

PTSD: disturbo post-traumatico da stress

INDICE:

1. Introduzione
2. Tipi di trauma secondo Lenore C. Terr
3. Conseguenze e sintomi del trauma
4. La gravità del trauma
5. La memoria nel disturbo post traumatico da stress
6. Note
7. Altre letture su HT

1. Introduzione

Il disturbo post traumatico da stress è un disturbo che si genera al seguito di un'esperienza negativa, creando disorganizzazione e disgregazione del sistema psicobiologico della persona che vive il trauma.

Il **trauma** è una reazione psichica, una ferita causata da un fattore traumatico (*stressor*), che genera emozioni dolorose e insopportabili.

La stessa parola "trauma" deriva dal greco *τιτρωσκω*, che significa perforare, danneggiare, ledere, rovinare, e risulta essere "*legato ad una ferita con lacerazione, ad uno shock violento, sull'insieme dell'organismo*"¹.

Le manifestazioni di un vero e proprio disturbo si verificano quindi al seguito di alcuni *agenti stressor*, quali possono essere **un evento stressante e di natura violenta** (lutti improvvisi o al seguito di malattie, lesioni, minacce all'integrità fisica e psicologica) o **una serie di microtraumi avvenuti nelle prime fasi dello sviluppo emotivo**, come separazioni, maltrattamento, trascuratezza psicologica ed affettiva.

L'insorgenza del disturbo può verificarsi in un arco di tempo successivo rispetto al manifestarsi dell'evento traumatico vissuto dal paziente, e si sviluppa in tre fasi:

- la risposta acuta da stress,
- la risposta cronica all'evento traumatico,
- l'adattamento dell'individuo alla necessità di convivere con lo stato sintomatico cronico del disturbo.

Per definire invece la **durata del Disturbo PTSD**, è necessario individuare singolarmente ogni situazione.

Breslau et. al. hanno ipotizzato che il tipo di esperienza traumatica può svolgere un ruolo

determinante nel decorso a lungo termine del disturbo.

Se il trauma è breve e circoscritto, ad es. incidente d'auto, la capacità di superare lo stress dell'evento è breve ma nel caso di traumi protratti nel tempo, es. violenze subite, assistite, lutti improvvisi, guerre, assistere a morti tragiche, separazioni conflittuali, eventi ove non è possibile il cambiamento dell'esito, la vittima deve imparare a gestire e contenere la sua paura e la sua reattività per un periodo più lungo.

2. Tipi di trauma secondo Lenore C. Terr

Riguardo ai tipi di trauma, Lenore C. Terr², Psichiatra americana nota per i suoi studi sul trauma infantile e la memoria repressa, distingue i traumi di tipo I, e traumi di tipo II.

I traumi di tipo I derivano da eventi **singoli, improvvisi e inaspettati**, che si imprime nella memoria in modo vivido.

Chi vive questo tipo di esperienza tende a ricordare dettagli precisi dell'accaduto e può sperimentare ricordi intrusivi sotto forma di flashback o episodi di ansia acuta, soprattutto in presenza di stimoli che ricordano l'evento.

Un incidente stradale improvviso, un terremoto o un'aggressione rientrano in questa categoria. Anche la morte improvvisa di una persona cara o un intervento chirurgico d'urgenza possono lasciare segni profondi, generando un forte senso di vulnerabilità.

I traumi di tipo II, invece, sono legati a situazioni di **stress prolungato o ripetuto nel tempo**, come maltrattamenti, abusi o eventi bellici vissuti per lunghi periodi.

A differenza dei traumi di tipo I, questi eventi portano spesso a una frammentazione dei ricordi e a un senso di impotenza costante.

Le persone che li subiscono sviluppano spesso una percezione alterata del tempo e della realtà, oltre a manifestare difficoltà a mantenere una visione coerente di se stesse.

Un esempio è quello di chi ha vissuto anni di violenze domestiche o è stato esposto a contesti di guerra.

Le conseguenze dei traumi di tipo II possono includere dissociazione, disturbi dell'umore e un senso cronico di allerta.

3. Conseguenze e sintomi del trauma

Chi soffre di PTSD vede spesso compromesse le aree principali della propria vita, emergono **ricordi** legati al trauma che alterano la capacità di prestare attenzione alle nuove informazioni e ostacolano il normale processo di apprendimento.

A questi ricordi si affianca, in alcuni casi, un **atteggiamento compulsivo** che porta i pazienti a esporsi ripetutamente a situazioni o contesti che richiamano l'evento traumatico.

Può anche manifestarsi la tendenza opposta: il tentativo di evitare o fuggire dalle **emozioni associate** al trauma.

Queste difficoltà sono spesso accompagnate da una ridotta capacità di **gestione dello stress** e da una minore capacità di **azione**.

Un'altra conseguenza rilevante è l'alterazione dei **meccanismi psicologici di difesa** e una compromissione dell'**identità** personale.

Le persone che soffrono di PTSD possono incontrare **difficoltà nel narrare** con precisione ciò che



è accaduto, perdita della capacità di esprimere i sentimenti (**alessitimia**) e somatizzazione. Talvolta le persone sviluppano **amnesie** totali o la percezione di vuoti di memoria.

Nei pazienti con PTSD potremmo osservare anche altre problematiche relative a più aree:

- **disturbi del senso di sé:** sensazione di separazione, disturbi relativi all'immagine corporea
- **difficoltà nella modulazione degli stati affettivi:** difficoltà nel gestire emozioni quali rabbia e aggressività (rivolta verso di sé o verso gli altri), ansia. La mancata regolazione della vita affettiva può condurre a comportamenti autodistruttivi come auto-mutilazione, disordini alimentari e abuso di sostanze
- **difficoltà nelle relazioni interpersonali:** incapacità di vivere un senso di sicurezza e stabilità nelle relazioni, oscillando da un'eccessiva dipendenza all'isolamento sociale. Questa difficoltà è spesso associata a mancanza di fiducia in se stessi e negli altri, sospettosità, senso di vergogna e odio, comportamento iroso, minaccioso, impavido e violento
- **problemi lavorativi:** conflitti interpersonali che ostacolano lo svolgimento del proprio lavoro

I **sintomi** riportati nel **DSM-5** comprendono anche l'intorpidimento emotivo la mancanza di gioia e sensazione di essere stati danneggiati, nello specifico il DSM riposta: disturbi del sonno (insonnia, incubi ricorrenti), irritabilità, intorpidimento emotivo, anedonia (mancanza di gioia), perdita del senso di identità e di identità corporea, disturbi dell'alimentazione, disturbi della concentrazione e dell'attenzione, sensazione di essere stati danneggiati.

4. La gravità del trauma

Dalle ricerche scientifiche è emerso che la gravità di un trauma dipende da molteplici variabili: ampiezza, intensità, precocità del trauma, tipo di personalità, stile di attaccamento ricevuto, aspetti relativi alla capacità di resilienza e di coping per affrontare le difficoltà e infine il contenimento sociale ricevuto o non dall'ambiente.

Proviamo ad analizzare ciascuna variabile:

- **l'ampiezza e l'intensità³** di un evento traumatico influenzano sulla gravità del disturbo, più un *evento stressor* ha una lunga durata, più probabilmente la persona manifesta dei sintomi legati al PTSD
- **la precocità di un trauma** dipende dall'età in cui accade, più è precoce, in base all'età della persona (0-16 anni), più grave sarà il suo effetto sul suo stato psichico, sulla regolazione della rabbia, dell'ansia, e degli impulsi sessuali
- **il tipo di personalità e la reazione emotiva** nel momento del trauma influenzerà moltissimo la capacità di affrontare la minaccia in modo adattivo. Riguardo le reazione emotiva, ad esempio una risposta dissociativa o una risposta di panico espongono l'individuo in una condizione di rischio e di pericolosità. Anche lo **stato di salute mentale** influenza l'esperienza traumatica e ha un ruolo importante per il ricordo del trauma e la sua elaborazione
- **lo stile di attaccamento sicuro** garantisce a chi subisce il trauma di poter fronteggiare al meglio la situazione traumatica o elaborarla; al contrario coloro che hanno avuto uno **stile di attaccamento insicuro o ambivalente** hanno sviluppato maggiori paure, con panico,



con incapacità di gestire a livello emotivo ciò che hanno vissuto, sperimentano uno stato di disequilibrio e terrore di fronte sia alle situazioni che ricordano il trauma, sia nella paura di poterlo rivivere

- un'altra variabile da prendere in considerazione è la **capacità di resilienza e di coping**⁴ intesa come capacità di affrontare e di attribuire a delle esperienze un determinato significato. Il significato personale deriva dalla valutazione di quanto ci si sente danneggiati, minacciati, messi alla prova da una certa esperienza, dalla valutazione delle alternative che possono placare gli effetti dell'evento
- **La resilienza** è un aspetto molto importante sia in termini di risposta del soggetto al trauma che della capacità del soggetto di far fronte alle reazioni
- un'ultima variabile da prendere in considerazione è il **sostegno sociale**, quanto la persona può far riferimento e ricevere contenimento da una rete sociale, familiare e amichevole dopo un'esperienza traumatica. L'ambiente favorevole, curativo, contenitivo consentirà al soggetto che ha vissuto il trauma di potersi riappropriare di se stessi, avendo fiducia nella sua stessa vita, riuscendo a trasformare il dolore in un'esperienza costruttiva

5. La memoria nel disturbo post traumatico da stress

Un aspetto importante che risulta essere al centro dello studio⁵ del PTSD è la **memoria** poiché la persona che ha vissuto un trauma è esposta a pensieri ricorrenti, ricordi, flashback, esperienze dissociative oppure, al contrario, può vivere una condizione di dissociazione, vuoto, amnesia totale.

Alcuni pazienti con PTSD hanno, come abbiamo visto, ricordi frammentari, non riescono a organizzare una forma narrativa di ciò che hanno vissuto, e visualizzano il trauma nel tempo.

La mente può rimuovere, ma il corpo non dimentica, registra ciò che la persona ha vissuto.

A tal ricordo il **caso di Giuliana**, una giovane ragazza di 20 anni, studentessa in medicina, che ha richiesto l'aiuto con un percorso di Psicoterapia per affrontare la paura di diventare medico e la paura di non essere in grado di aiutare le persone ammalate.

Dal secondo incontro emerge in realtà che la ragazza ha vissuto la morte della madre, quando lei aveva 3 anni, con un tumore al seno.

Il suo pianto e la sua tristezza è di non ricordare il volto della mamma e la sua voce, ma ricordare solo l'odore della malattia, dei disinfettanti che utilizzava e che impregnavano ogni parte della stanza.

Giuliana cerca il volto della mamma, ma non ricorda e non riesce a ricostruire in maniera temporale gli eventi che riguardavano la sua relazione con lei.

Il dolore è l'unica cosa che la unisce alla madre... e teme che, se lei trasformasse quel dolore in "altra cosa", potrebbe perderla definitivamente.

*"In un istante, a caso, cambia tutto. Inaspettatamente, in quello che doveva essere il continuum della vita, qualcosa si interrompe, è niente altro è come prima. La realtà cambia in modo brutale e catastrofico. Rimangono resti, scorci del reale, e non solo il rifiuto al suo impatto."*⁶



6. Note

1. Laplanche J., Pontalis J.B., *"Enciclopedia della Psicoanalisi"*, Laterza, Bari, 2003
2. Terr L., *"Il pozzo della memoria"*, Garzanti, Milano, 1996
3. Green M.A., Berlin M.A., *"Five psychosocial variables related to the existence of post-traumatic stress disorder symptoms"*, Journal of Clinical Psychology, 43, 1987
4. Lazarus R.S., Folkman S., *"Stress, Appraisal, and Coping"*, Springer, New York, 1984
5. Van Der Hart O., Van Der Kolk B.A., Boon D., in D. Bremner e C. Marmar (Eds.), *"Trauma, memory and dissociation"*, American Psychiatric Press, Washington, DC, 1996
6. Fleith V., *"Scorgi del reale"*, Atas Pubblicazione di Escola da Coisa Freudiana, Curitiba/PR, 2023

7. Altre letture su HT

- Luisa Fossati, *"[Disturbo post traumatico da stress: il lavoro della psicoeducazione nel lavoro con il trauma](#)"*, articolo pubblicato su HumanTrainer.com, Psico-Pratika n. 198, 2023
- Rebecca Farsi, *"[Adverse Child Experience: l'effetto delle esperienze infantili avverse. Lo studio ACE](#)"*, articolo pubblicato su HumanTrainer.com, Psico-Pratika n. 204, 2024
- Alessia Bruno, *"[Il panico di Jane: un caso di Disturbo Post Traumatico da Stress](#)"*, articolo pubblicato su HumanTrainer.com, Psico-Pratika n. 96, 2013
- Claudia Nissi, *"[Dall'evento traumatico al Disturbo Post Traumatico da Stress](#)"*, articolo pubblicato su HumanTrainer.com, Psico-Pratika n. 72, 2012
- Francesca Emili, *"[Il Debriefing psicologico in zone terremotate: un'esperienza diretta](#)"*, articolo pubblicato su HumanTrainer.com, Psico-Pratika n. 71, 2011
- Irene Bellodi, *"[Terremoto e stress: conseguenze sulle popolazioni, quali interventi?](#)"*, articolo pubblicato su HumanTrainer.com, Psico-Pratika n. 86, 2012
- Luisa Fossati, *"[EMDR e AIP nella cura del trauma](#)"*, articolo pubblicato su HumanTrainer.com, Psico-Pratika n. 210, 2024
- Luisa Fossati, *"[Trauma passato e contesto presente: inquadrare il caso clinico senza perdersi](#)"*, articolo pubblicato su HumanTrainer.com, Psico-Pratika n. 218, 2025
- Luisa Fossati, *"[Il trauma, l'EMDR e l'Emotionally Focused Therapy \(EFT\)](#)"*, articolo pubblicato su HumanTrainer.com, Psico-Pratika n. 163, 2020