

# PTSD – Post Traumatic Stress Disorder

## IL DISTURBO POST TRAUMATICO DA STRESS

Dott.ssa Erika Debelli

Il disturbo post-traumatico da stress (PTSD) è una diagnosi che viene spesso utilizzata quando si manifestano delle conseguenze in seguito ad un trauma psichico. Il PTSD è solo uno dei possibili esiti di un trauma psichico, ed infatti solo al 40% delle persone che subiscono un trauma viene fatta questa diagnosi. Si manifesta in modo molto sfaccettato, con livelli di interferenza diversi sulla capacità adattive.

Tuttavia si può ricondurre ad alcune caratteristiche distintive, elencate dal manuale diagnostico ICD-10 (Decima Revisione della Classificazione Internazionale delle Sindromi e dei Disturbi Psicici e Comportamentali):

- La persona deve essere stata esposta, per un tempo che può essere o breve o lungo, ad una situazione stressante eccezionalmente spaventosa o catastrofica (situazione che sarebbe probabilmente fonte di disagio per quasi tutte le persone)
- L'evento stressante si presenta continuamente al soggetto nel ricordo o nel rivivere il fatto. Sono presenti infatti ricordi vividi, sogni ricorrenti, flashback intrusivi; egli inoltre se si trova in situazioni simili o che possono essere associate all'evento stressante, prova disagio.
- Nei confronti delle situazioni simili o associate all'evento stressante la persona mostra evitamento oppure una tendenza all'evitamento che era assente prima che si verificasse l'evento stesso.
- Deve essere presente o incapacità (parziale o totale) di ricordare alcuni aspetti importanti del periodo in cui la persona è stata esposta all'evento stressante, oppure sintomi di aumentata sensibilità o attivazione psicologica (assenti prima dell'evento). Questi sintomi di sensibilità o attivazione comprendono almeno due tra: difficoltà di addormentarsi o mantenere il sonno; irritabilità o scoppi di rabbia; difficoltà a concentrarsi; ipervigilanza; reazione di allarme esagerata.
- I criteri B, C e D debbono manifestarsi entro sei mesi dall'evento stressante o alla fine di un periodo di stress.

Questa diagnosi può riguardare le conseguenze di una serie di diversi possibili eventi traumatici, che vanno dalle missioni di guerra, alle situazioni di abuso o maltrattamento sui bambini, alle violenze sessuali, alle situazioni di tortura o, più recentemente, agli eventi legati al terrorismo e alle sue vittime, ma anche agli incidenti che mettono a repentaglio la vita o alla perdita inattesa di una persona cara.

Ma qual è l'esperienza interna, i vissuti, di chi si trova alle prese con i traumi psichici o con lo stress post-traumatico?

Il vissuto legato a questa sindrome comprende un senso di essere sopraffatti, di perdere la sicurezza e di essere feriti o morire. La conseguente dissociazione e allontanamento dell'affetto intrusivo può portare ad una forma di intorpidimento affettivo.

L'esperienza traumatica è talmente intensa da sopraffare le capacità mentali della persona che ne è vittima. Di conseguenza sia l'esperienza che l'espressione degli affetti può essere disturbata, così come può anche essere disturbata

la possibilità di simbolizzare e la capacità di pensiero. L'elaborazione delle fantasie e dei ricordi connessi al trauma si fa quindi labile. Lo stesso senso di sé della vittima subisce un cambiamento, ed anche le relazioni interpersonali subiscono un'interferenza.

Negli adulti la PTSD può portare le vittime ad oscillare tra la sofferenza dovuta alla riesperienza continua dell'evento traumatico e dei sentimenti associati (ad esempio con intrusioni interne quali incubi o flashback), e il ricorso a meccanismi anestetizzanti che permettano invece un ottundimento della sofferenza (quali il ricorso alla dissociazione o a sostanze come alcool o droghe).

A volte il desiderio inconscio di riuscire per una volta a padroneggiare una situazione traumatica può condurre alcuni individui a risperimentare più volte alcuni aspetti dell'evento traumatico, oppure a riviverlo non più in forma passiva, come vittima, ma in forma attiva, come "carnefice".

Le implicazioni cliniche della PTSD variano in base ai fattori di personalità e alle differenze individuali delle vittime.

Il trattamento della sindrome dovrebbe passare attraverso una iniziale accettazione dei meccanismi di evitamento dei residui del trauma, necessari per la sopravvivenza psichica dell'individuo, verso una progressiva integrazione, padronanza e chiarificazione della risposta traumatica attraverso una presa in carico terapeutica.

Le implicazioni cliniche del PTSD si sviluppano a più livelli: affettivo, cognitivo, somatico e relazionale.

**Livello affettivo:** si caratterizza per la presenza di sentimenti soverchianti e ingestibili, quali rabbia, terrore e vergogna, oppure al contrario si può caratterizzare per un ottundimento e dissociazione di tali sentimenti, dovuta all'incapacità di gestire e connettere sentimenti così disturbanti. In ogni modo la gestione degli affetti risulta compromessa. Se il trauma ha luogo nella prima infanzia, esso va ad interferire proprio con lo sviluppo delle capacità di distinguere e verbalizzare i propri stati affettivi, con un arresto dello sviluppo affettivo che porta strascichi anche in età adulta (favorendo alessitimia, anedonia, e intolleranza dell'esperienza affettiva). Se invece il trauma ha luogo in età adulta ci può essere una regressione nella gestione degli affetti.

**Livello cognitivo:** si attivano una serie di pensieri che comprendono senso di colpa per essere sopravvissuti, senso di tradimento, incapacità di pensare ad altro che al trauma o al contrario un allontanamento (dovuto ad una dissociazione totale o parziale) dai ricordi ad esso legati.

Viene frequentemente sperimentata una sensazione di impotenza, e per farvi fronte a volte vengono attivate delle strategie che consistono nello sviluppare delle idee su come la persona traumatizzata avrebbe potuto evitare il trauma, oppure nello sviluppare delle idee che spostino la colpa dell'evento su altre persone (e ciò anche in presenza di catastrofi naturali in cui non esiste un vero colpevole). Se da un lato queste strategie sono utili perché consentono di ridurre il senso di impotenza di fronte al trauma, d'altro canto esse rischiano di favorire il perpetuarsi della sofferenza attraverso pensieri continui e il continuo tentativo di trovare spiegazioni o un colpevole.

In generale varie funzioni dell'Io vengono compromesse in seguito al trauma, tra le quali l'esame di realtà, la memoria, il giudizio, la regolazione degli affetti. Inoltre l'intenzionalità può essere paralizzata, e la distinzione tra passato e presente sfuocata. Ci può essere una ridotta capacità di integrare le esperienze e un ritorno al pensiero magico, connesso a una forte regressione psicologica. Ogni effetto ovviamente dipende dalla precedente stabilità delle funzioni e delle difese del soggetto che ha subito il trauma.

**Livello somatico:** si manifestano spesso disturbi del sonno, irritabilità e tentativi di automedicazione con abuso di sostanze. In alcuni casi vengono sperimentate nuovamente le esperienze corporee che sono state sperimentate durante l'evento traumatico.

**Livello relazionale:** il modo di rapportarsi con le altre persone cambia, e ciò può essere dovuto sia alle conseguenze del trauma (quali dissociazione o abuso di sostanze), sia alla riduzione della fiducia in se stessi e all'aumento dell'insicurezza, sia alle alterazioni degli stati affettivi (ottundimento, senso di colpa, ritiro, rabbia cronica). Possono svilupparsi stili di interazione patologici (quali quelli sadomasochistici) che portano alla distorsione del dialogo e alla

perdita di coerenza. Infine ci può essere una riduzione delle relazioni dovuta alla messa in atto di strategie di evitamento di persone e situazioni che ricordano anche vagamente l'evento traumatico.

#### Bibliografia

OMS, "ICD-10 - Decima Revisione della Classificazione Internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali", Ed. Masson, Milano, 1992

AA.VV. (2006), "PDM - Manuale Diagnostico Psicodinamico", Ed. Raffaello Cortina, Milano, 2008