Quando il trauma ti toglie la speranza

PTSD, depressione e rischio suicidario. Una review narrativa sul trattamento cognitivo-comportamentale

Dott.ssa Sarah Gubitosa
Scuola di Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale
Istituto Tolman, sede di Catania. II anno, A.A. 2026



~70%
delle persone vive almeno un evento potenzialmente traumatico

~1 su 2
tra le persone con PTSD riceve anche una diagnosi di depressione maggiore

~727.000
morti per suicidio nel 2021: 73% in paesi a basso e medio reddito, 56% sotto i 50 anni

PTSD: oltre la sola risposta di paura

DSM-5-TR: PTSD

Morte effettiva o minacciata, lesioni gravi, violenza sessuale. Sintomi per più di un mese



Intrusione
ricordi e sogni angoscianti



Evitamento
stimoli legati al trauma



Cognizioni e umore
colpa, vergogna, disinteresse



Arousal e reattività
ipervigilanza, spericolatezza

ICD-11: PTSD

Evento estremamente minaccioso o orribile. Sintomi per almeno diverse settimane



Rivivere nel presente
ricordi vividi, flashback, incubi



Evitamento
pensieri, attività, situazioni, persone



Minaccia attuale
ipervigilanza, allarme accentuato

ICD-11: PTSD complesso

Tutti i criteri del PTSD, spesso dopo eventi prolungati o ripetuti, più disturbi dell'organizzazione del sé



Regolazione emotiva
difficoltà gravi e persistenti



Concetto negativo di sé
sminuito, sconfitto, privo di valore



Relazioni
difficoltà a mantenerle e a sentirsi vicini

Colpa, vergogna, inutilità e fallimento: è qui che il PTSD si sovrappone alla depressione

Depressione: una visione negativa del futuro

5 su 9 sintomi per almeno 2 settimane, tra cui umore depresso o perdita di interesse o piacere

- Sonno, appetito o peso
- Affaticamento, poca energia
- Rallentamento o agitazione
- Difficoltà di concentrazione
- Colpa eccessiva o inutilità
- Pensieri di morte, ideazione

La triade cognitiva



Origine multifattoriale
genetica, biologica, psicologica, ambientale; pesano le esperienze avverse

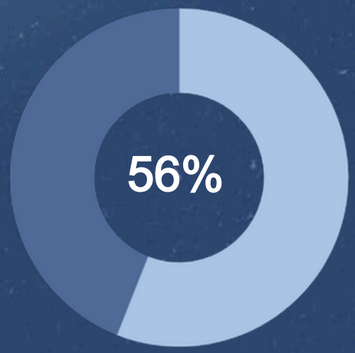
Disperazione
sintomo caratteristico e fattore clinico del rischio suicidario

Ponte con il CPTSD
inadeguatezza, colpa e mancanza di valore sono contenuti condivisi

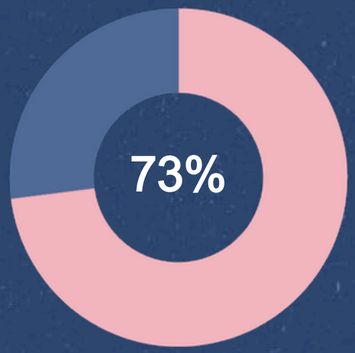
Suicidio: dimensioni e predittori

Un problema di salute pubblica

3ª causa di morte tra i 15 e i 29 anni: 2ª tra le donne, 3ª tra gli uomini



dei casi riguarda persone con meno di 50 anni



dei casi si concentra nei paesi a basso e medio reddito

Predittori clinici nella depressione

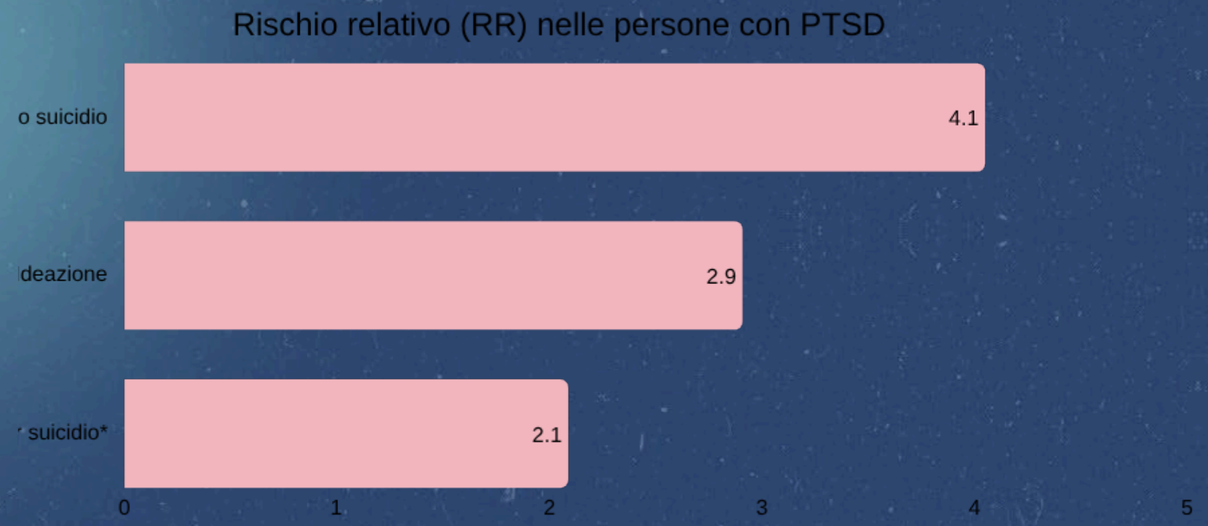
- Tentativi precedenti
- Ideazione suicidaria
- Gravità della depressione
- Disperazione



Prevedere il singolo caso resta difficile

I singoli predittori non consentono una previsione affidabile delle condotte suicidarie, e negli studi longitudinali depressione e disperazione mostrano effetti più deboli del previsto

Rischio suicidario: contributi diversi



*Stima basata su soli sette studi

Dall'ideazione all'azione

Depressione

predice l'ideazione

PTSD

distingue chi passa a piano o tentativo

Comorbilità non semplicemente additiva : RR di morte per suicidio 0,74 con comorbilità psichiatriche; in uno studio l'effetto sui tentativi sembrava mediato dal cluster B

Disperazione

OR 2,53 ideazione, 2,08 tentativi; i singoli predittori non bastano

Vergogna e colpa

coinvolte nella suicidalità dopo il trauma (9 studi, 2 longitudinali)

Valutazione

oltre la diagnosi: ideazione, tentativi, disperazione, vergogna, colpa

Dal trauma alla disperazione: un modello

Trauma
evento e memoria disorganizzata

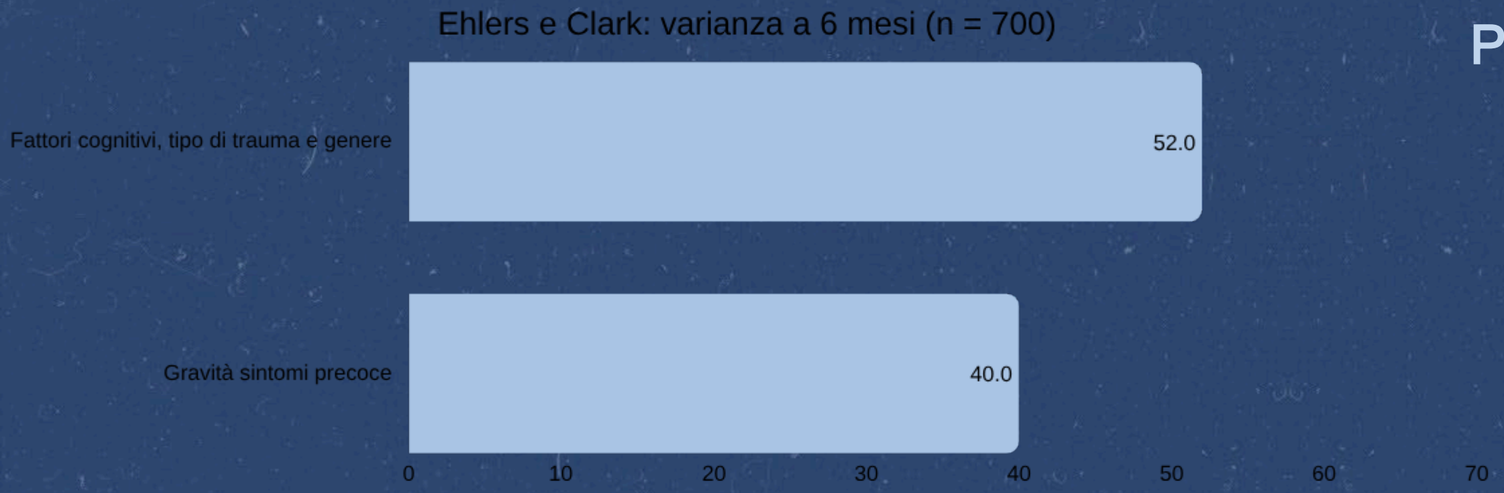
Valutazioni negative
«sono inadeguato», «non ci si può fidare»

Minaccia attuale
senso di grave pericolo nel presente

Mantenimento
evitamento, ruminazione, perdita di rinforzi

Disperazione
sconfitta, intrappolamento, suicidio come via di fuga percepita

Lettura integrativa ipotizzata: non è una sequenza validata nel suo insieme



Perché PTSD e depressione si associano

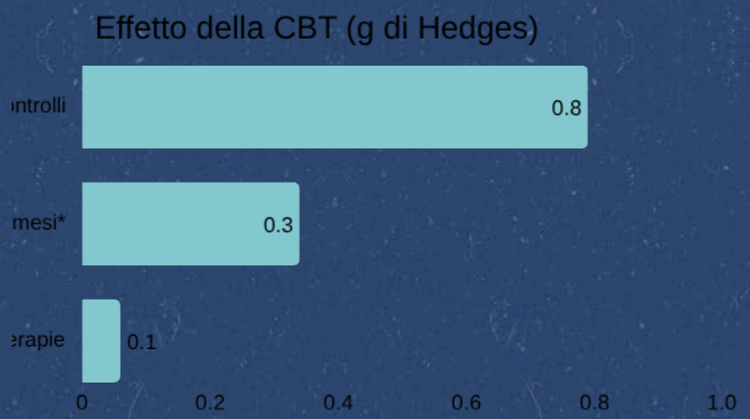
- Sovrapposizione dei sintomi
- Fattori ambientali e genetici condivisi
- L'evitamento riduce rinforzi e sostegno sociale

Interventi: cosa dicono le evidenze

PTSD
114 RCT, 8.171 partecipanti

- Prima linea: CBT focalizzata sul trauma ed EMDR
- Prove più solide: CPT, terapia cognitiva, Prolonged Exposure
- NICE: individuale, su manuale, di norma 8-12 sedute, di più se clinicamente indicato
- Cambiare le valutazioni negative: meccanismo di cambiamento rilevante

Depressione
409 studi, 52.702 pazienti



*Pochi studi. OMS: anche attivazione comportamentale, psicoterapia interpersonale, problem solving

Rischio suicidario
18 RCT su psicoterapie mirate

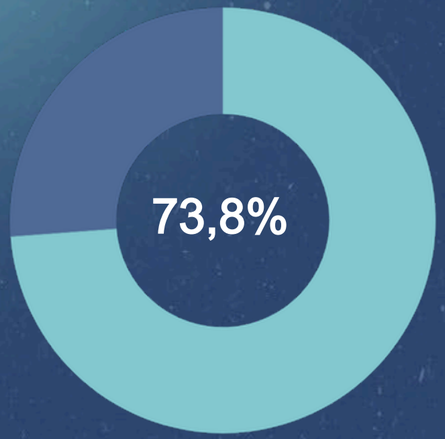
- Nuovi comportamenti ridotti di quasi un terzo
- DBT: dati non univoci su tentativi e ideazione
- ACT: SMD 1,12 sull'ideazione, ma 4 studi e alto rischio di bias
- Piano di sicurezza fin dall'inizio se il rischio è significativo

Tecniche della CBT focalizzata sul trauma

- Psicoeducazione, mai da sola
- Vergogna, colpa, perdita, rabbia
- Gestire attivazione e flashback
- Ristrutturare i significati
- Elaborare i ricordi
- Superare l'evitamento

Oltre i protocolli standard: DBT e ACT

Dialectical Behavior Therapy



Protocollo DBT integrato con Prolonged Exposure
Donne suicidarie o autolesive con disturbo borderline e PTSD: la maggioranza preferiva il trattamento combinato

Sui tentativi: dati discordanti tra le due revisioni

Sull'ideazione: nessuna efficacia nella meta-analisi più recente

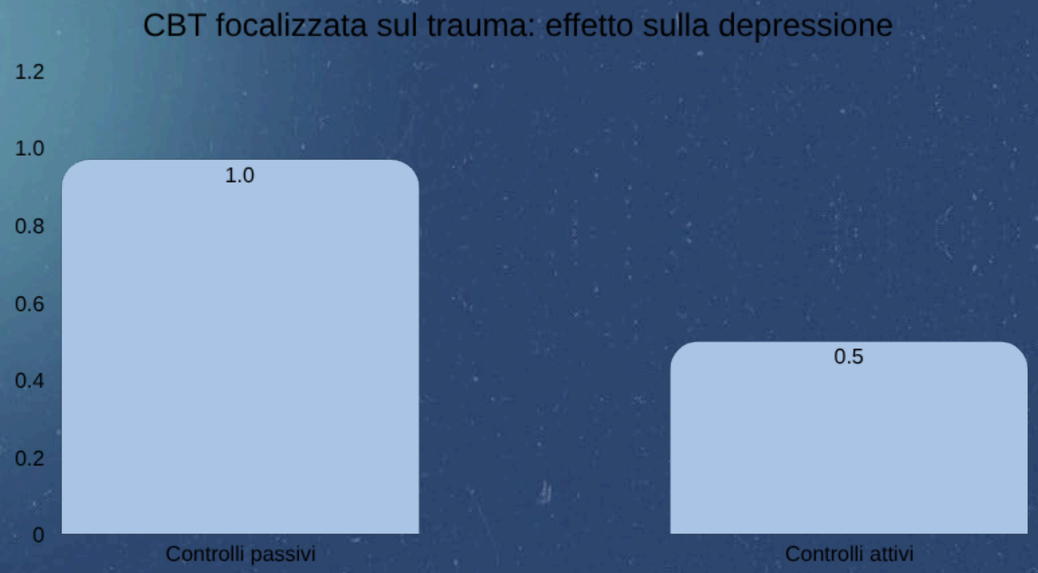
Acceptance and Commitment Therapy



Sull'evitamento esperienziale: «non valgo nulla» è soltanto un pensiero

ACT: 1,12 sull'ideazione, ma solo 4 studi e tutti ad alto rischio di bias

Quando PTSD e depressione coesistono



136 RCT, 8.868 pazienti con PTSD primario. Non generalizzabile alla suicidalità acuta, spesso esclusa.

Un percorso clinico possibile

- Valutare il rischio e definire il piano di sicurezza
- Di solito prima il PTSD; prima la depressione se grave o se c'è rischio
- Monitorare depressione e suicidalità per tutto il percorso
- Interventi specifici se la depressione persiste

Lavorare sul trauma aumenta il rischio?

- 33 articoli: i trattamenti per il PTSD e quelli combinati riducono sintomi ed esiti legati al suicidio
- 43 studi: nessuna chiara indicazione di peggioramento, ma talvolta peggioramenti temporanei dell'ideazione
- Cautela: il rischio imminente è spesso escluso, solo 4 studi richiedevano ideazione.

CONCLUSIONI

Implicazioni per la clinica e limiti



Valutare con continuità il rischio, garantire la sicurezza e lavorare sui significati del trauma, adattando l'ordine degli obiettivi alla persona

Per la pratica

- Valutazione del rischio lungo tutto il percorso
- Esplorare vergogna, colpa, sconfitta e disperazione
- L'ideazione non esclude di per sé il lavoro sul trauma: serve monitoraggio e strategie di sicurezza

Limiti

- Suicidalità acuta spesso esclusa
- Campioni militari maschili, civili perlopiù femminili
- Rassegna non sistematica; DSM e ICD differiscono

Ricerca futura

- Studi prospettici con ideazione suicidaria
- Ordine e combinazioni dei trattamenti
- Effetto degli interventi per la depressione sul PTSD