



Il Disturbo Post-Traumatico da Stress: una review.

*Luciano Sabella, Psicologo e Psicoterapeuta
Funzionale.*

Origine

Il termine **Post-Traumatico Stress Disorder** venne inserito per la prima volta **all'interno del DSM nel 1980** (DSM III), dopo la proposta dell'American Psychiatric Association di definire un quadro nosografico in grado di **raccogliere tutti quei sintomi** presenti in soggetti esposti a eventi di natura traumatica, a shock, a situazioni comunque non usuali che producono sofferenza psichica protratta nel tempo.

In realtà **l'interesse nei confronti di disturbi collegati a eventi traumatici** venne mostrato già ai tempi di **Freud e Janet** (Dell'Anna, 2015), quest'ultimo considerato il padre della **Psicotraumatologia**; mentre lo studio di **sindromi post traumatiche iniziò** durante la Prima guerra mondiale, anche se la descrizione delle tipiche **sintomatologie è reperibile fin dall'antichità** in testi che hanno fatto la storia dell'umanità, come l'Iliade.

“Il DPTS si può manifestare in conseguenza di disastri naturali, ma può anche essere dovuto ad eventi scaturiti dalle azioni degli esseri umani.”

Fu però durante la Seconda guerra mondiale che gli psichiatri americani cominciarono a **studiare possibili**

metodi di intervento sui **soggetti militari vittime di traumi**. Con la guerra del Vietnam **il fenomeno iniziò ad assumere proporzioni sempre più diffuse**, al punto tale da diventare oggetto di attenzione pubblica.

Il riconoscimento formale che ne seguì **rappresentò** innanzitutto **una vittoria dei reduci**, che si videro così legittimati nel loro stato di disagio vitale, nonché nella possibilità di accedere al rimborso per le spese mediche e psichiatriche sostenute (Navarro, 2011).

Disturbo Post-Traumatico da Stress viene definito come Disturbo d'ansia conseguente all'esposizione diretta o indiretta a un evento traumatico.

Definizione e Caratteristiche

Ma cos'è il Disturbo Post-Traumatico da Stress? Nella recente definizione del DSM V (2013) viene definito come **“Disturbo d’ansia conseguente all’esposizione diretta o indiretta a un evento traumatico di gravità oggettiva o soggettiva estrema, con minaccia per la vita o l’integrità fisica propria o altrui”**.

Esso è classificato nei **Disturbi correlati a eventi traumatici stressanti**, ossia quei disturbi in cui l’esposizione a un evento traumatico o stressante è elencata come principale criterio diagnostico.

Il disturbo post-traumatico da stress **si può manifestare in conseguenza di disastri naturali** (terremoti, inondazioni, tempeste, tsunami), **ma può anche essere dovuto a eventi scaturiti dalle azioni degli esseri umani, come la guerra, gli attacchi terroristici, forme specifiche di violenza.**



Si viene così a costituire **un trauma, ossia un'esperienza emotiva travolgente** in cui vi è la possibilità di morte o di ferite consistenti sia su sé stessi sia su persone care (Charuvastra & Cloitre, 2008).
L'elemento caratteristico che deve

essere soddisfatto per effettuare una diagnosi di DPTS è quindi quello di aver vissuto un'esperienza traumatica.

Oltre a questa è necessaria la presenza di una serie di sintomi che possono essere raggruppati in quattro categorie principali (Dziegielewski & Turnage, 2017):

Esso è classificato nei Disturbi correlati a eventi traumatici stressanti.

- **Sintomi intrusivi** relativi all'evento traumatico: comprendono **ricordi che invadono la coscienza** e che non sono il frutto di rimuginii, ma

percezioni legate all'evento,
come immagini, suoni, odori; sogni
e incubi relativi all'evento
traumatico vissuto e
generalmente
accompagnati da
agitazione motoria,
sudorazione, vocalizzi
durante il sonno, ecc;
fenomeni di flashback;
ma anche sofferenza psicologica
quando esposti a fattori scatenanti
interni o esterni che richiamano
l'evento traumatico, con associate
delle marcate reazioni fisiologiche.



- **Sintomi di evitamento** degli stimoli associati all'evento traumatico. Nel tentativo di ridurre il disagio dovuto al manifestarsi dei sintomi di cui sopra, **vengono solitamente messe in atto alcune strategie di allontanamento psicologico**, quali evitare ricordi spiacevoli, pensieri o **sentimenti relativi all'evento**; ed evitare quei fattori esterni (che possono essere rappresentati da persone, oggetti, luoghi, attività, conversazioni, situazioni) che in qualche modo richiamino gli stessi ricordi spiacevoli, pensieri o sentimenti.

Alcuni dei sintomi più ricorrenti riguardano i ricordi dell'evento che invadono la coscienza.

• **Sintomi di alterazioni** cognitive ed emotive, **come l'incapacità di ricordare qualche aspetto importante dell'evento**, continue ed esagerate convinzioni o aspettative negative relative a stessi, ad altri o al mondo ("non ci si può fidare di nessuno", "io sono cattivo", ...), **comprese attribuzioni causali su se stessi o sugli altri** relative all'accadimento dell'evento; persistente stato emotivo negativo (come presenza pervasiva di **paura, rabbia, vergogna**, senso di colpa e colpa di sopravvivenza), accompagnato da incapacità di



provare emozioni positive (felicità, amore, soddisfazione); sentimenti di distacco o di estraneità verso gli altri.

- **Sintomi di alterazione** dell'arousal e della reattività, quali: **comportamento irritabile** e rabbia; **comportamento autodistruttivo**; **ipervigilanza**; **allarme**; **difficoltà di concentrazione** e disturbi del sonno.

Perché si possa **parlare di DPTS** è necessario che **i sintomi siano presenti da almeno un mese**. Inoltre, è possibile o meno la presenza di

disturbi dissociativi, quali
derealizzazione e
depersonalizzazione.

Infine, il **disturbo può manifestarsi anche nei bambini** al di sotto dei **sei anni**, per i quali è prevista una classificazione sintomatica leggermente diversa.

Prevalenza e differenze individuali
Come visto sopra, **il primo criterio** che deve essere soddisfatto per la diagnosi di DPTS è **l'esperienza di un evento traumatico**, con la presenza di sintomi che siano conseguenza dello stesso evento.

Gli studi e le ricerche effettuati nel corso degli anni (Colombo & Mantua, 2001) hanno evidenziato però che l'aver vissuto un'esperienza critica di per sé, non genera automaticamente un disturbo post-traumatico.

I dati epidemiologici dimostrano che **non tutte le persone esposte al medesimo agente traumatizzante reagiscono nella stessa maniera**; solo una minoranza sviluppano sintomi di rilevanza clinica.

Gli studi hanno evidenziato che però aver vissuto un'esperienza traumatica di per sé non genera automaticamente un disturbo post-traumatico.

Questo ha portato a chiedersi da dove potessero originarsi tali risposte differenziate.

Le strade intraprese dagli studi sono andate **in due principali direzioni.**

La prima ha posto l'accento **sul peso dell'evento**, sul suo impatto oggettivo. Già ai tempi del DSM IV si discuteva infatti sul **livello di gravità necessario perché si potesse parlare apertamente di DPTS**, dato che si riteneva che la gravità della sintomatologia fosse direttamente correlata alla drammaticità dell'evento.

In realtà varie ricerche effettuate principalmente negli USA (e riportate in Dziegielewski & Turnage, 2017), **hanno dimostrato che il disturbo dipende maggiormente dalla percezione soggettiva dell'evento**, più che dalla gravità dello stressor di per sé.

Il disturbo dipende maggiormente dalla percezione soggettiva dell'evento, più che dalla gravità dello stressor di per sé.”

Infatti, si notò che più della metà della popolazione aveva vissuto nella sua vita almeno un'esperienza traumatica, ma la prevalenza del disturbo si attestò al 7,8%.

Anche in una recente ricerca sugli **effetti del terremoto** de L'Aquila (Pollice et al., 2012), si è constatato che a fronte della presenza di un distress psicologico moderato o elevato in circa il 40% dei giovani sopravvissuti e la concomitante presenza di una notevole quantità di sintomi post-traumatici (Ferrara et al., 2016), la diagnosi di DPTS ha coinvolto soltanto il 13,8% del campione.

Neanche la distinzione fra eventi straordinari e ordinari (con la relativa difficoltà a separare nettamente le due categorie) riuscì a spiegare le differenze rilevate.

In particolare, se le vittime di guerra, sia civili che militari, mostrano una diffusione del fenomeno maggiore (Colombo & Mantua, 2001), è anche vero che gli eventi quotidiani classificati come traumatici producono comunque una ridotta percentuale di disturbo.

Fra questi di particolare interesse e rilievo sono gli **incidenti automobilistici** (per la loro diffusione), gli stupri e le **violenze fisiche in genere** (per l'impatto che generano nelle vittime), ma anche furti, rapine, incendi e lutti.



Nello stesso modo, **le analisi delle diverse professioni coinvolte** hanno mostrato una **maggiore sensibilità** nei confronti del fenomeno da parte di categorie quali i vigili del fuoco; gli agenti di sicurezza; gli operatori delle ambulanze; i prestatori di primo soccorso a seguito di catastrofi naturali.

In nessun caso si è però riscontrata una diffusione del fenomeno maggiore del 20%. Per tale motivo molto probabilmente **la definizione che oggi ritroviamo nel DSM V ci parla di gravità dell'evento oggettiva o soggettiva, estrema, con minaccia per la vita o l'integrità fisica propria o altrui.**

La ricerca di una spiegazione di tali discrepanze ha portato allo sviluppo della **seconda strada**, che si è conseguentemente indirizzata verso l'analisi di differenze individuali, alla ricerca di fattori predisponenti nel soggetto e nel suo ambiente.

La definizione che oggi ritroviamo nel DSM V ci parla di gravità dell'evento oggettiva o soggettiva, estrema, con minaccia per la vita o l'integrità fisica propria o altrui

Gli aspetti maggiormente documentati **riguardano la presenza di sentimenti di paura e orrore**, un vissuto soggettivo di impotenza, la percezione di una minaccia per la propria vita (Charuvastra & Cloitre, 2008).

Le classi di variabili individuate dei fattori di rischio dalla letteratura internazionale è stata effettuata da Yehuda (1999), constatando come possano essere divise in tre grandi fasi: **pretrauma, peritrauma e post-trauma.**

Nella prima categoria sono stati riscontrati **molti fattori di vulnerabilità**, come l'appartenenza al genere femminile, un basso livello sia di istruzione che socio-economico, **trascuratezza e/o violenza** da parte degli adulti durante



le fasi di sviluppo. Quello che **ci sembra maggiormente rilevante** è però **la preesistenza di disturbi legati all'ansia**, alla depressione e allo stress; nonché pregresse esperienze traumatiche di abuso subito durante l'infanzia.

Per quanto riguarda la fase **peritraumatica**, **la gravità del trauma** rappresenta **un fattore critico per il successivo adattamento**.

Tanto più gli **eventi sono gravi**, tanto più **presentano un livello di minaccia molto elevato** per la propria incolumità, di solito durano più a lungo ed espongono anche alla sofferenza altre persone.

Si è verificato, inoltre, che **le persone si adattano molto più facilmente ad elevati livelli di stress a patto che queste situazioni siano previste o comunque prevedibili**, al contrario di quegli eventi, soprattutto naturali, che restano del tutto incontrollabili.

Le persone si adattano molto più facilmente ad elevati livelli di stress a patto che queste situazioni siano previste o comunque prevedibili

Lo scarso sostegno sociale e una non adeguata capacità di gestione dello stress sembrano essere i fattori post-traumatici di più elevato impatto.

DPTS e Neo-Funzionalismo

La Psicologia Funzionale, fondata e sviluppata da Luciano Rispoli, ancora una volta appare essere come quella **teoria psicologica** particolarmente indicata **per comprendere pienamente anche un fenomeno come quello del DPTS**, e conseguentemente per prospettare un intervento appropriato.

Il Neo-Funzionalismo guarda all'essere umano nella sua **globalità e integrazione**, nei suoi vari sistemi che interagiscono costantemente fra loro e con l'ambiente circostante. **La psicologia Funzionale** li studia da tempo **per comprenderne appieno i**

**funzionamenti nella loro
complessità (Rispoli, 2016).**

Concetti quali Funzioni ed

**Esperienze di Base
del Sé (Rispoli, 2004)**

rappresentano dei

cardini attraverso i

quali spiegare tutto il

comportamento

umano, compresi quei disturbi

psicologici che possono manifestarsi

nel corso dell'esistenza, permettendo

altresì di intervenire su di essi con

precisione per ripristinare un

funzionamento integrato e pieno

dell'intero organismo psico-fisico.

La Psicologia Funzionale ancora una volta appare essere come quella teoria psicologica particolarmente indicata per comprendere pienamente anche un fenomeno come quello del DPTS

Si occupa inoltre da sempre di Stress e della sua cura (Di Nuovo & Rispoli, 2011). Come evidenziato nelle pagine precedenti, il DPTS è un fenomeno a sua volta complesso e multi-sfaccettato. I sintomi prevalenti che la popolazione colpita manifesta comprendono l'intero Sé: da pensieri intrusivi ad emozioni pervasive, da manifestazioni scaturite da una sclerotizzazione del Sistema Nervoso Autonomo, a ritiro e isolamento sociale ed affettivo.

L'etiopatogenesi del disturbo – come abbiamo visto - non risulta essere così linearmente correlata all'intensità del trauma vissuto; vi

sono alcune caratteristiche individuali e/o esperienze che le persone colpite hanno vissuto precedentemente.

Sembra che sia l'insieme di tali fattori a determinare l'insorgenza del fenomeno. **Il Neo-Funzionalismo li ha individuati e studiati in modo dettagliato**, riscontrando come sia l'intero Sé psico-corporeo, a tutti i suoi livelli a subire l'impatto dell'evento traumatico, e a fare da Filtro tra lo stressor e le relative conseguenze patologiche.

Sono **determinate Esperienze di Base e determinate Funzioni del Sé** già precedentemente **alterate** nel soggetto **a rendere più gravi le**

**conseguenze
traumatico.**

dell'evento

In conclusione, possiamo dunque ipotizzare che vi **sia una particolare configurazione del Sé e dei suoi Funzionamenti** che possa favorire l'insorgenza del DPTS e del suo perdurare nel tempo.



LA SEF

è una Scuola di Psicoterapia riconosciuta dal MIUR (D.M. 16.11 del 2000), dalla EABP (European Association for Body-Psychotherapy) dal 1999 e dal CSITP (Comité Scientifique Internationale de Thérapie PsychoCorporelle) già dal 1987. È iscritta al CNSP (Coordinamento Nazionale delle Scuole in Psicoterapie) e al CNCP (Coordinamento Nazionale Counselor Professionisti).

La nostra Scuola fornisce metodologie e tecniche di intervento concrete e precise, sia a livello individuale che di gruppo, poiché puntiamo molto nella ricerca ed utilizziamo le scoperte più avanzate delle neuroscienze.

SEDI SEF

Napoli, Catania, Padova, Roma,
Trieste

REFERENTI IN ALTRE CITTA'

Benevento, Firenze, Foggia,
Messina, Milano, Parma



LA SIF

Società Italiana di Psicoterapia Funzionale -Struttura nazionale di ricerca. Associazione nazionale di professionisti formati in base ai principi del Modello Funzionale. Promuove e indirizza la ricerca e l'approfondimento del Neo-Funzionalismo.

ISTITUTI CLINICI

Agrigento, Brescia, Catania, Napoli, Padova, Palermo, Roma, Trieste

Crediamo nella formazione e nella crescita professionale; per questo motivo proponiamo un ventaglio formativo molto ampio che parte dai seminari e dai workshop gratuiti, Corsi ECM, aggiornamenti continui, fino ad arrivare ai Master Specialistici, ai Corsi per Counselor Professionista, ed alla Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Funzionale.

Ogni anno, sia per i Master che per la Scuola di Specializzazione, sono previste Borse di Studio.

Per informazioni

Telefono: 081.03.22.195 (Sede Centrale)

Email:

formazione@psicologiafunzionale.it

“Migliorare la propria professionalità è un valore di prestigio ma soprattutto un vantaggio competitivo nel mondo del lavoro”

Seguici su:

www.psicologiafunzionale.it/sef

Blog Scuola di Psicoterapia
(<https://www.psicologiafunzionale.it/sef/blog/>)

Seguici anche sui nostri social



[ScuoladiPsicoterapiaSEF](#)



[Scuoladipsicologia](#)