

Trauma psichico e stress: una revisione critica del PTSD

Nicola Lalli©2005 sul web

Introduzione

Il concetto di trauma psichico, proposto per la prima volta nel 1888 dallo psichiatra tedesco H. Oppenheim con il suo libro “Le nevrosi traumatiche” era conosciuto già da molto tempo. Comunque è solo con la prima guerra mondiale che il concetto di nevrosi traumatica, con la variante specifica di “nevrosi da guerra”, diventa un termine ampiamente conosciuto anche al di fuori della ristretta cerchia degli esperti. Tale concetto cadde successivamente in disuso e sostituito con quello di “reazione” (ansiosa o depressiva) ad eventi stressanti o traumatici.

Successivamente tale termine fu eliminato nella edizione del 1968 del DSM-II°, ma reintrodotta qualche anno dopo come “Post.-Vietnam- Sindrome” quando gli americani si trovarono di fronte alla tragedia di oltre tremilioni di veterani che ritornavano dall’inferno del Vietnam, e di questi il 25% con gravi disturbi psichici. Pertanto nel 1980 il DSM-III° introdusse la sindrome post-traumatica da stress: la fretta e la coatta visione teorica del DSM finirono con il cancellare il concetto di nevrosi, che aveva implicazioni di tipo psicodinamico, per sostituirlo con quello di stress che agli autori sembrava essere più neutrale, applicando poi questa sindrome non solo alle scomparse nevrosi traumatiche e di guerra, ma a una serie di numerosi altri eventi catalogati e ritenuti appunto come traumatici.

A pochi fu chiaro che l’operazione teorica del DSM era fittizia ed apparente: infatti per affrancarsi dalla teoria psicodinamica (concetto di nevrosi) ne utilizzarono una di tipo biofisiologico (concetto di stress).

Il successo di questa dizione nosografica è stato enorme, ma dobbiamo tener presente che in psichiatria possono avere successo concetti molto ampi e generici che spesso però sottendono un

vuoto teorico: tra questi ricordo l'inflazionato e non del tutto scomparso concetto di "esaurimento nervoso.

Per cui, nonostante questa diagnosi presenti un elevato indice di attendibilità, non altrettanto può dirsi circa la validità.

Inoltre l'aver accomunato il trauma allo stress comporta due anomalie.

1. Se scorriamo l'elenco delle possibili cause della PTSD, troviamo accanto a situazioni molto gravi come la tortura, l'attacco terroristico, disastri naturali, anche situazioni più banali, come il ricevere una diagnosi di malattia grave o il venire a conoscenza di lesioni subite da persone con cui si è in stretta relazione. E' evidente l'estrema eterogeneità delle cause del PTSD.
2. Da questa eterogeneità discende un anomalo indice di frequenza di tale disturbo, che oscilla per la popolazione normale dall'1% al 14%, mentre per gruppi a rischio dal 3% fino al 58%.

C'è evidentemente qualcosa che non quadra dal momento che una sindrome presenta oscillazioni così ampie di frequenza: questo può essere indice o che nel PTSD sono inseriti disturbi molto vari e diversi tra di loro o che comunque c'è una discrezionalità molto ampia nel porre tale diagnosi.

Scopo di questa relazione è di riprendere un discorso troppo frettolosamente interrotto sul concetto di trauma psichico e soprattutto distinguerlo da quello di stress e quindi in definitiva mettere in discussione il concetto stesso di disturbo post-traumatico da stress (PTSD).

La storia del trauma psichico

La storia del trauma psichico e delle sue conseguenze è antica come la violenza, le guerre e la distruttività dell'uomo in generale: solo recentemente si è cercato di comprenderne la dinamica sia sul piano biologico e psicologico che sociale e culturale.

Nel passato esistono descrizioni di casi singoli come quello di Carlo IX (descritto da A. Parè) che presentò per lunghi anni una sindrome classica di disturbo post-traumatico da stress dopo la famosa strage di San Bartolomeo (1572), o quello di Pascal (descritto da Pinel). Il famoso filosofo francese

nel 1630 subì un forte trauma a causa di un incidente mentre attraversava in carrozza un ponte sulla Senna, quando i cavalli si imbizzarrirono ed egli rischiò di precipitare nel fiume sottostante: nei restanti otto anni della sua vita egli soffrì di una chiara forma di nevrosi traumatica con insonnia incubi e la visione (quasi allucinatoria) di un abisso sulla sua destra, tanto che fu costretto ad avere sempre una sedia da quel lato per rassicurarsi. Non è chiaro se uno dei suoi più famosi aforismi “ la natura ha terrore del vuoto” possa essere collegabile a questo disturbo. Per quanto riguarda gli scrittori basta ricordare alcuni dei più famosi personaggi di Shakespeare come Enrico IV, Riccardo III o i Macbeth.

Ma le guerre diventano sempre più crudeli e sempre meno rispettose di quelle regole cavalleresche che avevano caratterizzato i conflitti del medioevo e dal 1500 per numerosi motivi si comincia a notare un sempre maggiore incremento di patologia psichiatrica nei soldati e soprattutto nei mercenari. Per lungo tempo questa sintomatologia venne nascosta sotto la poetica dizione di “nostalgia” o “sindrome del paese lontano”: ovviamente per quei tempi era impossibile considerare alcuni sintomi (depressioni, apatia ecc..) come sintomi psichiatrici, perché i soldati sarebbero stati considerati semplicemente come vigliacchi.

Con la guerra di successione americana e l'introduzione delle armi da fuoco a ripetizione che falciavano centinaia di persone in pochi attimi e l'introduzione dei cannoni che scagliavano obici che esplodevano provocando disastri immani, si cominciò a notare uno strano fenomeno, dal momento che sul corpo di numerosi soldati deceduti non si evidenziava alcuna ferita. Si trattava quasi sicuramente di “morte psicogena” questo evento che venne denominato come “vento della palla di cannone” perché si riteneva che causa della morte fosse lo spostamento d'aria provocato dallo scoppio. Contemporaneamente il medico Da Costa descrisse la presenza di sintomi neurovegetativi in numerosi soldati denominando questa sindrome “cuore del soldato” o “cuore irritabile”.

Ma non solo le guerre: spesso gravi incidenti soprattutto ferroviari, evidenziarono la possibilità di sequele psicopatologiche dopo tali eventi traumatici. Ricordo la cosiddetta “Railway Brain”

consistente nell'emergenza di quadri clinici con sintomi vari, ma assimilabili all'attuale PTSD, che insorgevano in individui che avevano avuto grandi incidenti ferroviari. Anche in questo caso la spiegazione era di tipo biologico: si riteneva infatti che i soggetti fossero affetti da lesioni traumatiche cerebrali.

Ma solo con Charcot il trauma assume di nuovo importanza, perlomeno per la spiegazione dei sintomi isterici.

Ma è soprattutto P. Janet (1889) che descrive in maniera molto dettagliata nel libro "L'automatismo psicologico", numerosi casi di nevrosi traumatiche e propone una spiegazione psicodinamica di tali sintomi. A causa di eventi traumatici come violenze, abusi sessuali, spavento ecc.. l'individuo presenta una disaggregazione psichica che è la causa di tutti i sintomi presentati da questi pazienti: dai sintomi di conversione alle idee parassite.

Ma sono sempre le guerre che in fondo ripropongono il problema del trauma. La guerra Russo Giapponese (1904) permise di osservare gravi disturbi in seguito allo scoppio di granate: fu evidenziata la così detta "demenza stuporosa" caratterizzata da uno stato di paralisi e di blocco delle emozioni. Fu in questa occasione che fu introdotto il termine di "nevrosi da guerra" che presentava gli stessi sintomi delle nevrosi traumatiche descritte precedentemente.

La prima guerra mondiale con le sue assurde battaglie di trincea e la presenza di armi sempre più distruttive, ripropose in maniera evidente l'enorme importanza e frequenza di disturbi psicopatologici dovuti ad eventi traumatici: come il cosiddetto "shell shock", che era dovuto allo scoppio di granate.

Fu molto difficile far capire ai comandanti ed al corpo militare che questi disturbi erano vere e proprie malattie e non simulazioni o vigliaccheria: ipotesi che spesso portavano molti pazienti davanti al plotone di esecuzione.

Abraham, Ferenczi, Tausk ed altri psicoanalisti si occuparono a lungo di questi fenomeni, apportando nuove concezioni sul piano teorico. Lo stesso Freud fu costretto a rivedere la sua teoria, proponendo accanto a l'istinto libidico, anche quello di morte. Un altro autore che si occuperà di

questi problemi è Simmel che proporrà il concetto di “cambiamento dell’animo” ad indicare che i sintomi erano il prodotto di un disturbo psichico complesso e strutturale.

Tutti questi studi furono ben presto dimenticati e furono riscoperti, ma con molto ritardo, solo nella fase avanzata della II guerra mondiale quando ci si accorse che molti soldati soffrivano di sintomi psichici con estrema frequenza e spesso diventavano inabili alle loro funzioni .

I comandi militari cercarono di sminuire questa sintomatologia, preferendo nasconderla sotto l’etichetta di esaurimento o di “schizofrenia dei tre giorni”, per tentare di recuperare al più presto questi soldati onde poterli inviare al fronte anche se molti psichiatri non si piegarono a questa ideologia, proponendo l’importanza di una corretta terapia nei confronti di questi soldati che erano gravemente invalidati dai disturbi psicologici

Sul piano eziopatogenetico si cominciarono a proporre due nuove ipotesi per spiegare l’origine dei fenomeni psichici: la presenza di conflitti intrapsichici (combattere o fuggire) ed il problema dell’isolamento emotivo dei combattenti.

E’ molto singolare che proprio in questi anni Grinker e Spiegel pubblicarono due libri: “ Nevrosi di guerra in Nord Africa” e “Uomini sotto stress”; mentre Kardiner nel 1941 pubblicava “Le nevrosi traumatiche da guerra” e nel 1947 in collaborazione con Spiegel “Stress da guerra e disturbi nevrotici”. E’ evidente che il termine stress comincia a comparire proprio in questi anni come spiegazione delle nevrosi traumatiche, proprio nello stesso periodo che Selye propone la sua teoria sullo stress.

Ma accanto alle ben conosciute situazioni legate ad eventi bellici, la II guerra mondiale proporrà una problematica completamente nuova, perlomeno per l’ampiezza e per la gravità degli eventi, che erano i campi di concentramento e di sterminio soprattutto da parte dei nazisti. Milioni di ebrei o altre popolazioni considerate come “sotto uomini” furono deportati e subirono situazioni gravemente traumatiche tanto da costituire la così detta “sindrome dei deportati”.

La guerra del Vietnam, con le atrocità commesse e subite, si rivelò ben presto un problema di enormi dimensioni sociali: numerosi soldati una volta ritornati in patria cominciarono a presentare

gravi disturbi psicopatologici che comprendevano tutti quei sintomi che oggi ritroviamo nel PTSD. In questi pazienti il problema era ancora più complicato non solo perché questa guerra era profondamente avversata dagli americani, e quindi i militari avevano una scarsa motivazione, ma anche perché al ritorno in patria i soldati si trovarono a vivere un clima di isolamento e di ostilità da parte dei compatrioti. Questo in parte spiega alcuni sintomi particolari di questa che viene definita sindrome del post Vietnam (come l'abuso di sostanze stupefacenti o comportamenti fortemente aggressivi definiti come sindrome di Rambo) ma spiega anche la difficoltà per i reduci di essere visitati o ricoverati nei centri della Veteran's Administration perché sentivano di non essere compresi e soprattutto di essere etichettati come malati mentali. Il sano realismo americano portò alla formazione dei Vet Centers, che erano centri di consultazione gestiti da psichiatri, psicologi ed assistenti sociali che erano distribuiti sul territorio ed aperti in luoghi più neutrali come centri commerciali o università. A questo punto aumentò la richiesta di aiuto e risultò che circa il 28% dei soldati ritornati dal Vietnam presentavano psicopatologie più o meno gravi.

I numerosi conflitti insorti in questo ultimo mezzo secolo, caratterizzati spesso da situazioni di estrema crudeltà, comportano nuovi problemi e nuove sintomatologie come l'aumento dell'alcolismo della condotta suicidaria o comportamenti estremamente aggressivi che denotano una probabile maggiore gravità della sintomatologia stessa. Una probabile spiegazione di questo peggioramento è da evidenziarsi nella sempre minore motivazione dei soldati inviati a combattere guerre che sono totalmente estranee e nell'opposizione della società civile, che rende a questi soldati ancora più aliena una situazione che per altri versi è sempre invece più violenta e distruttiva. Il terrorismo definito come "una guerra in tempo di pace, comporta anche esso nuovi e più gravi" problemi psicopatologici. Un dato interessante è che coloro che vivono in situazioni ad alto rischio per attentati terroristici, manifestano una notevole incidenza di disturbi psicosomatici: e ben sappiamo che la conversione nel somatico è tipica più di disturbi legati allo stress che a quelli correlati al trauma.

Il trauma psichico

Il trauma psichico è un evento subitaneo, imprevisto ed imprevedibile, che coglie di sorpresa l'individuo o gruppi di persone, e che può durare poche ore, settimane o mesi. La durata, considerando anche il trauma ripetitivo (trauma cumulativo), la natura e l'intensità dell'evento, il particolare momento biografico e di ciclo vitale dell'individuo e le peculiarità difensive (resilienza), tutte insieme determinano una serie di eventi biologici e psicologici che possono esitare in manifestazioni psicopatologiche a carattere acuto o cronico.

Il vissuto determinato dal trauma, in prima istanza è quello di un'angoscia incontenibile dovuta alla disintegrazione delle capacità difensive ed integrative del sistema psichico, vissute come esperienza di morte, immediata e **totalizzante**. La reazione comportamentale può oscillare da un massimo di inibizione motoria ed affettiva (freezing) ad una risposta di agitazione psicomotoria scomposta ed afinalistica. Dato fondamentale rimane comunque l'indicibilità e l'impensabilità dell'evento che rende impossibile qualsiasi operazione di mentalizzazione o di simbolizzazione e quindi, in ultima analisi, l'impossibilità di inserire tale evento nella memoria biografica e quindi nel tessuto narrativo del soggetto.

Dice P. Levi (in *Sommersi e salvati*): “Noi sopravvissuti siamo una minoranza anomala oltre che esigua: siamo quelli che non hanno toccato il fondo. Chi lo ha fatto, chi ha visto la Gorgone non è tornato per raccontarlo o è tornato muto”. Ed aggiunge: “La demolizione condotta a termine, l'opera compiuta non l'ha raccontata nessuno, come nessuno è mai tornato a raccontare la sua morte”. E Wiesel: “Ho raccontato un po' del mio passato: non perché lo conosciate, ma perché sappiate che non lo conoscerete mai” (in *Credere o non credere*). Ed Amery sottolinea un aspetto importante del trauma vissuto dal torturato: “Chi è stato torturato, rimane torturato. Chi ha sentito il tormento della tortura non potrà più ambientarsi nel mondo: l'abominio dell'annullamento non si estingue mai. La fiducia nell'umanità, già incrinata dal primo schiaffo sul viso, demolita poi dalla tortura, non si

riacquista più” (in *Intellettuale ad Auschwitz*). Ed Davidovic: “Non esistono veri testimoni perché i reduci sono *sprachlos* cioè senza parole”.

Tutti i soggetti sottoposti a tortura ripetono la stessa identica frase: “Non sono e non sarò mai più lo stesso”.

Quello che sto descrivendo attraverso i testimoni dell’olocausto, dei campi di sterminio e della tortura è ovviamente la fase terminale del trauma psichico che indica chiaramente l’indicibilità di questa esperienza oltre che una profonda trasformazione della personalità del soggetto. Ci troviamo di fronte ad una psicopatologia ormai cronica e strutturata che potremmo definire come disturbo post-traumatico o meglio ancora come nevrosi o **disturbo di personalità post-traumatico**.

Ma ovviamente questo non è sempre l’esito di un trauma: pertanto dobbiamo distinguerne almeno tre fasi.

Una prima fase acuta, quando il trauma determina un’invasione intensa ed a volte devastante nel sistema psichico, che mette in crisi l’organizzazione difensiva del soggetto compromettendo alcune funzioni fondamentali come il senso d’identità, la continuità temporale, la capacità di memorizzare, l’impossibilità di dare un senso all’evento, il tutto vissuto in un totale senso di impotenza.

Una seconda fase di reazione ove, a seconda della natura-intensità del trauma e delle capacità difensive del soggetto, possono aprirsi due prospettive. La prima è una possibile reintegrazione verso la normalità (e questa possibilità è tanto maggiore quanto più precoce è un eventuale intervento terapeutico) oppure la strutturazione di una formazione difensiva che potrà costituire la base della futura psicopatologia.

Ed una terza cronica che può manifestarsi a distanza anche di mesi con la presenza di evidenti segni clinici dovuti al trauma psichico.

L’approccio psicodinamico cerca di indagare i vissuti ed il mondo interno del soggetto senza sottovalutare eventuali implicazioni biologiche correlate al trauma.

Normalmente di fronte ad un pericolo esterno noi possediamo due meccanismi difensivi: la paura e l’ansia – segnale che ci inducono all’evitamento del pericolo e ci avvisano anche della possibile

emergenza dell'angoscia. L'ansia-segnale può insorgere anche per dinamiche interne (quindi non necessariamente legate a fattori esterni traumatici) e serve a proteggere il soggetto dall'emergenza dell'angoscia. La clinica ci insegna che l'angoscia può emergere anche in assenza di una situazione traumatica esterna: questo ci porta a considerare la possibilità che si possano riattualizzare pregresse situazioni traumatiche.

L'emergenza dell'angoscia è inevitabile nelle situazioni traumatiche, perchè l'evento diventa intollerabile ed annullando i meccanismi di difesa crea un totale senso di impotenza: emerge quell'angoscia primitiva che Winnicott definisce "impensabile" e Kohut "angoscia di disintegrazione".

L'angoscia corrisponde ad un vissuto di terrore che va molto al di là della paura o dell'ansia e che secondo Lebigot è la manifestazione di un incontro con la realtà della morte. Secondo l'autore in quei momenti non c'è affatto stress o ansia, ma solamente un vuoto senza parole. Di fronte alla impossibilità, per il soggetto, di rappresentarsi la morte, di fronte all'incapacità di trovare delle parole per descrivere quest'evento, il trauma psichico diventa una minacciosa intrusione all'interno dell'apparato psichico della vittima. Afferma Damiani (1997): "Con il trauma si entra nel dominio terribile della irrepresentabilità, vale a dire la presenza dell'intrusione e dell'impotenza. La violenza del confronto con questa realtà provoca una siderazione dell'io. L'individuo crolla, egli corre il rischio della nullificazione".

Barrois (1988) definisce il trauma come la rottura del legame con il mondo e l'invasione dell'angoscia di nullificazione, rottura dell'unità dell'individuo e perdita di ogni capacità di significazione. L'evento traumatico irrompe nell'esistenza scardinando il senso della temporalità.

Crocq (1999) così si esprime: " Il trauma non è solamente intrusione violenta e dissociazione della coscienza, in effetti è negazione di tutto ciò che ha valore e significato e diventa pertanto percezione del niente".

Le conseguenze del trauma psichico possono quindi provocare una ferita psichica irrimediabile.

Di fronte a questa situazione, cadute le normali difese, emergono difese più primitive quali negazione, scissione, dissociazione, identificazione proiettiva, ottundimento affettivo, annullamento, che in un primo momento possono avere effetti “curativi”, ma che nel tempo si trasformano nella causa di disturbi psicopatologici. L'emergenza di questi meccanismi di difesa primitivi, serve a proteggere l'individuo da un'esperienza ancora più devastante che è l'angoscia di destrutturazione del Sé ovvero di una morte psichica.

La natura dei quadri clinici dei disturbi post-traumatici quindi non va attribuita all'evento in sé e per sé, ma piuttosto ai meccanismi difensivi utilizzati che possono rimanere successivamente rigidi e stereotipati. Questo spiega alcuni dati di estrema importanza: da una parte la lamentela del paziente che asserisce “non sono più quello di prima”, dall'altra la impossibilità di integrare l'evento trasferendolo nell'ambito della mentalizzazione e del simbolico ed infine perché l'evento stesso non possa essere inserito nella temporalità dell'individuo, ma divenga un eterno presente.

Secondo uno psicoterapeuta junghiano, Kalshed, di fronte alla minaccia della disintegrazione emergerebbe un sistema di “autocura”, con l'uso di difese molto primitive che egli definisce “difese del Sé”. Questo sistema di autocura adempirà poi a quelle funzioni di autoregolazione e mediazione tra interno ed esterno che, in condizioni normali, vengono mediate dall'Io.

Questo spiega due constatazioni:

- a) Che la psiche traumatizzata diventa *autotraumatizzatrice* : il trauma non cessa di esistere, ma si trasforma in una dimensione interna ostile-distruttiva; ipotesi molto simile a quella del “sabotatore interno” di Fairbairn o di “Io anti-libidico” di Guntrip.
- b) La difficoltà che offrono questi pazienti nel corso di una eventuale psicoterapia: ogni tentativo di decostruire questi meccanismi, viene vissuto come un nuovo attacco traumatico e pericoloso. Il sistema di autocura cerca disperatamente di difendersi dal momento che la sua messa in crisi diventerebbe una nuova traumatizzazione. In questo modo va letta la causa della coazione a ripetere: come tentativo fallimentare di autocura per cercare di

inserire l'avvenimento traumatico all'interno del proprio contesto biografico piuttosto che come tentativo di espellere ricordi considerati intrusivi e parassiti.

Come il sistema immunitario a volte attacca parti vitali del soggetto (malattie autoimmuni), così il sistema di autocura può diventare sempre più un sistema autodistruttivo, che trasforma il mondo interno del soggetto in un incubo di persecuzione ed autodistruzione.

Quindi possiamo dire che mentre gli effetti dello stress possono scomparire, poco dopo la fine dell'azione dell'evento traumatico, l'immagine traumatica si installa come vera e propria minaccia interna che produrrà effetti negativi in tempi non prevedibili. Questa immagine non si comporterà come un ricordo, ma resterà intatta fin nei minimi dettagli e quando riapparirà alla coscienza, negli incubi o nelle ecmnesie, sarà sempre vissuta al tempo presente e come evento in atto.

Il concetto di stress

Il termine stress, già conosciuto ed utilizzato nell'ambito della psichiatria militare (R. Grinker- E. Spiegel, *Men under stress*, Philadelphia, 1945) fu utilizzato da H.Selye per indicare una reazione aspecifica dell'organismo nei confronti di uno o più agenti stressanti, che possono essere di varia natura (fisica, chimica, biologica, emotiva). A tale considerazione Selye giunse notando che, nel corso di alcuni esperimenti da laboratorio, i ratti cui venivano inoculati estratti ovarici, mostravano a livello anatomo-patologico le stesse lesioni presenti in ratti di controllo a cui veniva iniettata una semplice soluzione fisiologica. Questa osservazione lo portò ad ipotizzare che il danno somatico non era determinato dalla sostanza iniettata, ma dalla reazione di allarme generata dalla specifica situazione sperimentale. Selye giunse quindi alla definizione di "Sindrome generale di adattamento" per indicare la reazione *aspecifica* che viene indotta in un soggetto in presenza di una situazione stressante. Tale sindrome prevede tre momenti fondamentali: una *reazione di allarme*, caratterizzata da una fase di shock in cui prevale un'attivazione del sistema parasimpatico, che determina una brusca caduta della pressione arteriosa, ipotermia, riduzione della diuresi, etc., a cui fa seguito una fase di contro-shock, in cui l'attivazione del simpatico provoca invece un aumento della pressione

arteriosa e della frequenza cardiaca, una vasocostrizione periferica, con riduzione del flusso ematico a livello splancnico ed aumento invece in altri distretti. Alla reazione di allarme segue la *fase di resistenza*, durante la quale l'organismo continua la propria difesa cercando una forma di adattamento e di compensazione. Se questa fase dura troppo a lungo, si arriva ad un terzo stadio che è definito *fase di esaurimento*. In questo caso si determina uno stato di esaurimento dei vari sistemi coinvolti che può comportare danneggiamenti di grado variabile a livello somatico. La reazione di stress è quindi un tentativo di neutralizzare uno stimolo quando questo determina un'alterazione eccessiva della normale attività dell'organismo. Aragona sostiene che "...Le alterazioni organiche da stress sono qualitativamente uniformi, indipendentemente dalla natura dello stress, essendo possibili solo differenze quantitative in relazione alla suscettibilità individuale, alla qualità, all'intensità ed alla durata dello stress" (F.Aragona, 1993). H.Weiner ritiene che già nelle teorie evoluzionistiche di Darwin fosse implicita la reazione di stress, che viene definito come "...Una sfida o una minaccia all'integrità ed alla sopravvivenza dell'organismo, che derivano dall'ambiente fisico e sociale e determinano delle pressioni selettive". E' quindi evidente che il concetto di stress si collega strettamente con quello di omeostasi, evidenziando che una modificazione eccessiva possa provocare danni, mentre una modesta modificazione è addirittura necessaria (concetto di "eu-stress").

Dobbiamo sottolineare l'importanza dell'alterazione dei ritmi biologici: tutte le funzioni di un dato organismo sono caratterizzate dall'alternarsi di cicli legati a ritmi endogeni ed in parte esogeni (ritmo circadiano, etc.), che sono strettamente correlati con la secrezione di particolari ed importanti ormoni, come l'ACTH, il GH, etc. L'alterazione di questi ritmi può comportare danni, anche se non sempre facilmente evidenziabili: probabilmente dobbiamo ritenere che questa alterazione dei ritmi, che sono legati tra di loro in una relazione di fase per produrre un adattamento biologico e comportamentale ottimale, possono rappresentare il ponte tra disturbi biologici e disturbi psicologici, conseguenti ad eventi traumatici. In seguito, la teoria di Selye, ampliata e rimaneggiata, è divenuta una sorta di filosofia generale della vita ed ha finito spesso per essere usata in maniera

generica ed ambigua. Troppo spesso viene posta diagnosi di disturbo da stress per situazioni estremamente diverse, sia qualitativamente che quantitativamente.

Stress e memoria

Nello stato di stress, sia nella fase acuta che in quella di esaurimento, sono coinvolti numerosi neurotrasmettitori che risultano avere influenza sulla memoria.

In particolare è aumentata la sintesi ed il turn-over della noradrenalina; la densità dei recettori per il GABA diminuisce nettamente nel lobo limbico e nell'amigdala. Ma soprattutto è implicato l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene. Nell'ipotalamo l'incremento di CRF comporta un aumento di sintesi e di liberazione di ACTH, che stimola la corteccia surrenale, aumentando notevolmente i livelli del cortisolo.

Inoltre c'è un notevole incremento, sia a livello del SNC che periferico, di noradrenalina che causa vari fenomeni tra i quali ricordiamo l'aumento dell'arousal.

A questo punto sembra necessario riferire alcuni dei più recenti studi non solo sui meccanismi della memoria, ma soprattutto sull'importanza e sull'influenza di alcune sostanze, come l'adrenalina ed il cortisolo. La memoria implicita (e quindi il ricordo inconsapevole) è notevolmente coinvolta nel PTSD e già F. Nietzsche (in "La Gaia Scienza") empiricamente evidenziava questo rapporto con la famosa frase "La follia è l'oblio di un grande dolore". Molto brevemente, ricordo che la memoria attualmente viene suddivisa in implicita (ovvero automatica e non consapevole) ed esplicita, a sua volta suddivisa in semantica ed autobiografica. Sono stati inoltre individuati alcuni centri fondamentali per il processo della memoria: tra questi sottolineo soprattutto l'amigdala e l'ippocampo, che sono notevolmente influenzati, in maniera temporanea o definitiva, da alcuni neuromediatori ed ormoni.

L'amigdala, che è la sede della memoria implicita, viene coinvolta da vissuti emotivi intensi che, bypassando l'ippocampo e la corteccia, vanno a fissarsi su questa particolare zona del SNC, dove diventano engrammi stabili e duraturi. L'amigdala è virtualmente incapace di dimenticare: questi

ricordi, in genere non presenti alla coscienza, possono riemergere di fronte a stimoli che sono ricollegabili all'evento traumatico. Fenomeno di fondamentale importanza per la comprensione di numerosi sintomi del PTSD: come il flashback, le ecmesie, le immagini parassite, etc.

Ma il dato più saliente rimane il fatto che l'amigdala è fortemente attivata dalla noradrenalina e dall'adrenalina: e noi sappiamo che questi ormoni sono notevolmente incrementati nella fase iniziale dello stress.

Diversa la situazione per quanto riguarda l'ippocampo, stazione del SNC collegata alla memoria esplicita, che è fortemente sensibile al cortisolo ed ai glucocorticoidi, che sono invece nettamente aumentati nella seconda fase dello stress, pertanto se lo stress perdura e c'è un persistente aumento del cortisolo questo può indurre disfunzionamento o addirittura morte delle cellule ippocampali. Una parziale o completa disattivazione dell'ippocampo può comportare una menomazione, più o meno grave, della memoria esplicita.

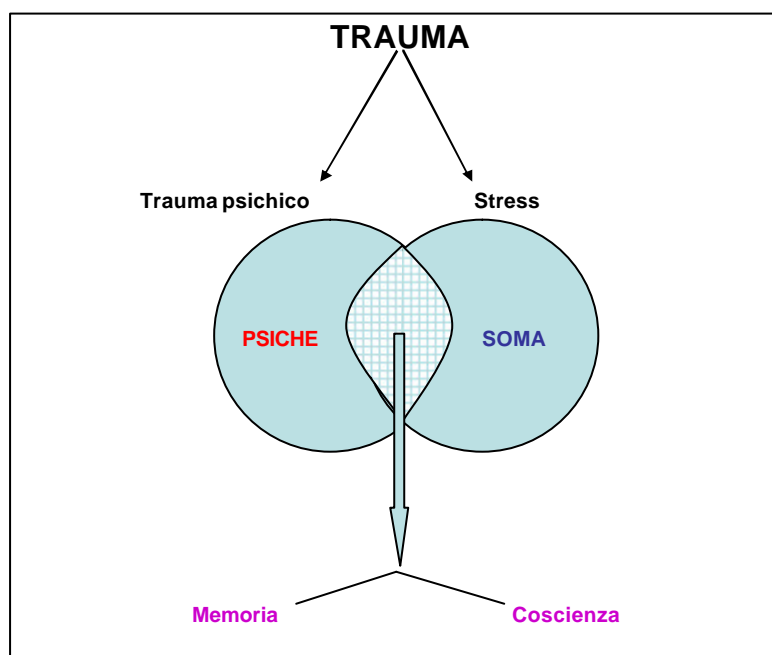
Quindi possiamo affermare che sicuramente lo stress può determinare disturbi della memoria e quindi in parte spiegare alcuni dei sintomi del PTSD.

Una forte emozione quindi determina l'attivazione del sistema neuroendocrino, il quale reagisce con la messa in circolo di sostanze che inducono numerosi effetti, tra cui il più evidente è un arousal persistente. Tale stato può durare diverse ore e porta alla ripetuta attivazione degli stimoli legati all'evento stressante ed alle circostanze che lo hanno determinato: è proprio tale ripasso che favorirebbe l'apprendimento di tutte le informazioni registrate riguardo ad un determinato avvenimento. Terminato lo stato di arousal fisiologico, la mente può ritornare su tali ricordi successivamente in seguito a stimoli provenienti dall'ambiente esterno o a sequenze ideative associate all'evento in questione (Bowers, Sivers, 1998).

Un dato da sottolineare è che spesso coloro che hanno vissuto esperienze traumatiche possono concentrare la loro attenzione su aspetti "non traumatici" dell'ambiente che li circonda o su prodotti della loro immaginazione, per cercare di sfuggire, per quanto solo in parte, alla situazione. In tali casi, alcuni elementi dell'esperienza vengono registrati a livello implicito, ma non danno origine a

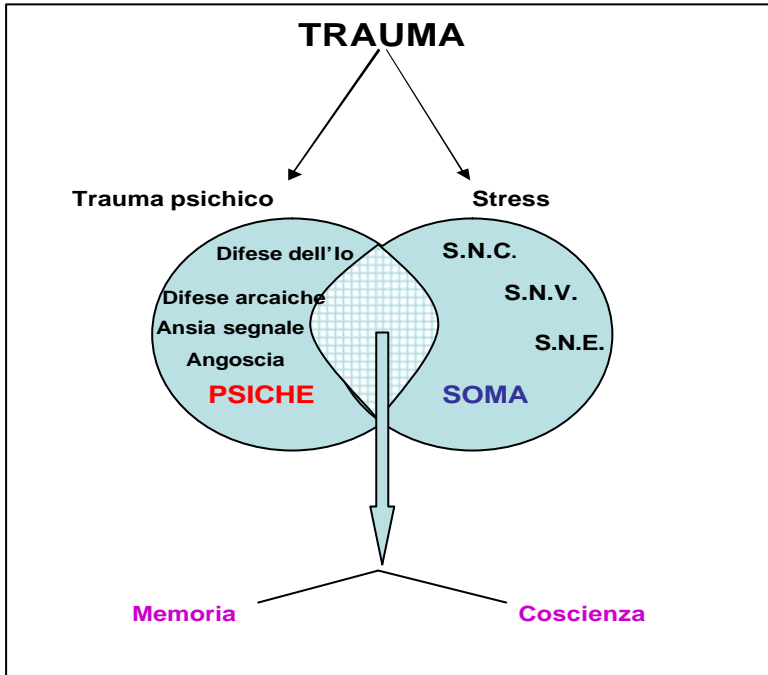
ricordi di tipo esplicito, e, in aggiunta, la secrezione di grandi quantità di glucocorticoidi, indotta dallo stress, può avere un'azione inibitoria sull'attività dell'ippocampo: può quindi verificarsi una dissociazione tra memoria implicita ed esplicita. Tale dissociazione si realizza con una compromissione della memoria autobiografica (esplicita) nei confronti dell'evento traumatico o di alcune sue componenti (amnesie psicogene), mentre il ricordo implicito dell'avvenimento rimane integro e può comportare reazioni comportamentali (come impulsi alla fuga), reazioni emozionali, sensazioni corporee ed immagini correlate al trauma.

Quanto detto in precedenza, si può evidenziare meglio dai seguenti schemi.

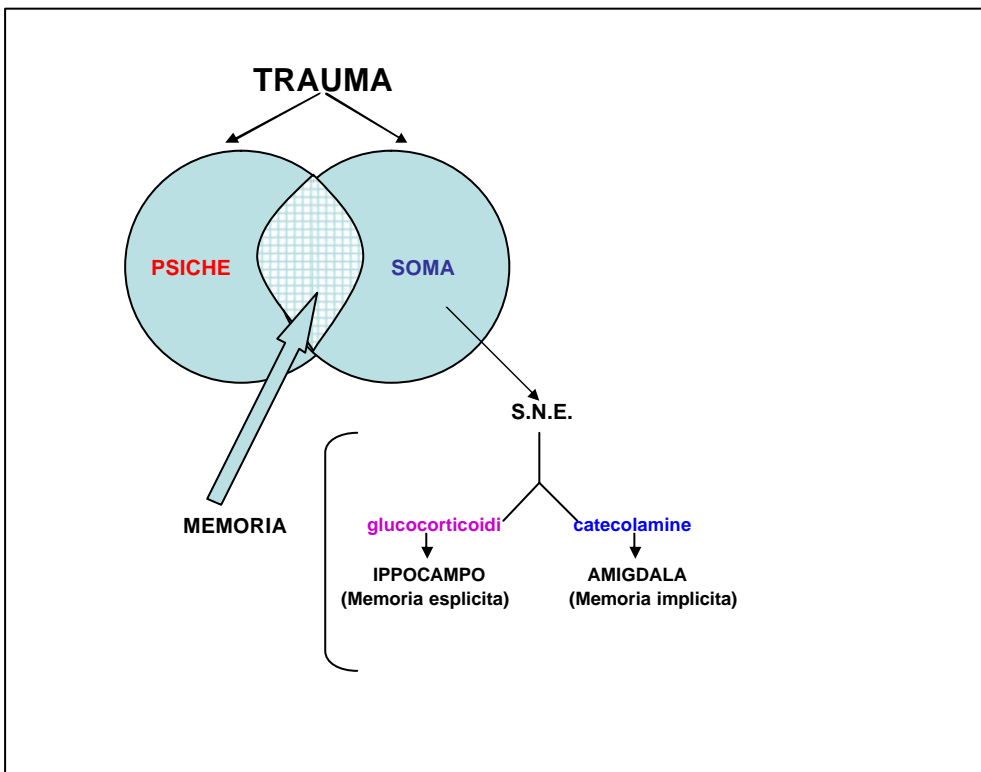


Come si evidenzia da questo grafico, soma e psiche sono considerate entità distinte sul piano funzionale¹, che presentano però un'area comune (memoria e coscienza), che può essere primariamente interessata, sul piano biologico e quello psicologico, sia dal trauma psichico che dallo stress.

¹ Per un maggior approfondimento di questa problematica vedi: “ Rapporto e conoscenza” su questo Sito. Inoltre consulta il testo: N.Lalli, M.Bensi, *Evoluzione e natura dell'uomo*, Liguori, Napoli, 2004



Come si evidenzia da questo schema, mentre lo stress agisce sul SNC, SNV, SNE, il trauma psichico agisce modificando le difese dell'Io e trasformando l'ansia segnale in angoscia.



Questo schema evidenzia l'effetto del trauma (inteso fondamentalmente come stress) sulla memoria.

Conseguenze del trauma psichico

Sicuramente le alterazioni della memoria, come abbiamo visto in precedenza, giocano un ruolo importante nella genesi del PTSD: ma sono presenti numerosi altri fenomeni psicopatologici che non sono ricollegabili a questa genesi.

Un elemento determinante è lo scardinamento della nozione del tempo: il passato diventa incumbente, mentre il presente viene annullato e comunque non riesce a delimitare il passato. Il trauma quindi imprime una distorsione dell'asse temporale: il passato è iperpresente ed in maniera intrusiva ricompare negli incubi o nelle ecmesie.

Il futuro non esiste: non c'è più possibilità di progettare.

Sappiamo bene come vissuto temporale ed identità siano strettamente collegati: questo spiega il perché della ripetitività del traumatizzato: “non sono più lo stesso” o “non sono più quello di prima”. La coazione a ripetere può essere vista come il tentativo, incongruo e senza fine, di integrare l'evento traumatico del passato con il presente.

La ripetizione dell'evento traumatico sarebbe un instancabile tentativo di ricostruzione, da parte del paziente, della propria continuità: tra quello che era prima e quello che è diventato dopo il trauma. Quindi nel PTSD c'è un cambiamento strutturale della personalità, ove il disturbo della memoria, seppur importante, non può essere costitutivo dell'intera sintomatologia.

Se osserviamo le vittime della tortura, che ovviamente è una delle peggiori situazioni traumatiche, dal momento che è deliberatamente attivata dall'uomo, possiamo osservare due ulteriori caratteristiche. Secondo la F. Sironi quando si presenta un soggetto, sottoposto alla tortura, la stessa persona può essere descritta in due modi riferibili a due categorie diametralmente opposte. Una parte passiva che ancora è sotto l'influenza della tortura ed un'altra che lotta attivamente e rabbiosamente. L'aggressività e la rabbia potrebbero quindi essere letti come il tentativo di espulsione del torturatore “interiorizzato”. Secondo l'Autrice, il trauma di cui soffre la vittima di tortura, è di ordine intellettuale: riguarda il pensiero e non l'affettività. I mal di testa, i disturbi della

concentrazione, l'incapacità di pensare possono essere considerati come sintomi patognomici di questa psicopatologia.

Pertanto, nella patologia legata alla tortura si potrebbe allora individuare non tanto una disorganizzazione, ma al contrario una vera e propria organizzazione interna. Come si vede, questa lettura è abbastanza sovrapponibile a quanto è stato esposto in precedenza a proposito di una "ristrutturazione patologica" del paziente traumatizzato.

Un secondo punto è più specifico: nella tortura c'è il tentativo – a volte scientificamente programmato – di produrre una deculturazione del soggetto, privandolo di ogni identità, culturale e sociale.

La effrazione corporale ha un significato opposto a quello dei riti di iniziazione, ove la ferita fisica permette al giovane di entrare nella comunità degli adulti. Nella tortura invece l'attacco al corpo ha una funzione opposta: tagliare completamente i ponti con il resto del mondo tramite la violazione di tabù profondamente radicati nel rendere impossibile al soggetto di rientrare nella comunità, ovviamente quando la tortura non esita nella morte. Da quanto appreso – ovviamente molto poco – possiamo dedurre che le torture praticate nelle carceri irachene non erano pratiche dovute a comportamenti di psicopatici, ma tecniche altamente scientifiche ed apprese.

La tortura è una tecnica traumatica la cui funzione principale non è tanto quella di strappare informazioni, quanto quella di azzerare culturalmente e di ridurre al silenzio il soggetto sottoposto alla tortura. Come si evidenzia chiaramente da un dato condiviso da tutti coloro che si sono occupati della tortura. Qualunque sia l'origine culturale del soggetto, il vissuto ed i disturbi legati alla tortura si manifestano in maniera simile; le vittime della tortura di origine curda, cilena o marocchina, sono molto più simili tra di loro di quanto non lo siano con i rispettivi concittadini.

Ma, allora, di fronte a questa complessità, possiamo veramente continuare a pensare che tutta la sintomatologia del trauma psichico sia legata alla situazione di stress? Certamente lo stress gioca una parte importante soprattutto nella fase iniziale ed agendo sui meccanismi della memoria.

Ma tutto il resto: i cambiamenti di personalità, i gravi disturbi del comportamento, la perdita di identità, la distorsione temporale, la perdita di progettualità, possono ancora essere considerati come conseguenze dello stress?

Credo proprio di no!

E' molto più probabile che per spiegare la genesi della sintomatologia post-traumatica, dobbiamo ritenere che a livello psichico (ovvero a livello del mondo interno) avvengono notevoli e gravi perturbazioni.

Probabilmente la strutturazione di meccanismi arcaici, la destrutturazione degli oggetti interni, la perdita dell'identità-continuità possono spiegare molto più correttamente e complessivamente la sintomatologia del PTSD.

PTSD e DSM-IV

Come abbiamo visto, l'enorme incremento della diagnosi di PTSD è da ascrivere sicuramente alla descrizione, troppo ampia e semplicistica, fatta dal DSM-IV.

Sulla base degli argomenti citati, anche se in maniera sintetica, penso possibile proporre una nosografia diversa e credo più adeguata ai fatti.

Sappiamo che il DSM-IV, accanto al PTSD, propone altre tre forme che in qualche modo sono collegabili con al PTSD.

- **Disturbo acuto da stress**

Esso è dovuto ad un evento traumatico estremo, quindi simile a quanto proposto per il PTSD. E che si manifesta entro l'arco di un mese.

I sintomi sono costituiti da sensazioni di distacco emotivo, reattività emozionale eccessiva, derealizzazione, depersonalizzazione, amnesia dissociativa.

Quindi sintomi simili a quelli proposti per il PTSD.

Singolare il fenomeno che il DSM-IV, che è così ossessivo nella puntualizzazione della frequenza, non fornisca alcun dato rispetto alla frequenza di questo disturbo.

- **Disturbi dissociativi**

Per i disturbi dissociativi non viene fornita alcuna spiegazione della possibile causa: quindi non si parla né di trauma né di stress, mentre si tende a sottolineare l'importanza dei fattori culturali. I sintomi sono: amnesia, fuga, disturbo dissociativo dell'identità, depersonalizzazione. Anche in questo caso non è fornito alcun dato circa la frequenza: a parte la fuga dissociativa che è calcolata intorno al 0.25%.

- **Disturbo dell'adattamento**

Essi insorgono in risposta ad uno o più fattori psicosociali stressanti identificabili.

I sintomi sono caratterizzati da risposte esagerate e prolungate di un avvenimento stressante e caratterizzate da umore depresso, ansia ed alterazione della condotta. La frequenza si aggira dal 5% al 20%.

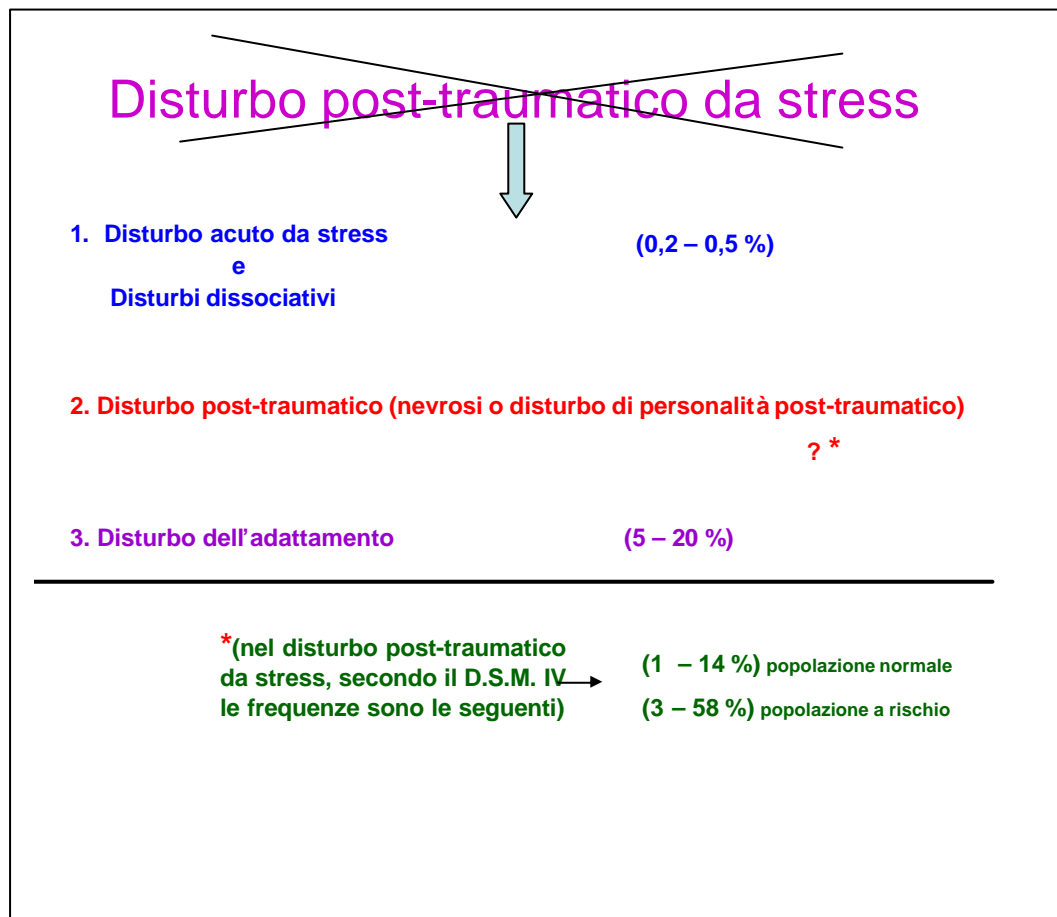
Il disturbo dell'adattamento mostra la stessa strana anomalia del PTSD, ovvero un range percentile molto elevato: dal 5 al 20%. Proprio nel sottolineare che queste due sindromi presentano una frequenza estremamente variabile, posso affermare che esse abbiano molti più punti in comune di quanto si evidenzerebbe dalla divisione in due diverse entità.

Inoltre possiamo affermare con sicurezza che il disturbo dell'adattamento è da ascrivere, per quanto riguarda la patogenesi, a reali situazioni di stress: dato importante non solo sul piano teorico, ma anche su quello operativo. Sul piano teorico conferma l'esistenza di un disturbo legato ad una abnorme reazione a situazioni ambientali e pertanto presenta tutte le caratteristiche, biologiche e psicologiche, tipiche dello stress. Sul piano operativo è evidente che la terapia consiste non solo nell'eliminare o ridurre i possibili fattori di stress, ma che in questo caso le strategie di coping possono essere validamente utilizzate.

Quindi se possiamo affermare che una notevole percentuale di casi clinici che vengono ascritti al PTSD, potrebbero essere invece considerati come casi di disturbo dell'adattamento. Quindi

rimane aperto il problema di quali siano le conseguenze sul piano psicopatologico di eventuali traumi psichici e la loro specificità. Molto brevemente possiamo ritenere che il trauma psichico tende a produrre un'alterazione della struttura psichica che si manifesta non solo con i sintomi descritti dal PTSD, ma con l'attivazione di meccanismi difensivi arcaici.

Quanto detto in precedenza può indurci a mettere in discussione la validità del PTSD e soprattutto riaprire una ricerca sulla natura del trauma psichico, distinguendolo ovviamente dallo stress e proporre una diversa nosografia.



Come si può evidenziare dallo schema precedente, se si elimina il PTSD, rimangono aperte le seguenti possibilità nosografiche.

- **Disturbo acuto da stress e disturbi dissociativi**

In questo caso, da una parte sul piano eziopatogenetico ci sarebbe una situazione traumatica acuta e recente, dall'altra comparirebbero i classici sintomi quali sono descritti dal DSM-IV a

proposito di queste due sindromi. Come vediamo, la frequenza nel DSM-IV è relativamente bassa, dal momento che vi si includono solo i casi dovuti ad un trauma acuto e recente mentre ritengo che tale frequenza vada elevata. Questi casi possono avere spesso un'evoluzione benigna.

- **Disturbo di personalità post-traumatico**

In questo caso consideriamo tutte le sequele psicopatologiche che abbiamo descritto a proposito del trauma psichico e che coincidono in gran parte con quanto descritto dal DSM-IV. In questa categoria dobbiamo inserire non solo le sequele psicopatologiche di traumi psichici, ma anche situazioni traumatiche pregresse (come ad esempio nell'infanzia o nella prima adolescenza).

- **Disturbo dell'adattamento**

In tale caso consideriamo tutte le risposte eccessive ad uno o più fattori psicosociali stressanti identificabili. I sintomi sono quelli descritti dal DSM-IV.

Questa proposizione di una nuova e diversa nosografia che deriva da quanto detto precedentemente, ha ovviamente bisogno di un ulteriore approfondimento soprattutto per quanto riguarda il disturbo di personalità post-traumatico: aspetto che sarà approfondito in un successivo lavoro.

Bibliografia essenziale

- C. Garland (a cura di) [1998], *“Comprendere il trauma”*, B. Mondadori, Milano 2001
- D. Kalsched [1996], *“Il mondo interiore del trauma”*, Moretti e Vitali, Bergamo 2001
- A. Messina, *“Memoria ed esperienze oniriche durante anestesia. Memoria e PTSD”* in ESIA *“The online Journal of Anesthesiology”*, vol.5, num.2, febbraio 2000
- M. L. Howe, *“Individual difference in factors that modulate storage and retrieval of traumatic memories”*, in *“Development and Psychopathology”*, num.10, 1998

- N. Lalli, “*Lo spazio della mente. Saggi di psicosomatica*”, Liguori, Napoli 1997
- M. De Clercq - F. Lehigor, “*Les traumatismes psychiques*”, Masson, Paris 2001
- N. Lalli, “*Psicopatologia da situazioni estreme*”, presente nel sito www.nicolalalli.com
- D. J. Siegel [1999], “*La mente relazionale*”, Cortina, Milano 2001
- F. Sironi [1999], “*Persecutori e vittime. Strategie di violenza*”, Feltrinelli, Milano 2001
- F. Lucrezi, “*La parola di Hurbinek*”, Giuntina, Firenze 2005