



## **Il Disturbo Post Traumatico da Stress (DPTS)**

di Salvatore Di Salvo

Il DPTS insorge in seguito all'esposizione a eventi stressanti di estrema gravità oggettiva, con minaccia per la vita o l'integrità fisica propria o di altri. È caratterizzato da sintomi tipici quali intensa angoscia e paura, evitamento dei ricordi associati al trauma, incubi e sogni angosciosi, continuo stato di allerta, compromissione della funzionalità psicosociale e lavorativa del soggetto. Ne sono descritti tre tipi che si differenziano per modalità d'insorgenza e durata: il primo tipo può insorgere immediatamente dopo il trauma ed è quindi preceduto da un Disturbo Acuto da Stress (DAS). I sintomi del DAS durano al massimo un mese, mentre il primo tipo di DPTS ha sintomi di durata da uno a tre mesi. Il secondo ha sintomi che durano più tre mesi. Il terzo tipo ha insorgenza tardiva, mesi o anni dopo il trauma.

Gli eventi o le situazioni traumatiche possono riguardare un gruppo o una comunità come ad esempio catastrofi e disastri naturali, disastri aerei o navali, persecuzioni di massa, prigionia in campi di concentramento, attentati.

Possono anche riguardare il singolo individuo o unità familiari come nel caso di stupri, rapine, omicidi, violenza fisica, sequestri di persona, gravi incidenti automobilistici, malattie a grave rischio di vita.

Dati quantitativi sul DPTS sono disponibili per ora limitatamente a quei paesi dove sono stati effettuati studi sistemici. Tutti comunque concordano sul fatto che le conseguenze degli eventi traumatici non si esauriscono col cessare dell'evento, ma si manifestano anche molti anni dopo.

### **Diffusione**

La prevalenza varia in modo molto considerevole secondo le popolazioni considerate. Nella popolazione generale è dello 0,5-1%, con una prevalenza fino al 10% in popolazioni urbane statunitensi, per la maggior parte dovuta a fatti criminali e ad incidenti. Gli studi sull'argomento hanno evidenziato che le donne sono più esposte rispetto agli uomini e che il trauma più comune è assistere all'uccisione o al grave ferimento di qualcuno, stupro o violenze sessuali, essere coinvolti in un disastro naturale o civile. Tra gli uomini sono riportati inoltre traumi di guerra, prigionia, rapimento.

E' stato inoltre evidenziato che, per i pazienti con cancro, la diagnosi di una recidiva con metastasi successivamente al trattamento con esito favorevole del tumore primitivo può dar luogo ad un DPTS.

**Ambiti di stress bellico o militari.** Una sindrome da campo di concentramento con sintomi analoghi al DPTS è stata rilevata nell'85% dei sopravvissuti. Colloqui strutturati con sopravvissuti ai campi di concentramento nazisti hanno evidenziato, dopo la liberazione, il 67% di disturbi compatibili con la diagnosi di DPTS. Negli stessi soggetti, quarant'anni dopo la liberazione, la sindrome era presente nell'8% dei casi con sintomi completi e nel 24% con sintomi parziali. Percentuali analoghe sono state documentate in reduci di altre campagne militari.

**Ambito civile.** Eventi in ambito civile possono essere individuali o di comunità. Disastri naturali che interessano comunità sembrano produrre effetti meno devastanti rispetto a traumi che colpiscono l'individuo. È importante rilevare che è stata segnalata una precisa relazione tra "dose di esposizione" al disastro, misurabile in termini di minaccia per la vita, e sintomi di DPTS.

### **Fattori di rischio**

I fattori di rischio per lo sviluppo di un DPTS sono almeno tre: la gravità oggettiva dell'evento stressante, il possibile ruolo di fattori pre-esistenti relativi all'individuo, alcune caratteristiche della risposta psichica immediata al trauma.

*Gravità oggettiva dell'evento.* Molti studi concordano nel ritenere che la gravità oggettiva dell'evento sia il fattore più importante. In particolare l'aspetto di maggior rilievo è il grado di esposizione diretta dell'individuo. In una stessa circostanza, come ad esempio un attentato terroristico o un terremoto, il fattore chiave non è la sola esposizione all'evento, ma il grado del coinvolgimento diretto e la vicinanza al centro fisico dell'evento traumatizzante: maggiore il coinvolgimento, maggiore il rischio di DPTS. Questo aspetto suggerisce che nella genesi del disturbo l'elemento di minaccia all'incolumità abbia un impatto diretto. Uno studio nella North Carolina ha rilevato che donne vittime di stupro che hanno subito anche lesioni fisiche hanno un rischio di sviluppare DPTS 22 volte maggiore di donne stuprate senza lesioni fisiche. Un altro studio effettuato dopo l'eruzione del vulcano Sant'Elena ha evidenziato che il rischio di sviluppare il disturbo cresceva proporzionalmente con la vicinanza geografica degli abitanti all'area iniziale di eruzione.

La minaccia all'incolumità fisica ha dunque un maggior peso rispetto ad eventuali fattori predisponenti di personalità o ad altri legati all'individuo.

*Caratteristiche individuali: personalità e fattori predisponenti.* E' controverso il ruolo svolto delle caratteristiche individuali. Secondo l'opinione di alcuni Autori disturbi psichiatrici preesistenti o una storia di disturbi psichiatrici in famiglia aumentano il rischio, secondo altri invece essi non avrebbero influenza di rilievo.

Il ruolo della personalità e dei fattori individuali possono rivestire un peso diverso secondo la gravità oggettiva dell'evento.

Studi in soggetti reduci da traumi di guerra in zone di combattimento suggeriscono che per questo tipo di traumi conti soprattutto la gravità dell'evento subito più che l'elemento soggettivo.

Gli studi che hanno valutato l'impatto di eventi estremi quali massacri, pulizia etnica, campi di prigionia e tortura non hanno generalmente segnalato una particolare importanza delle caratteristiche di personalità pre-esistenti quali fattori di rischio.

In altri eventi quali stupri, rapine, violenze, sequestri la presenza di disturbi pre-esistenti può agire quale fattore moderatamente predisponente o almeno complicare il decorso, sebbene l'impatto emozionale dovuto al trauma e il grado di minaccia per la vita percepito dal soggetto abbiano sempre un peso maggiore rispetto alle variabili individuali.

Fattori che riducono il rischio sono: possibilità di fuga e di una risposta attiva, riduzione del tempo di esposizione al trauma grazie ad un intervento esterno, disponibilità di supporto sociale immediato.

## **Sintomatologia**

Il quadro clinico, secondo la definizione del DSM-IV, è dominato da tre gruppi principali di sintomi:

1. la ri-esperienza dell'evento traumatico;
2. l'evitamento di stimoli o cose che lo ricordano e uno stato d'intorpidimento emozionale;
3. uno stato d'iperattivazione persistente.

Il primo gruppo di sintomi, la ri-esperienza post traumatica del trauma, è caratterizzato dalla sofferenza data dal rivivere l'avvenimento attraverso immagini, pensieri, percezioni, incubi notturni relativi all'evento stesso. Ad esempio un soggetto che ha subito un grave incidente d'auto con morte della persona accanto, ritorna col pensiero alla scena e ha incubi e sogni notturni in cui rivede tali immagini. Un altro sintomo è l'agire o il sentire come se l'evento stesse per ripetersi: un soggetto sopravvissuto ad un bombardamento in cui il suo paese è andato distrutto può fermarsi e scambiare un rumore lontano per quello di aerei in avvicinamento, oppure sentire come attuali gli scoppi delle bombe e le grida delle persone. È presente intenso malessere psicologico a stimoli che ricordano o simbolizzano il trauma, come vedere scene di guerra in un filmato, assistere ad un anniversario o ad

una cerimonia, la foto di amici perduti in quell'occasione, processi e atti legali per un familiare di una persona assassinata.

Del secondo gruppo di sintomi, l'evitamento consiste nell'evitare tutti quegli stimoli che ricordano la situazione traumatica. Il soggetto può anche evitare un aiuto psicologico o semplicemente d'incontrare altri sopravvissuti, di tornare sui luoghi dell'evento. In caso di violenza avvenuta entro le pareti di casa il soggetto può preferire cambiarla ed evitare il quartiere.

L'intorpidimento emozionale si manifesta con diminuzione dell'interesse per il mondo e le proprie attività, senso di distacco ed estraniamento dagli altri, incapacità a provare coinvolgimenti intimi d'amore o affetto come prima. Può anche essere presente il senso di scomparsa del proprio futuro, come se il soggetto fosse incapace di vedere la possibilità di avere una lunga vita, un matrimonio, una carriera di lavoro, dei figli.

Il terzo gruppo dei sintomi, *l'iperattivazione*, è costituito da un costante stato di allerta, ipervigilanza, reazioni di trasalimento verso stimoli ambientali improvvisi ma innocui. Strettamente correlata è un'esagerata reattività neurovegetativa. Spesso sono presenti difficoltà a addormentarsi, a concentrarsi e scoppi di rabbia immotivata. Sul piano clinico sono frequenti anche sintomi quali cefalee, vertigini, e altri disturbi somatici minori.

### **Forme cliniche**

I sintomi possono insorgere immediatamente dopo il trauma o dopo mesi (tipo ritardato). Il quadro dei sintomi può inoltre essere acuto, se la durata dei sintomi è minore di 3 mesi, o cronico per durata maggiore. Alcuni casi in sopravvissuti ai campi di concentramento nella seconda guerra mondiale (sopravvissuti all'Olocausto) hanno avuto esordio dei sintomi tardivo, e durata cronica: alcuni sono ancora oggi oggetto di assistenza medica.

### **Decorso, complicanze e comorbidità**

L'osservazione clinica ha mostrato che i sintomi in alcuni casi diminuiscono nel tempo, mentre in altri risultano stabili e possono anche peggiorare in mancanza di trattamento. Solo in tempi recenti si è cominciato a differenziare l'evoluzione dei DPTS secondo il tipo di trauma. In linea di massima nel caso di disturbi insorti in seguito a disastri di comunità come disastri naturali, incidenti a centrali nucleari, eventi violenti collettivi (rapine, terrorismo) i sintomi tendono ad attenuarsi nel tempo, anche se non ad annullarsi del tutto.

In DPTS conseguenti a gravi violenze individuali (stupri, rapine con violenza fisica) alcuni sintomi tendono a ridursi, ma con più difficoltà e l'evitamento e le difficoltà di relazione nella vita affettiva e interpersonale possono persistere a distanza di anni.

Un altro fattore probabilmente molto importante è la *fase del ciclo di vita* in cui il soggetto viene colpito. Alcuni studi hanno suggerito che i bambini, sebbene gravemente colpiti al momento dell'impatto di un evento catastrofico, sono quelli che a lunga scadenza hanno la prognosi migliore. E' intuibile che questo è legato alla vicinanza protettiva dei genitori che fanno da "scudo" verso i sentimenti-chiave che scatenano tipicamente il DPTS. Viceversa una donna adolescente senza o con poca esperienza sessuale, dopo uno stupro specie se con marcata violenza fisica, molto probabilmente avrà conseguenze affettive e un ricordo indelebile per larga parte della vita, sebbene possa mostrare un lento e progressivo miglioramento.

### **Prognosi**

Il DPTS con sintomatologia completa può persistere per varie decadi o per tutta la vita. La prognosi varia a seconda le caratteristiche e l'impatto dell'evento, il vissuto del soggetto, la fase del ciclo di vita in cui è colpito, il tempo d'insorgenza dei sintomi, l'instaurarsi di un trattamento. La remissione spontanea dei sintomi è possibile solo nei casi di eventi "meno estremi".

La prognosi è migliore nei casi in cui i sintomi hanno avuto un'insorgenza subito dopo il trauma; è invece decisamente sfavorevole nei casi ad insorgenza ritardata dei sintomi.

Casi di violenza e vittimizzazione sul singolo in ambito sia militare sia civile hanno cattiva prognosi.

### **Terapia**

La terapia si basa su tre linee principali: terapia psicofarmacologica, trattamenti psicoterapici, interventi preventivi e di comunità. In molti casi è decisivo integrare tali trattamenti in un unico progetto terapeutico, poiché difficilmente uno solo di essi assicura risultati sufficienti nel lungo termine.

#### **Terapia psicofarmacologica**

La terapia psicofarmacologica rappresenta nella maggior parte dei casi un ingrediente importante del trattamento.

In passato sono stati utilizzati antidepressivi triciclici, ma i risultati migliori si hanno con gli SSRI che riducono l'evitamento, l'intorpidimento emozionale e l'iperattivazione. Va segnalato che sono frequenti casi di miglioramento parziale piuttosto che di scomparsa e remissione totale dei sintomi. Sono richieste alte dosi di farmaci e almeno 8-12 settimane prima di registrare miglioramenti.

Gli ansiolitici migliorano soprattutto i sintomi d'iperattivazione e il sonno, mentre non agiscono sull'evitamento.

### **Interventi psicoterapeutici**

I trattamenti psicoterapeutici, al di là della tecnica impiegata, hanno due scopi fondamentali nella terapia del DPTS: permettere l'espressione delle emozioni collegate al trauma e ripristinare il contatto con il mondo esterno e la fiducia in se stessi. Questi scopi possono essere raggiunti attraverso tecniche terapeutiche diverse. A seconda del tipo di trauma, delle sue conseguenze, della fase del ciclo di vita, lo psicoterapeuta e il setting hanno il compito di "aggiustarsi" sul livello di comunicazione tollerabile per il paziente e consentire attraverso passi successivi tale lavoro.

Gli interventi di psicoterapia ad *orientamento psicodinamico* offrono una comprensibilità dei molteplici e complessi aspetti del vissuto dei pazienti.

Le *terapie cognitivo-comportamentali* si basano sulla teoria dell'apprendimento e sulla possibilità che, in opportune condizioni protette, attraverso passi successivi, sia raggiungibile un nuovo apprendimento, con superamento almeno parziale delle memorie relative all'evento traumatico. Esse mirano ad un lavoro cognitivo sugli schemi di sé, con aumento progressivo della percezione del controllo e riduzione della reattività psichica e somatica. Possono essere effettuate su individui o su gruppi, come ad esempio nei reduci di guerra.

Tecniche di *psicoterapia di gruppo* sono tra le più usate negli Stati Uniti, in particolare nel trattamento dei reduci di guerra ed hanno risultati validi.