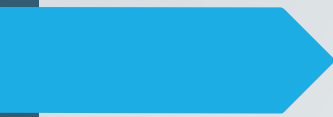


Psicopatologia dei disturbi da trauma e dissociazione

14 febbraio 2026 - Sardegna

Antonella Postorino
Psicologa Psicoterapeuta



Psicopatologia dei disturbi da trauma e dissociazione

**Trauma e dissociazione:
aspetti teorici**

**Disturbi correlati a eventi
traumatici e stressanti
DSM5**

Assessment strumentale

[illegible]

TRAUMA

Il termine trauma deriva dal greco **τραῦμα** e può essere tradotto come «ferita», «rottura», «lacerazione».



conseguenza di un evento fortemente negativo e minaccioso per la vita, che genera una **"frattura" emotiva** nell'individuo e/o nella comunità che lo vive, tale da minare il senso di **stabilità**, di **sicurezza**, di **identità** e di **continuità fisica e psichica** della persona o delle persone che si sono trovate ad affrontarlo

STRESS TRAUMATICO

È una forma estrema di distress (Scaer, 2005) che si verifica quando:

- a. L'evento stressante è **inatteso** e percepito come **imprevedibile**;
- b. la persona sperimenta **un'assenza di controllo sull'evento**;
- c. l'evento costituisce una **minaccia** per il proprio benessere;
- d. vengono a **mancare le risorse necessarie per far fronte** allo stress, a livello sia individuale sia ambientale (Sapolsky, 2014)



L'essenza della traumatizzazione è costituita dalla **sensazione di impotenza**, *Helplessness* (Spiegel, 2008)

La traccia sul piano psichico di un'esperienza spaventosa prende la forma della **perdita di controllo** sul proprio **corpo** e sul parti della propria **mente**, come l'identità, la memoria e la coscienza.



Psiche
e trauma

JUDITH LEWIS HERMAN

Guarire dal trauma

*Affrontare le conseguenze della violenza,
dall'abuso domestico al terrorismo*



«Il trauma psichico è il **dolore degli impotenti**.

*Nel momento del trauma, la vittima è resa **inerme da una forza soverchiante** e se si tratta di forze della natura parliamo di disastri, quando la forza è quella di altri esseri umani, parliamo di atrocità.*

*Gli eventi traumatici sconvolgono i normali sistemi di tutela che danno all'essere umano un senso di **controllo**, di **relazione** e di **significato**.»*

*Judith Herman, **Guarire dal trauma**, pag 51*



Il comune denominatore del trauma
psichico è un sentimento di **intensa
paura, impotenza, perdita di
controllo e minaccia di
annichilimento**
(Andreasen, 1985)

Dalla normale risposta al pericolo alle reazioni traumatiche

La **normale risposta umana** al pericolo è un sistema complesso e integrato di reazioni che coinvolgono il corpo e la mente.



Le reazioni traumatiche si verificano quando **l'azione è impossibile**. Nel caso in cui né la resistenza né la fuga sono realizzabili, il sistema umano di autodifesa viene sopraffatto sconvolto.

Gli eventi traumatici causano cambiamenti profondi e durevoli negli stati di **eccitazione fisiologica**, nell'**emozioni**, nella **cognizione** o nella **memoria**, e possono inoltre separare queste funzioni normalmente integrate, l'una dall'altra.

La persona traumatizzata può sperimentare un'intensa emozione senza avere una chiara memoria dell'avvenimento, oppure ricordare ogni particolare senza emozionarsi. O potrà trovarsi in uno stato di costante vigilanza e irritabilità senza sapere perché.

Reazioni traumatiche

Judith Herman, Guarire dal trauma, pag 52

TRAUMA



«Il trauma psicologico è generalmente definito come **un'insostenibile e inevitabile esperienza minacciosa** singola o continuativa nei confronti della quale la persona è **impotente** (Krystal, 1988; Herman, 1992b; Van der Kolk, 1996). [...]»

Farina B., Liotti M., Imperatori C., 2019



*Il trauma emotivo
coincide con
l'evento critico?*

HO PAURA.

OTTIMO. VUOL
DIRE CHE SEI
ANCORA VIVO.



*Il trauma emotivo non coincide con l'evento critico, ma è la relazione dinamica tra l'evento, il **significato** che gli viene attribuito e il **contesto** in cui il tutto accade*

TRAUMA



«[...]È chiaro che il **potere traumatizzante di un evento dipende non solo da quanto sia dannoso o minaccioso ma anche da quanto travolga le capacità dell'individuo di farvi fronte** (Herman, 1992b) »

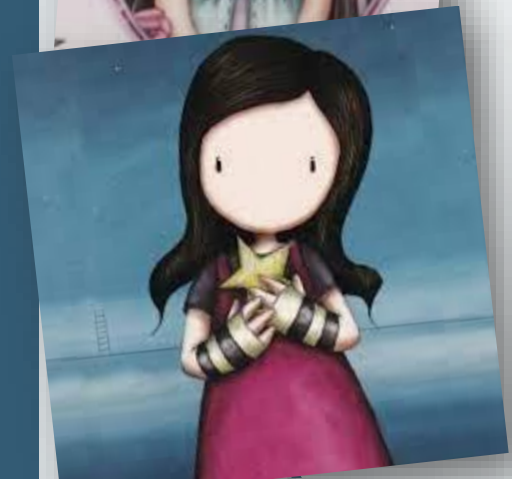
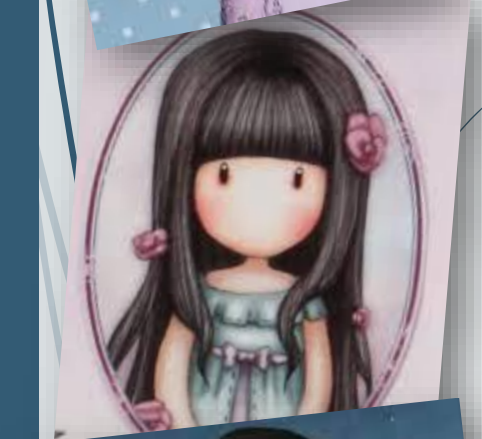
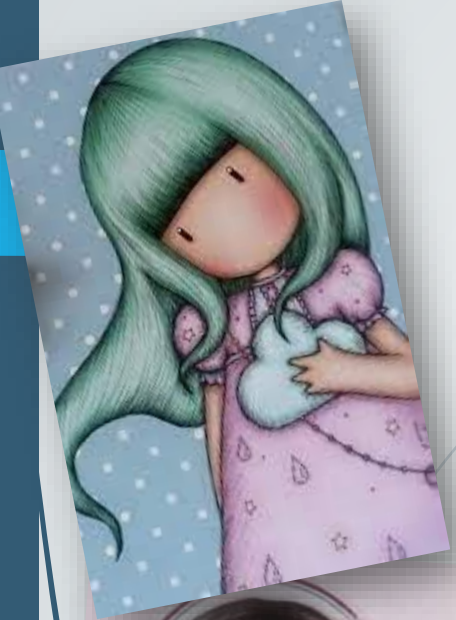
Farina B., Liotti M., Imperatori C., 2019

La metafora delle tre bambole

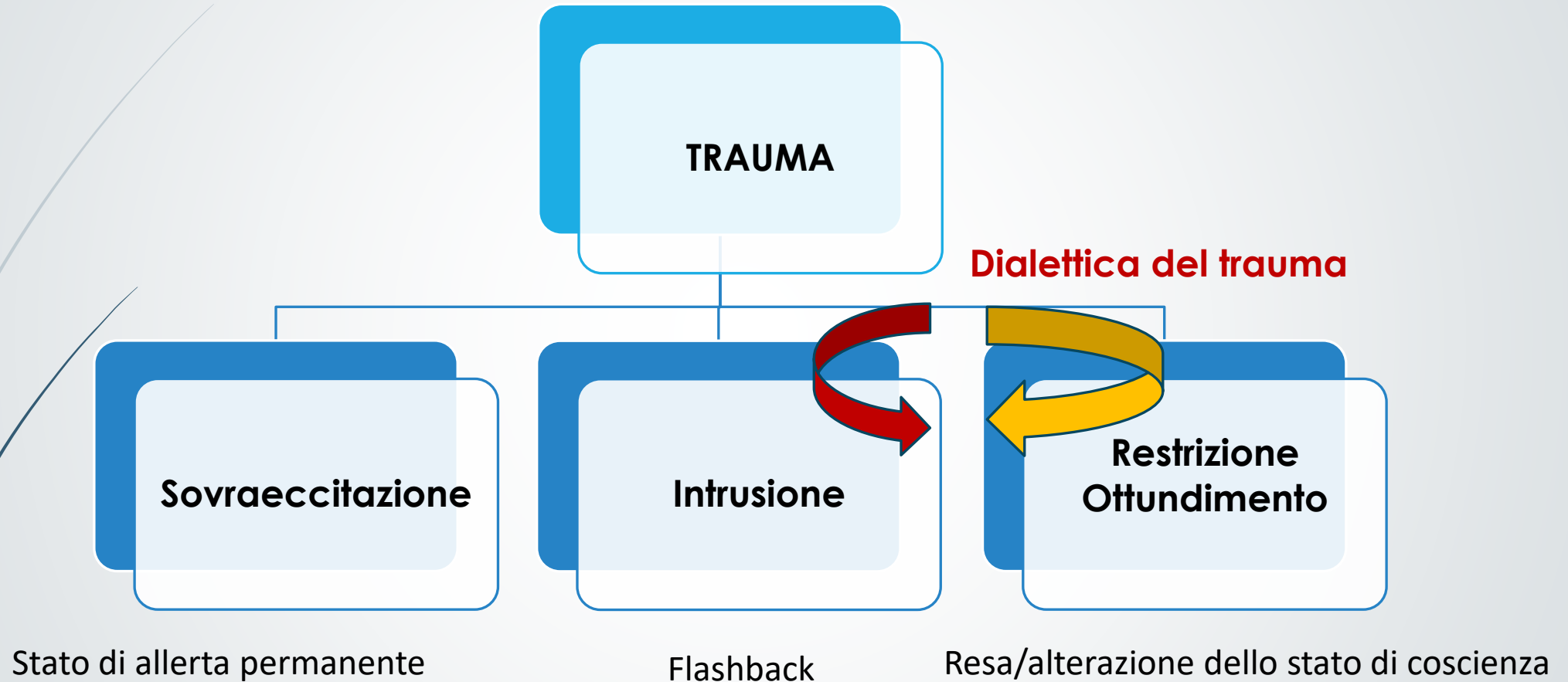
Michael Manciaux (1999)

Se si lascia cadere una bambola da una superficie rialzata, l'impatto del volo varierà in base a tre fattori:

1. L'intensità e la **forza della caduta**: ovvero se la bambola scivola dalla superficie o viene scaraventata a terra (*livello di esposizione all'evento vissuto*)
2. Il **materiale** con cui è costituita la bambola: porcellana, legno, plastica (*caratteristiche di personalità e risorse interne del soggetto*)
3. La **natura del suolo** in cui cade la bambola: cemento, sabbia, o piume (*contesto relazionale, sociale e culturale che circonda il soggetto e lo supporta nell'affrontare le ferite provocate dalla caduta*)



3 categorie di sintomi e dialettica del trauma



I ricordi traumatici mancano di una narrazione verbale e di un contesto; essi anzi sono codificati sotto forma di sensazioni vivide e di immagini (Brett, Ostroff, 1985)



Pag 337

Sintomi dissociativi

► I sintomi dissociati sono vissuti come:

intrusioni non volute nella **coscienza** e nel **comportamento**, unite a perdite della continuità dell'esperienza soggettiva (per es., sintomi dissociativi, quali frammentazione dell'identità, depersonalizzazione e derealizzazione)

e/o

incapacità di accedere a informazioni o di controllare funzioni mentali che in genere sono facilmente accessibili o controllabili (per es., sintomi dissociativi negativi quali l'amnesia)



Amnesia
Depersonalizzazione
Derealizzazione
Confusione dell'identità
Alterazione dell'identità

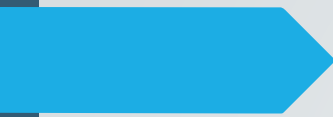


Psicoformi
Somatoformi

Sintomi dissociativi

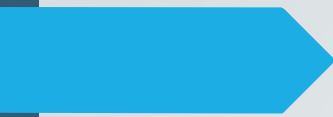
Sintomi Psicoformi e Somatoformi

	Positivi	Negativi
Sintomi psicoformi	• Sintomi di riesperienza traumatica • Sintomi di primo rango di Schneider	• Amnesia dissociativa • Depersonalizzazione • Derealizzazione • Perdita di competenze
Sintomi somatoformi	• Sintomi di riesperienza traumatica • Dolori, tic, movimenti involontari • Crisi pseudoepilettiche • Intrusioni somatiche	• Anestesia • Analgesia • Perdita di atti motori



Sintomi di riesperienza traumatica

- **Ricordi ricorrenti, involontari e intrusivi:** questi ricordi includono intense componenti sensoriali, emotive e fisiologiche e vanno distinti dalla ruminazione
- **Sogni angoscianti ricorrenti:** possibile sognare le situazioni traumatiche o o simbolicamente associate
- **Flashback** in cui l'individuo sente o agisce come se il trauma stesse riaccadendo: questi stati dissociativi possono durare da pochi secondi ad ore, fino a giorni, e sono associati a forte sofferenza e aumento dell'arousal
- **Disagio psicologico** intenso o prolungato



Sintomi Schneideriani di primo rango

- **Allucinazioni uditive:** voci dialoganti e commentanti
- **Passività somatica:** sensazioni fisiche imposte da forze esterne
- **Inserzione e trasmissione del pensiero**
- **Percezione delirante:** un fenomeno reale interpretato in modo delirante
- **Deliri** di influenzamento della volontà e delle emozioni

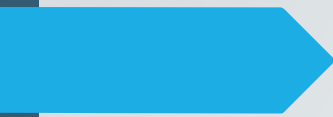
Nonostante i sintomi di primo rango fossero considerati esclusivi dello spettro psicotico, studi recenti indicano come siano molto diffusi nei pazienti con DD

(Renard, Huntjens, Lysaker, Moskowitz, Aleman, Pijnenborg, 2017)

Amnesia

Incapacità di ricordare uno specifico e significativo periodo di tempo

- **Amnesia lieve:** dimenticanze brevi e occasionali che, solitamente, non destano preoccupazione (es.: amnesia da esame o colloquio)
- **Amnesia moderata:** episodi brevi e ricorrenti non correlati a eventi stressanti che possono essere disturbanti, in quanto interferiscono con la vita
- **Amnesia grave:** buchi nella memoria che riguardano ampi periodi temporali, associati di solito ad esperienze traumatiche (es.: almeno una consistente lacuna che causa grave disfunzioni; ritrovarsi in un posto senza sapere come ci si è arrivati; incapacità a richiamare importanti informazioni personali; incapacità a ricordare mesi o anni di vita; dimenticare abilità apprese)
- N.B. «**I buchi non sono vuoti**» Steinberg e Schnall, 2006

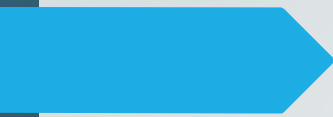


Depersonalizzazione

Risposta «normale» a un pericolo che minaccia la vita in cui **l'individuo funziona in modo automatico congelando la risposta emotiva**, come se fosse lontano da sé, accompagnata da un dialogo interiore che si verifica **quando bisogna prendere decisioni, nell'elaborazione del lutto, nei giochi di ruolo**

Depersonalizzazione grave

- Dialogo interiore duraturo e frequente e **privo di intenzionalità**
- **Sindrome ansia-depersonalizzazione-ansia**
- Sensazione di essere invisibile
- **Numbing**, sensazione di essere morti
- **Dispercezioni corporee e fenomeni out-of-the body**



Derealizzazione

Sensazione che il mondo circostante sia irreale o che avvenimenti non stiano accadendo veramente

Derealizzazione grave

Sensazione di **distacco**

Sensazione che **luoghi familiari siano sconosciuti**

Sensazione che ciò che accade sia **irreale**

Sensazione che **persone o luoghi conosciuti siano strani o irreali**

Cambiamenti nella percezione visiva

Connessione con **flashback**

Sovrapposizione di un'altra realtà sul presente



Confusione dell'identità.....Alterazione dell'identità

Sensazione soggettiva di **incertezza, confusione o conflitto sul proprio senso di sé**, a cui si associa un forte senso di **angoscia e la paura di perdere il controllo**

Sintomi somatoformi

Dolori senza causa medica

Alterazioni della funzione motoria volontaria o sensoriale: debolezza o paralisi, tremori, movimenti distonici, deambulazione o postura anomale, iper/iposensibilità sensoriale, convulsioni non epilettiche, disfonia/afonia, disartria, diplopia..

Nel DSM-5 questi sintomi sono specifici dei «Disturbi da sintomi somatici e disturbi correlati»

DISSOCIAZIONE

ADATTAMENTO

Funzione difensiva
all'insulto dell'abuso

- ➡ automatizzazione del comportamento
- ➡ compartimentazione delle informazioni e degli affetti
- ➡ alterazione dell'identità e l'estraniamento dal sé.
- ➡ in età adulta, in associazione a traumi interpersonali cronici e/o gravi

vs

DEFICIT DI INTEGRAZIONE

Non è una frammentazione

- ➡ fallimento nell'integrazione
- ➡ difetto nei sistemi di controllo

La disfunzione dei processi integrativi è causa dei sintomi; le esperienze traumatiche intervengono perturbando la tendenza organizzatrice della mente, non disintegrando a posteriori

KATHY STEELE - SUZETTE BOON - ONNO VAN DER HART

LA CURA DELLA DISSOCIAZIONE TRAUMATICA

UN APPROCCIO PRATICO E INTEGRATIVO

A CURA DI GIOVANNI TAGLIAVINI

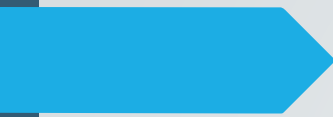


Centralità della dissociazione

La **dissociazione traumatica** non è solamente una sequela del trauma e non è solo un epifenomeno del trauma psicologico, ma ne rappresenta piuttosto la sua **principale caratteristica** (van der Hart, 2006).

Trauma è ciò che causa dissociazione (Howell, 2011).

I disturbi traumatici sono disturbi dissociativi: la componente dissociativa stabilisce un continuum di gravità (PTSD -> DID) (van der Hart, 2006)



Centralità della dissociazione

- ▶ Le dinamiche di traumatizzazione si basano sull'esperienza unica e individuale di un evento, di una serie di eventi, o di un insieme di condizioni durature nelle quali è sopraffatta la **capacità del soggetto di integrare la propria esperienza.**

Viene sopraffatta quindi la capacità di:

- **rimanere presenti**
- **integrare sensazioni, emozioni e pensieri**
- **comprendere quanto accade**
- **dare significato all'esperienza, all'interno di un senso di sé sufficientemente coeso e in relazione con l'altro**



I disturbi legati a traumi implicano innanzitutto non realizzazione

(presentificazione/personificazione)

Il paziente non riesce a realizzare la piena realtà del momento presente e quindi:

- - gli eventi traumatizzanti **NON** sono successi
- - gli eventi traumatizzanti **NON** sono successi a “me”
- - le azioni (mentali, emozionali, sensoriali e comportamentali) **NON** appartengono a “me”
- - gli eventi **NON** sono conclusi, ovvero il passato **NON** è nel passato
- - il “me” di allora **NON** è parte del “me” di ora

(Van der Hart, 2011)

CONCETTO CHIAVE

La realizzazione è l'azione continuativa costituita dall'essere consapevoli della realtà per come è, accettandola per poi adattarsi a essa in modo efficace (Janet, 1935, 1945; Van der Hart *et al.*, 2006).

La Teoria della Dissociazione Strutturale nel Trauma

- La Teoria della Dissociazione Strutturale è stata delineata da **Onno van der Hart, Ellert R.S. Nijenhuis e Kathy Steele** a partire dagli anni Novanta. Secondo la Teoria della Dissociazione Strutturale la personalità del sopravvissuto a un trauma si divide in due parti.

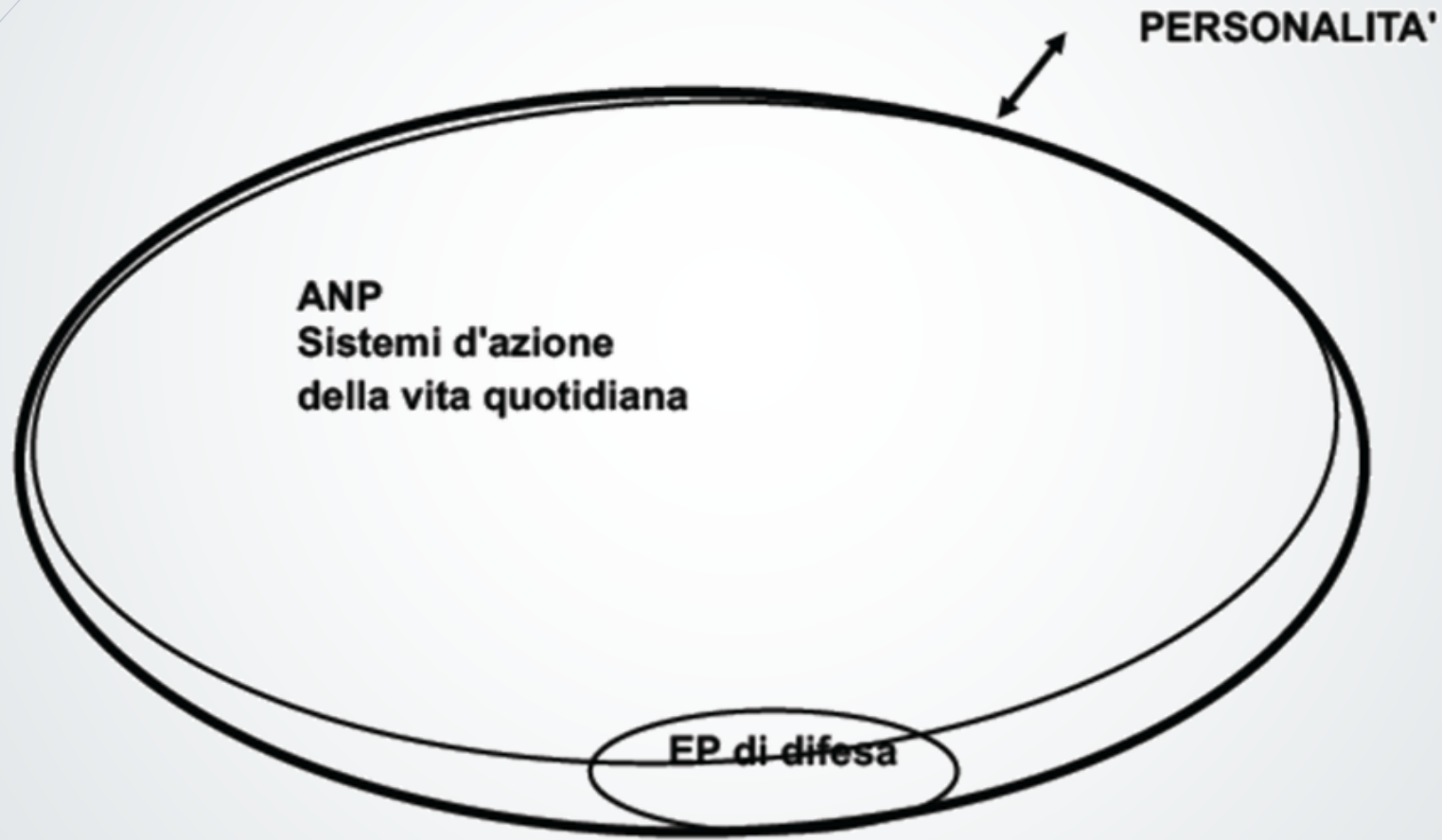
ANP

La prima si chiama **“PERSONALITÀ APPARENTEMENTE NORMALE” (ANP – Apparently Normal Personality)** ed è la parte che si prende cura delle **attività quotidiane**, come il lavoro, le relazioni, le attività di svago (quando presenti). I sopravvissuti, quando sono nella parte apparentemente normale, sono guidati da **sistemi d’azione finalizzati alla vita quotidiana** (p.e., esplorazione, accudimento, attaccamento) e **cercano di evitare le memorie traumatiche** (van der Hart et al., 2011).

EP

La seconda parte è detta **“PERSONALITÀ EMOTIVA” (EP – Emotional Personality)** ed è quella che rimane in qualche modo “bloccata” all’età in cui la persona ha subito il trauma. Rappresenta la **parte emotiva della personalità, quella che cerca di difendere e proteggere la persona dalle minacce e dai pericoli**. Quando le vittime di abuso non riescono a integrare l’esperienza traumatica, attraverso la dissociazione “staccano” la parte emotiva di sé dalla parte apparentemente normale allo scopo di preservare la propria salute mentale e guidare le azioni quotidiane; in tal modo, quindi, la persona sembra condurre una vita “normale”.

Dissociazione Strutturale Primaria: PTSD semplice; Disturbo Acuto da Stress



Nijenhuis, Van der Hart, & Steele (2001)

Più grave e ripetuto è il trauma, più saranno le parti **EP** dissociate/frammentate di sé (van der Hart et al., 2010).

Dissociazione Strutturale Secondaria: Trauma Complesso, BPD, DESNOS, DDNOS

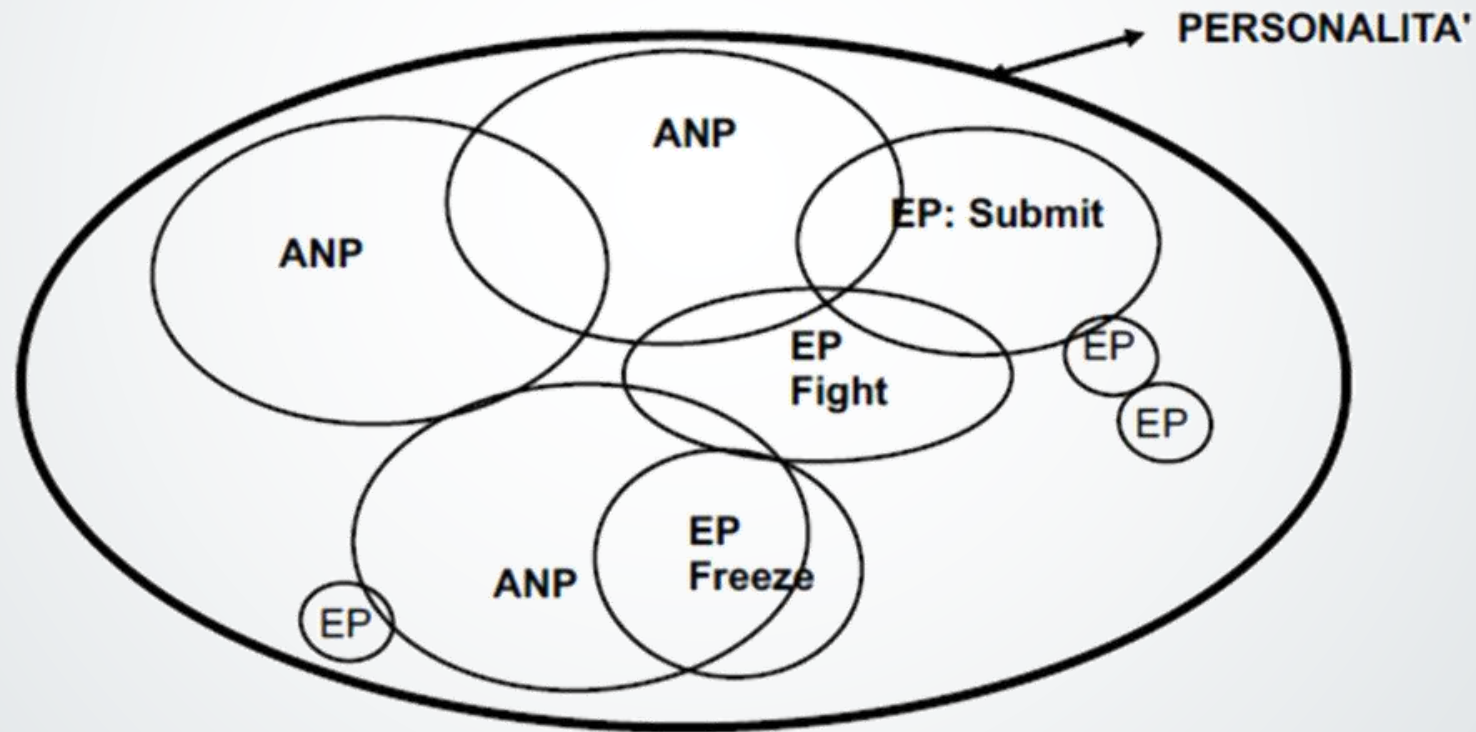


Nijenhuis, Van der Hart, & Steele (2001)

I sopravvissuti, quando sono nella parte emotiva, focalizzano l'attenzione sulle fonti di minaccia e, quindi, rimangono bloccati in azioni difensive che erano state attivate al tempo della traumatizzazione

Anche **ANP** si può dividere, quando gli stimoli (triggers) della vita quotidiana riattivano le memorie traumatiche.

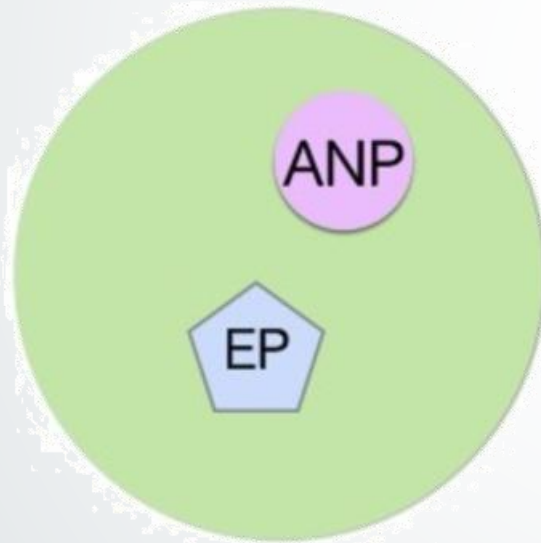
Dissociazione Strutturale Terziaria: Disturbo Dissociativo dell'Identità (DID)



Nijenhuis, Van der Hart, & Steele (2001)

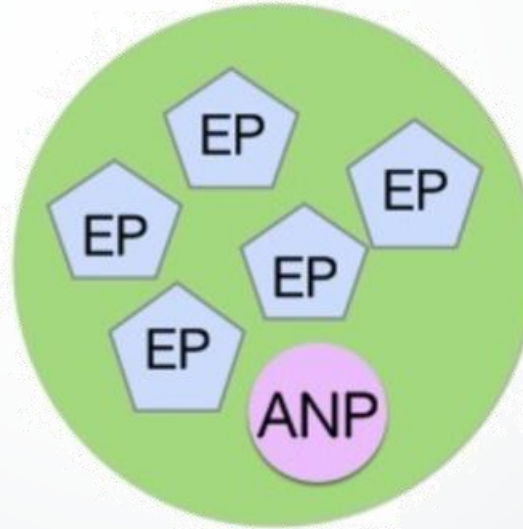
La Teoria della Dissociazione Strutturale, dunque, prevede tre forme di dissociazione

Dissociazione Strutturale della Personalità



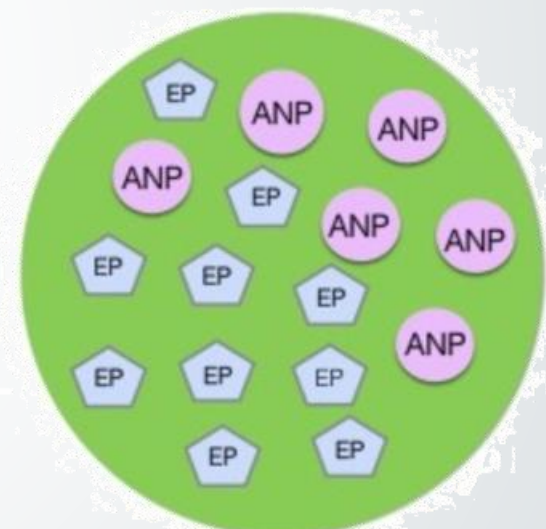
Primaria

PTSD



Secondaria

trauma complesso
BPD



Terziaria

DID



Available online at
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Opinion Paper

Ten reasons for conceiving and classifying posttraumatic stress disorder as a dissociative disorder[☆]



Ellert R.S. Nijenhuis

Clénia Littenheid AG, Private Clinic for Psychiatry and Psychotherapy, 9573 Littenheid, Switzerland

ARTICLE INFO

Keywords:

PTSD

Dissociative disorders

Dissociation of the personality

Cognitive-emotional dissociative
symptoms

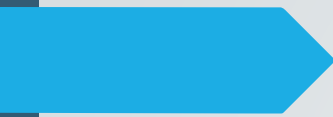
Sensorimotor dissociative symptoms

Psychophysiology

Neurobiology

ABSTRACT

DSM-5 includes a subtype of PTSD ‘with dissociative symptoms’. However, as presented and discussed in this article, there are solid conceptual, theoretical, empirical, and clinical reasons to comprehend and classify any form of PTSD as a dissociative disorder. The conceptual grounds pertain to philosophical principles seldom discussed or realized in the field of psychotraumatology. The theoretical grounds particularly involve the understanding of dissociation as a division of the personality as a whole biopsychosocial system in two or more conscious subsystems. Empirical reasons include the presence of cognitive-emotional and sensorimotor dissociative symptoms—i.e., manifestations of a dissociation of the personality—in PTSD. There are also major structural and functional neural commonalities between PTSD and complex dissociative disorders. Clinically, there is close correspondence at the level of assessment and treatment. PTSD and dissociative identity disorder can be parsimoniously conceived as minor and major forms of personality dissociation, as Pierre Janet would have avowed.

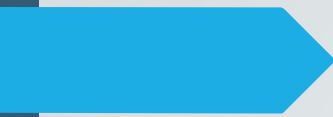


Trauma complesso e Disturbo da stress post-traumatico complesso (CPTSD)

L'esposizione ripetuta e prolungata a situazioni che minacciano la vita e/o la propria o altrui incolumità fisica, può portare a sviluppare sintomi post-traumatici di grave entità che si differenziano per **intensità, pervasività e tipologia** dai sintomi del Disturbo da Stress Post-Traumatico (DSPT).

Trauma complesso (o Complex PTSD):

insieme di sintomi che esitano da **traumi cumulativi interpersonali** vissuti nel corso dello sviluppo: *storie di abuso e maltrattamento ripetuto in famiglia, grave trascuratezza e abbandono, condizioni di tortura o prigionia, guerre e migrazioni forzate*. Quando la persona non può sottrarsi alla minaccia per molto tempo o quando la minaccia avviene all'interno della famiglia da cui si deve continuare a dipendere per sopravvivere, la mente mette in campo strategie più intense per superare il paradosso e lo stato pervasivo di paura: si parla qui di **traumatizzazione cronica** e non più di singolo evento traumatico.



Trauma complesso e Disturbo da stress post-traumatico complesso (CPTSD)

Oltre ai sintomi tipici dello stress post traumatico legato ad un evento singolo, nel trauma complesso emergono **alterazioni della coscienza e sintomi dissociativi** che disorganizzano il funzionamento dell'individuo a vari livelli: biologico, fisiologico, comportamentale, relazionale e identitario.

La mancanza di integrazione non riguarda dunque solo la **memoria di un singolo evento traumatico** e le **risposte di allarme** rimaste attive come nel DSPT, ma si colloca all'interno della stessa **identità** della persona, che risulta dunque **frammentata, incoerente e imprevedibile**

Disturbo da stress post-traumatico complesso (CPTSD) / Disturbo da stress estremo non altrimenti specificato (DESNOS)

La gravità dei sintomi è in genere proporzionale alla **precocità** con cui la persona è stata esposta ai traumi e la prognosi è estremamente legata alla possibilità di **riconoscere i segnali in tempo** per strutturare un intervento clinico adeguato.

Tabella 1. *Criteri diagnostici per il DPTS complesso o DESNOS*

-
- 1. Alterazioni nella regolazione delle emozioni e del comportamento:** a) Alterazione nella regolazione delle emozioni; b) difficoltà di modulazione della rabbia; c) Comportamenti autolesivi; d) Comportamenti o preoccupazioni suicidarie; e) Difficoltà nella modulazione del coinvolgimento sessuale; f) Tendenza eccessiva a comportamenti a rischio (scarsa capacità autoprotettiva)
 - 2. Disturbi della Coscienza e dell'Attenzione:** a) Amnesia; b) episodi dissociativi transitori, depersonalizzazione
 - 3. Somatizzazioni:** a) Disturbi al sistema digerente; b) Dolori cronici; c) Sintomi cardiopolmonari; d) Sintomi da conversione e) Sintomi da disfunzioni sessuali
 - 4. Alterazioni della percezione di sé:** a) senso di impotenza e scarsa efficacia personale; b) sensazione di essere danneggiati; c) senso di colpa e di responsabilità eccessivi; d) vergogna pervasiva; e) idea di non poter essere compresi; f) minimizzazione
 - 5. Alterazioni nella percezione delle figure maltrattanti:** a) tendenza ad assumere la prospettiva dell'altro; b) idealizzazione del maltrattante; c) timore di danneggiare il maltrattante
 - 6. Disturbi Relazionali:** a) Incapacità o difficoltà ad avere fiducia negli altri; b) Tendenza ad essere rivittimizzato; c) Tendenza a vittimizzare gli altri
 - 7. Alterazioni nei significati personali:** a) disperazione e senso di inaiutabilità; b) visione negativa di sé; c) perdita delle convinzioni personali
-
- (van der Kolk et al. 2005)

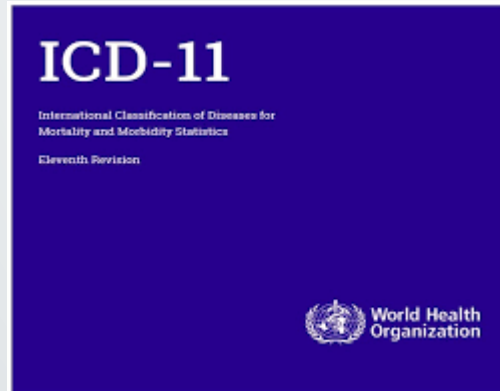
DSM-5



A. Esposizione a morte reale o minaccia di morte, grave lesione, oppure violenza sessuale in uno (o più) dei seguenti modi:

- 1. Fare **esperienza diretta** dell'evento/i traumatico/i
- 2. **Assistere direttamente** a un evento/i traumatico/i accaduto ad altri
- 3. **Venire a conoscenza** di un evento/i traumatico/i accaduto a un membro della famiglia oppure a un amico stretto. In caso di morte reale o minaccia di morte di un membro della famiglia o di un amico, l'evento/i deve essere stato violento o accidentale
- 4. Fare esperienza di una **ripetuta** o **estrema** esposizione a dettagli crudi dell'evento/i traumatico/i

ICD-11



Può svilupparsi in seguito all'esposizione a un evento o una serie di **eventi di estrema minaccia o terrificanti**, più comunemente eventi prolungati o ripetitivi **dai quali fuggire è difficile o impossibile** (ad es. tortura, schiavitù, campagne di genocidio, violenza domestica prolungata, ripetuti abusi infantili sessuali o fisici)

<https://icd.who.int/en>

Riferimenti Bibliografici C-Ptsd:

Felitti, VJ, Anda, RF, Williamson, DF, Spitz AM, Edwards, V, Koss, MP, Marks, JS. "Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. The Adverse Childhood Experience (ACE) Study." American Journal of Preventive Medicine in 1998, Volume 14, pages 245–258.

[https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(98\)00017-8/fulltext](https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(98)00017-8/fulltext)

Herman, Judith Lewis [1992]. Trauma and recovery: the aftermath of violence - from domestic abuse to political terror. New York: BasicBooks.

Bessel van der Kolk (2005) Child abuse & victimization, Psychiatric Annals, pp. 374-378.

Link articolo: https://www.traumacenter.org/products/pdf_files/preprint_child_abuse_victimization.pdf

John Briere, Joseph Spinazzola (2005) Phenomenology and Psychological Assessment of Complex Posttraumatic States. Link Articolo.

https://www.traumacenter.org/products/pdf_files/SpecialIssueComplexTraumaOct2006JTS2.pdf

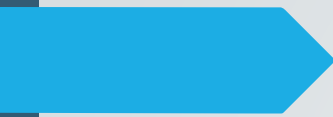
Lanius, E. Vermetten, C. Pain, "L'impatto del trauma infantile sulla salute e sulla malattia. L'epidemia nascosta." Giovanni Fioriti, 2012.

Marylene Cloitre, Bradley C. Stolbach, Judith L. Herman, Bessel van der Kolk, Robert Pynoos, Jing Wang, Eva Petkova (2009) "A Developmental Approach to Complex PTSD: Childhood and Adult Cumulative Trauma as Predictors of Symptom Complexity." Journal of Traumatic Stress, Vol. 00, No. 0, 2009, pp. 1–10. Link articolo.

https://www.traumacenter.org/products/pdf_files/jts_oct_09_cloitre_et_al.pdf

D'Andrea, W, Ford, J, Stolbach, B, van der Kolk, B, Spinazzola, J. "Understanding Interpersonal Trauma in Children: Why We Need a Developmentally Appropriate Trauma Diagnosis." American Journal of Orthopsychiatry 2012 Vol. 82, No. 2, 187–200. Link articolo.

https://www.traumacenter.org/research/ajop_why_we_need_a_complex_trauma_dx.pdf



Ricordiamoci...

- ▶ Alcune forme dissociative sono **transitorie** (es., dissociazione peritraumatica) -> dissociazione acuta (fino a 1 mese dopo l'evento)
- ▶ Altre sembrano riflettere una **tendenza più stabile** nel corso della vita -> dissociazione persistente (oltre 1 mese dopo l'evento)

Tipologia di trattamento focalizzata sull'aspetto dissociativo

Terapia a più fasi o phase-oriented: si divide in una prima fase di **stabilizzazione dei sintomi**, una seconda focalizzata sulle **memorie traumatiche** e una terza di **integrazione della personalità** e lavoro sul funzionamento quotidiano, le relazioni e l'intimità.

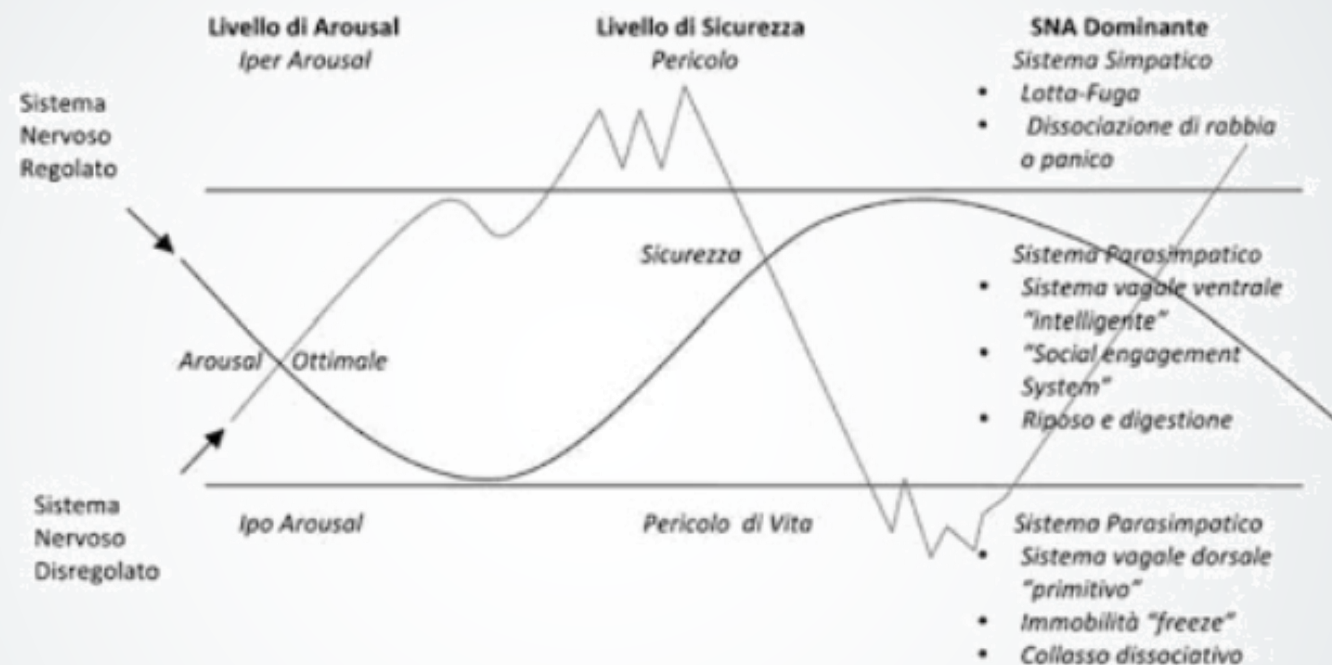
Allo stato attuale, la terapia a più fasi rappresenta il trattamento di elezione per il C-PTSD.

TABELLA 10.1
Confronto tra le diverse concettualizzazioni del trattamento *phase-oriented*

	Janet, 2013	Herman, 2005	van der Hart, Nijenhuis e Steele, 2011
Fase 1	Stabilizzazione e riduzione dei sintomi.	Sicurezza e stabilizzazione.	Stabilizzazione e riduzione dei sintomi: – superare la fobia della terapia e del terapeuta (attaccamento); – superare la fobia dei contenuti mentali; – superare la fobia delle parti dissociative.
Fase 2	Trattamento dei ricordi traumatici.	Ricordare ed elaborare la memoria traumatica.	Trattamento delle memorie traumatiche: – superare la fobia delle memorie traumatiche; – superare l'attaccamento non risolto con il perpetratore; – superare la fobia dell'attaccamento delle parti traumatizzate (EP).
Fase 3	Integrazione della personalità.	Integrazione, costruzione di senso e ricostruzione dei legami.	Integrazione della personalità e riabilitazione: – superare la fobia della vita normale; – superare la fobia del cambiamento e di assumere rischi sani; – superare la fobia dell'intimità.

La sicurezza prima di tutto

La Terapia deve venire effettuata sulla base di ciò che è tollerabile sia per il paziente che per il terapeuta



Finestra di tolleranza (Siegel)

Permanere entro i due limiti estremi della finestra di tolleranza, mantenendo quindi un buono stato di attivazione neurofisiologica (né iperarousal, né ipoarousal), in modo da sperimentare un senso di tranquillità e stabilità.

Bisogni di auto-cura del terapeuta

Uno strumento utile in tal senso è quello che Pearlman e Saakvitne (1995) chiamano **l'ABC del Self Care**:

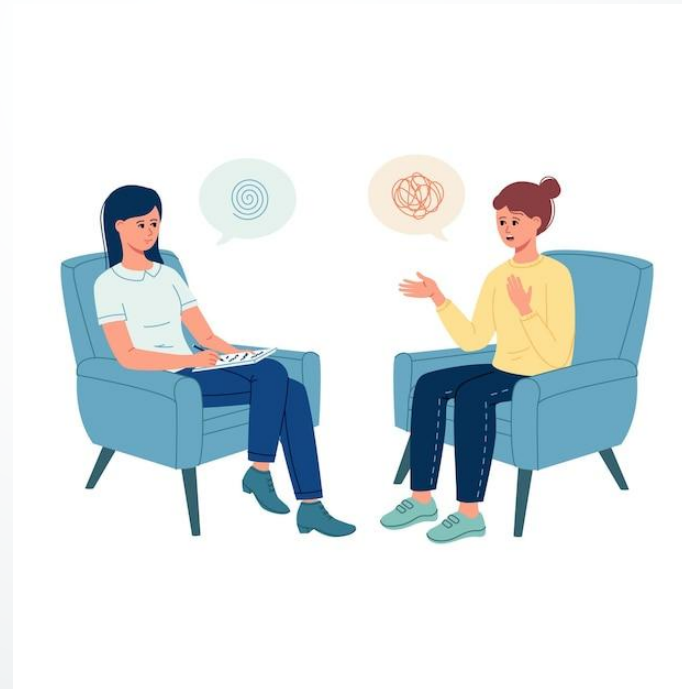
A - Awareness (consapevolezza). Essere consapevoli di noi stessi, dei nostri limiti, della nostra vulnerabilità, ma anche dei nostri punti di forza. *È essere consapevoli dei rischi che il lavoro con persone traumatizzate comporta e anche delle ricompense.* È anche consapevolezza delle abilità e delle strategie per diminuire il rischio di burnout e il trauma vicario. Si tratta anche di essere consapevoli dei nostri **diritti umani alla cura, al sostegno, alla sicurezza e al benessere.**

B - Balance (equilibrio). Occorre trovare l'equilibrio all'interno delle dimensioni differenti del nostro benessere: tra lavoro e gioco, tensione e rilassamento, i nostri limiti e le nostre forze, energia e riposo, stare con gli altri e stare da soli.

C - Connection (connessione). È essere connessi a se stessi, agli altri e connessi a qualcosa di più grande. È anche connetterci con le nostre risorse: fisiche, psicologiche, emotive, familiari, sociali e comunitarie, professionali, materiali ed economiche e spirituali.

**“Il terapeuta deve agire come corteccia ausiliaria
e come ausiliario regolatore emozionale per gli
stati disregolati del paziente”**

Schore, 2001



AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

MANUALE DIAGNOSTICO
E STATISTICO
DEI DISTURBI MENTALI
QUINTA EDIZIONE

DSM-5™

 Raffaello Cortina Editore

DISTURBI **CORRELATI A EVENTI
TRAUMATICI E STRESSANTI**

PARTE 2



Disturbi correlati ad eventi traumatici e stressanti.

La sofferenza psicologica che segue l'esposizione ad un evento traumatico o stressante è molto variabile, riconducibile a **sintomi anedonici e disforici, sintomi di rabbia e aggressività esternalizzate o sintomi dissociativi.**

A causa della variabilità di tali manifestazioni, i disturbi conseguenti a traumi emotivi sono stati raggruppati in una categoria a parte: Disturbi correlati ad eventi traumatici e stressanti."



DISTURBI CORRELATI A EVENTI TRAUMATICI E STRESSANTI

Disturbi in cui l'esposizione a un evento traumatico o stressante è elencata come criterio diagnostico

- Disturbo reattivo dell'attaccamento
- Disturbo da impegno sociale disinibito
- **Disturbo da stress post-traumatico (DSPT)**
- Disturbo da stress acuto
- Disturbo dell'adattamento
- Disturbo correlato a eventi traumatici e stressanti con altra specificazione
- Disturbo correlato a eventi traumatici e stressanti senza specificazione



Disturbo reattivo dell'attaccamento Disturbo da impegno sociale disinibito

C. Il bambino ha vissuto un pattern estremo di cure insufficienti come evidenziato da almeno uno dei seguenti criteri:

- 1. **Trascuratezza o deprivazione sociale** nella forma di una persistente mancanza di soddisfazione dei fondamentali bisogni emotive di conforto, stimolazione e affetto da parte dei caregiver adulti
- 2. Ripetuti cambiamenti dei caregiver primary, che limitano la possibilità di sviluppare attaccamenti stabili
- 3. Allevamento in contesti insoliti, che limitano gravemente la possibilità di sviluppare attaccamenti selettivi



Disturbo da stress acuto

Nel disturbo da stress acuto i sintomi sono sostanzialmente analoghi a quelli del DSPT: umore negativo, sintomi di intrusione, di dissociazione, di evitamento e di alterazione dell'arousal; **ma si presentano per un periodo più breve che non supera il mese**

- A. Esposizione a morte reale o minaccia di morte, grave lesione, oppure violenza sessuale in uno (o più) dei seguenti modi:**
- a. Fare esperienza diretta dell'evento/i traumatico/i
 - b. Assistere direttamente a un evento/i traumatico/i accaduto ad altri.
 - c. Venire a conoscenza di un evento/i traumatico/i avvenuto a un membro della famiglia oppure un amico stretto. In caso di morte reale o di minaccia di morte di un membro della famiglia o di un amico, l'evento/i deve essere stato violento o accidentale.
 - d. Fare esperienza di una ripetuta o estrema esposizione a dettagli crudi dell'evento/i traumatico/i



Disturbo da stress acuto

B. Presenza di 9 (o più) dei seguenti sintomi di ciascuna delle 5 categorie relative **a intrusione, umore negativo, dissociazione, evitamento e arousal**, che sono iniziati o peggiorati dopo l'evento/i traumatico/i:

Sintomi di intrusione:

1. Ricorrenti involontari e intrusivi ricordi spiacevoli dell'evento/i traumatico/i
2. Ricorrenti sogni spiacevoli in cui il contenuto e/o l'emozioni del sogno sono collegati all'evento/i traumatico/i
3. Reazioni dissociative (per es., flash back) in cui il soggetto sente o agisce come se l'evento/i traumatico/i si stesse ripresentando
4. Intensa o prolungata sofferenza psicologica all'esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simboleggiano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento/i traumatico/i

Umore negativo:

5. Persistente incapacità di provare emozioni positive

Sintomi dissociativi:

6. Alterato senso di realtà del proprio ambiente o di se stessi
7. Incapacità di ricordare qualche aspetto importante dell'evento/i traumatico/i



Disturbo da stress acuto

B. Presenza di 9 (o più) dei seguenti sintomi di ciascuna delle 5 categorie relative **a intrusione, umore negativo, dissociazione, evitamento e arousal**, che sono iniziati o peggiorati dopo l'evento/i traumatico/i:

Sintomi di evitamento

8. Tentativi di evitare di ricordi spiacevoli, pensieri o sentimenti relativi o strettamente associati all'evento/i traumatico/i
9. Tentativi di evitare fattori esterni (persone, luoghi, conversazioni, attività, oggetti, situazioni) che suscitano ricordi spiacevoli, pensieri o sentimenti relativi o strettamente associati all'evento/i traumatico/o

Sintomi di arousal

10. Difficoltà relative al sonno
11. Comportamento irritabile ed esplosioni di rabbia (con minima o nessuna provocazione) tipicamente espressi nella forma di aggressione verbale o fisica nei confronti di persone o oggetti.
12. Ipervigilanza
13. Problemi di concentrazione
14. Esagerate risposte di allarme



Disturbo da stress acuto

- C. La durata dell'alterazione (sintomi del criterio B) va da **3 giorni a 1 mese** dall'esposizione al trauma.
- D. L'alterazione provoca disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti
- E. L'alterazione non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza o un'altra condizione medica



Disturbo dell'adattamento

Il disturbo da adattamento è caratterizzato da una marcata sofferenza, generalmente caratterizzata da **umore depresso e ansia**, che influisce sul funzionamento sociale e lavorativo per un periodo che non va oltre i 6 mesi. Se l'evento stressante o le sue conseguenze persistono, anche il disturbo può continuare

- A. Lo sviluppo di sintomi emotivi o comportamentali in risposta a uno o più eventi stressanti identificabili che si manifesta **entro 3 mesi**.
- B. Questi sintomi o comportamenti sono clinicamente significativi, come evidenziato da uno o da entrambi i seguenti criteri:
 - 1. Marcata **sofferenza** che sia sproporzionata rispetto alla gravità o intensità dell'evento stressante, tenendo conto del contesto esterno e dei fattori culturali che possono influenzare la gravità e la manifestazione dei sintomi
 - 2. **Compromissione significativa del funzionamento** in ambito sociale, lavorativo o in altre importanti aree



Disturbo dell'adattamento

Il disturbo da adattamento è caratterizzato da una marcata sofferenza, generalmente caratterizzata da **umore depresso e ansia**, che influisce sul funzionamento sociale e lavorativo per un periodo che non va oltre i 6 mesi.

- C. Il disturbo correlato con lo stress non soddisfa i criteri per un altro disturbo mentale e non rappresenta solo un aggravamento di un disturbo mentale preesistente
- D. I sintomi non corrispondono ad un lutto normale
- E. Una volta che l'evento stressante o le sue conseguenze sono superati, i sintomi non persistono per più di altri 6 mesi.



Disturbo da stress post-traumatico (DSPT)

I sintomi del DSPT riguardano soprattutto **l'evento singolo** vissuto e sono il risultato dell'**impossibilità** della mente di **elaborare il ricordo** in modo funzionale e collocarlo nella memoria semantica e autobiografica.

Il risultato è che molti frammenti del ricordo non sono integrati e **continuano a riaffiorare alla mente** in modo frammentato, **facendo sentire la persona ancora in pericolo nel presente**, quando il pericolo è ormai passato

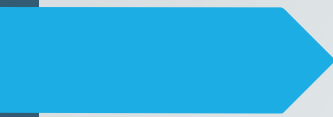


Disturbo da stress post-traumatico (DSPT)

Criterio A – Esposizione a un evento traumatico

Nota: I seguenti criteri si riferiscono a adulti, adolescenti e bambini di età superiore ai 6 anni

- A. Esposizione a morte reale o minaccia di morte, grave lesione, oppure violenza sessuale in uno (o più) dei seguenti modi:**
1. Fare esperienza diretta dell'evento/i traumatico/i
 2. Assistere direttamente a un evento/i traumatico/i accaduto ad altri
 3. Venire a conoscenza di un evento/i traumatico/i accaduto ad un membro della famiglia o di un amico, l'evento deve essere stato violento o accidentale
 4. Fare esperienza di una ripetuta o estrema esposizione a dettagli crudi dell'evento/i traumatico/i



Il PTSD si sviluppa come conseguenza di uno o più eventi traumatici fisici o psicologici. Alcuni esempi:

- esposizione a disastri naturali come terremoti, incendi, alluvioni, uragani, tsunami;
- guerra, tortura, minacce di morte;
- incidenti automobilistici, rapina, disastri aerei;
- malattie a prognosi infauste;
- lutto complicato o traumatico;
- svolgere un lavoro che aumenta il rischio di esposizione a eventi traumatici;
- maltrattamento e/o trascuratezza nell'infanzia (C-PTSD);
- abuso fisico e sessuale nell'infanzia (C-PTSD);
- bullismo;
- aggressioni, vittimizzazioni e discriminazioni basate sul genere, l'orientamento sessuale, l'identità di genere, l'etnia o la religione;
- violenza politica e comunitaria.



'Non mi piace ricordare. Questo non mi piace'.

Ma si può ricordare in condizioni di sicurezza, in una relazione
di **attaccamento** sicuro



Disturbo da stress post-traumatico (DSPT)

Criterio B – Sintomi di risperimentazione

Nota: I seguenti criteri si riferiscono a adulti, adolescenti e bambini di età superiore ai 6 anni

B. Presenza di uno (o più) dei seguenti **sintomi intrusivi** associati all'evento traumatico/i, che hanno inizio successivamente all'evento/i traumatici:

1. Ricorrenti, involontari ed intrusivi **ricordi** spiacevoli dell'evento traumatico/i
2. Ricorrenti **sogni** spiacevoli in cui il contenuto e/o le emozioni del sogno sono collegati all'evento/i traumatico/i
3. **Reazioni dissociative** [ad. es. flashback) in cui il soggetto sente o agisce come se l'evento/i traumatico/i si stesse ripresentando
4. Intensa o prolungata **sofferenza psicologica all'esposizione a fattori scatenanti** interni o esterni che simboleggiano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento traumatico/i
5. Marcate **reazioni fisiologiche** a fattori scatenati interni o esterni che simboleggiano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento traumatico/i

1:27:40_ricordi

2

1:44:07 – 1:47:40
Tribunale ricordi/evitamento

3

1:52:00 (alla fine)



Disturbo da stress post-traumatico (DSPT)

Criterio C – Sintomi di evitamento

Nota: I seguenti criteri si riferiscono a adulti, adolescenti e bambini di età superiore ai 6 anni

C. Evitamento persistente degli stimoli associati all'evento traumatico/i, iniziato dopo l'evento traumatico/i, come evidenziato da uno o entrambi i seguenti criteri:

1. Evitamento o tentativi di evitare **ricordi** spiacevoli, **pensieri** o **sentimenti** relativi o strettamente associati all'evento traumatico/i
2. Evitamento o tentativi di evitare **fattori esterni** (pensieri, luoghi, conversazioni, attività, oggetti, situazioni) **che suscitano ricordi spiacevoli, pensieri o sentimenti** relativi o strettamente associati all'evento traumatico/i



Disturbo da stress post-traumatico (DSPT)

Criterio D – Sintomi di alterazione negativa dei pensieri e delle emozioni

Nota: I seguenti criteri si riferiscono a adulti, adolescenti e bambini di età superiore ai 6 anni

D. Alterazioni negative di pensieri ed emozioni associati all'evento/i traumatico/i, iniziate o peggiorate dopo l'evento traumatico/i, come evidenziato da due (o più) dei seguenti criteri:

1. **Incapacità di ricordare** qualche aspetto importante dell'evento/i traumatico/i (dovuta tipicamente ad amnesia dissociativa e non ad altri fattori come alcol o droghe)
2. Persistenti ed esagerate **convinzioni o aspettative negative relative a se stessi, ad altri, o al mondo** (ad. Es. "io sono cattivo", "non ci si può fidare di nessuno")
3. Persistenti, distorti **pensieri relativi alla causa** o alle conseguenze dell'evento traumatico/i che portano l'individuo a dare la **colpa a se stesso oppure agli altri**
4. **Persistente stato emotivo negativo** (ad es., paura, orrore, rabbia, colpa o vergogna)
5. Marcata **riduzione di interesse** o partecipazione ad attività significative
6. **Sentimenti di distacco** o di estraneità verso altri
7. Persistente **incapacità di provare emozioni positive**

5

1:38:38_senso di colpa

44:48_morte del padre dell'amico



Disturbo da stress post-traumatico (DSPT)

Criterio E – Sintomi di iperattivazione (*arousal*)

Nota: I seguenti criteri si riferiscono a adulti, adolescenti e bambini di età superiore ai 6 anni

E. Marcate **alterazioni dell'arousal** e della reattività associati all'evento traumatico/i iniziate o peggiorate dopo l'evento traumatico/i, come evidenziato da due [o più) dei seguenti criteri:

- 1. Comportamento irritabile ed esplosioni di rabbia** (con minima o nessuna provocazione) tipicamente espressi nella forma di aggressione verbale o fisica nei confronti di persone o oggetti
- 2. Comportamento spericolato e autodistruttivo**
- 3. Ipervigilanza**
- 4. Esagerate risposte di allarme**
- 5. Problemi di concentrazione**
- 6. Difficoltà relative al sonno** (ad. es. Difficoltà nell'addormentarsi o nel rimanere addormentati)

1

00:25:52_famiglia
00:51:35_dentista/amico
01:03:10_terapeuta
01:30:00_pistola/taxi

6

1:16:46_parlare – 1:24:48



Disturbo da stress post-traumatico (DSPT)

- Nota: I seguenti criteri si riferiscono a adulti, adolescenti e bambini di età superiore ai 6 anni
- F. La durata delle alterazioni (Criteri B, C, D, e E) è **superiore ad 1 mese**
- G. L'alterazione provoca **disagio clinicamente significativo** o compromissione del funzionamento in ambito sociale
- H. L'alterazione non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza



Tipologie di PTSD

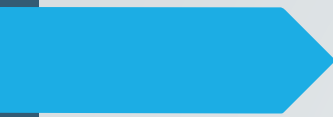
PTSD con sottotipo dissociativo: oltre ai sintomi nucleari del disturbo, la persona riporta persistenti **sintomi di dissociazione**, come **depersonalizzazione** (sensazione di distacco dal proprio corpo e dai propri processi mentali, oppure di essere un osservatore esterno di se stesso) o **derealizzazione** (sensazione di distacco dall'ambiente circostante, che appare irreali, distorto o come in un sogno). Le persone possono dissociarsi per sfuggire “mentalmente” e sopravvivere all'esperienza del trauma mentre avviene (dissociazione peritraumatica), ma anche in seguito per proteggersi da emozioni e stati soverchianti.

PTSD a espressione ritardata: sebbene possano esserci dei segni precoci, i sintomi del disturbo si manifestano pienamente **dopo oltre 6 mesi** dall'esposizione all'evento traumatico. L'intero quadro sintomatologico può addirittura comparire dopo diversi anni dall'evento, come nei casi degli adulti che sviluppano il PTSD a molti anni dagli abusi infantili.

Tipologie di PTSD

PTSD nei bambini: anche i bambini possono sviluppare il PTSD, ma alcuni dei sintomi caratteristici variano rispetto alle presentazioni adulte. Ad esempio, elementi del trauma possono non essere rivissuti direttamente, ma rimessi in atto attraverso il gioco, mentre il contenuto traumatico dei sogni può non essere immediatamente riconoscibile. I sintomi di iperattivazione si evidenziano in particolare in problemi di condotta, attenzione e concentrazione in ambiente scolastico.

PTSD complesso (C-PTSD): questa forma si manifesta tipicamente in seguito a traumi precoci, di natura interpersonale (ad esempio, abuso fisico, sessuale o psicologico ad opera di una figura di accudimento) e di tipo cronico (come maltrattamenti ripetuti, violenze cumulative o grave trascuratezza). L'Organizzazione Mondiale della Sanità (2018) non considera il C-PTSD come un sottotipo del PTSD, ma come un disturbo indipendente inserito nell'undicesima edizione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-11).



Fattori di rischio

La gravità del trauma e la minaccia percepita giocano un ruolo significativo nello sviluppo di un PTSD: **maggiore è l'entità del trauma e della minaccia percepita, maggiore è la possibilità di sviluppare un PTSD (APA, 2013).**

In generale, si parla di **fattori di rischio** per indicare gli elementi e le caratteristiche che, interagendo tra loro, aumentano la probabilità che un disturbo compaia e si stabilizzi. Nello studio delle cause del PTSD, i fattori di rischio vengono spesso divisi in **fattori pre-traumatici**, cioè preesistenti all'evento traumatico, **aspetti del trauma**, ossia caratteristiche del trauma in sé e per sé o della risposta immediata, e **fattori post-traumatici**, vale a dire che hanno a che fare con la condizione della persona e/o del suo ambiente in seguito al trauma.



Fattori pretraumatici

Temperamentali

Problemi emotivi
dell'infanzia prima
dei 6 anni

Precedenti disturbi
mentali

Ambientali

Status socio-
economico basso;
basso livello
d'istruzione

Esposizione a un
precedente trauma;
avversità durante
l'infanzia

Intelligenza inferiore;
status razziale/etnico
di minoranza; storia
di disturbi psichiatrici
in famiglia

Genetici e fisiologici

Genere femminile;
giovane età al
momento
dell'esposizione al
trauma



Fattori peritraumatici

Ambientali

Gravità del trauma;
percepita minaccia
per la vita; lesione
personal; violenza
interpersonale

Per i militari, essere
esecutori o
testimoni di atrocità,
o aver ucciso il
nemico

Dissociazione



Fattori post-traumatici

Ambientali

Mancanza di sostegno emotivo e/o di supporto sociale

Successivi eventi avversi della vita

Comorbidità (es., depressione, disturbi di personalità,

Perdite finanziarie

Esposizione a fattori evocativi dei ricordi traumatici

Individuali

Valutazioni negative

Coping disfunzionale

Disturbo da Stress Acuto



COMORBILITÀ E DIAGNOSI DIFFERENZIALE

Le persone con PTSD hanno circa l'80% di probabilità in più rispetto a persone senza PTSD di sviluppare altri disturbi. In particolare i disturbi che più frequentemente si presentano in comorbidità sono i **disturbi d'ansia e la depressione** che possono essere anche letti come una reazione disadattiva all'evento, mentre i disturbi da **uso di sostanze** possono diventare una modalità per gestire e tollerare gli effetti negativi del PTSD (APA, 2013).



DIAGNOSI DIFFERENZIALE

Data la variabilità della sintomatologia del PTSD è importante non confonderlo con altri disturbi. Nello specifico il DSM-5 fa diagnosi differenziale con:

Disturbo dell'adattamento: ciò che lo contraddistingue principalmente dal PTSD riguarda l'evento all'origine del disturbo. Nel disturbo dell'adattamento infatti l'evento stressante può essere di qualsiasi gravità o tipo, e non riguardare necessariamente un rischio di morte o incolumità fisica. Ne sono un esempio la chiusura di una relazione o un licenziamento che, nonostante non siano eventi che mettono a rischio l'incolumità fisica, sono spesso profondamente stressanti. Nello specifico inoltre il disturbo dell'adattamento riguarda una sofferenza che comprende sintomi ansiosi e/o depressivi con compromissione del funzionamento in ambito sociale o lavorativo.

Disturbo da stress acuto: ha la stessa sintomatologia del PTSD ma se ne differenzia per la durata dei sintomi: il disturbo da stress acuto infatti è più breve e può durare dai 3 giorni fino a un mese dopo l'evento traumatico.



DIAGNOSI DIFFERENZIALE

Disturbi d'ansia e disturbo ossessivo compulsivo: nei DOC i pensieri ricorrenti e intrusivi non sono collegati a un evento traumatico vissuto come lo sono invece nel PTSD che inoltre non comprende i sintomi compulsivi. Allo stesso modo i sintomi ansiosi e l'irritabilità del disturbo d'ansia generalizzata, e l'arousal e i sintomi dissociativi nel disturbo di panico non sono legati a un evento traumatico specifico.

Disturbo depressivo maggiore: la sua insorgenza può essere preceduta da un evento traumatico ma non necessariamente, inoltre rispetto al PTSD non mostra sintomi intrusivi, di evitamento e di attivazione dell'arousal.

Disturbi di personalità: le difficoltà interpersonali possono essere un indicatore di PTSD piuttosto che di un disturbo di personalità, soprattutto se si manifestano dopo un evento traumatico e non sono preesistenti.



DIAGNOSI DIFFERENZIALE

Disturbi dissociativi: l'amnesia dissociativa, la depersonalizzazione/derealizzazione possono essere presenti prima o dopo un evento traumatico. Nel caso in cui siano soddisfatti gli altri criteri per il PTSD si parla di sottotipo PTSD "con sintomi dissociativi".

Disturbi psicotici: i flashback del PTSD devono essere distinti dalle alterazioni percettive e allucinazioni della schizofrenia e degli altri disturbi psicotici.

Danno cerebrale da trauma: quando un danno cerebrale avviene in concomitanza a un evento traumatico (es. incidente) può verificarsi la compresenza fra i sintomi psichici del PTSD e un danno cerebrale da trauma.



DIAGNOSI DIFFERENZIALE

Disturbo da lutto persistente complicato:

Individui che esperiscono un lutto come risultato di morte traumatica possono sviluppare sia il disturbo da stress post traumatico sia il disturbo da lutto persistente complicato.

Entrambe le condizioni possono implicare pensieri intrusi ed evitamento. Mentre pensieri intrusivi nel PTSD ruotano attorno all'evento traumatico, le memorie intrusive del disturbo da lutto persistente complicato sono focalizzate su pensieri circa diversi aspetti della relazione con il deceduto, compresi aspetti positivi della relazione e sofferenza per la separazione. Negli individui con lo specificatore del lutto traumatico associato al disturbo da lutto persistente complicato, i pensieri e le sensazioni angoscianti possono essere più facilmente correlati alla modalità della morte, con fantasie dolorose riguardo all'accaduto.

Entrambi i disturbi possono comportare evitamento di ricordi di eventi dolorosi. Mentre l'evitamento nel PTSD è caratterizzato da costante evitamento di fattori interni ed esterni che ricordano l'esperienza traumatica, nel disturbo da lutto persistente complicato ci sono anche preoccupazioni per la perdita e il desiderio struggente del deceduto, che sono assenti nel PTSD

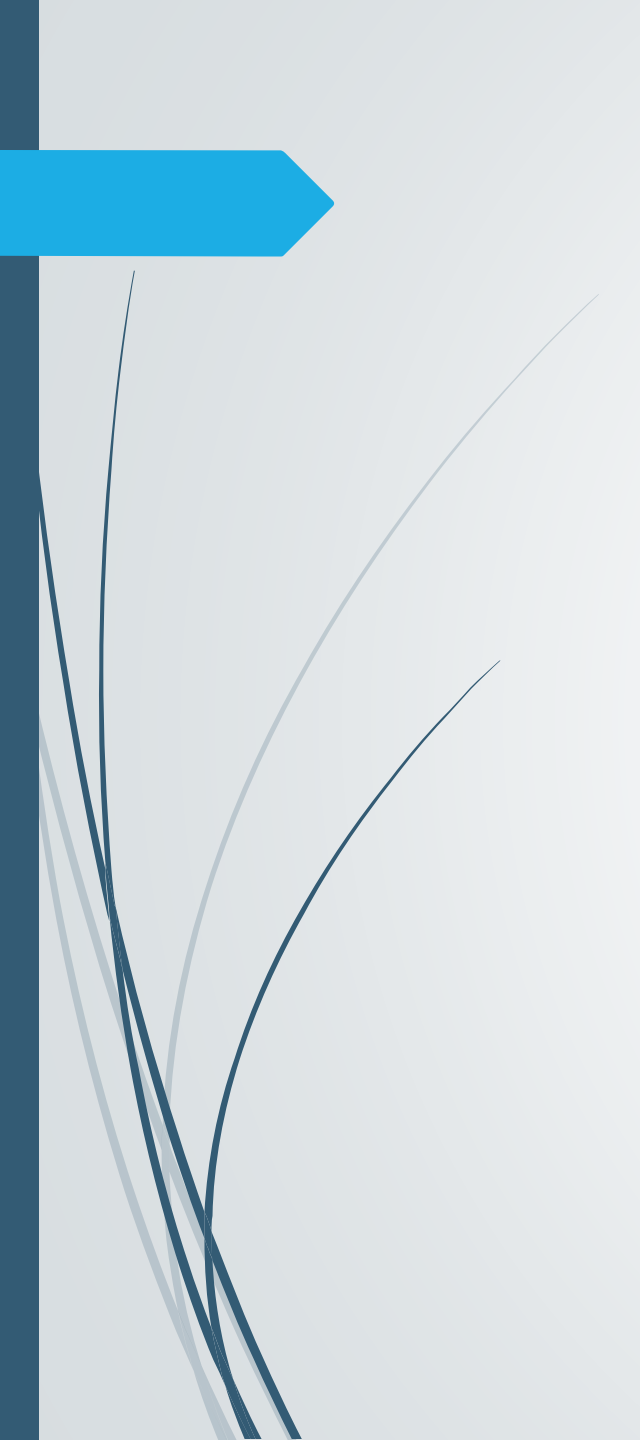
Il PTSD più frequentemente **in comorbidità** con il disturbo da lutto persistente complicato quando la morte è avvenuta in circostanze traumatiche o violente

Prevalenza del PTSD

- I tassi di prevalenza del PTSD variano notevolmente a seconda degli studi. Negli Stati Uniti, il DSM riporta che il disturbo colpisce **il 5% degli uomini e il 10% delle donne** e può manifestarsi a qualunque età, sebbene i bambini e gli anziani siano più vulnerabili (APA, 2013). Nella popolazione generale, i bambini presentano un tasso di prevalenza del PTSD pari al 16,6% (Costello et al., 2002). Di contro, uno studio del 2008 effettuato in Europa ha rilevato una percentuale del 1,1% di PTSD negli adulti (Darves-Bornoz et al., 2008). Le percentuali sono più elevate nelle popolazioni fortemente esposte a situazioni ripetutamente traumatiche, come persone che vivono in zone di guerra, in cui le stime variano tra il **10% e il 40%** (ad esempio, Atwoli, Stein et al., 2015). O ancora, il PTSD ha un'elevata prevalenza negli adulti sopravvissuti ad **abuso fisico e sessuale durante l'infanzia** con percentuali che variano dal **37% al 44%** (Rosner et al., 2014). Questi dati risultano particolarmente allarmanti se si considera che, secondo le stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, il 7-36% delle bambine e il 3-29% dei bambini sarebbe stato soggetto a una violenza sessuale.

Prevalenza del PTSD

- I risultati dell'*European Study of the Epidemiology of Mental Disorders* (ESEMeD), uno studio condotto su iniziativa dell'OMS in diversi paesi europei, tra cui l'**Italia**, hanno mostrato che più della metà della popolazione italiana (**56,1%**) è stata esposta ad almeno un evento traumatico, con un rischio di sviluppare un PTSD che va dal 12,2% per gli eventi legati alla guerra allo 0,8% per la violenza sessuale (Carmassi, Dell'Osso et al., 2014 per le analisi del campione italiano). Va notato che, mentre i tassi di esposizione e rischio di PTSD per eventi come incidenti e perdite personali fossero in linea con gli equivalenti europei, quelli relativi alla violenza sessuale risultavano pari a quasi la metà rispetto al resto del campione ESEMeD. Questo dato va interpretato con cautela, poiché potrebbe riflettere una sottostima del fenomeno sul territorio italiano. In Italia **dati ISTAT** (2015) rivelano che la maggior parte delle donne abusate in famiglia e/o dal proprio partner incontra significative difficoltà nel denunciare e nel chiedere aiuto.



*“L'essenza del trauma è che è travolgente, incredibile e insopportabile. Ogni paziente richiede che si accantoni il senso di ciò che è normale e si accetti il confronto con una duplice realtà: la realtà di un presente relativamente sicuro e prevedibile, che vive a fianco con un **passato catastrofico e sempre presente.**”*

BESSEL VAN DER KOLK, Il corpo accusa il colpo

TRATTAMENTO DEL PTSD

- ▶ la **Terapia Cognitivo Comportamentale** focalizzata sul trauma (TF-CBT);
- ▶ l'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (**EMDR**).

Questi due approcci evidence-based sono attualmente raccomandati nelle **linee guida internazionali sul trattamento delle condizioni correlate allo stress (WHO, 2013)**.

- ▶ Anche la **Mindfulness**, e in particolar modo il programma **Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)** e il **Mindfulness Intervention for Child Abuse Survivors (MICAS)** quale terapia psicologica incentrata sul momento presente ha un'efficacia comprovata nella riduzione dei sintomi post-traumatici.
- ▶ La Mindfulness è l'abilità centrale anche in un altro approccio, la **Dialectical Behavior Therapy (DBT)** che viene utilizzata con diverse modalità di intervento. Quando si trattano persone con problemi correlati al trauma nella DBT, la Mindfulness viene utilizzata per facilitare interventi orientati all'esposizione.
- ▶ In aggiunta, tra gli approcci emergenti per il trattamento del PTSD si annoverano la **Terapia Sensomotoria** e il **Trauma Sensitive Yoga**.

Scala di valutazione dei sintomi trasversali di livello 1 autosomministrata – Adulto

Nome: _____ Età: _____ Sesso: ☐ Maschio ☐ Femmina Data: _____
 Se lo strumento viene compilato da un informatore: Qual è la sua relazione con la persona assistita? _____ ore a settimana
 Di solito, in una settimana, quanto tempo passa con la persona assistita? _____
 Istruzioni: Le domande seguenti si riferiscono a eventi o situazioni che possono aver generato una condizione di disagio. Per ciascuna domanda, faccia un cerchio intorno al numero che descrive al meglio quanto (o quanto spesso) ciascun problema si è presentato nelle ULTIME DUE (2) SETTIMANE.

Nelle ultime DUE (2) SETTIMANE quanto (o quanto spesso) si sono presentati i seguenti problemi?		Assente Per nulla	Molto lieve Raramente, meno di 1 o 2 giorni	Lieve Alcuni giorni	Moderato Più della metà dei giorni	Grave Quasi tutti i giorni	Punteggio più alto del dominio (a cura del clinico)
I.	1. Ha sentito poco interesse o piacere nel fare le cose?	0	1	2	3	4	
II.	2. Si è sentito/a giù, depresso/a o disperato/a?	0	1	2	3	4	
	3. Si è sentito/a più irritato/a, di malumore o arrabbiato/a rispetto al solito?	0	1	2	3	4	
III.	4. Ha dormito meno rispetto al solito ma ha avuto comunque molta energia?	0	1	2	3	4	
	5. Ha cominciato molti più progetti rispetto al solito o ha fatto cose più rischiose rispetto al solito?	0	1	2	3	4	
IV.	6. Si è sentito/a nervoso/a, ansioso/a, spaventato/a, preoccupato/a o con i nervi a fior di pelle?	0	1	2	3	4	
	7. Ha avuto sensazioni di panico o si è sentito/a spaventato/a?	0	1	2	3	4	

Gravità dei sintomi da stress post-traumatico – Adulto

Severity of Posttraumatic Stress Symptoms – Adult (National Stressful Events Survey PTSD Short Scale [NSESSS])

© 2013 American Psychiatric Association

Edizione italiana a cura di Andrea Fossati, Serena Borroni e Franco Del Corno

Coordinamento editoriale a cura di Raffaella Voi

Traduzione di Lucrezia Lombardi

© 2015 Raffaello Cortina Editore

Questo strumento fa parte di alcune proposte di valutazione per ulteriori ricerche e per l'attività clinica messe a disposizione dall'APA.

Gravità dei sintomi da stress post-traumatico – Adulto

National Stressful Events Survey PTSD Short Scale (NSESSS)

Nome: _____ Età: _____ Sesso: ☐ Maschio ☐ Femmina Data: _____
 Per favore, scriva l'evento traumatico che ha sperimentato: _____
 Data dell'evento traumatico: _____

Istruzioni: Dopo eventi o esperienze estremamente stressanti, a volte le persone presentano alcuni problemi. Negli ULTIMI 7 GIORNI, quanto è stato disturbato/a da ciascuno dei seguenti problemi che hanno avuto inizio o sono peggiorati dopo un evento o un'esperienza estremamente stressante? Per favore, risponda a ogni item spuntando (✓) una sola casella per riga.

	Per nulla	Poco	Moderatamente	Abbastanza	Moltissimo	A cura del clinico
1. Ha avuto dei "flashback", ovvero si è improvvisamente sentito/a o ha agito come se un evento stressante del passato stesse accadendo di nuovo (per es., ha rivissuto alcune parti dell'evento stressante, vedendo, ascoltando, sentendo odori o percependo fisicamente momenti dell'esperienza)?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	Punteggio item
2. Si è sentito/a molto turbato/a emotivamente quando qualcosa le ha ricordato un'esperienza stressante?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	
3. Ha provato a evitare pensieri, sentimenti o sensazioni fisiche che le ricordassero un'esperienza stressante?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	
4. Ha pensato che un evento stressante sia avvenuto perché lei o qualcun altro (che non le ha fatto direttamente del male) ha fatto qualcosa di sbagliato o non ha fatto tutto il possibile per prevenirlo, evitarlo?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	

Assessment strumentale

PARTE 3



Scale di valutazione del DSM 5



Catalogo Anticipazioni Argomenti Università News Newsletter Foreign Rights Contatti

Home > Scale di valutazione del DSM-5

Scale di valutazione del DSM-5

Raffaello Cortina Editore ha aderito alla proposta dell'American Psychiatric Association per la promozione delle Scale di valutazione del DSM-5. Da Maggio 2019 le Scale di valutazione sono messe a disposizione **gratuitamente** sul sito www.raffaellocortina.it.

Rimane in acquisto il Manuale PID-5, manuale d'uso aggiornato della versione italiana, contenente i dati normativi indispensabili per utilizzare correttamente le Scale di valutazione PID-5 con pazienti sia adulti sia adolescenti.

L'American Psychiatric Association rende disponibili alcune proposte di strumenti di valutazione nella Sezione III del DSM-5 per ulteriori attività di ricerca e per la valutazione clinica. Queste Scale di valutazione del paziente sono state messe a punto per essere somministrate nel colloquio iniziale e per monitorare i progressi del trattamento, possono, quindi, incrementare la conoscenza della condizione iniziale dei sintomi e le informazioni di outcome riportate dal paziente (patient reported outcome, PRO) ed essere utilizzate come strumenti di valutazione della gravità "ancorati". **Insieme a ciascuna scala, si forniscono le istruzioni, lo scoring e le linee guida per l'interpretazione.** Questi strumenti dovrebbero essere utilizzati per migliorare il processo diagnostico e non come unica base per formulare una diagnosi clinica. Ulteriori informazioni si trovano nel DSM-5.

SCARICA LE
SCALE DI VALUTAZIONE

https://www.raffaellocortina.it/landing_page--scale-di-valutazione-del-dsm-5-32.html

Scala di valutazione dei sintomi trasversali di livello 1 autosomministrata – Adulto

DSM-5 Self-Rated Level 1 Cross-Cutting Symptom Measure – Adult

© 2013 American Psychiatric Association

Edizione italiana a cura di Andrea Fossati, Serena Borroni e Franco Del Corno

Coordinamento editoriale a cura di Raffaella Voi

Traduzione di Francesco Saverio Bersani e Martina Valentini

© 2015 Raffaello Cortina Editore

Gravità dei sintomi da stress post-traumatico – Adulto

Severity of Posttraumatic Stress Symptoms – Adult (National Stressful Events Survey PTSD Short Scale [NSESSS])

© 2013 American Psychiatric Association

Edizione italiana a cura di Andrea Fossati, Serena Borroni e Franco Del Corno

Coordinamento editoriale a cura di Raffaella Voi

Traduzione di Lucrezia Lombardi

© 2015 Raffaello Cortina Editore

Questo strumento fa parte di alcune proposte di valutazione per ulteriori ricerche e per l'attività clinica messe a disposizione dall'APA.

Questi strumenti sono stati pensati per la somministrazione durante il colloquio iniziale e per monitorare l'andamento del trattamento. Dovrebbero essere utilizzati nell'ambito della ricerca e della fase di valutazione come strumenti che possono aiutare il clinico nel processo decisionale e non come unico supporto per effettuare una diagnosi clinica.

Per ciascuno strumento vengono fornite istruzioni generali e per l'attribuzione del punteggio, e linee guida per l'interpretazione; nel DSM-5 sono disponibili ulteriori informazioni che ne chiariscono il contesto. Questa scala è utilizzabile in modalità stand-alone; ossia il punteggio totale non rimanda a una distribuzione normativa per la definizione dei cut-off, che sono definiti a priori. I suggerimenti relativi alla validazione italiana dello strumento sono forniti all'indirizzo www.raffaellocortina.it/test/test-dsm5.

Questo strumento fa parte di alcune proposte di valutazione per ulteriori ricerche e per l'attività clinica messe a disposizione dall'APA.

Questi strumenti sono stati pensati per la somministrazione durante il colloquio iniziale e per monitorare l'andamento del trattamento. Dovrebbero essere utilizzati nell'ambito della ricerca e della fase di valutazione come strumenti che possono aiutare il clinico nel processo decisionale e non come unico supporto per effettuare una diagnosi clinica. Per ciascuno strumento vengono fornite istruzioni generali e per l'attribuzione del punteggio, e linee guida per l'interpretazione; nel DSM-5 sono disponibili ulteriori informazioni che ne chiariscono il contesto. Questa scala è utilizzabile in modalità stand-alone; ossia il punteggio totale non rimanda a una distribuzione normativa per la definizione dei cut-off, che sono definiti a priori.

Raffaello Cortina Editore

di assessment di Antonella Postorino (antonella.postorino1980@gmail.com)

Raffaello Cortina Editore

La raccolta della storia traumatica



INDIZI DI STORIA TRAUMATICA

- Relazioni adulte disfunzionali
- Narrazioni confuse
- Difficoltà ad accedere a memoria episodica
- Condizioni di vita difficili dei caregiver
- Forti sentimenti di vergogna

ACEs

LEC-5

**INVENTARIO DEGLI EVENTI STRESSANTI
E TRAUMATICI DELLA VITA**

La raccolta della storia traumatica ACEs

Adverse Childhood Experiences Questionnaire

(Felitti et al., 1998)

Il questionario è il risultato di uno studio longitudinale durato 14 anni su circa 17000 soggetti che ha indagato l'effetto delle ACEs sulla salute mentale e fisica

Cluster Abuso

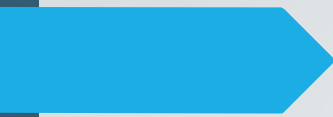
Abuso emotivo
Abuso fisico
Abuso sessuale

Cluster Neglect

Neglect emotivo
Neglect fisico
Maltrattamento
materno

Cluster Disfunzioni familiari

Separazione/divorzio
Alcol/droghe
Psicopatologie e suicidio
Prigione



Alcune ricerche con le ACE

De Venter et al., 2013; Felitti et al., 1998; Mac Ginley et al., 2019; Pacella et al., 2013)

- ▶ Un punteggio ACE di 6 è associato ad una probabilità 46 volte superiore di diventare consumatori di droghe in vena rispetto ad un punteggio 0
- ▶ All'aumentare del punteggio ACE, aumenta la probabilità di sviluppare fibromalgia, asma, obesità, cancro, IBS, demenza, insonnia, dolore cronico, ipertensione, malattie cardiache
- ▶ Correlazione con disturbi dell'umore, disturbi d'ansia, disturbi di personalità, disturbi alimentari, dipendenza da sostanze e sesso compulsivo

La raccolta della storia traumatica **LEC-5**

LIFE EVENTS CHECKLIST - LEC-5 (NATIONAL CENTER FOR PTSD)

Sono elencati alcuni **eventi difficili o stressanti** che a volte capitano alle persone.

Per ogni evento, facendo una crocetta nelle caselle sulla destra, indichi se:

- (a) le è successo personalmente;
- (b) è stato testimone dell'evento accaduto ad altri;
- (c) è venuto a conoscenza dell'evento accaduto ad un suo familiare o ad un amico intimo;
- (d) è stato esposto a questo evento a causa del suo lavoro (per esempio: paramedico, poliziotto, militare, o altre figure di primo soccorso);
- (e) non è sicuro che sia proprio il suo caso;
- (f) non la riguarda.

Si ricordi di considerare l'intero arco della sua vita (infanzia e adultità) mentre scorre l'elenco degli eventi.

La raccolta della storia traumatica

INVENTARIO DEGLI EVENTI STRESSANTI E TRAUMATICI DELLA VITA

(De Giannantonio, 2009)

Permette di valutare 27 situazioni altamente stressanti e potenzialmente traumatiche e quanto queste siano state percepite come «negative» nel momento in cui sono accadute, e quanto lo siano ancora oggi, su una scala da 1 (per nulla) a 5 (estremamente)

I 27 eventi riguardano:

- Coinvolgimento o aver assistito a gravi disastri
- Incarcerazione propria o di parenti
- Affidamento o adozione
- Separazione o divorzio del paziente
- Seri problemi economici
- Problemi fisici o mentali molto gravi
- Maltrattamento, trascuratezza emotiva, trascuratezza fisica, aggressioni
- Interruzione di gravidanza volontaria o spontanea (solo per donne)
- Separazione coatta da un figlio
- Handicap fisici o mentali di un figlio o responsabilità di una persona con handicap
- Lutti
- Assistere a violenza tra familiari quando minorenne
- Assistere o subire rapina o aggressione
- Abusi sessuali

Possibilità di descrivere altri eventi percepiti come traumatici

Disturbo da Stress Post Traumatico PCL-5

PTSD Checklist for DSM – 5

PCL-5, Blevins et al., 2015

Questionario self-report di 20 item che valuta i 20 sintomi del DSPT del DSM-5, e può essere usato per:

- ▶ Monitorare efficacia del trattamento
- ▶ Screening e ipotesi diagnostica di DSPT provvisoria

Il PCL-5 può essere amministrato in uno dei tre formati:

1. Senza il criterio A: se il trauma viene valutato con un altro metodo
2. Con una breve valutazione del Criterio A
3. Con la LEC-5 e la valutazione estesa del criterio A

3 punteggi:

- Un punteggio di **gravità globale** (0 - 80), sommando i punteggi dei 20 item
- I punteggi di gravità dei **4 cluster di sintomi del DSM-5**
- Una diagnosi provvisoria di DSPT può essere ipotizzata considerando i punteggi di minimo 2 (Moderatamente) come indicativi di presenza significativa del sintomo

Un punteggio di **cut-off tra 31-33** è indicativo di probabile DSPT

Disturbo da Stress Post Traumatico CAPS-5

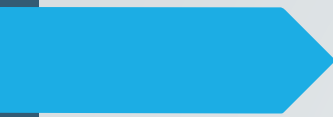
Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5

CAPS-5, Weathers et al., 2013)

- Domande standard e inchiesta
- 30 item
- 45-60 minuti
- Scoring in 10 minuti

3 punteggi diversi:

1. Il punteggio totale della gravità dei sintomi
2. I punteggi della gravità del cluster sintomatologico
3. Status diagnostico del DSPT



Disturbo da Stress Post Traumatico CAPS-5

Indicazioni generali

- Leggere le indicazioni letteralmente e nell'ordine presentato
- Usare le parole usate dal paziente per etichettare l'evento o sintomi specifici
- Riformulare in caso di necessità, ma ritornare al contenuto letterale
- Se necessario, continuare in modo spontaneo e chiedere esempi
- Non suggerire le risposte, proporre esempi solo se necessario e dopo aver lasciato ampio spazio di risposta al cliente
- Non leggere la scala di valutazione al cliente

Sintomatologia dissociativa **DES-II**

DES-II

DISSOCIATIVE EXPERIENCES SCALE - II

(Waller, Putnam, Carlson, 1996)

Misura il livello e la qualità dell'esperienza dissociativa presente attraverso 28 item e una scala da 0%-100%

Può essere utile somministrarlo come un'intervista e fare domande di approfondimento

TRE SOTTOSCALE:

1. **Scala di dissociazione amnesica:** item 3, 4, 5, 6, 8, 10, 25, 26
2. **Scala di assorbimento e coinvolgimento immaginativo:** item 2, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 22, 23
3. **Scala di depersonalizzazione e derealizzazione:** item 7, 11, 12, 13, 27, 28

I punteggi delle singole sottoscale sono calcolati sommando i singoli punteggi di ogni item diviso per il numero degli item

Bibliografia e sitografia

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5.
- Herman JL.(2005). Guarire dal trauma : affrontare le conseguenze della violenza, dall'abuso domestico al terrorismo. Roma: Magi Editore.
- Montano A., Borzì R. (2019). Manuale di intervento sul trauma. Erickson
- Onno Van der Hart O., Nijenhuis E. R. S., Kathy Steele K. (2010). Fantasmi nel sé. Trauma e trattamento della dissociazione strutturale. Raffaello Cortina Editore
- Steele K., Boon S., Van der Hart O. (2017). La cura della dissociazione traumatica. Un approccio pratico e integrativo
- Steinberg M., Schnall M. (2006).La dissociazione. I cinque sintomi fondamentali. Raffaello Cortina Editore
- WHO, World Health Organization. (2018). International Classification of Diseases, 11° revision (ICD-11).

<https://icd.who.int/en>

<https://www.aisted.it/>

<https://www.ilvasodipandora.org/trauma-e-abuso/>

https://www.raffaellocortina.it/landing_page--scale-di-valutazione-del-dsm-5-32.html



*“Quando **ci proteggiamo dalla sofferenza**, pensiamo di fare un favore a noi stessi. La verità è che non facciamo che divenire più spaventati, induriti, alienati. Ci sentiamo separati dall'interno. Questa separatezza diviene per noi una sorta di prigione, una prigione che ci confina nelle nostre speranze e paure personali, in una preoccupazione rivolta solo a chi ci è più vicino.*

*É piuttosto curioso: **se il nostro primo obiettivo è difenderci dal malessere, soffriamo. Tuttavia, quando non ci isoliamo e lasciamo che i nostri cuori si spezzino, scopriamo di essere in armonia con tutte le cose viventi.**”*

PEMA CHODRON, The Pocket Pena Chodron



grazie

Antonella Postorino

Psicologo Psicoterapeuta

- Email: antonella.postorino1980@gmail.com
- Mob: [+39 347 524 7760](tel:+393475247760)