

## IL DISTURBO POST TRAUMATICO DA STRESS (DPTS)

L'interesse per questo tema è nato in me dalla necessità personale di organizzare il servizio di Psicologia dell'Emergenza, il 6 aprile 2009, durante il terremoto dell'Aquila, presso l'ospedale pubblico di Avezzano e di Sulmona, cosa che poi ho fatto per conto della asl, all'epoca Avezzano-Sulmona-Castel di Sangro, e dell'OPA ed, attualmente, è mantenuto vivo dal mio lavoro di psicologa clinica presso la casa di reclusione di Sulmona, e di perito tecnico per il tribunale penale e civile di Avezzano.

Negli ultimi anni, comunque, si discute molto delle gravi conseguenze traumatiche, sia sulla strutturazione della personalità, sia sullo sviluppo psicopatologico, sia sulla psicobiologia, per esempio nello studio dei processi della memoria e della coscienza. Si parla dello stress e dei disturbi post traumatici ad esso collegati e ciò è derivato dall'attenzione riservata alla dimensione psicologica e relazionale posta alle situazioni di crisi. In questo campo, infatti, le conoscenze acquisite, da moltissimo tempo ormai, dalla psicologia, sono diventate altamente operative e organizzate nella specializzazione della Psicologia dell'Emergenza.

Il Disturbo Post traumatico da Stress è l'unica malattia psichiatrica in cui il fattore causale, cioè il trauma, appare nei criteri diagnostici del DSM, proprio perchè derivante dallo sviluppo della psicologia applicata agli eventi dolorosi dell'umanità, pertanto è utile ricordare brevemente la storia di tale concetto.

Nel 1892, Oppenheim, coniò il termine di “ **nevrosi post traumatica**”, concetto che fu ripreso da Kraepelin nel suo Trattato di Psichiatria del 1896 introducendo l'entità clinica della “**nevrosi da spavento**”. Fu, però, Simmel che definì la psicogenesi delle “**nevrosi da guerra**” alla fine della prima guerra mondiale. Le guerre mondiali, infatti, fecero balzare prepotentemente l'attenzione della clinica sul trauma, a causa della vastità numerica dei casi, derivati soprattutto dal cambiamento delle tecniche di combattimento: il passaggio dagli scontri di fanteria o cavalleria alle tecniche della guerra in trincea, con le estenuanti attese sotto il pericolo dei bombardamenti per mesi, creava disagi psichici più gravi e nuovi, tanto che i soldati, colti da tali sintomi venivano trattati da disertori. Inizialmente si

parlò di **“shock da granata”**, ma poi si notò che anche i soldati non esposti a queste esplosioni manifestavano sintomi analoghi.

**Freud mise in evidenza il ruolo patogeno del trauma** nell'ambito della teoria psicoanalitica che ebbe inizio proprio come teoria del trauma, dall'elaborazione del concetto di **“trauma” e di “nevrosi traumatica”**. Nella prima teoria psicoanalitica il trauma rappresenta una reazione ad un trauma reale ed ha a che fare con le “sensibilità individuali”, vale a dire con l'intrapsichico. Secondo questa teoria detta “teoria della seduzione” la causa dell'isteria è da ricercarsi in una seduzione sessuale subita da parte di un adulto durante l'infanzia, il cui ricordo rimosso non è elaborato psicologicamente; scrive Freud:” contenuto del ricordo è, di solito, o il trauma psichico che, per la sua intensità, era atto a provocare l'insorgere dell'isteria nel malato, oppure l'evento che, per essere occorso in un determinato momento si è trasformato in trauma”.(Studi sull'isteria del 1892-95, scritti con Breuer). Successivamente, le conseguenze disastrose del conflitto mondiale riattivò in lui l'interesse per le nevrosi traumatiche e affermò che la **“nevrosi da guerra”**: “sarebbe sganciata da legami con il passato infantile e interamente dipendente da un trauma esterno capace di sommergere e disorganizzare l'lo”. **La pulsione di morte diventa il fondamento del conflitto psichico** e consiste in una forza oppositiva, che separa, la cui sede è interna al corpo e si orienta innanzitutto verso l'interno, senza essere immediatamente percepita come distruttiva (la Negazione); la sua funzione principale di dividere si manifesta attraverso i meccanismi psichici della tendenza a ripetersi (coazione a ripetere), la regressione e la fissazione.

**Nel 1926, in “Inibizione, sintomo e angoscia”, il concetto di trauma acquista la sua forma definitiva di “situazione traumatica”, in rapporto all'angoscia**, che dà contemporaneamente ragione **dell'interazione di situazioni interne ed esterne** e del carattere interstrutturale di tutte le situazioni traumatiche.

In questo scritto le situazioni traumatiche sono legate principalmente a delle esperienze di perdita: della madre, dell'affetto e dell'amore della madre, dell'amore degli oggetti, dell'amore del Super-lo

ecc, esperienze che mettono l'individuo in uno stato di impotenza psichica e fisica davanti l'inondazione di stimoli di origine interna ed esterna.

**La situazione traumatica fondamentale è quella dell'impotenza a cui tutte le altre fanno seguito:**

”**Chiamiamo traumatica** una simile situazione vissuta di impotenza; abbiamo allora un buon motivo per distinguere la situazione traumatica dalla situazione di pericolo ..... la situazione di pericolo è la situazione riconosciuta, ricordata, attesa, d'impotenza. L'angoscia è la reazione originaria all'impotenza vissuta nel trauma, reazione la quale, in seguito, è riprodotta nella situazione di pericolo come segnale di allarme. L'io, che ha vissuto passivamente il trauma, ripete ora attivamente una riproduzione attenuata dello stesso, nella speranza di poterne orientare autonomamente lo sviluppo”.

“...Gli effetti del trauma sono di due tipi: positivi e negativi. I primi (positivi) sono sforzi di rimettere in vigore il trauma, cioè di ricordare l'esperienza dimenticata, o meglio ancora di renderla reale, di viverne di nuovo una ripetizione, oppure, anche se si trattava solo di una relazione affettiva da lungo tempo trascorsa, di farla rivivere in una relazione analoga con un'altra persona. Questi sforzi vengono catalogati insieme come fissazioni al trauma e coazione a ripetere” .

Gli effetti negativi sono invece quelli che fanno sì che il trauma non sia né ricordato né ripetuto; sono le così dette reazioni di difesa, le quali concorrono più di ogni altra cosa alla determinazione del carattere. Fondamentalmente sono fissazioni al trauma, proprio come il loro opposto, solo che sono fissazioni con un intento contrastante, sono le elusioni, che possono accrescersi fino a diventare delle inibizioni e delle fobie.....

I sintomi della nevrosi in senso stretto sono formazioni di compromesso tra queste due tendenze del trauma.

**Bleuler**, nella sua classificazione delle malattie mentali, fu il primo ad introdurre come categoria diagnostica distinta “**le reazioni psicologiche**” definite anche come “**disturbi psicoreattivi o psicogeni**”.

Negli Stati Uniti, nello stesso periodo, si diffondeva l' **approccio psicobiologico di Meyer**, secondo il quale i disturbi mentali derivavano dall'interazione tra fattori psicologici, sociali e biologici. Egli introdusse un metodo, la **“psychobiological life history”**, per indagare adeguatamente le relazioni tra esperienza di vita e manifestazioni psicopatologiche.

Tra il 1940/50, Jaspers e Schneider, sottolinearono l'importanza della **“reazione ad eventi a situazioni stressanti”** quale possibile causa di manifestazioni psicopatologiche. Le loro osservazioni hanno costituito le basi per la comprensione del ruolo degli eventi stressanti nella patologia psichiatrica e per l'attuale inquadramento dei **disturbi correlati a stressor**.

Il sanguinoso conflitto vietnamita, combattuto tra il 1960 (data di costituzione del Fronte di Liberazione Nazionale filo-comunista FLN) e il 30 aprile 1975 (caduta di Saigon), infine, focalizzò l'attenzione della psichiatria statunitense sui devastanti effetti della guerra sulla salute mentale dei reduci americani. Si iniziò a parlare, proprio a questo punto, di **DPTS** (Figley, 1978).

Gli studi cognitivistici di Horowitz contribuirono enormemente all'evoluzione scientifica della patologia che **dal 1980**, con il termine **Disturbo Post traumatico da Stress (DPTS)** è stata proposta dall'American Psychiatric Association, al momento della stesura del **DSM-III** (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder), per indicare tutti i quadri patologici successivi all'esposizione a traumi, shock, eventi e situazioni non usuali, che erano seguiti da una sofferenza psichica protratta. Successivamente inserita nella versione del DSM III R, DSM IV(1994) e IV TR(2002), nell' ICD 10(Diagnostic Criteria for Research) dell'OMS(1992).

Con la definizione di DPTS, i curatori del DSM-III, dunque, affermano l'esistenza di una patologia psichica che insorge in individui sani a seguito di un evento traumatizzante. Si va così a colmare una lacuna nel panorama diagnostico e ad individuare l'esistenza di un disturbo cronico, che può insorgere come processo adattivo in seguito a gravi traumi, in individui senza alcuna predisposizione, introducendo una novità assoluta nell'ambito della psichiatria medica.

In generale le persone si confrontano con eventi altamente stressanti direttamente o indirettamente, che possono rappresentare veri e propri traumi e ciò può lasciare ferite che, sembra, nella maggior parte dei casi, si rimarginano, ma all'incirca nel 5%-10% dei casi si manifesta il DPTS.

Esso, certamente, non è l'unica conseguenza dell'esposizione al trauma, al contrario, restano segni indelebili che possono cronicizzarsi, compromettendo la normale funzionalità dell'individuo. La diagnosi di DPTS, apparentemente facile da farsi, in realtà è molto complicata poichè i criteri che la caratterizzano subiscono continue modificazioni, a seconda del significato che acquisisce nel tempo il concetto di trauma.

**Quando si parla di trauma** ci si riferisce generalmente ad un evento della vita del soggetto caratterizzato dall'intensità del suo impatto, dall'incapacità del soggetto a rispondervi adeguatamente, dalla viva agitazione e dagli affetti patogeni durevoli che esso provoca nell'organizzazione psichica del soggetto stesso. In termini economici, il trauma è caratterizzato da un afflusso di eccitazioni eccessivo rispetto alla tolleranza del soggetto ed alla sua capacità di dominarlo e di elaborarlo psichicamente ( Laplanche e Pontalis,1981).

Gli aspetti soggettivi ed individuali del trauma permettono di comprendere meglio il potenziale patologico soggettivo dell'evento, perchè spesso i sintomi di un DPTS possono comparire anche in seguito "a situazioni naturalmente presenti nella vita umana, quali malattie o lutti, nel corso delle quali la percezione soggettiva può diventare traumatizzante". ( March J.S.,1993) Ci sono, conseguentemente, **diverse possibilità di reagire al trauma** e diversi esiti post traumatici. Il soggetto, infatti, ha insite in sè delle vulnerabilità che lo predispongono al tipo di impatto che l'evento traumatico avrà su di sè; più intenso, scioccante e grave sarà il fattore scatenante, più la persona vivrà sensazioni di impotenza, di terrore, d'angoscia; più è probabile che si sviluppino stati psicopatologici. Se all'evento traumatico sopraggiungono anche altre condizioni sfavorevoli il quadro psichico del soggetto può aggravarsi ulteriormente, predisponendo all'insorgenza e alla cronicizzazione del DPTS.

Sono **considerati fattori aggravanti: le caratteristiche dell'evento traumatico in sè**, ad esempio il prolungamento dell'esposizione al trauma, la sua gravità, la sua presenza in concomitanza di altri problemi personali; **le caratteristiche della persona** colpita dal trauma, ad esempio la struttura della personalità, il pessimismo, la bassa autostima, una difficile storia personale con presenza di perdite precoci, condizioni di salute negative e basse risorse cognitive; **i fattori ambientali**, ad esempio la scarsa presenza di risorse amicali, di possibilità di ricorrere a supporti professionali adeguati per il trattamento immediato dei sintomi più acuti.

**La persona può reagire agli eventi critici con: reazioni di tolleranza**, mantenendo l'autocontrollo, la lucidità e l'adeguatezza dei comportamenti e delle reazioni emotive. In questi casi, l'apparato psichico del soggetto ha sostenuto l'impatto con l'evento e non ha riportato particolari danni. Tuttavia, può accadere che alcune persone, con il trascorrere dei giorni possono sviluppare reazioni inadeguate ovviamente collegate all'evento. L'esito favorevole è rappresentato dalla **resilienza**, cioè la capacità di riprendere la ripresa dello sviluppo dopo la lacerazione traumatica e nonostante la presenza di circostanze avverse. La resilienza non solo è una capacità innata nell'essere umano, ma si sviluppa in relazione all'ambiente, in un contesto di fattori che contempla la persona, la famiglia, le strutture socio-educative, la comunità e i valori che una società esprime. Grazie ad essa l'evento traumatico può trasformarsi in motore di un possibile cambiamento, trasformando l'esperienza dolorosa in apprendimento e mantenendo la capacità di conservare un certo grado di integrità e salute psicofisica di fronte agli stress e ai traumi. La sua azione positiva, secondo A.Oliviero Ferraris (2003):"è paragonabile ad una reazione psicologica efficace simile a quella messa in atto fisicamente da parte del sistema immunitario quando il corpo combatte e sconfigge un attacco infettivo".

Ma si possono avere **Reazioni iperemotive**, anche a carattere dissociativo. In questo caso, la maggior parte delle persone coinvolte presentano massicce manifestazioni psichiche e psicosomatiche tipo: shock, ansia, depressione, smarrimento, stupore, incredulità, comportamenti automatici, tremori, palpitazioni, nausea. Queste reazioni insorgono immediatamente dopo l'evento e condizionano for-

temente la persona anche nei giorni successivi. Il loro decorso comporta solitamente il graduale dissolvimento della sintomatologia.

A volte, invece, si assiste alla persistenza della sintomatologia e alla comparsa di veri e propri stati psicopatologici quali: DPTS, ASD (disturbo acuto da stress), Disturbi dell'adattamento, Depressione maggiore, Disturbo d'ansia generalizzato, Disturbo d'attacco di panico, Abuso di sostanze, Disturbi del sonno, Disturbi da somatizzazione, Comportamenti violenti in famiglia, Suicidio.

**IL CASO CLINICO** che presenterò questa volta è tratto da una perizia psicologica che ho eseguito, come CTP, per provare l'esistenza del danno biologico psichico in una donna, a seguito della morte per incidente da lavoro del fratello, per cui riporto direttamente alcuni estratti dalla perizia:

#### **ESAME PSICHICO:**

##### **DESCRIZIONE CLINICA DELL'EVENTO STRESSANTE**

Un giorno del 1999 il Sig. Angelo, fratello della sig.ra Filomena, muore a seguito di incidente su lavoro, travolto e schiacciato da un muro in calcestruzzo, posizionato a terra, senza armatura ed ancoraggi, su una piattaforma costituita da grosse pietre e calcestruzzo.

##### **ANAMNESI PSICHICA E SOCIO-RELAZIONALE**

Filomena ha 55 anni, ha sempre vissuto in una piccolissima frazione del Comune di Balsorano; attualmente vive con il marito, di anni 60, e l'anziana madre, di anni 95, cieca e sorda dalla nascita, poiché la figlia Anna si è sposata ed è andata a vivere in altra abitazione, e nel 2002 il figlio Giovanni ha perso la vita in un incidente stradale.

Fino all'età di 21 anni, quando Filomena si è sposata, ha vissuto con i suoi genitori e il suo unico fratello Angelo, più grande di quattro anni. Dopo qualche anno anche il fratello Angelo si è sposato. La famiglia è sempre stata molto unita ed ha sviluppato un alto senso di solidarietà e quando la casa paterna è diventata pericolante e i genitori l'hanno dovuta lasciare, Angelo li ha portati a vivere con lui. Nel 1990, il padre di Filomena muore all'età di 75 anni e la madre, anche lei settantacinquenne, si è trasferita stabilmente da Filomena. Il fratello Angelo, da quel momento, non dimenticò mai di passare

a casa di Filomena, tutti i giorni, la mattina o la sera, andava a controllare se tutto andava bene, se la sorella e la madre avessero bisogno di qualcosa in particolare. Molto spesso Filomena e Angelo, con le loro famiglie, cenavano tutti insieme, soprattutto alle feste come Natale, Pasqua, le feste di paese, i compleanni dei figli. Da piccoli, racconta Filomena, i due fratelli non sono andati a scuola oltre le elementari perchè in casa c'era bisogno del loro lavoro: lei pascolava le pecore e il fratello le mucche, andavano in campi diversi perchè il padre pensava che insieme potessero distrarsi dal compito e mandare gli animali a fare danni nei campi coltivati dagli altri paesani. Angelo allora diceva a Filomena: "non ti preoccupare che faccio il giro e poi vengo a riprenderti così torniamo insieme a casa!". All'età di 13 anni il fratello è andato a lavorare presso una ditta boschiva, ma rimetteva i soldi in casa, mentre Filomena è rimasta a lavorare i campi con il padre e a sostenere la madre in casa a causa del suo handicap. Filomena all'età di 21 anni si è sposata con un uomo di 5 anni più grande di lei, suo compaesano, che conduceva lo stesso tipo di vita. Il marito per tenere la famiglia unita, ha cercato di lavorare come operaio in alcune ditte edili nella zona, ma spesso lo facevano lavorare in nero e, quindi, nemmeno lo pagavano, così ha dovuto lasciare Filomena da sola con i figli e cominciare a lavorare nelle città del nord Italia, ma anche in Africa.

Di tutto questo, tuttavia, Filomena non ha mai sofferto, poichè costantemente sostenuta dal fratello Angelo, moralmente e materialmente; infatti, anche se due anni dopo il matrimonio di Filomena il fratello Angelo si è sposato, lui ha continuato a lavorare i campi, ad allevare gli animali, a raccogliere i frutti della campagna, a procurare la legna per il riscaldamento nei boschi, anche per lei.

Filomena racconta che tra loro c'è sempre stato lo stesso legame di quando erano piccoli e stavano a casa, e i suoi due figli lo consideravano come se fosse un altro padre.

Quando la donna si è ammalata di trombosi, per esempio, e stava ricoverata in ospedale il fratello comprò un portavivande e tutti i giorni le portava il cibo di casa. Lui non l'ha mai lasciata sola e lei non ha mai lasciato solo lui. Ad esempio, quando il bambino piccolo del fratello è stato in ospedale all'età di 4 anni e Angelo "piangeva...piangeva", racconta Filomena, "perchè il figlioletto aveva preso



una malattia alle ossa”, lei teneva in casa il secondo figlio, suo nipotino e il fratello andava a prenderlo la sera, perchè la moglie stava col bambino in ospedale. Dice Filomena:” poveri bambini, loro quando Angelo è morto, stavano in terrazza ad aspettare il padre perchè era ora che tornava, invece è arrivata una macchina e gli hanno dato quella brutta notizia. Loro soffrono molto ancora adesso!”. Quando stava morendo il padre di Filomena, suo fratello Angelo, la notte, ha fatto dormire nel suo letto matrimoniale lei, suo marito e i suoi bambini, mentre lui rimaneva ad assistere il padre. Dopo la morte del padre Angelo nel dividere la terra del padre le dice :”scegli quella che vuoi”.

Filomena racconta del rapporto particolare che il fratello Angelo ha con i suoi due figli, per i quali è sempre stato una guida, riferimento psicologico; per esempio, quando i figli di Filomena erano piccoli lo zio regalava loro i soldi ai compleanni e alle feste per le loro piccole spese, li rimproverava se era necessario e li consigliava se dovevano fare qualcosa d'importante. Filomena parla soprattutto del rapporto che il fratello aveva con suo figlio Giovanni, lo spronava ad andare a scuola e gli fece capire che anche nel lavoro bisognava sapere le cose, perciò dopo la scuola media lo convinse a frequentare almeno la scuola professionale per imparare il mestiere di idraulico.

Il giorno in cui Angelo è morto, racconta Filomena, il figlio Giovanni:” ci rimase molto male, stava finendo il militare e soffrì tantissimo perchè un suo amico che faceva il militare con lui mi disse di stare attento a Giovanni perchè la morte dello zio l'aveva sconvolto”. Infatti, continua a raccontare Filomena, Giovanni comprò due medagliette d'oro con la foto dello zio in modo che lui e la madre potessero portarlo sempre con sè. Giovanni era molto cambiato e ogni 29 del mese ricordava alla madre la morte dello zio dicendole:” mamma come ti senti...lo so che stai male...anche a me manca zio Angelo....io sono capace di buttarmi sotto un treno...ci vuole un attimo”. Il figlio Giovanni, tre anni dopo, le aveva chiesto di aiutarlo a pagare l'assicurazione della macchina e in quell'occasione le disse:” mamma aiutami a pagare l'assicurazione della macchina che quando muoio te ne ridaranno tanti”; il destino ha voluto che dopo aver acquistato la macchina, nel mese di maggio, e aver sottoscritto l'as-

sicurazione con una clausola per assicurare il guidatore, il 1 novembre, quindi solo cinque mesi dopo, avviene l'incidente mortale di Giovanni.

Filomena continua a raccontare, tra le lacrime, che solo poche ore prima dell'incidente lei era in macchina con il figlio e lui fischiando le disse:” mamma ti faccio ascoltare la canzone che cantava sempre zio”.

Attualmente la vita della donna è molto cambiata, ha perso ogni contatto con la famiglia del fratello, che si è molto distaccata in quanto non c'è più nessuna frequentazione, ma solo un rapporto formale perchè la cognata si è stretta di più alla sua famiglia originaria, aumentando il senso di vuoto e di solitudine della donna. Fortunatamente la figlia Anna può tenerla sotto controllo e darle un aiuto quando è necessario; mentre il rapporto con l'anziana madre, che a causa dei suoi problemi fisici, ha vissuto e vive molto ritirata in sé, limitando all'essenziale i contatti con gli altri, è diventato molto difficile a seguito della morte di Angelo. Filomena non ha potuto comunicarle la morte di Angelo perchè l'emozione per il lutto, sarebbe stato sicuramente troppo devastante per la madre e temendo per la sua vita preferì dirle che Angelo aveva avuto un incidente che lo costringeva a vivere attaccato a dei macchinari in un ospedale. Attualmente che la vecchia signora dice “sento che è come se Angelo fosse morto!” ed esprime il desiderio di volerlo toccare, Filomena si sente sempre più a disagio nel sostenere una situazione che non sa più come gestire.

#### **QUADRO CLINICO IMMEDIATAMENTE SUCCESSIVO ALL'EVENTO**

L'esperienza traumatizzante si è caratterizzata da una prima reazione emotiva d'intensa paura seguito da un incremento rilevante dello stato di ansia quale diretta reazione allo stress subito. Filomena lo descrive così:

“Prima mi sono sentita scoppiare, impazzire, non riuscivo a trattenermi e urlavo. Poi ho sentito subito il vuoto ed ho perso il sonno, ero molto agitata, nei giorni successivi ho smesso di cucinare, di fare le faccende di casa, non ho più guidato l'automobile perchè prima mi sentivo sicura con mio fratello. Una volta ho spaccato la gomma su una pietra, lui è venuto subito ed ha smontato la gomma, è an-

dato al paese a ricomprarla e mi ha sistemato la macchina; poi non me la sono più sentita di guidare. Ho provato a rivolgermi a specialisti, ma la testa mi dice che non mi fanno niente; dice: "La perdita del fratello non si recupera con le medicine. Con " 'no bottigliuccio di E-ENNE ci faccio 'na settimana! m'aiutano no pòco dentro... le medicine me le ha date il medico di famiglia".

### **QUADRO CLINICO ATTUALE**

La sig.ra Filomena vive sentimenti intensi d'impotenza, sentimenti d'intrusione, quali ricordi spiacevoli ricorrenti dell'esperienza traumatizzante che comprendono immagini, pensieri, incubi e flasbeck non controllabili. Per esempio, si sente male la madre e non ha nessuno da chiamare per farsi aiutare. Filomena dichiara di non aver mai sofferto così prima della morte del fratello Angelo. Riferisce una sintomatologia persistente di iper-arousal, indicata da difficoltà ad addormentarsi o a mantenere il sonno, dorme un ora a notte, o meglio quando ci riesce si addormenta dalle tre e mezza alle quattro e mezzo del mattino.

Presenta irritabilità o scoppi di collera, associata al pensiero della persona che ha fatto il male al fratello, dice che non riesce a perdonarlo perchè d'allora tutta la sua vita è distrutta. All'epoca chiamò tale persona per sapere esattamente cosa fosse successo, lui le raccontò il fatto senza volersi mai prendere la responsabilità dell'accaduto per aver guidato male il mezzo che urtò il muro, scaricando, invece, la responsabilità sulla pietra che toccò il muro.

Riferisce la persistenza di una sintomatologia insorta pochi giorni dopo il trauma: frequenti crisi di pianto (piange in continuazione anche durante la prova), spesso si sente sola e abbandonata, come quando ha realizzato la morte del fratello vedendolo dentro la bara, se pure tenta di evitare tali pensieri non riesce a dimenticare; prova un senso di vuoto e di colpa che non passa perchè pensa sempre a quando il fratello volesse bene ai suoi figli e diceva che lei doveva avere tutto quello che aveva lui, invece, lei non sa nemmeno come può fare ad aiutare i suoi nipoti che soffrono tantissimo; oppure quando va in chiesa e rivede Angelo nel banco dove lui si metteva di solito e fa di tutto per non guardarci, ma lo rivede lì; ha sempre la sensazione di essere costantemente minacciata dagli eventi

ai quali non riesce a reagire, non riesce a concentrarsi, ha problemi di memoria, dimentica facilmente le cose e si sente costantemente in pericolo. Non solo non guida più l'automobile, ma non è più in grado di fare le cose anche semplici, è bloccata in tutto quello che faceva prima, dice "mia figlia mi litiga sempre, ma che ci posso fare?" Ogni cosa le ricorda il trauma. Filomena racconta che in questi giorni ha sentito cantare la civetta e aveva pensato che la madre potesse morire ed ha ricordato che anche prima della morte del fratello aveva sentito la civetta cantare, ma che non si era spaventata perchè se la madre moriva lei aveva sempre suo fratello, invece due giorni dopo fu proprio lui a morire. Il fratello è costantemente presente nei suoi sogni e nell'ultimo sogno sentiva bussare alla sua camera, allora dice: "chi bussa a quest'ora?" subito dopo sente il fratello chiamare.

Secondo il DSM-IV, affinché si possa parlare di DPTS, è necessario che si presenti un quadro sintomatologico ben definito e specifico del disturbo, che prevede la presenza di sintomi relativi a 4 clusters ben precisi e da un punto di vista clinico è l'unica patologia in cui questi si associano:

- 1) **Ripresentazione del vissuto traumatico:** consistenti in ricordi dell'evento, con carattere invasivo e ricorrente, vissuti con partecipazione affettiva più o meno intensa e reminescenza sensitivo-sensoriale di grado variabile. Frequentemente l'esperienza traumatica si ripresenta in forma di "flashback", episodi dissociativi durante i quali il paziente sente ed agisce come se stesse rivivendo l'evento e nel corso dei quali si riattualizza il contesto percettivo ed affettivo dell'esperienza traumatica. Il soggetto rivive la situazione traumatica come se il tempo non fosse passato, irrompendo con il loro carattere scenico nella sua mente, senza preavviso, anche senza agganci con la realtà circostante, rinnovando costantemente la drammaticità dell'evento ed impedendo l'effetto terapeutico del tempo. Anche i sogni servono a rivivere il trauma; sono angosciosi e incubi notturni nei quali il soggetto rivive l'evento nel complesso o limitatamente ad alcuni aspetti. Anticipando tali sogni, molti pazienti vivono con angoscia il momento di coricarsi. Inoltre, in seguito ad esposizione a stimoli collegati al trauma, i pazienti affetti da DPTS sviluppano spesso intenso disagio psicologico, paura, terrore, accompagnati da importanti manifestazioni neurovegetative.
- 2) **Aumento dell'arousal.** I pazienti perdono la capacità di modulare il grado di arousal e, anche di fronte a sollecitazioni ambientali di lieve entità, rispondono con un coinvolgimento ed un'intensità che sarebbero adeguati a situazioni di emergenza. I soggetti vivono come se fossero minacciati dallo stressor che ha provocato il disturbo; lamentano una tensione continua, sono in uno stato continuo di allarme per l'attesa continua di minaccioso. Di fronte a stimoli debol-

mente ansiogeni, o minime sollecitazioni compaiono manifestazioni neurovegetative e scoppi di collera, insonnia, disturbi della concentrazione e della memoria, in alcuni casi drammaticamente presenti.

1) **Evitamento.** I soggetti evitano costantemente le situazioni che risvegliano il ricordo dell'evento traumatico poichè i sintomi peggiorano di fronte ad una situazione o di una attività che richiama il trauma originario. Ciò causa un'alterazione della qualità della vita grave. Nell'ambito dei sintomi di evitamento rientra anche l'incapacità di ricordare qualche aspetto dell'evento traumatico (amnesia dissociativa) e l'entità della lacuna mnestica può variare in modo considerevole.

2) **Intorpidimento, insensibilità o paralisi emozionale detti numbing.** Da ciò deriva

una limitazione della gamma affettiva, disinvestimento della famiglia, ritiro sociale, e senso di distacco ed estraneamento dall'ambiente. Sono specialmente le reazioni emozionali normali ad essere intorpidite. I vissuti soggettivi di paura, di orrore, come pure quelli di gioia o di attesa palpitante sono annullati. Si associano a queste caratteristiche altre manifestazioni di tipo somatoforme, quali abuso di alcool, di droghe, come tentativo di automedicazione per mitigare i sintomi del trauma, ed elevato rischio suicidario, particolarmente se i pazienti sono giovani adulti. Si possono manifestare sentimenti di colpa per essere sopravvissuti ad eventi catastrofici in cui altre persone hanno perso la vita.

Recentemente, come riportato dal DSM-IV-TR, è stata osservata in pazienti con DPTS, la presenza di manifestazioni psicotiche vere e proprie, quali ideazione paranoide, comportamento bizzarro, allucinazioni visive ed uditive non correlate al rivivere il trauma, che possono essere considerate come una forma estrema di ipervigilanza che include l'ideazione e i deliri di persecuzione e di riferimento.

**Il quadro sintomatologico** del Disturbo Post Traumatico da Stress è dato da i seguenti punti:

**A.** la persona è stata esposta a un intervento traumatico nel quale erano presenti entrambe le caratteristiche seguenti:

1) la persona ha vissuto, ha assistito, o si è confrontata con un evento o con eventi che hanno implicato morte, o minaccia di morte, o gravi lesioni, o una minaccia all'integrità fisica propria o di altri;

2) la risposta della persona comprendeva paura intensa, sentimenti d'impotenza, o di orrore. **NOTA** Nei bambini questo può essere espresso con comportamento disorganizzato o agitato.

**B.** l'evento traumatico è rivissuto persistentemente in uno (o più) dei seguenti modi: 1) ricordi spiacevoli ricorrenti e intrusivi dell'evento, che comprendono immagini, pensieri, o percezioni. **NOTA** Nei

bambini piccoli si possono manifestare giochi ripetitivi in cui sono espressi temi o aspetti riguardanti il trauma;

2) sogni spiacevoli ricorrenti dell'evento. NOTA Nei bambini piccoli possono essere presenti sogni spaventosi senza un contenuto riconoscibile;

3) agire o sentire come se l'evento traumatico si stesse ripresentando (ciò include sensazioni di rivivere l'esperienza, illusioni, allucinazioni, ed episodi dissociativi di flashback, compresi quelli che si manifestano al risveglio o in stato d'intossicazione) NOTA Nei bambini piccoli può manifestarsi rappresentazioni ripetitive specifiche del trauma;

4) disagio psicologico intenso all'esposizione di fattori scatenanti interni o esterni che simbolizzano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento traumatico;

5) reattività fisiologica o esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simbolizzano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento traumatico.

**C.** Evitamento persistente degli stimoli associati con il trauma e attenuazione della reattività generale (non presenti prima del trauma), come indicato da tre (o più) dei seguenti punti:

1) sforzi per evitare pensieri, sensazioni o conversazioni associate con il trauma;

2) sforzi per evitare attività, luoghi o persone che evocano ricordi del trauma;

3) incapacità di ricordare qualche aspetto importante del trauma;

4) riduzione marcata dell'interesse o della partecipazione ad attività espressive;

5) sentimenti di distacco ed estraneità verso gli altri;

6) affettività ridotta (per es., incapacità di provare sentimenti di amore);

7) sentimenti di diminuzione delle prospettive future (per es., aspettarsi di non poter avere una carriera, un matrimonio o dei figli, o una normale durata della vita.)

**D.** Sintomi persistenti di aumentato arousal (non presenti nel trauma), come indicato da almeno due dei seguenti elementi:

1) difficoltà di addormentarsi o a mantenere sonno;

- 2) irritabilità o scoppi di collera;
- 3) difficoltà a concentrarsi;
- 4) ipervigilanza;
- 5) esagerate risposte di allarme.

**E.** La durata del disturbo (sintomi ai Criteri B, C e D) è superiore a un mese.

**F.** Il disturbo causa disagio clinicamente espressivo o menomazione nel funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti.

Specificare se: **Acuto**: se la durata dei sintomi è inferiore a tre mesi;

**Cronico**: se la durata dei sintomi è tre mesi o più.

Specificare se: **A Esordio Ritardato** se l'esordio dei sintomi avviene almeno sei mesi dopo l'evento stressante.

**Ritorniamo al caso clinico:** Il CTU che aveva avuto il compito dal tribunale di fare diagnosi del danno biologico, nel caso della sig.ra Filomena pur riconoscendo una sofferenza psicologica generale nella donna non l'attribuì al trauma originario, cioè la morte del fratello, ma semmai alla morte del figlio avvenuta tre anni dopo circa. **Le sue conclusioni furono da me contestate teoricamente e metodologicamente.** Cito dalla perizia di CTP: "In realtà, proprio la presenza di una ulteriore significativa morte come quella di Giovanni, figlio di Filomena, avvenuta dopo la morte di Angelo, andava indagata dal punto di vista psicologico e relazionale. Giovanni è morto all'età di anni 23 in un incidente stradale, successo alle ore 2,30 del mattino, per eccesso di velocità, proprio come accade a tantissimi giovani purtroppo che vivono un disagio psicologico.

L'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'- Osservatorio Nazionale Alcol – CNESPS- Reparto Salute della Popolazione e suoi Determinanti -WORLD HEALTH ORGANIZATION - Collaborating Centre for Health Promotion and Research on Alcohol and Alcohol-related Health problems, **nella giornata di studio** ( Roma 07 Aprile 2011 ) dedicata alla prevenzione della mortalità per causa di incidenti stradali sui gruppi a maggior rischio, ha dimostrato, come secondo i dati disponibili (ACI-ISTAT), i decessi

dovuti ad incidente stradale, avvengono per tutte le fasce di età, ma i tassi più elevati si registrano tra gli uomini nei giovani di età 15-29, tra le donne di età 15-24, e questo per comportamenti legati per lo più al disagio giovanile. Giovanni, infatti, dalla morte dello zio Angelo dimostrava un grosso disagio, che la famiglia non è stata in grado di controllare, in quanto non è stato riconosciuto e quindi impossibile da contenere, perchè come raccontato da Filomena, la famiglia era tutta impegnata ad elaborare un trauma per la perdita a causa di incidente sul lavoro di Arcangelo.

**Il trauma psichico ha un effetto "cumulativo"** (Khan M. M. R., lo spazio privato del Sè, Boringhieri, Torino, 1974), cioè rende il soggetto particolarmente vulnerabile ed indifeso nei confronti di ogni esperienza potenzialmente traumatica, in tutte le fasi di sviluppo, ed è questa la sua grave patologia: in una frazione di secondo, l'individuo sente che la sua vita finisce; si vede morto o, ancor peggio, "svanito". Quando la morte non avviene, l'individuo riprende la sua esistenza, si sente sollevato, svolge con regolarità gli impegni, ma nel giro di mesi o di anni si organizza la "sindrome da ripetizione".

Qualsiasi stimolo che faccia ritornare il ricordo dell'esperienza, crea le condizioni per sperimentare nuovamente ed in forma totale, le sensazioni, i vissuti, le reazioni angosciose provate in conseguenza dello stimolo originario. Non tutte le persone sono sottoposte a questa esperienza proprio perché dipende : 1) dal tipo di stimolo, che diventa incisivo a causa della sorpresa e della violenza del confronto, 2) dalla situazione personale del soggetto, che può risultare più o meno resiliente (resilienza = capacità di resistere) o, nel versante opposto, trovarsi in situazione di debolezza psichica (per esempio nei bambini e nelle persone anziane o nelle persone già traumatizzate).

Da questo si desume che il trauma produce una effrazione, una rottura nell'apparato psichico che si manifesta come organizzazione di una "traccia mnesica" che resta nella psiche come " oggetto persecutorio profondo ".(Norma Alberro). Il trauma, quindi, non è solo una rappresentazione, ma un insieme di sentimenti e di vissuti estranei e dolorosi di annichilimento, di frammentazione, di svenimento, che si autoalimenta e si perpetua.



Lo " stress post-traumatico " rappresenta il ritorno dell'esperienza che così continua a ripetersi nell'elaborazione inconscia, producendo uno stato di "vulnerabilità" psicofisica." .E questo è ciò che è successo a Filomena e al figlio Giovanni a seguito della morte di Angelo.

Il CTU, tra l'altro, per negare l'esistenza del danno biologico, a pag. 11 della relazione peritale scrive, cito testualmente,:

" E' bene distinguere, nel corso dell'accertamento medico-legale, le caratteristiche del lutto patologico dall'accentuazione del lutto fisiologico. A questo proposito il criterio cronologico risulta di fondamentale importanza.

Per accertare un danno da lutto occorre un periodo di tempo lungo fino a due anni...."

a pag. 12 : "...secondo il DSM OV-TR a seguito di un riscontrato lutto patologico è possibile rilevare i seguenti inquadramenti diagnostici:

- 1) disturbi d'ansia (Disturbo di Ansia Generalizzato (DAG), Disturbo dell'Adattamento (D d' A) , Disturbo Post Traumatico da Stress (DPTS), Disturbi da Attacco di Panico (DAP);
- 2) disturbi deliranti;
- 3) disturbi dell'umore ".

a pag. 15 : " che la psicologia ha da tempo messo in evidenza come, per un particolare meccanismo psicodinamico, l'evento luttuoso più recente riattualizza e riporta alla coscienza dell'individuo (facendolo nuovamente rivivere), il dolore già provato in precedenti simili significative esperienze di perdita".

In effetti, **faccio osservare al giudice**, che: "non si può negare l'evidenza di questi enunciati, tuttavia bisogna considerare che proprio il criterio cronologico permette di fare una diagnosi più appropriata, che per la sig.ra Filomena corrisponde ad un Disturbo Post Traumatico da Stress (DPTS).

Dodici (12) anni di lutto che non è stato elaborato psicologicamente e che hanno cronicizzato comportamenti disadattivi, che si ripetono coattivamente, costituiscono il trauma, la cui patologia è stata accertata tramite psicodiagnosi effettuata attraverso una batteria di test e diversi colloqui clinici. Tale

patologia è stata prevista tra le possibilità di esito del danno da lutto, ma non è stata evidenziata dal CTU per mancato approfondimento clinico ed alcuni studi recenti dimostrano che gli effetti psicologici di un grave trauma possono ripercuotersi sui discendenti delle vittime con effetti lesivi sulla personalità con ricadute trans generazionali attraverso le modalità di attaccamento che si trasmettono da genitore a figlio: **"il PTDS può durare una vita: legato alla difesa dissociativa, frattura di Sè e condiziona le modalità di attaccamento con conseguenze devastanti sui propri figli"**, De Zuleta F., Dal dolore alla violenza, R. Cortina Ed., Milano 1999