare l'intorpidimento emotivo e i sintomi di evitamento incoraggiando l'osservazione non giudicante dei stati emotivi spiacevoli senza cercare di evitarli.

I partecipanti hanno riferito che le pratiche MBSR si sono dimostrate utili nel riuscire a indurre stati di rilassamento psicofisici. È possibile che la maggiore capacità di rilassarsi rifletta una riduzione dell'ipereccitazione e una migliore capacità di far fronte agli aspetti cardine dell'ipereccitazione come l'ansia e la rabbia. Ulteriori fattori che potrebbero spiegare questi cambiamenti includono una migliore capacità di focalizzare l'attenzione nel corpo insieme a cambiamenti dei processi cognitivi (ad esempio, ridotta ruminazione e catastrofizzazione), che potrebbero spiegare la sensazione di maggiore benessere esperita dai partecipanti.

Un tema comune emerso dai partecipanti allo studio è stato quello di una maggiore apertura verso se stessi e gli altri che rappresenta un profondo allontanamento dai modelli relazionali negativi. L'MBSR ha facilitato i veterani a rivalutare se stessi, le loro relazioni con gli altri e la relazione con il proprio corpo e i propri sentimenti. Questi risultati sono coerenti con la teoria di Shapiro et al., secondo cui la pratica della consapevolezza porta a un cambiamento positivo attraverso un nuovo modo di relazione con l'esperienza, chiamato ripercezione. I risultati di questo studio sono coerenti con altri risultati di studi qualitativi, in quanto i partecipanti hanno riportato una maggiore accettazione delle avversità e nella capacità di superare lo vissuti di stress utilizzando tecniche di respirazione utilizzate in durante le pratiche di consapevolezza.

La revisione ha identificato sei aspetti fondamentali su cui l'esperienza MBSR ha avuto influenza nei partecipanti rispetto alle caratteristiche del disturbo da stress post-traumatico: Affrontare il passato: alcuni veterani hanno descritto come le pratiche di consapevolezza li hanno aiutati ad affrontare i ricordi del passato in modo diverso e hanno favorito l'interesse e la curiosità su come sono arrivati al momento presente. I partecipanti hanno descritto come la pratica della consapevolezza abbia dato loro la possibilità di rivisitare ricordi nascosti e abbia permesso di arrivare a una migliore comprensione di se stessi. Ciò ha permesso ai partecipanti di (come ha descritto uno dei partecipanti) “trovare pace e perdono posso iniziare ad alleviare parte di quel senso di colpa”.

Rimanere nel presente: una componente chiave del programma MBSR è restare nel momento. I partecipanti lo hanno descritto come uno strumento prezioso che li ha aiutati nella loro vita quotidiana. Accettazione delle avversità: diversi partecipanti hanno notato che la MBSR li ha aiutati ad accettare le loro realtà attuali anche quando queste risultano essere difficili difficili; capacità di rilassamento e apertura a sé stessi e agli altri: molti partecipanti hanno descritto i modi concreti in cui la MBSR li ha aiutati a gestire lo stress e le emozioni negative attraverso le pratiche di respirazione profonda. Le pratiche di consapevolezza hanno permesso ai partecipanti di sentirsi più rilassati e avvertire un migliore benessere

fisico. Alcuni partecipanti hanno sperimentato una maggiore apertura all'altro migliorando le loro relazioni, sottolineando come la struttura di gruppo del MBSR sia di supporto.

I partecipanti non hanno presentato questi temi come esperienze distinte, ma piuttosto come un'esperienza olistica di consapevolezza che sembrava attivare l'introspezione e la curiosità ed era percepita come un miglioramento dei sintomi del disturbo da stress post-traumatico.

Risultati

I risultati della revisione forniscono supporto sull'efficacia della MBSR per il trattamento del disturbo da post-traumatico da stress tra i veterani e sulla possibilità che diventi un approccio terapeutico potenzialmente efficace per i sintomi del disturbo e le cognizioni negative legate al trauma.

Al momento del reclutamento, i pazienti arruolati nei gruppi MBRS e in quello di controllo non differivano in termini di gravità dei sintomi PTSD così come rilevato dai risultati della somministrazione della CAPS. L'analisi degli effetti prima e dopo il trattamento ha dimostrato un miglioramento significativo sulla gravità dei sintomi nel gruppo MBRS come si evince nella valutazione post-trattamento con una riduzione significativa del punteggio CAPS totale e nella PDS (in particolare nei sintomi di evitamento/intorpidimento). Al contrario, i pazienti arruolati nel gruppo di controllo non hanno mostrato una riduzione significativa.

Questi risultati sono coerenti con studi precedenti che dimostrano modesti cambiamenti nei sintomi ansioso-depressivo tra il pre-trattamento e il post-trattamento.

I risultati supportano l'efficacia della MBSR al follow-up di 2 mesi. I partecipanti che hanno ricevuto un intervento MBSR hanno mantenuto i miglioramenti ottenuti sulla gravità dei sintomi del disturbo a distanza di 2 mesi dal trattamento.

La diminuzione dei sintomi intrusivi (sottoscala intrusiva del CAPS) nei partecipanti che hanno completato l'MBRS è stata correlata con il tempo medio riportato a settimana dedicato alla pratica della consapevolezza utilizzando registrazioni audio.

Analogamente alla CAPS, l'autovalutazione dei sintomi di PTSD (scala diagnostica PTSD, PDS) ha ottenuto punteggi significativamente ridotti dopo l'intervento MBRS. Anche le cognizioni negative (PTCI) sono migliorate significativamente dopo MBCT, con riduzioni significative del punteggio PTCI totale e delle cognizioni di auto-colpa, cognizioni negative del sé e del mondo.

È stato riscontrato un tasso di abbandono del 25% tra i veterani che hanno interrotto la MBRS (tutti entro le prime tre settimane), un tasso di abbandono che non era diverso da quello del gruppo di controllo e simile ai tassi di abbandono tipici negli studi sul trattamento del disturbo da stress post-traumatico. È interessante notare che il gruppo MBRS sembrava ridurre principalmente i sintomi del cluster evitante, sulla CAPS, suggerendo una potenziale specificità dell'efficacia su questa dimensione, che è coerente con l'enfasi data alla riduzione

dell'evitamento di emozioni ed esperienze indesiderate durante l'addestramento alla consapevolezza. Inoltre, in parallelo con l'enfasi posta sull'attenzione consapevole alle esperienze positive e sull'accettazione non giudicante, l'intervento ha portato a una significativa diminuzione delle cognizioni di auto-colpa e a una tendenza verso una diminuzione della percezione del mondo come luogo pericoloso.

Le prove suggeriscono, inoltre, che un intervento MBRS può portare a una riduzione dei sintomi di depressione e ansia. Incoraggiando l'accettazione di pensieri, sentimenti ed esperienze ad alto impatto emotivo senza ricorrere all'evitamento, meccanismo chiave nello sviluppo e nel mantenimento del disturbo da stress post-traumatico

Conclusioni

I dati ottenuti dalla revisione portano alla conclusione che gli interventi MBRS di gruppo si rivelano efficaci come interventi a breve termine o come strumento di terapia aggiuntiva per fronteggiare i sintomi del il disturbo post-traumatico da stress, nello specifico, maggiore impatto risultano avere sull'intorpidimento emotivo, sui comportamenti di evitamento e sull'iperattivazione.

si è osservato un tasso di miglioramento clinicamente significativo tra i veterani nel gruppo MBSR paragonabile a quello osservato tra i veterani che ricevono interventi focalizzati sul trauma come l'esposizione prolungata e la terapia di elaborazione cognitiva. Gli interventi basati sulla consapevolezza potrebbe servire come preparazione aggiuntiva alle tecniche di esposizione (ad esempio, aumentando la capacità di tollerare l'esperienza delle emozioni), un aiuto alle terapie cognitive (ad esempio aumentando il coinvolgimento e sviluppando le capacità cognitive), o eventualmente un intervento autonomo per modulare le emozioni. Infine, è possibile che alcuni partecipanti possano avere una ricaduta dopo il follow-up di 2 mesi. Sono necessari studi futuri con follow-up a lungo termine (≥ 6 mesi) per valutare la durabilità dei benefici del trattamento nel tempo.

Bibliografia

Schure MB, Simpson TL, Martinez M, Sayre G, Kearney DJ. *Mindfulness-Based Processes of Healing for Veterans with Post-Traumatic Stress Disorder. J Altern Complement Med.* 2018 Nov; 24(11):1063-1068. doi: 10.1089/acm.2017.0404. Epub 2018 May 7. PMID: 29733220; PMCID: PMC6909690.

Omidi A, Mohammadi A, Zargar F, Akbari H. *Efficacy of mindfulness-based stress reduction on mood States of veterans with post-traumatic stress disorder. Arch Trauma Res.* 2013 Winter;1(4): 151-4. doi: 10.5812/atr.8226. Epub 2013 Feb 1. PMID: 24396769; PMCID: PMC3876494.

Cole MA, Muir JJ, Gans JJ, Shin LM, D'Esposito M, Harel BT, Schembri A. *Simultaneous Treatment of Neurocognitive and Psychiatric Symptoms in Veterans with Post-Traumatic Stress Disorder and History of Mild Traumatic Brain Injury: A Pilot Study of Mindfulness-Based Stress Reduction. Mil Med.* 2015 Sep;180(9):956-63. doi: 10.7205/MILMED-D-14-00581. PMID: 26327547.

Haider T, Dai CL, Sharma M. *Efficacy of Meditation-Based Interventions on Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) Among Veterans: A Narrative Review. Adv Mind Body Med.* 2021 Winter;35(1): 16-24. PMID: 33513582.

Steenkamp MM, Litz BT, Hoge CW, Marmar CR. *Psychotherapy for Military-Related PTSD: A Review of Randomized Clinical Trials. JAMA.* 2015 Aug 4;314(5):489-500. doi: 10.1001/jama.2015.8370. PMID: 26241600.

Schure MB, Simpson TL, Martinez M, Sayre G, Kearney DJ. *Mindfulness-Based Processes of Healing for Veterans with Post-Traumatic Stress Disorder. J Altern Complement Med.* 2018 Nov; 24(11):1063-1068. doi: 10.1089/acm.2017.0404. Epub 2018 May 7. PMID: 29733220; PMCID: PMC6909690.

Martinez ME, Kearney DJ, Simpson T, et al.. *Challenges to enrollment and participation in mindfulness-based stress reduction among veterans: A qualitative study. J Altern Complement Med* 2015;21:409–421

Stephenson KR, Simpson TL, Martinez ME, Kearney DJ. *Changes in mindfulness and posttraumatic stress disorder symptoms among veterans enrolled in mindfulness-based stress reduction. J Clin Psychol* 2017;73:201–217 [

Haider T, Dai CL, Sharma M. *Efficacy of Meditation-Based Interventions on Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) Among Veterans: A Narrative Review. Adv Mind Body Med.* 2021 Winter;35(1): 16-24. PMID: 33513582.

Cushing RE, Braun KL. *Mind-Body Therapy for Military Veterans with Post-Traumatic Stress Disorder: A Systematic Review. J Altern Complement Med.* 2018 Feb;24(2):106-114. doi: 10.1089/acm.2017.0176. Epub 2017 Sep 7. PMID: 28880607.

Zaccari B, Callahan ML, Storzbach D, McFarlane N, Hudson R, Loftis JM. *Yoga for veterans with PTSD: Cognitive functioning, mental health, and salivary cortisol. Psychol Trauma.* 2020 Nov; 12(8):913-917. doi: 10.1037/tra0000909. Epub 2020 Aug 10. PMID: 32772534; PMCID: PMC7880235.

Goulao B, MacLennan GS. *Mindfulness-Based Stress Reduction for Veterans With PTSD. JAMA.* 2016 Jan 5;315(1):87-8. doi: 10.1001/jama.2015.15170. PMID: 26746464.