Scuola di Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale

Istituto Tolman – Sede Catania – Secondo Anno

Elaborato breve – Review Narrativa

Quando il trauma ti toglie la speranza: PTSD, depressione e rischio suicidario. Una review narrativa sul trattamento cognitivo-comportamentale.

Allieva
Dottoressa Sarah Gubitosa

Anno Accademico 2026

Sommario

Review narrativa 3
Titolo 3
Autore e affiliazione 3
Parole chiave 3
Obiettivo 3
Introduzione 3
Il disturbo da stress post-traumatico: evoluzione diagnostica e quadro clinico 4
Il disturbo depressivo maggiore: caratteristiche cliniche e modello cognitivo 5
Il rischio suicidario 6
Il modello cognitivo-comportamentale 7
Gli interventi cognitivo-comportamentali 7
Il trattamento del PTSD 7
Il trattamento della depressione 8
Gli interventi sul rischio suicidario 8
Tecniche e strategie terapeutiche 8
L'efficacia degli interventi quando le condizioni coesistono 9
Discussione e conclusioni 9
Riferimenti 11

Review narrativa

Titolo

Quando il trauma ti toglie la speranza: PTSD, depressione e rischio suicidario. Una review narrativa sul trattamento cognitivo-comportamentale.

Autore e affiliazione

Dottoressa Sarah Gubitosa, psicologa, studentessa al II anno presso scuola di specializzazione in psicoterapia cognitivo-comportamentale, Istituto Tolman, sede di Catania.

Parole chiave

Disturbo da stress post-traumatico, disturbo depressivo, rischio suicidario, psicoterapia cognitivo-comportamentale

Obiettivo

Il presente elaborato breve ha lo scopo di esaminare, attraverso una rassegna narrativa della letteratura, le relazioni tra disturbo da stress post-traumatico (PTSD), disturbo depressivo maggiore e rischio suicidario, attenzionando anche il ruolo della comorbilità tra PTSD e depressione nell'aumento del rischio suicidario. In secondo luogo, all'interno di questo lavoro si intende sintetizzare le evidenze relative agli interventi cognitivo-comportamentali utilizzati per il PTSD, per la depressione e per la riduzione del rischio suicidario. Verrà infine discusso in che misura i suddetti interventi risultino efficaci quando queste condizioni si presentano insieme.

Introduzione

Il disturbo da stress post-traumatico (PTSD) può svilupparsi dopo l'esposizione a eventi estremamente minacciosi o orribili. Circa il 70% delle persone sperimenta almeno un evento potenzialmente traumatico nel corso della vita, ma solo una minoranza sviluppa il disturbo; si stima che una percentuale della popolazione mondiale abbia sofferto di PTSD in qualche momento della propria vita. Il quadro clinico raramente si presenta isolato: circa la metà delle persone con PTSD riceve anche una diagnosi di disturbo depressivo maggiore. Entrambe le condizioni, inoltre, si associano al rischio suicidario, un fenomeno che nel 2021 ha causato circa 727 000 morti nel mondo (World Health Organization, 2026).

Il presente elaborato breve ha lo scopo di esaminare, attraverso una rassegna narrativa della letteratura, le relazioni tra PTSD, disturbo depressivo maggiore e rischio suicidario, attenzionando anche il ruolo della comorbilità tra PTSD e depressione nell'aumento del rischio suicidario. In secondo luogo, si intende sintetizzare le evidenze relative agli interventi cognitivo-comportamentali utilizzati per il PTSD, per la depressione e per la riduzione del rischio suicidario. Verrà infine discusso in che misura tali interventi risultino efficaci quando queste condizioni si presentano insieme.

Il disturbo da stress post-traumatico: evoluzione diagnostica e quadro clinico

Il disturbo da stress post-traumatico (PTSD) è un disturbo la cui diagnosi è stata inserita nella terza edizione del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (Flesaker, Slimovitch, Shiner, Sumner, & Gradus, 2026). All'interno delle edizioni precedenti le conseguenze del trauma venivano descritte come una "reazione da stress grave" o come una "reazione situazionale" (Flesaker, Slimovitch, Shiner, Sumner, & Gradus, 2026). Successivamente queste definizioni sono state ritenute inadeguate, poiché minimizzavano l'importanza dell'impatto del trauma sulla vita dell'individuo e non rendevano consideravano la gravità e la cronicità della sofferenza dei pazienti.

All'interno della versione più recente, quella del DSM-5-TR, invece, l'evento traumatico viene descritto come "esposizione a morte effettiva o minacciata, lesioni gravi o violenza sessuale" (Flesaker, Slimovitch, Shiner, Sumner, & Gradus, 2026). Viene considerata l'esposizione diretta all'evento, indiretta, cioè venendo a sapere che l'evento ha colpito un familiare stretto o un amico, oppure attraverso un'esposizione ripetuta o estrema ai suoi dettagli (Flesaker, Slimovitch, Shiner, Sumner, & Gradus, 2026). Il quadro sintomatologico, che deve persistere per più di un mese, si articola in quattro categorie principali (Flesaker, Slimovitch, Shiner, Sumner, & Gradus, 2026):

1. sintomi intrusivi, come ricordi o sogni ricorrenti e angoscianti dell'evento;
2. evitamento degli stimoli associati al trauma;
3. alterazioni negative delle cognizioni e dell'umore, come colpa, vergogna, convinzioni negative su di sé e perdita di interesse;
4. alterazioni dell'arousal e della reattività, come ipervigilanza e comportamenti spericolati o autodistruttivi.

La Classificazione Internazionale delle Malattie (World Health Organization, 2019) parla del PTSD come un disturbo che può insorgere in seguito all'esposizione a un evento, o a una serie di eventi, di "natura estremamente minacciosa o orribile" (World Health Organization, 2019). Esso, inoltre, è definito da tre gruppi di sintomi (World Health Organization, 2019):

1. il rivivere l'evento traumatico nel presente, sotto forma di ricordi intrusivi vividi, flashback o incubi, accompagnati da emozioni intense e sensazioni fisiche;
2. l'evitamento di pensieri, ricordi, attività, situazioni o persone che richiamano l'evento;
3. una percezione persistente di minaccia attuale, che si manifesta attraverso ipervigilanza o una reazione di allarme accentuata.

Per poter definire la diagnosi, i sintomi devono durare almeno diverse settimane (Harrison, Weber, Jakob, & Chute, 2021). A differenza del DSM-5-TR, l'ICD-11, introduce, inoltre, una diagnosi "correlata ma distinta" (Flesaker, Slimovitch, Shiner, Sumner, & Gradus, 2026), ovvero il disturbo da stress post-traumatico complesso (CPTSD). Il CPTSD, quindi, insorge più frequentemente in seguito a eventi prolungati o ripetuti, da cui è difficile o impossibile sottrarsi. Richiede che siano soddisfatti tutti i criteri del PTSD e, in aggiunta, la presenza di tre alterazioni gravi e persistenti (World Health Organization, 2019):

1. difficoltà nella regolazione delle emozioni;
2. un concetto negativo di sé, caratterizzato da convinzioni di essere sminuiti, sconfitti o privi di valore, accompagnate da sentimenti di vergogna, colpa o fallimento legati all'evento traumatico;
3. difficoltà nel mantenere relazioni e nel sentirsi vicini agli altri.

Brewin, nello specifico, riunisce queste tre componenti sotto l'espressione "disturbi dell'organizzazione del sé" (Brewin, 2020).
Le due classificazioni, come abbiamo visto, condividono una concezione del PTSD che va oltre la sola risposta di paura. Le alterazioni negative di cognizioni e umore previste dal DSM-5-TR e il concetto negativo di sé descritto nel CPTSD riguardano, infatti, colpa, vergogna, senso di inutilità e di fallimento. È proprio su questo versante che il PTSD si sovrappone in modo significativo al disturbo depressivo maggiore. Questa sovrapposizione aiuta a comprendere l'elevata frequenza con cui le due condizioni si presentano insieme e il loro effetto combinato sul rischio suicidario, aspetti che saranno approfonditi nei paragrafi successivi.

Il disturbo depressivo maggiore: caratteristiche cliniche e modello cognitivo

Il disturbo depressivo maggiore (DDM) è un disturbo determinato da diversi fattori, quelli genetici, biologici, psicologici e ambientali (Marx, et al., 2023). Nessuna delle ipotesi proposte è sufficiente, da sola, a spiegarne l'insorgenza (Cui, et al., 2024). Per quanto riguarda i fattori ambientali, le esperienze di vita avverse vissute dall'individuo, hanno un'influenza significativa. Le persone che hanno subito abusi, perdite gravi o altri eventi stressanti, infatti, presentano una maggiore probabilità di sviluppare un disturbo depressivo (World Health Organization, 2026). Altri tipi di eventi traumatici, come la morte o la perdita di una persona cara, possono inoltre agire da fattori scatenanti.
Il DDM si distingue dalle normali fluttuazioni dell'umore per diverse caratteristiche, come l'intensità, la durata e l'impatto sul funzionamento dell'individuo. Durante un episodio depressivo, infatti, la persona sperimenta un umore depresso, oppure una perdita di interesse o di piacere, per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno, per almeno due settimane (World Health Organization, 2026). Secondo i criteri del DSM-5-TR (Marx, et al., 2023), affinché possa essere svolta una diagnosi, è necessaria la presenza di almeno cinque sintomi su nove, e almeno uno dei cinque deve essere l'umore depresso o la perdita di interesse o piacere (Chand & Arif., 2023). Gli altri sintomi comprendono:

- alterazioni del sonno e dell'appetito o del peso;
- affaticamento o perdita di energia;
- rallentamento o agitazione psicomotoria;
- difficoltà di concentrazione;
- sentimenti di colpa eccessiva o di inutilità;
- pensieri ricorrenti di morte o ideazione suicidaria (Chand & Arif., 2023).

All'interno dell'ICD-10 criteri analoghi ai suddetti vengono presi in considerazione per guidare la diagnosi clinica (Cui, et al., 2024). Il disturbo, inoltre, si ripercuote su tutte le aree della vita del paziente: personale, familiare, sociale e lavorativa (World Health Organization, 2026).
Due aspetti del quadro clinico sono particolarmente rilevanti ai fini del presente lavoro. Il primo è la disperazione riguardo al futuro, che l'OMS include tra i sintomi caratteristici dell'episodio depressivo (World Health Organization, 2026). Il secondo è la presenza di pensieri di morte e di ideazione suicidaria tra i criteri diagnostici stessi. La depressione può infatti condurre al suicidio (World Health Organization, 2026).
Per questo la valutazione del rischio suicidario rappresenta una componente necessaria della presa in carico di ogni paziente depresso (Chand & Arif., 2023).

In un'ottica cognitivo-comportamentale, le persone sviluppano fin dall'infanzia delle credenze di base su di sé, sugli altri e sul mondo (Beck J. S., 2021). Nella depressione queste credenze assumono una forma disfunzionale, rigida ed estrema, e tendono a ricadere in tre categorie (Beck J. S., 2021):

1. impotenza o inadeguatezza;
2. non amabilità;
3. mancanza di valore.

Le credenze negative possono estendersi dal Sé al mondo e al futuro (Beck & M.D., 2008), configurando la cosiddetta triade cognitiva. Questa visione negativa di sé, caratterizzata da inadeguatezza, colpa e mancanza di valore, è molto vicina al concetto negativo di sé descritto nel CPTSD, nel quale la persona si percepisce come sminuita, sconfitta o priva di valore (World Health Organization, 2019). Rappresenta quindi uno dei principali punti di contatto tra le due condizioni.

Il rischio suicidario

Il suicidio rappresenta un importante problema di salute pubblica su scala globale. Secondo le stime disponibili, nel 2021 i decessi per suicidio sono stati circa 727.000. Tra i giovani di età compresa tra i 15 e i 29 anni, il suicidio rappresenta la terza causa di morte, posizionandosi al secondo posto nella popolazione femminile e al terzo in quella maschile. Più della metà dei casi registrati nel mondo (56%) riguarda persone con meno di 50 anni, mentre la quota maggiore (73%) si concentra nei paesi a basso e medio reddito. Per quanto riguarda, invece, le differenze di genere, il tasso globale di suicidio risulta maggiore negli gli uomini, rispetto alle donne. Il PTSD e il DDM sono entrambi associati a questo rischio, ma i dati suggeriscono che possano contribuirvi in modo diverso (World Health Organization, 2026).

Una meta-analisi ha rilevato che la presenza di PTSD nei pazienti, rappresenta un rischio più elevato di morte per suicidio, tentato suicidio e ideazione suicidaria, sebbene la stima relativa alla morte per suicidio si basi su soli sette studi (Akbar, Arya, Conroy, Wilcox, & Page, 2026). Nella depressione, i principali predittori clinici comprendono i precedenti tentativi di suicidio, l'ideazione suicidaria, la gravità della depressione e la disperazione (Riera-Serra, et al., 2024). Quest'ultima ha predetto sia l'ideazione sia i tentativi di suicidio, ma i singoli predittori non consentono una previsione affidabile delle condotte suicidarie (Riera-Serra, et al., 2024). Anche un'altra meta-analisi di studi longitudinali ha riscontrato, per depressione e disperazione, effetti più deboli del previsto (Ribeiro, Huang, Fox, & Franklin, 2018).

Circa la metà delle persone con PTSD presenta anche un DDM (Flory & Yehuda, 2015). In uno studio su adulti con una storia di episodio depressivo maggiore, i pazienti con PTSD avevano tentato il suicidio più spesso degli altri, ma l'associazione sembrava mediata dalla maggiore frequenza di disturbi di personalità del cluster B (Maria Oquendo, et al., 2005). Anche il dato meta-analitico invita alla cautela, poiché il rischio relativo di morte per suicidio risultava inferiore in presenza di comorbilità psichiatriche (Akbar, Arya, Conroy, Wilcox, & Page, 2026). L'effetto della comorbilità, quindi, non sembra semplicemente additivo. La depressione, infatti, all'interno di un'indagine su un campione rappresentativo statunitense, prediceva l'ideazione, ma non il passaggio al piano o al tentativo tra chi aveva già ideazione. Disturbi caratterizzati da ansia e agitazione, come il PTSD, contribuivano invece a distinguere chi progrediva verso queste condotte (Nock, Hwang, Sampson, & Kessler, 2010).

Sul piano cognitivo-emotivo, vergogna e colpa risultano implicate nella suicidalità delle persone esposte a eventi traumatici o con PTSD (Ollivier, Soubelet, Duhem, & Thümmler, 2022). Questi vissuti richiamano il concetto negativo di sé già descritto nel DDM e nel CPTSD. La revisione, però, include soltanto nove studi, di cui due longitudinali, condotti soprattutto su popolazioni già a rischio (Ollivier,

Soubelet, Duhem, & Thümmler, 2022). La teoria interpersonale del suicidio offre un'ulteriore chiave di lettura: il desiderio suicidario più pericoloso deriverebbe dalla compresenza di appartenenza frustrata e percezione di essere un peso, accompagnate da disperazione rispetto a questi stati (Orden, et al., 2010). La teoria è stata però criticata per la pretesa di spiegare un fenomeno complesso e multifattoriale attraverso pochi fattori (Hjelmeland & Knizek, 2020).
Sul piano clinico, la valutazione del rischio suicidario è necessaria in tutti i pazienti con depressione (Chand & Arif., 2023) e risulta particolarmente importante nelle persone con PTSD o esposte a eventi potenzialmente traumatici (Ollivier, Soubelet, Duhem, & Thümmler, 2022). Considerata la limitata capacità predittiva dei singoli fattori, tale valutazione non può ridursi al riconoscimento della diagnosi, ma dovrebbe esplorare ideazione, tentativi precedenti, disperazione, vergogna e colpa.

Il modello cognitivo-comportamentale

Secondo il modello elaborato da Ehlers e Clark (Beierl, Böllinghaus, Clark, Glucksman, & Ehlers, 2020), il PTSD persiste quando l'evento traumatico viene elaborato in modo da generare un senso di grave minaccia attuale. Questo senso dipende non solo da valutazioni eccessivamente negative del trauma e delle sue conseguenze, ma anche da una memoria traumatica disorganizzata. Comportamenti protettivi, soppressione dei pensieri, ruminazione, ottundimento e dissociazione mirano, infatti, a ridurre la minaccia, mentendo però i sintomi (Beierl, Böllinghaus, Clark, Glucksman, & Ehlers, 2020). Uno studio condotto su 700 persone sopravvissute ad aggressioni o incidenti stradali ha sostenuto il modello. Insieme a tipo di trauma e genere, i fattori cognitivi spiegavano il 52% della varianza dei sintomi a sei mesi, contro il 40% spiegato dalla gravità sintomatologica precoce (Beierl, Böllinghaus, Clark, Glucksman, & Ehlers, 2020).
Queste valutazioni possono riguardare sé stessi, come «sono inadeguato», oppure gli altri e il mondo, come «non ci si può fidare delle persone» (Beierl, Böllinghaus, Clark, Glucksman, & Ehlers, 2020). Si tratta di contenuti vicini alle credenze negative descritte nella depressione. L'evitamento può inoltre favorire una perdita duratura di rinforzi (come il sostegno sociale), contribuendo allo sviluppo della depressione (Hoppen, Lindemann, Höfer, Kip, & Morina, 2025). La comorbilità, tuttavia, non ha un'unica spiegazione. Possono concorrere, infatti, fattori ambientali e genetici condivisi, oltre alla sovrapposizione dei sintomi (Hoppen, Lindemann, Höfer, Kip, & Morina, 2025).

Gli interventi cognitivo-comportamentali

Il trattamento del PTSD

Una meta-analisi di 114 studi, con 8.171 partecipanti, ha indicato la terapia CBT focalizzata sul trauma e l'EMDR come trattamenti di prima linea. Tra i protocolli di CBT, le prove più solide riguardano la Cognitive Processing Therapy, la terapia cognitiva e la Prolonged Exposure (Lewis, Roberts, Andrew, Starling, & Bisson, 2020). Le linee guida NICE raccomandano un intervento individuale basato su un manuale validato, di norma in 8-12 sedute, aumentabili quando è clinicamente indicato, ad esempio dopo traumi multipli (National Institute for Health and Care Excellence, 2018).

Il trattamento della depressione

Una meta-analisi di 409 studi, con 52.702 pazienti, ha rilevato effetti moderato-ampi della CBT rispetto alle condizioni di controllo, ancora presenti a 6-12 mesi. Il vantaggio rispetto ad altre psicoterapie era invece minimo. Nel breve termine la terapia CBT non differiva dalla terapia famarcologica, mentre a 6-12 mesi la CBT risultava più efficace, sebbene questo dato si basi su pochi studi (Cuijpers, et al., 2023).

Gli interventi sul rischio suicidario

In una revisione di 18 studi, le psicoterapie mirate al comportamento suicidario hanno ridotto il rischio di nuovi comportamenti di quasi un terzo, e la terapia CBT è risultata più efficace delle condizioni di controllo (Sobanski, Josfeld, Peikert, & Wagner, 2021). I dati sulla Dialectical Behavior Therapy (DBT) sono meno univoci: in questa revisione non risultava superiore ai controlli nel ridurre i tentativi (Sobanski, Josfeld, Peikert, & Wagner, 2021), mentre un'altra meta-analisi ne ha rilevato l'efficacia sui tentativi, ma non sull'ideazione (Tak, et al., 2025).
In presenza di un rischio significativo, le linee guida NICE indicano la necessità di definire un piano di gestione del rischio e di sicurezza già nella pianificazione iniziale del trattamento (National Institute for Health and Care Excellence, 2018).

Tecniche e strategie terapeutiche

All'interno della terapia CBT focalizzata sul trauma, è compresa la psicoeducazione, in particolare rispetto alle reazioni al trauma, strategie per gestire attivazione e flashback, piano di sicurezza, elaborazione dei ricordi, lavoro su emozioni come vergogna, colpa, perdita e rabbia, ristrutturazione dei significati, superamento dell'evitamento e recupero del funzionamento (National Institute for Health and Care Excellence, 2018). Nonostante il supporto che si può ottenere dalla psicoeducazione, essa non può essere raccomandata come intervento isolato, in quanto le prove a suo favore sono limitate e incerte (National Institute for Health and Care Excellence, 2018).
La modifica delle valutazioni negative sembra un meccanismo di cambiamento rilevante, sia nella terapia cognitiva sia nella Prolonged Exposure (Beierl, Böllinghaus, Clark, Glucksman, & Ehlers, 2020).
Per la depressione, gli interventi efficaci indicati dall'OMS comprendono attivazione comportamentale, CBT, psicoterapia interpersonale e problem solving (World Health Organization, 2026). La DBT, inoltre, è stata adattata anche al PTSD attraverso un protocollo che integra la Prolonged Exposure. A tal proposito, in un campione di donne suicidarie o autolesive con disturbo borderline e PTSD, il 73,8% preferiva il trattamento combinato (Harned, Tkachuck, & Youngberg, 2014).
L'Acceptance and Commitment Therapy (ACT), mira a sviluppare la flessibilità psicologica attraverso accettazione, defusione, contatto con il presente, sé come contesto, valori e azione impegnata. Nel suicidio, essa interviene anche sull'evitamento esperienziale, aiutando la persona a considerare pensieri come «non valgo nulla» soltanto come pensieri. Una meta-analisi ne suggerisce l'utilità sull'ideazione suicidaria. Tuttavia si basa su quattro studi e tutti gli studi inclusi presentavano un alto rischio di bias (Tak, et al., 2025).

L’efficacia degli interventi quando le condizioni coesistono

Una meta-analisi di 136 studi randomizzati, con 8.868 pazienti, ha mostrato che la CBT focalizzata sul trauma riduce anche la depressione, con effetti ampi rispetto ai controlli passivi (g = 0,97) e moderati rispetto a quelli attivi (g = 0,50). Il risultato, tuttavia, riguarda pazienti che presentano PTSD primario e non è generalizzabile a chi presenta suicidalità acuta, spesso esclusa dagli studi. Nei casi in cui la depressione persiste dopo il trattamento del PTSD, sono necessari ulteriori interventi specifici (Hoppen, Lindemann, Höfer, Kip, & Morina, 2025).

Il NICE (National Institute for Health and Care Exellcence) contiene alcune linee guida, le quali suggeriscono di trattare di solito prima il PTSD, ma senza sottovalutare la priorità del trattamento per la depressione, nei casi in cui essa è tanto grave da ostacolare il lavoro sul trauma, oppure quando vi è un rischio per sé o per gli altri (National Institute for Health and Care Excellence, 2018). Questa indicazione deriva però da un consenso formale, adottato per la scarsità di prove dirette (National Institute for Health and Care Excellence, 2018).

Storicamente si è temuto che le terapie focalizzate sul trauma potessero innescare nei pazienti comportamenti suicidari. A tal proposito, è stata condotta una revisione sistematica di 33 articoli, la quale ha invece rilevato che i trattamenti per il PTSD e quelli combinati riducono sia i sintomi post-traumatici sia gli esiti legati al suicidio, mentre gli interventi centrati sul suicidio hanno effetti meno chiari sul PTSD (Rozek, et al., 2022). Anche un’ulteriore review di 43 studi non ha trovato chiare indicazioni di un peggioramento della suicidalità, sebbene alcuni studi riportino peggioramenti temporanei dell’ideazione (Burback, et al., 2023). Tuttavia, è il caso di fare attenzione a queste considerazioni, in quanto molti studi escludevano le persone con rischio imminente e solo quattro richiedevano l’ideazione suicidaria come criterio d’inclusione (Burback, et al., 2023).

Complessivamente, quindi, le evidenze sostengono l’uso della terapia CBT focalizzata sul trauma in molti pazienti con PTSD e depressione. Quando è presente un rischio suicidario, tuttavia, il trattamento dovrebbe partire in modo prioritario dalla valutazione del rischio e dal piano di sicurezza, monitorando depressione e suicidalità durante tutto il percorso. L’ordine degli obiettivi resta una scelta clinica individuale, poiché mancano prove dirette sufficienti per i pazienti che presentano insieme PTSD, depressione e rischio suicidario.

Discussione e conclusioni

La letteratura che abbiamo preso in considerazione indica che PTSD, DDM e rischio suicidario sono strettamente connessi, sebbene non in modo semplice né lineare. Possiamo, tuttavia, considerare i punti di contatto. Il primo tra questi riguarda i contenuti cognitivi ed emotivi. Le valutazioni negative su di sé, sugli altri e sul mondo, infatti, non solo mantengono il PTSD (Beierl, Böllinghaus, Clark, Glucksman, & Ehlers, 2020), ma richiamano anche le credenze negative che troviamo descritte nella depressione. Questa vicinanza è stata accentuata dalle revisioni diagnostiche. Infatti, all’interno del DSM-5-TR la colpa è inserita tra i criteri del PTSD. Il disturbo, inoltre, non è più considerato soltanto un disturbo d’ansia basato sulla paura (Flory & Yehuda, 2015). Una parte della comorbilità potrebbe, quindi, riflettere sintomi sovrapposti; altre spiegazioni chiamano in causa fattori ambientali e genetici condivisi, oppure l’effetto dell’evitamento sulla perdita di rinforzi (Hoppen, Lindemann, Höfer, Kip, & Morina, 2025).

Per quanto riguarda il rischio suicidario, il PTSD si associa a ideazione, tentativi e morte per suicidio (Akbar, Arya, Conroy, Wilcox, & Page, 2026). Il ruolo della comorbilità, tuttavia, non è del tutto

sovrapponibile. In un'ampia indagine di popolazione, infatti, la depressione prediceva l'insorgenza dell'ideazione, mentre disturbi caratterizzati da ansia e agitazione, come il PTSD, contribuivano a distinguere chi passava dall'ideazione al piano o al tentativo (Nock, Hwang, Sampson, & Kessler, 2010). Queste considerazioni indicherebbero PTSD e depressione possano in misura differente il percorso suicidario. Per quanto riguarda il piano dei processi, sconfitta, intrappolamento, disperazione, vergogna e colpa sembrano collegare la sofferenza post-traumatica e depressiva al desiderio di morte. Sul piano degli interventi utilizzati, le evidenze indicano che la terapia cognitivo-comportamentale focalizzata sul trauma è un trattamento di prima linea per il PTSD (Lewis, Roberts, Andrew, Starling, & Bisson, 2020) e riduce anche la depressione associata (Hoppen, Lindemann, Höfer, Kip, & Morina, 2025). I trattamenti per il PTSD, inoltre, sembrano ridurre anche gli esiti legati al suicidio (Rozek, et al., 2022), senza chiare indicazioni di un peggioramento della suicidalità (Burback, et al., 2023). Gli interventi mirati al comportamento suicidario, come la CBT per la prevenzione dei tentativi e il piano di sicurezza, costituiscono un supporto significativo (Sobanski, Josfeld, Peikert, & Wagner, 2021).

Da qui derivano alcune implicazioni essenziali per la pratica clinica. La valutazione del rischio suicidario, infatti, dovrebbe accompagnare l'intero percorso terapeutico e non dovrebbe essere limitato alla sola fase iniziale. Inoltre, in presenza di un rischio significativo, il piano di sicurezza va definito già nella pianificazione del trattamento (National Institute for Health and Care Excellence, 2018). Vergogna, colpa, senso di sconfitta e disperazione meritano un'esplorazione specifica, perché sembrano fattori che collegano il trauma alla suicidalità. Infine, la presenza di ideazione suicidaria non dovrebbe di per sé escludere il paziente da un trattamento focalizzato sul trauma, ma dovrebbe invece richiedere e garantire un monitoraggio e integrazione con strategie di sicurezza. In sintesi, PTSD e DDM si sovrappongono soprattutto sul versante del concetto negativo di sé, della colpa e della vergogna, e contribuiscono in modo diverso al rischio suicidario. La CBT focalizzata sul trauma appare efficace anche in presenza di depressione e non sembra aumentare il rischio suicidario, sebbene le prove siano ancora scarse per i pazienti più gravi. Per il clinico ne deriva un approccio di tipo integrato. Egli ha il dovere, infatti, nella pratica clinica, di valutare con continuità il rischio, garantire la sicurezza e lavorare sui significati del trauma, adattando l'ordine degli obiettivi al paziente che ha di fronte.

Queste considerazioni vanno lette alla luce di diversi limiti presenti in letteratura. Molti studi sul trattamento del PTSD, infatti, escludono le persone con suicidalità acuta, per cui i risultati a cui siamo giunti fino a ora non possono essere estesi ai pazienti a rischio più elevato (Burback, et al., 2023). Inoltre, bisogna anche considerare che una parte rilevante delle evidenze proviene da popolazioni militari, prevalentemente maschili, mentre i campioni civili sono in maggioranza di sesso femminile (Burback, et al., 2023). Molti dati sono trasversali o retrospettivi: tra gli studi su vergogna, colpa e suicidalità solo due erano longitudinali (Ollivier, Soubelet, Duhem, & Thümmler, 2022), e le associazioni tra disturbi e comportamento suicidario si basano spesso su resoconti retrospettivi (Nock, Hwang, Sampson, & Kessler, 2010). Anche la capacità predittiva dei singoli fattori di rischio resta limitata (Ribeiro, Huang, Fox, & Franklin, 2018). Alcune tipologie di approcci, come l'ACT, mostrano risultati promettenti sull'ideazione suicidaria. Tuttavia, anche in questo caso vi sono pochi studi, all'interno dei quali è presente un alto rischio di bias (Tak, et al., 2025).

A questi si aggiungono i limiti del presente lavoro. Considerando che si tratta di una rassegna narrativa, non è stata applicata una procedura sistematica di selezione delle fonti. Di conseguenza, questo non consente di quantificare adeguatamente gli effetti. Inoltre, la definizione del PTSD viene presentata diversamente all'interno del DSM-5-TR e dell'ICD-11. Inoltre, solo all'interno dell'ICD-11 possiamo trovare la distinzione tra PTSD e PTSD complesso, trovando, in questo modo, più difficoltà nel confronto tra i diversi studi.

Riferimenti

Akbar, R., Arya, V., Conroy, E., Wilcox, H. C., & Page, A. (2026). Posttraumatic stress disorder and risk of suicidal behavior: A systematic review and meta-analysis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*.

Beck, A. T., & M.D. (2008). The Evolution of the Cognitive Model of Depression and Its Neurobiological Correlates. *American Journal of Psychiatry*, 969–977.

Beck, J. S. (2021). *La Terapia Cognitivo-Comportamentale.* Roma: Astrolabio.

Beierl, E. T., Böllinghaus, I., Clark, D. M., Glucksman, E., & Ehlers, A. (2020). Cognitive paths from trauma to posttraumatic stress disorder: a prospective study of Ehlers and Clark's model in survivors of assaults or road traffic collisions. *Psychological Medicine*, 2172–2181.

Brewin, C. R. (2020). Complex post-traumatic stress disorder: a new diagnosis in ICD-11. *BJPsych Advances*, 145 - 152.

Burback, L., Dhaliwal, R., Reeson, M., Erick, T., Hartle, K., Chow, E., . . . Wi, O. (2023). Trauma focused psychotherapy in patients with suicidal ideation: A scoping review. *Current Research in Behavioral Sciences*, 2666-5182.

Chand, S. P., & Arif., H. (2023). In S. P. Chand, & H. Arif., *Depression*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.

Cui, L., Li, S., Wang, S., Wu, X., Liu, Y., Yu, W., . . . Li, B. (2024). Major depressive disorder: hypothesis, mechanism, prevention and treatment. *Signal Transduction and Targeted Therapy*.

Cuijpers, P., Miguel, C., Harrer, M., Plessen, C. Y., Marketa, C., David, E., & Eirini, K. (2023). Cognitive behavior therapy vs. control conditions, other psychotherapies, pharmacotherapies and combined treatment for depression: a comprehensive meta-analysis including 409 trials with 52,702 patients. *World Psychiatry*.

Flesaker, M., Slimovitch, R., Shiner, B., Sumner, J. A., & Gradus, J. L. (2026). State of the Science: The epidemiology of posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*.

Flory, J. D., & Yehuda, R. (2015). Comorbidity between post-traumatic stress disorder and major depressive disorder: alternative explanations and treatment considerations. *Dialogues Clin Neurosci*, 141-150.

Harned, M. S., Tkachuck, M. A., & Youngberg, K. A. (2014). Treatment Preference among Suicidal and Self-Injuring Women with Borderline Personality Disorder and PTSD. *Journal of Clinical Psychology*, 749–761.

Harrison, J. E., Weber, S., Jakob, R., & Chute, C. G. (2021). ICD-11: an international classification of diseases for the twenty-first century. *BMC Medical Informatics and Decision Making*.

Hjelmeland, H., & Knizek, B. L. (2020). The emperor’s new clothes? A critical look at the interpersonal theory of suicide. *Death Studies*, 168-178.

Hoppen, T. H., Lindemann, A. S., Höfer, L., Kip, A., & Morina, N. (2025). Efficacy of psychological interventions for adult PTSD in reducing comorbid depression: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *The British Journal of Psychiatry*, 448-458.

Lewis, C., Roberts, N. P., Andrew, M., Starling, E., & Bisson, J. I. (2020). Psychological therapies for post-traumatic stress disorder in adults: systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*.

Maria Oquendo, M., David A. Brent, M., Boris Birmaher, M., Laurence Greenhill, M., David Kolko, P., Barbara Stanley, P., . . . M, J. J. (2005). Posttraumatic Stress Disorder Comorbid With Major Depression: Factors Mediating the Association With Suicidal Behavior. *American Journal of Psychiatry*.

Marx, W., Penninx, B. W., Solmi, M., Furukawa, T. A., Firth, J., Carvalho, A. F., & Berk, M. (2023). Major depressive disorder. *Nature Reviews Disease Primers*.

Michelle Flesaker:, R. S., Shiner, B., Sumner, J. A., & Gradus, J. L. (2026). State of the Science: The epidemiology of posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 353-363.

National Institute for Health and Care Excellence. (2018). *Post-traumatic stress disorder*. Tratto da https://www.nice.org.uk/guidance/ng116

National Institute for Health and Care Excellence. (2018). *Post-traumatic stress disorder (NICE Guideline No. 116)*. Tratto da https://www.nice.org.uk/guidance/ng116

Nock, M., Hwang, I., Sampson, N., & Kessler, R. (2010). Mental Disorders, Comorbidity and Suicidal Behavior: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry*, 868–876.

Ollivier, F., Soubelet, A., Duhem, S., & Thümmler, S. (2022). Shame and guilt in the suicidality related to traumatic events: A systematic literature review. *Frontiers in Psychiatry*.

Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S., Selby, E. A., & Jr, T. E. (2010). The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychological Review*, 575–600.

Organization, W. H. (2019). *6B41 Complex post traumatic stress disorder*. Tratto da ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics: https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/585833559

Ribeiro, J. D., Huang, X., Fox, K. R., & Franklin, J. C. (2018). Depression and hopelessness as risk factors for suicide ideation, attempts and death: meta-analysis of longitudinal studies. *British Journal of Psychiatry*, 279-286.

Riera-Serra, P., Navarra-Ventura, G., Castro, A., Margalida Gili, A. S.-C., Ricci-Cabello, I., Roldán-Espínola, L., . . . Roca, R. G.-J. (2024). Clinical predictors of suicidal ideation, suicide attempts and suicide death in depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 1543–1563.

Rozek, D. C., Baker, S. N., Rugo, K. F., Steigerwald, V. L., Sippel, L. M., Holliday, R., . . . Smith, N. B. (2022). Addressing co-occurring suicidal thoughts and behaviors and posttraumatic stress disorder in evidence-based psychotherapies for adults: A systematic review. *Journal of Traumatic Stress*.

Sobanski, T., Josfeld, S., Peikert, G., & Wagner, G. (2021). Psychotherapeutic interventions for the prevention of suicide re-attempts: a systematic review. *Psychological Medicine*.

Tak, J. H., Cho, S.-E., Cho, S.-J., Kang, S.-G., Bae, S. M., & Na, K.-S. (2025). Effectiveness of acceptance and commitment therapy for suicidality: a systematic review and meta-analysis. *Acta Neuropsychiatrica*.

World Health Organization. (2019). *6B40 Post traumatic stress disorder*. Tratto da ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics.

World Health Organization. (2026). *Depressive disorder (depression)*. Tratto da World Health Organization.

World Health Organization. (2026, Settembre 11). *https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/data-research/suicide-data*. Tratto da World Health Organization.