

## **- Disturbo Post-traumatico da Stress -**

**A) Caratteristiche diagnostiche**

**B) Specificazioni**

**C) Manifestazioni e disturbi associati**

**D) Caratteristiche collegate a cultura ed età**

**E) Prevalenza**

**F) Decorso**

**G) Familiarità**

**H) Diagnosi differenziale**

**I) Relazione con i criteri diagnostici per la ricerca dell' ICD-10**

### **A) Caratteristiche diagnostiche**

La caratteristica essenziale del Disturbo Post-traumatico da Stress è lo sviluppo di sintomi tipici che seguono l'esposizione ad un fattore traumatico estremo che implica l'esperienza personale diretta di un evento che causa o può comportare morte o lesioni gravi o altre minacce all'integrità fisica; o la presenza ad un evento che comporta morte, lesioni o altre minacce all'integrità fisica di un'altra persona; o il venire a conoscenza della morte violenta o inaspettata, di grave danno o minaccia di morte o lesioni sopportate da un membro della famiglia o da altra persona con cui è in stretta relazione. La risposta della persona all'evento deve comprendere paura intensa, il sentirsi inerme o il provare orrore (oppure, nei bambini, la risposta deve comprendere comportamento disorganizzato o agitazione). I sintomi caratteristici che risultano dall'esposizione ad un trauma estremo includono il continuo rivivere l'evento traumatico, l'evitamento persistente degli stimoli associati con il trauma, l'ottundimento della reattività generale e sintomi costanti di aumento dell'arousal. Il quadro sintomatologico completo deve essere presente per più di 1 mese e il disturbo deve causare disagio clinicamente significativo o menomazione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti.

Gli eventi traumatici vissuti direttamente includono, ma non sono limitati a, combattimenti militari, aggressione personale violenta (violenza sessuale, attacco fisico, scippo, rapina), rapimento, essere presi in ostaggio, attacco terroristico, tortura, incarcerazione come prigioniero di guerra o in un campo di concentramento, disastri naturali o provocati, gravi incidenti automobilistici, ricevere una diagnosi di malattie minacciose per la vita.

Per i bambini, gli eventi traumatici dal punto di vista sessuale possono includere le esperienze sessuali inappropriate dal punto di vista dello sviluppo senza violenza o lesioni reali o minacciate. Gli eventi vissuti in qualità di testimoni includono, ma non sono limitati a, l'osservare il ferimento grave o la morte innaturale di un'altra persona dovuti ad assalto violento, incidente, guerra o disastro o il trovarsi di fronte inaspettatamente a un cadavere o a parti di un corpo.

Gli eventi vissuti da altri, ma di cui si è venuti a conoscenza, includono, ma non sono limitati a, aggressione personale violenta, grave incidente o gravi lesioni subiti da un membro della famiglia o da un amico stretto; il venire a conoscenza della morte improvvisa, inaspettata, di un membro della famiglia o di un amico stretto; oppure il venire a conoscenza di una malattia minacciosa per la vita di un proprio bambino. Il disturbo può risultare particolarmente grave e prolungato quando l'evento stressante è ideato dall'uomo (per es., tortura, rapimento). La probabilità di sviluppare questo disturbo può aumentare proporzionalmente all'intensità e con la prossimità fisica al fattore stressante.

L'evento traumatico può essere rivissuto in vari modi. Comunemente la persona presenta ricordi ricorrenti e intrusivi dell'evento o sogni sgradevoli ricorrenti durante i quali l'evento può essere ripetuto o altrimenti rappresentato. In rari casi la persona vive stati dissociativi che durano da pochi secondi a diverse ore, o anche giorni, durante i quali vengono rivissute parti dell'evento e la persona si comporta come se stesse vivendo l'evento in quel momento. Questi episodi spesso chiamati "flashbacks" sono tipicamente brevi, ma possono essere associati con disagio prolungato ed innalzato stato di attivazione. Spesso si manifestano intenso disagio psicologico o reattività fisiologica quando la persona viene esposta ad eventi scatenanti che assomigliano o simboleggiano un aspetto dell'evento traumatico (per es., anniversari dell'evento traumatico; clima freddo o nevoso, o guardie in uniforme, per i sopravvissuti di campi di prigionia in climi

freddi; clima caldo umido per i veterani del Sud del Pacifico; entrare in ascensore per una donna che è stata sottoposta a violenza in un ascensore).

Vengono evitati in modo persistente gli stimoli associati con il trauma. La persona comunemente si sforza volontariamente di evitare pensieri, sentimenti o conversazioni che riguardano l'evento traumatico, e di evitare attività, situazioni o persone che suscitano ricordi di esso. Questo evitamento può comportare amnesia per qualche aspetto importante dell'evento traumatico. Di solito subito dopo l'evento traumatico inizia una riduzione della reattività verso il mondo esterno, a cui ci si riferisce come "paralisi psichica" o "anestesia emozionale".

L'individuo può lamentare una marcata riduzione dell'interesse o della partecipazione ad attività precedentemente piacevoli, o di sentirsi distaccato o estraneo nei confronti delle altre persone, o di avere una marcata riduzione della capacità di provare emozioni. L'individuo può avere un senso di diminuzione delle prospettive future (per es., non aspettarsi di avere una carriera, un matrimonio, figli o una normale durata di vita).

L'individuo presenta sintomi persistenti di ansia o di aumento dell'arousal non presenti prima del trauma. Questi sintomi possono includere difficoltà ad addormentarsi o a mantenere il sonno, che può essere causata da incubi frequenti durante i quali viene rivissuto l'evento traumatico, ipervigilanza, ed esagerate risposte di allarme. Alcuni individui riferiscono irritabilità o scoppi d'ira o difficoltà a concentrarsi o a eseguire compiti.

## **B) Specificazioni**

Possono essere utilizzate le seguenti specificazioni per indicare l'esordio e la durata dei sintomi del Disturbo Post-traumatico da Stress:

**Acuto.** Questa specificazione dovrebbe essere usata quando la durata dei sintomi è inferiore a 3 mesi.

**Cronico.** Questa specificazione dovrebbe essere usata quando i sintomi durano 3 mesi o più.

**Ad Esordio Tardivo.** Questa specificazione indica che sono trascorsi almeno 6 mesi tra l'evento e l'esordio dei sintomi.

## **C) Manifestazioni e disturbi associati**

*Caratteristiche descrittive e disturbi mentali associati* gli individui con Disturbo Post-traumatico da Stress possono descrivere dolorosi sentimenti di colpa per il fatto di essere sopravvissuti a differenza degli altri o per ciò che hanno dovuto fare per sopravvivere. Le modalità di evitamento possono interferire con le relazioni interpersonali e portare a conflitti coniugali, divorzio o perdita del lavoro. In alcuni casi gravi e cronici possono essere presenti allucinazioni uditive ed ideazione paranoide. Si può manifestare la seguente costellazione di sintomi, che risulta associata più comunemente con eventi stressanti di tipo interpersonale (per es., abuso sessuale o fisico nell'infanzia, violenze domestiche, essere presi in ostaggio, incarcerazione come prigioniero di guerra o in un campo di concentramento, tortura): compromissione della modulazione affettiva; comportamento autolesivo e impulsivo; sintomi dissociativi; lamentele somatiche; sentimenti di inefficienza, vergogna, disperazione o mancanza di speranza; sentirsi irrimediabilmente danneggiati; perdita di convinzioni precedentemente sostenute; ostilità; ritiro sociale; sensazione di minaccia costante; compromissione delle relazioni con gli altri; oppure cambiamento delle caratteristiche precedenti di personalità.

Il Disturbo Post-traumatico da Stress si associa con tassi innalzati di Disturbo Depressivo Maggiore (Episodio Singolo e Ricorrente), Disturbi Correlati a Sostanze, Disturbo di Panico (Senza Agorafobia e Con Agorafobia), Agorafobia, Disturbo Bipolare, Disturbo D'Ansia Generalizzato, Fobia Sociale, Fobia Specifica e Disturbo Bipolare. Questi disturbi possono precedere, seguire o emergere in concomitanza con l'insorgenza del Disturbo Post-traumatico da Stress.

*Reperti di laboratorio associati* l'aumento dell'arousal può essere misurato attraverso studi del funzionamento del sistema neuro-vegetativo (per es., frequenza cardiaca, elettromiografia, attività delle ghiandole sudoripare).

*Reperti dell'esame fisico e condizioni mediche generali associate* danni fisici possono verificarsi come diretta conseguenza del trauma. Inoltre, il Disturbo Post-traumatico da Stress Cronico può essere associato con tassi aumentati di lamentele somatiche e possibilmente condizioni mediche generali.

#### **D) Caratteristiche collegate a cultura ed età**

Gli individui recentemente emigrati da aree con considerevole instabilità sociale e conflitto civile possono presentare percentuali elevate di Disturbo Post-traumatico da Stress. Tali individui possono essere particolarmente riluttanti a divulgare esperienze di tortura e traumi per la loro posizione critica di immigrati politici. Per tali individui sono necessarie valutazioni specifiche delle esperienze traumatiche e dei sintomi concomitanti.

Nei bambini più piccoli, i sogni spiacevoli riguardanti l'evento possono, nel giro di alcune settimane, trasformarsi in incubi generalizzati con mostri, con salvataggi o con minacce per sé o per altri. I bambini piccoli di solito non hanno la sensazione di rivivere il passato; piuttosto il rivivere il trauma si manifesta attraverso un gioco ripetitivo (per es., un bambino che è stato coinvolto in un grave incidente automobilistico inscena ripetutamente scontri automobilistici con modellini di automobili). Poiché può essere difficile per i bambini riferire una riduzione di interesse per attività significative e una coartazione dell'affettività, questi sintomi dovrebbero essere valutati accuratamente da quanto riferiscono i genitori, gli insegnanti e altri osservatori. Nei bambini, il senso di diminuzione delle prospettive future può essere evidenziato dalla convinzione che la vita sarà troppo breve per diventare adulti. Vi può anche essere una "tendenza divinatoria", cioè la convinzione di avere la capacità di prevedere eventi futuri infausti. I bambini possono anche mostrare vari sintomi fisici, come dolori di stomaco e mal di testa.

#### **E) Prevalenza**

Studi di comunità rivelano una prevalenza lifetime per il Disturbo Post-traumatico da Stress di circa l'8% nella popolazione adulta degli Stati Uniti. Attualmente, non vi sono informazioni disponibili per quanto riguarda la prevalenza nella popolazione generale di altri paesi. Gli studi su individui a rischio (cioè gruppi esposti a specifici eventi traumatici) danno reperti variabili con i tassi più alti (che vanno da un terzo a più della metà di quelli esposti) riscontrati tra i sopravvissuti di violenza sessuale, guerra e prigionia o campi di concentramento e genocidio per motivi etnici o politici.

#### **F) Decorso**

Il Disturbo Post-traumatico da Stress si può manifestare a qualsiasi età, compresa l'infanzia. I sintomi di solito iniziano nei primi 3 mesi dopo il trauma, sebbene possa esservi un ritardo di mesi, o anche di anni, prima della comparsa dei sintomi. Frequentemente la reazione di un individuo ad un trauma soddisfa i criteri per il Disturbo Acuto da Stress immediatamente dopo il trauma. I sintomi del disturbo e la relativa predominanza della riesperienza, l'evitamento e i sintomi di iperarousal possono variare nel tempo. La durata dei sintomi varia e in circa la metà dei casi la remissione completa si verifica in 3 mesi, mentre molti altri hanno sintomi persistenti per più di 12 mesi dopo il trauma. In alcuni casi, il decorso è caratterizzato da un attenuarsi ed un accentuarsi dei sintomi. La riattivazione dei sintomi può verificarsi in risposta a fattori che fanno ricordare il trauma originale, eventi di vita stressanti o nuovi eventi traumatici.

La gravità, la durata e la prossimità dell'individuo all'evento traumatico sono i fattori più importanti che influenzano la possibilità di sviluppare il disturbo. Vi è qualche evidenza che i supporti sociali, l'anamnesi familiare, le esperienze infantili, le variabili di personalità e i disturbi mentali preesistenti possono influenzare lo sviluppo di un Disturbo Post-traumatico da Stress. Il disturbo si può sviluppare anche in individui senza alcuna condizione predisponente, soprattutto se l'evento stressante è particolarmente grave.

## G) Familiarità

Vi sono dati relativi ad una componente ereditabile per la trasmissione del Disturbo Post-traumatico da Stress. Inoltre, una storia di depressione in parenti di primo grado è stata correlata ad un'aumentata vulnerabilità per lo sviluppo del Disturbo Post-traumatico da Stress.

## H) Diagnosi differenziale

Nel Disturbo Post-traumatico da Stress l'evento stressante deve essere di natura estrema (cioè, minaccioso per la vita). Al contrario, nel Disturbo dell'Adattamento l'evento stressante può essere di qualsiasi livello di gravità. La diagnosi di Disturbo dell'Adattamento può essere appropriata sia per le situazioni in cui la risposta ad un evento stressante estremo non soddisfa i criteri per il Disturbo Post-traumatico da Stress (o per un altro disturbo mentale specifico), sia per le situazioni in cui il quadro sintomatologico del Disturbo Post-traumatico da Stress si manifesta in risposta ad un evento stressante non estremo (per es., abbandono da parte del coniuge, licenziamento).

Non tutta la psicopatologia che si manifesta in individui esposti ad un evento stressante estremo deve essere necessariamente attribuita ad un Disturbo Post-traumatico da Stress.

*I sintomi di evitamento, l'intorpidimento e l'aumento dell'arousal presenti prima dell'esposizione all'evento stressante* non soddisfano i criteri per la diagnosi di Disturbo Post-traumatico da Stress e richiedono la considerazione di altre diagnosi (per es., un Disturbo dell'Umore o altri Disturbi d'Ansia). Inoltre, se il modello di risposta sintomatologica all'evento stressante estremo soddisfa i criteri per un altro disturbo mentale, (per es., Disturbo Psicotico Breve, Disturbo di Conversione, Disturbo Depressivo Maggiore, Episodio Singolo e Ricorrente), dovrebbero essere poste queste diagnosi insieme o in alternativa al Disturbo Post-traumatico da Stress.

Il Disturbo Acuto da Stress si distingue dal Disturbo Post-traumatico da Stress poiché il quadro sintomatologico nel Disturbo Acuto da Stress si deve manifestare entro 4 settimane dall'evento traumatico e risolversi entro quel periodo di 4 settimane.

Se i sintomi persistono per più di 1 mese e soddisfano i criteri per il Disturbo Post-traumatico da Stress, la diagnosi cambia da Disturbo Acuto da Stress a Disturbo Post-traumatico da Stress.

Nel Disturbo Ossessivo -Compulsivo vi sono pensieri intrusivi ricorrenti, ma questi vengono vissuti come inappropriati e non sono correlati all'esperienza di un evento traumatico.

I flashback nel Disturbo Post-traumatico da Stress devono essere distinti dalle illusioni, allucinazioni e altri disturbi percettivi che possono manifestarsi nella Schizofrenia, in altri Disturbi Psicotici, in un Disturbo dell'Umore con Manifestazioni Psicotiche, in un delirium, nei Disturbi Indotti da Sostanze (Intossicazione e Astinenza) e nei Disturbi Psicotici Dovuti ad una Condizione Medica Generale.

La Simulazione dovrebbe essere presa in considerazione in quelle situazioni che implicano risarcimento, accesso a benefici e determinazioni legali.

## I) Relazione con i criteri diagnostici per la ricerca dell'ICD-10

I criteri diagnostici per la ricerca dell'ICD-10 per il Disturbo Post-traumatico da Stress forniscono un criterio differente per l'evento stressante: una situazione od evento "di natura eccezionalmente minacciosa o catastrofica, in grado di provocare diffuso malessere in quasi tutte le persone". L'algoritmo diagnostico dell'ICD-10 differisce da quello specificato nel DSM-IV per il fatto che il Criterio D del DSM-IV, (cioè sintomi di aumentato arousal), non è considerato indispensabile, ma può essere sostituito dall'incapacità di rievocare importanti aspetti del trauma. A differenza del DSM-IV, nei criteri diagnostici per la ricerca dell'ICD-10 non viene specificata la durata minima dei sintomi.