

DISTURBO POST TRAUMATICO DA STRESS

La frattura tra il prima e il dopo

Cenni Storici

Il concetto di *disagio psicologico conseguente ad eventi di natura traumatica* risale a più di un secolo fa. Fu infatti il chirurgo Eric Erichsen (1867) a descrivere per primo i sintomi psicologici dei traumi conseguenti ad incidenti ferroviari. L'evoluzione dello studio passò dalla prima guerra mondiale, effetto sui soldati esposti in modo prolungato ai bombardamenti (*shock da granata*), e dalla seconda guerra mondiale, in cui si svilupparono concetti quali *nevrosi da guerra* caratterizzata da irratibilità, eccessi di aggressività, soprassalti eccessivi a stimoli esterni e polarizzazione sull'evento traumatico. Le osservazioni cliniche sui soldati della seconda guerra mondiale influenzarono i membri dell'APA (American Psychiatric Association), che inserirono le *reazioni acute da stress* nella prima edizione del DSM (1952). Circa dieci anni dopo, a fronte degli studi sui reduci americani della guerra in Vietnam e di altre ricerche su diversi tipi di traumi (catastrofi naturali, deportazioni, stupri, etc) venne inserita nella terza edizione la **sindrome del Disturbo Post Traumatico da Stress (DPTS)** nelle sue due varianti *acuta e cronica*. Infine nel DSM-IV, le due varianti della sindrome vennero classificate come entità nosografiche tra loro autonome: **Disturbo Acuto da Stress** (di breve durata, non più di 4 settimane) e da una maggiore presenza dei sintomi dissociativi e il **Disturbo Post Traumatico da Stress** (tendente ad avere conseguenze a lungo termine ed alla cronicità). Il DPTS non è comunque limitato all'ambito della guerra; è in ambito civile che l'attenzione sta crescendo ed è proprio in questo ambito che numerosi eventi sono in grado di causarlo (naturali, collettivi, individuali).

Cosa intendiamo per trauma?

Gli eventi traumatici si possono distinguere in diverse categorie:

- eventi della durata limitata nel tempo (es. incidente aereo, stupro, etc), caratterizzati dall'impreparazione della vittima e dall'alta intensità.
- eventi sequenziali con possibile effetto cumulativo; sono gli eventi a cui sono esposti coloro che lavorano in servizi di emergenza (polizia, infermieri, croce rossa)
- eventi caratterizzati da un'esposizione prolungata al pericolo che possono provocare incertezza e sentimenti d'impotenza (violenza intra-familiare reiterata)

Nonostante la capacità umana di sopravvivere e di adattarsi, le esperienze traumatiche possono alterare l'equilibrio psicologico, biologico e sociale delle persone al punto che il ricordo di un

evento traumatico finisce per inquinare tutte le altre esperienze, deteriorando la capacità di apprezzare il presente. Un'altra caratteristica di questi tipi di esperienze è l'impossibilità di circoscriverli e delimitarli nel passato e la loro conseguente attitudine a riproporsi ossessivamente nella vita successiva della vittima. Questa tendenza coatta a ricreare l'evento traumatico (soldati che diventano mercenari, donne vittime di sevizie attratte da uomini violenti) può rappresentare il tentativo di operare una riparazione del passato ricreando un situazione simile con la speranza che qualche cosa possa essere aggiustato o modificato. Tuttavia la ripetizione si traduce quasi sempre in un'ulteriore esposizione a sentimenti di impotenza e fallimento per la vittima già traumatizzata.

Diagnosi e descrizione clinica

Per vedere i criteri diagnostici previsti dal DSM-IV_Tr [clicca qui](#). I sintomi vengono raggruppati generalmente in 3 categorie (criterio diagnostico B-C-D):

- *Reviviscenza dell'evento traumatico*: rivivere l'evento con vividi fenomeni notturni e diurni a carattere intrusivo dell'evento (flescback, pensieri, percezioni acustiche ,tattili, gustative e sottoforma di immagini).
- *Persistente evitamento degli stimoli associati al trauma*: Evitare pensieri, attività, luoghi e persone legate all'evento. Tra queste forme inconsapevoli di evitamento vanno anche considerate le amnesie relative ad aspetti del trauma, la sensazione di distacco e la diminuzione generale di interessi e dell'affettività.
- *Sintomi di aumentato arousal*: Si manifesta come sonno e concentrazione disturbanti e costante stato di allerta.

Indipendentemente dalla data d'esordio, la durata dei sintomi deve superare le quattro settimane per differenziarsi dal disturbo da stress acuto che, al contrario, si esaurisce entro un mese.

Sintomatologia

Nonostante la vasta gamma di risposte individuali agli eventi traumatici, si possono individuare una serie di sintomi che possono far seguito ad *un'esperienza traumatica*:

- *La riesperienza intrusiva* :I ricordi dell'evento traumatico sono altamente intrusivi, ripetitivi, sempre uguali; possono manifestarsi come flaschback,incubi,sensazioni somatiche.
- *Iperattività autonoma*:Le risposte fisiologiche sono condizionate a reagire agli stimoli evocatori del trauma con la reattività autonoma dell'emergenza mettendo in allerta l'organismo. E' proprio questa facile attivazione che rende i soggetti incapaci di fidarsi delle

sensazioni per prepararsi in maniera adeguata. Questa eccessiva attivazione, può anche scatenare reazioni inadeguate alla necessità.

- *Ottundimento della sensibilità:* I soggetti traumatizzati sembrano impiegare le loro energie per evitare le sensazioni interne che provocano stress o a controllare le proprie emozioni. In questo modo tendono ad affrontare l'ambiente con ritiro emotivo, ovvero con ottundimento emotivo (depressione, anedonia, mancanza di motivazione, reazioni psicosomatiche, stati dissociativi).
- *Reazioni emotive intense:* Questi pazienti perdono la capacità di regolare gli affetti. La risposta affettiva è immediata, senza che il soggetto possa comprendere cosa lo turba. possono presentarsi intense sensazioni di paura, ansia e panico, anche di fronte a stimoli di lieve entità, Il paziente, di conseguenza, ha una reazione eccessiva, oppure, per evitare ciò si chiude completamente e/o si isola. facilmente si sviluppano disturbi del sonno e/o difficoltà di concentrazione.
- *Difficoltà di apprendimento.* In seguito alla difficoltà di concentrazione e all'iperattività fisiologica, i soggetti frequentemente sviluppano la mancanza di capacità di apprendimento dall'esperienza.
- *Disturbi della memoria e dissociazione:* Da una parte si riscontra la *iperamnesia dell'evento traumatico* (intrusivo e duraturo nel tempo). La *dissociazione* in questo caso è una "capacità psicologica" usata per fronteggiare l'insopportabilità dell'evento.
- *Aggressione contro di se ed altri:* E' stato notato come questi pazienti rivolgano verso se stessi e verso gli altri l'aggressione subita.
- *Reazioni psicosomatiche:* Tanti pazienti vivono lo stress (ansia, aumentato arousal, rabbia) a livello fisico e non come stato psicologico. Soffrono di *allessitimia* (consiste in un deficit della consapevolezza emotiva, palesato dall'incapacità di mentalizzare, percepire, riconoscere e descrivere verbalmente i propri e gli altrui stati emotivi), dell'incapacità di identificare, articolare e tradurre sensazioni somatiche in sentimenti elementari quali rabbia e paura.

Le risposte emotive più importanti nelle sindromi di risposta allo stress sono:

- *Torpare emotivo:* che si verifica quando i sintomi di diniego sono predominanti, questo nooon consiste semplicemente in un'assenza di emozioni, ma nella sensazione di percepirsi

distanti, attutito, soffocato. L'individuo può sentirsi come se fosse realmente circondato da uno stato isolante.

- emozioni dolorose che accompagnano altri sintomi intrusivi, come la rievocazione vivida delle immagini traumatiche.

Quanto sono importanti questi pensieri intrusivi? e che caratteristiche devono avere?

Questi rappresentano una delle caratteristiche fondamentali dei DPTS. Questo termine si riferisce (vedi anche *cognizioni intrusive*) solitamente sia a pensieri che ad immagini, ossia attività mentali intrusive in generale. I principali criteri di definizione sono:

- deve essere presente la descrizione del soggetto di essere stato interrotto durante un'altra attività dalle proprie cognizioni intrusive
- Queste cognizioni vengono descritte dal paziente come provenienti dall'interno e difficilmente controllabili.

Come può aiutarci la Terapia Cognitivo-Comportamentale?

Il trattamento del Disturbo post-traumatico da stress è teso a risolvere i problemi psicologici e comportamentali elencati sopra. A volte, è indicato l'uso di farmaci associati alla psicoterapia. Tuttavia, i farmaci (in genere si tratta di antidepressivi) da soli non appaiono mai risolutivi, e procurano solo un sollievo temporaneo dai sintomi. L'intervento **cognitivo-comportamentale** porta invece a una progressiva riduzione dell'ansia e degli altri sintomi correlati all'evento traumatico, e nello specifico prevede l'applicazione delle seguenti tecniche:

- *l'esposizione in immagini*, una tecnica basata sull'esposizione del soggetto al ricordo del trauma attraverso resoconti verbali e immaginativi;
- *l'esposizione in vivo*, ossia il confronto graduale e controllato con quelle situazioni ansiogene precedentemente evitate dal soggetto;
- *la terapia cognitiva*, che si concentra sulle credenze e assunzioni del soggetto circa se stesso, gli altri e il mondo, procedendo ad una ristrutturazione cognitiva dei pensieri distorti dopo aver effettuato un assessment specifico e accurato.

