

CAPITOLO I

Il trauma psicologico

Trauma deriva dal greco τραῦμα [si legga: traûma] *ferita* e da τιτρώσκω [si legga: titròscō] *perforare*; assume dunque il significato di *ferita con lacerazione*. La psicoanalisi, trasponendo tale espressione sul piano psichico, ha attribuito ad essa tre differenti significati: shock violento, lacerazione e conseguenze sull'organismo. (Laplanche & Pontalis, 2006)

Laplanche e Pontalis (2006) nell'*Enciclopedia della psicoanalisi (vol.2)*, definiscono il trauma come:

Evento della vita del soggetto che è caratterizzato dalla sua intensità, dall'incapacità del soggetto a rispondervi adeguatamente, dalla viva agitazione e dagli effetti patogeni durevoli che esso provoca nell'organizzazione psichica.

In termini economici, il trauma è caratterizzato da un afflusso di eccitazioni che è eccessivo rispetto alla tolleranza del soggetto e alla sua capacità di dominare e di elaborare psichicamente queste eccitazioni (Laplanche & Pontalis, 2006, II, p.655, *tondo mio*)

In altre parole, il trauma psicologico si ha quando un evento o più eventi rendono impossibile l'integrazione dell'esperienza emotiva nella storia di vita del soggetto poiché il soggetto risulta essere sopraffatto dall'esperienza emotiva o sperimenta un senso di minaccia, intensa paura e impotenza. Si parla dunque di trauma nel momento in cui il soggetto, sopraffatto – emotivamente e/o cognitivamente e/o fisicamente – dall'episodio traumatico, non ha le capacità di farvi fronte (Pearlman & Saakvitne, 1995; cit. in Luoni et al., 2018).

Un ulteriore modo in cui si può intendere il trauma ci viene offerto da Sar & Öztürk (2005) che lo definiscono come un'esperienza minacciosa in grado di trasformare un processo adattivo in uno maladattivo; esso occorre infatti quando l'esperienza psicologica viene improvvisamente interrotta a causa di fattori situazionali, sconvolgimenti e imprevisti continui ai quali la persona deve far fronte con le proprie strategie di coping per un periodo di tempo più o meno lungo. L'esperienza traumatica – vissuta o percepita – interrompe il processamento delle informazioni e trasforma la risposta adattiva in processi maladattivi; per meglio comprenderli, verranno presi in esame i seguenti sei concetti:

- *traumatic double-bind*, dove tutti gli eventi traumatici hanno carattere intrinseco di un doppio legame¹. Tramite il doppio legame vengono create nel mondo interno varie versioni della realtà, la persona traumatizzata si percepisce dalla prospettiva di queste realtà plurime (Bromberg, 1998; cit. in Sar & Öztürk, 2005), ciò porta però a pensieri negativi e vicoli ciechi. Per affrontare i sentimenti negativi che a ciò si susseguono, il soggetto tiene a distanza l'evento traumatico o resta con esso in un rapporto oscillante, per esempio rimane in un rapporto di ambivalenza con la propria infanzia traumatica, minimizzandola. (Sar et al., 2004; cit. in Sar & Öztürk, 2005). Se il soggetto non riesce ad entrare in un processo dialettico con il trauma, può essere che generalizzi a tutta la sua vita il doppio legame sperimentato in precedenza (Sar, 2004; cit. in Sar & Öztürk, 2005);
- *traumatic turning point*, ovvero il momento che separa in due periodi la vita: la vita prima dell'episodio traumatico e la vita dopo l'episodio traumatico. L'episodio che funge da punto di svolta è rappresentato dalla più sconvolgente delle esperienze traumatiche vissute dal soggetto e da quella altresì che è in grado di assumere un ruolo importante nello sviluppo degli schemi traumatici. A seguito di tale evento la persona non è più sé stessa, poiché questo *traumatic turning point* potrebbe portare ad una divisione psicologica in grado di interferire con le capacità del soggetto di integrare e associare. Quindi, la persona potrebbe distaccarsi ed estraniarsi da sé. (Öztürk, 2004; cit. in Sar & Öztürk, 2005);
- *completion expectancy*, dove l'esperienza traumatica improvvisamente e definitivamente rende l'individuo incapace di fare previsioni positive sulla possibilità – o l'essere in grado – di completare gli obiettivi e/o le tappe di vita (Sar & Öztürk, 2005);
- *traumatic time perception*, il soggetto percepisce l'esperienza traumatica – durante la sua rielaborazione – come se essa stesse avvenendo nel presente. In più, l'esperienza traumatica rimasta nel passato crea percezioni – nuove e distorte – della realtà nel presente (Sar & Öztürk, 2005), infatti il soggetto vive il passato nel tempo presente a causa di intrusioni traumatiche che avvengono in modo inconsapevole (Van der Kolk & Van der Hart, 1991; cit. in Sar & Öztürk, 2005) e ciò, interferendo

¹ Il doppio legame è un tipo di comunicazione disfunzionale, dove si ha un messaggio che contiene al suo interno due istruzioni contraddittorie. Tale stile comunicativo fu originariamente sviluppato per descrivere uno stile che si credeva comune tra le famiglie di pazienti schizofrenici (Bateson et al., 1956; Cattell & Schmahl-Cattell, 1974; cit. in Sar & Öztürk, 2005).

con la capacità di integrazione del soggetto, causa una perdita dell'abilità stessa (Sar & Öztürk, 2005);

- *traumatic obsessions*, il soggetto che deve ancora metabolizzare il trauma ha bisogno di lavorare sull'esperienza, tornandoci sopra ripetutamente – talvolta queste ripetizioni costituiscono le ossessioni traumatiche (Sar & Öztürk, 2005);
- *traumatic whirlpool*, ovvero vortice traumatico. Esso rappresenta il vortice nel quale si trova il soggetto traumatizzato: una percezione del tempo duplice – o una detemporalizzazione² –, una percezione di impotenza, paura e sensazione di perdita di controllo – di sé e dell'ambiente – date dal sentimento di essere controllato dalle proprie debolezze e, *in primis*, le ossessioni traumatiche. Quindi, la persona si ritrova con capacità associative, consapevolezza e attribuzione di significato danneggiate a seguito degli elementi sopra riportati. Oltretutto, anche l'incapacità di utilizzare strategie di coping che fino a prima del trauma erano funzionali alimentano comportamenti, pensieri ed emozioni disfunzionali (Sar & Öztürk, 2005).

L'impatto che si genera tra l'episodio traumatico e le capacità dell'individuo di fronteggiarlo dipende essenzialmente da due fattori: da una parte la gravità dei vari episodi e dall'altra la quantità delle esperienze che il soggetto si era trovato a dover fronteggiare in precedenza (Sar & Öztürk, 2005).

È importante sottolineare che un'esperienza – potenzialmente traumatica – perché possa essere definita trauma, deve far riferimento ad «[...] un evento emotivamente non sostenibile per chi lo subisce.» (Liotti & Farina, 2011, p.32).

Il trauma, perciò, è un'esperienza legata sia ad una componente oggettiva di una situazione, sia ad una soggettiva (Sar & Öztürk, 2005); infatti il trauma è oggettivo poiché è dato da un'esperienza percepita come minacciosa, insopportabile e inevitabile che crea un senso di impotenza nella persona, ma è anche soggettivo in quanto l'evento travolge la capacità del soggetto di affrontarlo e aumenta la vulnerabilità al trauma (Herman, 1992; cit. in Farina et al., 2019).

Tornando a fare riferimento ad un'ottica psicoanalitica, il trauma non è inteso tanto come l'evento in sé, quanto come le pulsioni scatenate in seguito ad esso, che possono risultare difficili da contenere ed elaborare. La teoria freudiana e il seguente sviluppo post-freudiano considerano il trauma come evento unico o ripetuto che sfonda le barriere e distrugge quella

² Con "detemporalizzazione" si intende l'alienarsi dal tempo, dove il soggetto si distacca dal momento presente (Breere, 1995; cit. in Sar & Öztürk, 2005); alienarsi dal tempo facilita la creazione di alter in soggetti dissociativi e, in generale, l'alienazione dal tempo genera un'alienazione nella coscienza, nel controllo, nella vigilanza e nella consapevolezza dell'individuo (Sar & Öztürk, 2005).

che era la struttura elaborativa precedente l'episodio, a causa di un'eccitazione psicologica molto intensa; avendo subito una rottura, è necessaria una ristrutturazione psicologica, ma tale ristrutturazione può portare ad un'organizzazione difensiva patologica. Gli autori che fanno riferimento alla teoria delle relazioni oggettuali considerano la non comunicabilità del trauma come nucleo centrale dell'esperienza traumatica stessa, lasciando il soggetto nell'impossibilità di rappresentarla, mentalizzarla e simbolizzarla. In aggiunta a ciò, il trauma diventa maggiormente traumatico nel momento in cui l'ambiente sociale circostante tratta con indifferenza e negazione la situazione traumatica (Dipaola et al., 2022; Bohleber, 2020; cit. in Dipaola et al., 2022). Van der Kolk (2015) – come vedremo meglio in seguito – evidenzia come i ricordi dell'esperienza traumatica vengano *scritti* nel corpo, che ne tiene traccia, – elementi visivi, sensazioni somatosensoriali, affettive e sensoriali che si manifestano come reazione al trauma –, ma come non sia possibile integrarli in una trama narrativa.

Freud (1939; cit. in Dipaola, 2022) parlò di *coazione a ripetere*, definendola come un tentativo di guarire l'Io, dando così un senso ad un evento disorganizzante. Le ricerche attuali però mostrano il duplice effetto della coazione a ripetere: vi è sì un incoraggiamento del tentativo di dare significato all'evento, ma nella maggior parte dei casi si ha una conseguenza opposta, ovvero quella di un meccanismo che tende a cronicizzarsi, ponendo l'individuo in una posizione di passività, nonché di impotenza, di fronte a immagini impetuose e opprimenti. Il Super-Io attacca poi il Sé, già indebolito, attivando sentimenti di colpa dati dal ripetersi continuo della situazione traumatica. (Dipaola et al., 2022).

È interessante notare altresì come l'evento traumatico venga definito dalle classificazioni nosografiche, come il *DSM – Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali* – e l'*ICD – International Classification of Diseases*, in quanto la sua definizione negli ultimi anni ha subito alcune variazioni.

Il *DSM-IV-TR* (APA, 2002) vedeva infatti – nel Criterio A del PTSD – la presenza di due dimensioni che, seppur differenti – evento esterno e risposta individuale – tendevano a considerare l'evento traumatico come qualcosa di indubbiamente traumatico per la maggior parte degli individui e come episodio precisamente collocabile nel tempo e nello spazio.

Nel *DSM-5* (APA, 2014) il medesimo Criterio riporta i punti già presenti nel *DSM-IV-TR*, ma aggiunge la possibilità che anche l'esposizione diretta all'esperienza possa essere evento traumatico (Montano & Borzì, 2019).

Nel Criterio A del PTSD (DSM-5) si legge infatti:

- 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 (per es., i primi soccorritori che raccolgono resti umani; agenti di polizia ripetutamente esposti a dettagli di abusi su minori). [...] (APA, 2014, p. 314, corsivo mio)

Nella versione revisionata del DSM-5-TR (APA, 2023) non si evidenziano differenze significative nei 4 punti del criterio sopra indicato, che rimangono tali, seppur implementati di esempi. Una novità è però presente nel criterio A; nel DSM-5-TR viene infatti fatto riferimento anche ai traumi multipli – che non venivano menzionati nella versione 5 del DSM – evidenziando quanto siano essi comuni e possano variare di tipologia di evento, gravità e accadere in diversi momenti della vita (per esempio, un trauma durante l'infanzia e uno in età adulta) o per un periodo prolungato di tempo in modo ripetuto.

All'incirca lo stesso decorso si ha analizzando le ultime evoluzioni dell'ICD, infatti nell'ICD-10 (OMS, 2001; cit. in Montano & Borzì, 2019) il trauma era definito come evento – minaccioso o catastrofico – stressante, con una durata variabile, da breve a lunga, che provoca un forte malessere nella maggior parte degli individui; nell'ICD-11 (WHO, 2018; cit. in Montano & Borzì, 2019) l'episodio traumatico non è esplicitato da un unico criterio che lo definisca tale, ma sono indicate alcune linee guida – che riconoscono che l'individuo possa avere una risposta sintomatologica data sia da eventi stressanti facenti parte di esperienze normative della vita sia da esperienze minacciose e terrificanti, e che esse possano essere sia isolate che croniche – che permettono ai professionisti di formarsi un loro giudizio clinico. L'ICD-11 pone dunque l'enfasi sulla risposta soggettiva al trauma e a come esso impatti sul funzionamento quotidiano del soggetto (Montano & Borzì, 2019).

Esistono numerosi modi di classificare le diverse esperienze traumatizzanti, uno tra i possibili vede la distinzione tra trauma singolo o traumi multipli – con differenti tipi di trauma o cumulativo con lo stesso evento traumatico ripetuto nel tempo – e la distinzione di essi in «*Trauma con la T maiuscola*» (*Big Trauma*) e «*trauma con la t minuscola*» (*small trauma*):

- Trauma – o grande Trauma – è caratterizzato da esperienze di trauma estremo a cui si riferiscono le diagnosi di PTSD, dove il soggetto ha una percezione di pericolo

per il corpo e un attacco al Sé, dati dalla morte o dalla minaccia all'integrità fisica propria o di persone vicine.

Sono esempi di Trauma: catastrofi naturali, incidenti, violenze, attacchi terroristici (vissuti in prima persona o come testimone dell'evento);

- traumi – o piccoli traumi – fanno riferimento ad esperienze traumatiche di gravità non estrema, microfratture, come eventi di vita che, nonostante non siano catastrofici come nel caso del «Trauma con la T maiuscola», portano il soggetto a percepire un intenso pericolo; hanno natura cronica: l'essere costanti e ripetitivi crea il loro potenziale traumatico.

Sono esempi di trauma: traumi cumulativi di natura relazionale, spesso si riscontrano in età evolutiva e nell'ambito delle relazioni di accudimento (Montano & Borzì, 2019).

I disturbi da trauma emergono maggiormente se si è in presenza di fattori di vulnerabilità, come: uno stressor esterno di grande entità, durata e gravità, imprevedibile e incontrollabile (Carlson et al., 1997 cit. Kaser-Boyd & Evans, 2007; cit. in Scortegagna & Villemor-Amaral, 2013); traumi con alto tasso di violenza e frequenza in vece di episodi singoli o di scarsa violenza (Breslau et al., 1998 cit. in Kaser-Boyd & Evans, 2007; cit. in Scortegagna & Villemor-Amaral, 2013; Redican et al., 2022); avere subito un precedente trauma rimasto irrisolto: fa sì che si tenda a rispondere in maniera maggiormente disadattiva di fronte a un nuovo trauma (Resnick et al., 1995 cit. in Kaser-Boyd & Evans, 2007; cit. in Scortegagna & Villemor-Amaral, 2013); possedere limitate strategie di coping (McFarlane, 1989; Waysmen et al., 2001 cit. in Kaser-Boyd & Evans, 2007); avere una storia di disturbi psicologici (McFarlane, 1989, Waysmen et al., 2001 cit. in Kaser-Boyd & Evans, 2007; cit. in Scortegagna & Villemor-Amaral, 2013); la giovane età (Redican et al., 2022) e lo stadio di sviluppo nel quale ci si trova nel momento del trauma: traumi ripetuti nei bambini tendono ad avere un effetto pervasivo sullo sviluppo della personalità (Cassidy & Mohr, 2001 cit. in Kaser-Boyd & Evans, 2007; cit. in Scortegagna & Villemor-Amaral, 2013); il genere femminile (Redican et al., 2022); la situazione traumatica causata da un'altra persona: è probabile che abbia conseguenze più gravi che non se il trauma fosse causato da un evento naturale impersonale (Briere, 1997 cit. in Kaser-Boyd & Evans, 2007; cit. in Scortegagna & Villemor-Amaral, 2013); l'assenza di fattori protettivi (supporto sociale): negligenza, disorganizzazione sociale e familiare, impossibilità di parlare dell'evento accaduto con un ascoltatore disponibile e comprensivo (Briere, 1997 cit. in Kaser-Boyd & Evans, 2007).

La sintomatologia da trauma – trattata in modo più approfondito in seguito – è molto vasta. Tra i sintomi più comuni possiamo trovare la somatizzazione, le reazioni di panico, labilità emotiva, ansia e depressione, agitazione, disperazione, un’incapacità di mantenere o raggiungere uno stato di calma e di auto-regolarsi emotivamente, una mancanza del senso e dello scopo della vita, problemi del sonno, disturbi del pensiero e nell’esame di realtà (Kaser-Boyd & Evans, 2007).

Oltre alla disregolazione affettiva possono esserci uno stato di confusione cognitiva e una tendenza all’evitamento. Questi tre fattori, interagendo, possono causare la produzione di ricordi intrusivi non richiesti che riportano la persona al momento stesso del trauma; essi vengono esperiti dal soggetto come flashback allucinatori (a livello cognitivo), dolori corporei (a livello somatico) e come dolori improvvisi, paura o depressione (a livello emotivo). (Van der Kolk, 1994; cit. in Kaser-Boyd & Evans, 2007).

Inoltre, una persona traumatizzata può provare un’emozione molto forte senza avere memoria dell’episodio che la scaturlisce, o ricordarne qualsiasi dettaglio non provando alcuna emozione, oppure ancora vivere in stato di ipervigilanza e di irritabilità costanti senza conoscerne il motivo (Herman, 2005). «I sintomi da trauma [infatti] hanno la tendenza a scollegarsi dalla loro origine e a prendere una vita propria.» (Herman, 2005, p. 53).

I risultati della ricerca di Bedwell e Hickman (2023) supportano e rafforzano la letteratura correlata alla presenza di traumi infantili nella popolazione, infatti 65/80 persone che hanno partecipato alla ricerca hanno riportato di aver subito almeno un episodio di trauma infantile (81,25% degli intervistati con la *Childhood Traumatic Events Scale*).

Fung e colleghi (2022) hanno analizzato la presenza di disturbo da stress post-traumatico (PTSD) e disturbo da stress post-traumatico complesso (C-PTSD) notandone una notevole prevalenza (62,68% di cui 5,6% diagnosticabile come PTSD e 57,1% come C-PTSD) in un campione di soggetti con sintomi depressivi auto-riferiti. È interessante rilevare come siano stati individuati un numero maggiore di tipi di trauma, nonché alti livelli di stress interpersonale, di problemi di salute mentale (sintomi depressivi, dissociativi e/o psicotici) nei soggetti con diagnosi di C-PTSD, rispetto agli individui senza una condizione di disturbo da stress post-traumatico. Inoltre, hanno scoperto che solamente i sintomi riguardanti i disturbi dell’auto-organizzazione (DSO) – e non i classici criteri del PTSD – hanno una relazione significativa con sintomi della sfera depressiva quando presi in considerazione con altre variabili principali – trauma, stress, sintomi di comorbidità – nonostante entrambi (sintomi di disturbo da stress post-traumatico e sintomi di disturbo nell’auto-organizzazione) correlassero positivamente con i sintomi depressivi. Panayi e collaboratori (2022) si sono

invece concentrati sull'indagare i sintomi di PTSD e del Disturbo nell'Organizzazione del Sé (DSO) in pazienti con psicosi, scoprendo che il 50,7% del loro campione era classificabile con un disturbo da stress post-traumatico (di cui 40,3% C-PTSD e 10,4% PTSD) e che questi presentavano sintomi positivi, negativi e affettivi (più alti nel C-PTSD) significativamente più elevati rispetto al 49,4% che non soddisfaceva una diagnosi post-traumatica. I risultati ottenuti fanno supporre che, in caso di psicosi, i due domini dei sintomi di C-PTSD – PTSD e DSO – possano svolgere un ruolo di mantenimento sia dei sintomi positivi sia delle difficoltà affettive (ansia e depressione).

Kairyte e collaboratori (2022) hanno indagato diverse esperienze traumatiche con il fine di definire quali portino con maggior frequenza a sviluppare PTSD e quali C-PTSD (ICD-11). Ciò che emerso è un egual tasso di prevalenza per entrambi – PTSD o C-PTSD – nel caso in cui l'esperienza traumatica fosse rappresentata da abuso sessuale in età adulta o in età infantile; una prevalenza di rischio di sviluppare il PTSD in caso di eventi traumatici quali disastri naturali, seri incidenti sul lavoro, a casa o durante lo svolgimento di attività ricreativa; invece, l'abuso fisico subito durante l'infanzia, l'esposizione a trauma cumulativo ed altre esperienze sessuali non volute sono stati associati ad un maggior tasso di prevalenza di sviluppo di un disturbo da stress post-traumatico complesso.

La percentuale di traumatizzati secondo gli studi in letteratura è elevata: considerando come campione i pazienti psichiatrici, gli studi evidenziano una percentuale di traumatizzati che va dal 60% a più dell'80% (Bryer et al., 1987; cit. in Kaser-Boyd & Evans, 2007); inoltre sono diversi gli studi che mostrano che circa il 70% della popolazione adulta nell'arco della vita ha subito almeno un trauma (Benjet et al., 2016, Kessler et al., 2017; cit. in Kairyte et al., 2022) e la media di esposizione è di 3,2 episodi traumatici (Kessler et al., 2017; cit. in Kairyte et al., 2022). È interessante notare che le più frequenti esperienze traumatiche riportate siano *in primis* casi di morte improvvisa, violenta, inaspettata di una persona cara e incidenti con mezzi di trasporto o gravi lesioni; seguiti poi da testimonianze di violenza, aggressione fisica, abuso fisico infantile (Kazlauskas et al., 2018; Cloitre et al., 2019; Kvedaraite et al., 2021; cit. in Kairyte et al., 2022; Redican et al., 2022).

In seguito verranno trattati gli effetti che il subire un trauma può produrre, evidenziando le conseguenze post-traumatiche e i principali disturbi trauma-correlati. Inoltre, data l'importanza della dissociazione come reazione al trauma, la stessa verrà approfondita differenziando la sintomatologia dissociativa da quelli che sono veri e propri disturbi dissociativi.

1.1 Possibili effetti del trauma e conseguenze post-traumatiche

Subire un trauma può produrre vari effetti in numerose aree della vita, nonché disturbi, condizioni di comorbidità ed alterazioni psicobiologiche.

Al fine di comprendere come il trauma impatti sui processi neuropsicologici, occorre innanzitutto considerare la normale reazione che consegue al pericolo, in grado di coinvolgere sia corpo che mente. Nel momento in cui il soggetto avverte la minaccia, quest'ultima attiva il sistema nervoso simpatico (SNS) e ciò causa un aumento di adrenalina e uno stato di allerta nell'individuo, questo gli permette di focalizzarsi su quanto accade nell'immediato (Herman, 2005). La minaccia che la persona avverte sottopone l'organismo ad un sovraccarico neuronale eccessivo (Kolb, 1988; cit. in Kaser-Boyd & Evans, 2007) alterando inoltre percezioni come la fame, la fatica o il dolore che la persona in pericolo spesso non avverte; infine sono frequenti intensi sentimenti di rabbia e paura (Herman, 2005). È proprio la paura che provoca dei cambiamenti cerebrali che consentono all'organismo di rispondere, in particolare una volta che l'adrenalina viene rilasciata inonda il sistema nervoso centrale (SNC) e ciò porta sia a cambiamenti nel sistema noradrenergico e in epinefrina, norepinefrina e dopamina sia a cambiamenti nell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene con conseguente rilascio di corticotropina (ACTH) e glucocorticoidi, come il cortisolo (Kaser-Boyd & Evans, 2007). Le reazioni sopra descritte sono adattive in quanto sono in grado di mobilitare la persona all'azione (attacco o fuga), ma è quando tale azione è impossibile che si verificano reazioni traumatiche, che insorgono quando il sistema difensivo del soggetto viene stravolto dall'evento. Ciò che si verifica è una prolungata e intensa attivazione delle risposte di pericolo, sebbene esso sia assente (Herman, 2005). È stato dimostrato che esperienze traumatiche o fortemente stressanti sono in grado di attuare cambiamenti nella chimica e nella struttura del cervello; nei soggetti traumatizzati sono emersi: una riduzione del volume dell'ippocampo – la riduzione aumenta tanto più si è esposti al trauma (Gurvitz et al., 1996; cit. in Kaser-Boyd & Evans, 2007) – e volumi intracranici e intercerebrali più piccoli nei bambini (Bremner, 1999, De Bellis et al., 1999; cit. in Kaser-Boyd & Evans, 2007), sistemi adrenergici più attivi (Southwick et al., 1993; cit. in Kaser-Boyd & Evans, 2007), sistemi dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA) disregolati (Yehuda & McFarlane, 1995; cit. in Kaser-Boyd & Evans, 2007) e anomalie nei meccanismi serotoninergici (Southwick et al., 1999; cit. in Kaser-Boyd & Evans, 2007); sono quindi impattati gli stati di eccitazione fisiologica, le emozioni, la cognizione e la memoria (Herman, 2005). Inoltre è stata riscontrata una maggiore attività nell'amigdala

destra e nella corteccia visiva durante l'affiorare di ricordi traumatici (Rauch et al., 1996; cit. in Kaser-Boyd & Evans, 2007).

Guyton e colleghi (2010; cit. in Smith et al., 2023) hanno individuato – in un campione di 125 donne carcerate, con problemi significativi correlati a trauma – alcune conseguenze post-traumatiche, come la tendenza all'evitamento, all'*iperarousal*, alla dissociazione e al subire esperienze intrusive. Inoltre, erano maggiormente inclini a sperimentare depressione, disfunzioni sessuali e impulsività guidata dagli affetti.

In aggiunta, altre conseguenze riscontrabili sono una disregolazione emotiva e comportamentale, problematiche identitarie e difficoltà inerenti l'immagine corporea e la possibilità di sviluppare disturbi alimentari; un'interruzione del significato, dove il soggetto sente che la propria vita non abbia un senso e ciò lo porta ad una difficoltà di pensiero e simbolizzazione; problemi interpersonali; problemi di autostima; sintomi di depressione, ansia, somatizzazione e una maggior facilità ad incorrere in problemi medici come stanchezza cronica, problemi cardiaci e disturbi autoimmuni (Putnam, 1997, Courtois & Ford, 2009, Felitti et al., 1998, cit. in Brand & Lanius, 2014; Herman, 2005; Cerney, 1990, Clinton & Jenkins-Monroe, 1994, Shapiro et al., 1990; cit. in Scortegagna & Villemor-Amaral, 2013).

Alle esperienze traumatiche seguono anche alterazioni nella percezione di sé e di sé nell'ambiente, dove il soggetto è portato ad alterare – tra le altre – la vigilanza, la consapevolezza, il controllo e il senso di concentrazione, creando dunque una condizione di depersonalizzazione. La persona inoltre – a seguito della mancata elaborazione del trauma – non ha la possibilità di rispondere al mondo in modo adattivo poiché tale capacità è stata danneggiata; ciò si potrebbe manifestare – in qualsiasi ambito della vita – come un'incapacità a rispondere – o a rispondere adeguatamente – a una situazione (Sar & Öztürk, 2005), anche perché risulta difficoltoso discernere gli stimoli ambientali distruttivi da quelli utili (Fisher & Riedesser, 1999; cit. in Sar & Öztürk, 2005).

Pertanto, come conseguenza al trauma, l'individuo potrebbe trovarsi in una situazione nella quale non ha interesse per le attività e il mondo esterno, non ha fiducia, all'iniziativa preferisce la fuga e prova una paura costante che qualcosa di catastrofico lo possa travolgere (D'Ambrosio, 2005).

Kessler et al. (1995; cit. in D'Ambrosio, 2005) hanno analizzato la comorbidità del PTSD (Cfr. Figura 1), evidenziando come in circa la metà degli intervistati – più precisamente nel 59% degli uomini e nel 44% delle donne – si avevano sintomi che potevano essere riferiti a disturbi depressivi, disturbi d'ansia e disturbi da abuso di sostanze

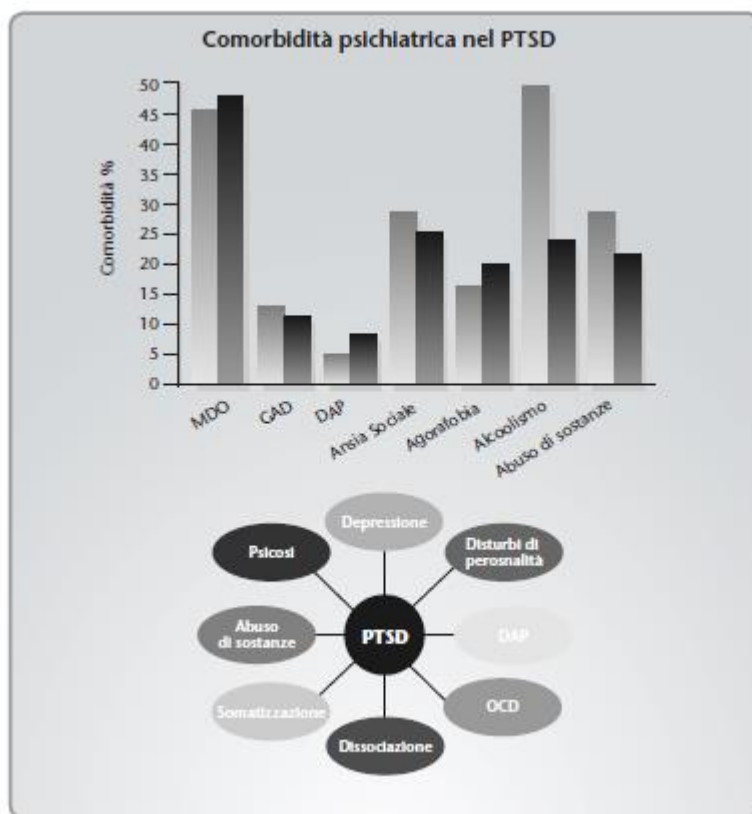


Figura 1 - Comorbidità psichiatrica nel PTSD.
D'Ambrosio, A. (2005), pag. 20.

psicoattive. Una particolare sovrapposizione sintomatologica è stata individuata per diversi disturbi d'ansia (disturbi del sonno, agitazione e difficoltà di concentrazione), tra cui il disturbo da attacchi di panico (aumento dell'arousal, grave disagio psicologico, depersonalizzazione, derealizzazione e paura di perdere il controllo) e i disturbi di tipo fobico (evitamento). Rispetto ai disturbi d'ansia però, è stato trovato che negli individui

con diagnosi di PTSD sia più frequente l'ideazione suicidaria (Kessler et al., 1999; cit. in D'Ambrosio, 2005), con un rischio maggiore di compiere un tentativo di suicidio (Wonderlich et al., 1997; cit. in D'Ambrosio, 2005). Inoltre, alla patologia traumatica sono spesso associati anche i disturbi dell'umore, prima tra tutti la depressione (Kessler et al., 1995; cit. in D'Ambrosio, 2005), che in uno studio di Shalev et al. (1998; cit. in D'Ambrosio, 2005) è stata riscontrata nel 43% dei soggetti che avevano subito un trauma (Depressione Maggiore in comorbidità); i disturbi psicotici (David et al., 1999; cit. in D'Ambrosio, 2005) con allucinazioni uditive, visive e deliri con un contenuto trauma-correlato; il PTSD con sintomi psicotici che è caratterizzato da una sintomatologia ben più grave, come «[...] ideazione delirante, pensieri e comportamenti violenti, depressione, ansia e anedonia» (D'Ambrosio, 2005, p. 22) e nei soggetti psicotici sono frequenti storie traumatiche (Mueser et al., 1998; cit. in D'Ambrosio, 2005) così come nel disturbo borderline di personalità (Sack et al., 2013; cit. in Brand & Lanius, 2014).

Steele e colleghi (2005) hanno evidenziato le fobie trauma-correlate che emergono – e che vanno superate – durante la terapia a fasi del trattamento del trauma, ovvero (1a) la fobia dell'attaccamento e la perdita dell'attaccamento con il terapeuta, (1b) la fobia dei contenuti mentali, (1c) la fobia delle parti dissociative della personalità (ANP e EP), (2a) fobie legate