

## Disturbo post-traumatico da stress: il futuro sarà diverso dal passato?

*Post traumatic stress disorder: will the future be different from the past?*

ALEXANDER MCFARLANE E GIOVANNI DE GIROLAMO

### INTRODUZIONE

Gli effetti prodotti dall'esposizione ad uno o più eventi traumatici sono tuttora fonte di numerosi interrogativi irrisolti, sia dal punto di vista teorico che da quello più direttamente clinico, anche perché essi, per lungo tempo, non sono stati studiati in maniera omogenea e scientificamente coerente. Negli ultimi vent'anni, tuttavia, gli interessi sia di ricerca che clinici in quest'area si sono rapidamente accresciuti, dando il via ad indagini fruttuose ed a cambiamenti significativi nella pratica clinica. Va anche detto che periodi di forte interesse verso questo tema si erano già resi visibili alla fine del secolo scorso: ad esempio, Seguin, in un lavoro pubblicato nel 1890, aveva già sottolineato come lo studio dei traumi psicologici e delle loro conseguenze avesse conseguito un'ampia risonanza sia in Europa che in Nord America. A parere di questo autore, sin da allora il termine «nevrosi traumatica» avrebbe dovuto sostituire tutta l'ampia gamma di denominazioni usate con riferimento allo stesso tipo di disturbo, come «isteria», «nevrosi di compensazione», «concussione», ecc. Cionondimeno, ci sono voluti ben 90 anni affinché questo suggerimento venisse accolto, trovando spa-

zio nelle pagine del DSM-III (American Psychiatric Association, 1980).

Per quale oscuro motivo, dunque, la psichiatria si è accorta dell'importanza dei traumi sempre e solo in maniera oscillante, e, si potrebbe dire, quasi donchisciottesca? Si deve pensare che anche le concettualizzazioni ed i modelli elaborati più recentemente, ben supportati dalle evidenze disponibili, saranno soggetti ad imprevedibili oscillazioni, oppure essi possono essere considerati come acquisiti? Lo scopo di questo contributo è appunto quello di fornire una risposta a questi interrogativi, cercando di enucleare sia le principali evidenze su cui, in questo settore, vi è accordo tra ricercatori e clinici, sia gli interrogativi ancora in attesa di risposte soddisfacenti.

### CRITERI DIAGNOSTICI E NATURA DEGLI EVENTI STRESSANTI

Mentre non si contano quasi le critiche mosse ai criteri diagnostici relativi al Disturbo Post-Traumatico da Stress (DPTS) contenuti nel DSM-III (American Psychiatric Association, 1980), nel DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987), nel DSM-IV (American Psychiatric Association., 1995) o nell'ICD-10 (WHO, 1992), va tuttavia riconosciuto che l'introduzione di precise definizioni diagnostiche operazionali ha consentito di realizzare una mole non trascurabile di ricerche, sino al 1980 rese difficili proprio da problemi definizionali e diagnostici. La ricerca epidemiologica ha fornito contributi essenzia-

---

Indirizzi per la corrispondenza: Professor A. McFarlane, University of Adelaide, Department of Psychiatry, Queen Elisabeth Hospital, Woodville, South Australia (Australia); Dr. G. de Girolamo, Dipartimento di Salute Mentale, Azienda USL Città di Bologna, Viale Pepoli 5, 40123 Bologna.

Fax +39 — (0)51-649.2322.

E-mail: nof2637@iperbole.bologna.it

li (de Girolamo & McFarlane, 1996a,b; de Girolamo & Marchiori, 1995) ed ha permesso di verificare l'appropriatezza di tali definizioni diagnostiche e di metterle a fuoco i confini. Come ha scritto Kuhn (1969), «Nessuna storia naturale può venire interpretata in assenza di un insieme anche implicito di credenze metodologiche e teoretiche intrecciate tra loro che permetta la scelta, la valutazione e la critica» (pg. 36).

La messa a punto di una definizione operativa di DPTS ha rappresentato un importante passo in avanti, soprattutto perché essa ha consentito lo studio della prevalenza degli eventi traumatici e della loro relazione con la psicopatologia. Quando il DPTS è stato incluso per la prima volta nel DSM-III (American Psychiatric Association, 1980), i criteri diagnostici esplicitati in quel manuale definivano gli eventi traumatici come caratterizzati dall'essere «al di fuori dell'esperienza umana consueta». Tuttavia, allorché la prevalenza di tali eventi, negli anni successivi alla pubblicazione del DSM-III, è stata esaminata in maniera sistematica, è apparso evidente come i traumi sono invece eventi comuni e rientrano, quindi, in qualche maniera, nell'ambito della 'vita quotidiana' (Breslau *et al.*, 1991, 1995; Kessler *et al.*, 1995; Norris, 1992), e tale affermazione è ancor più vera per le popolazioni del Terzo Mondo, come è stato chiaramente documentato nel rapporto della Croce Rossa internazionale, relativo al periodo 1967-1991 (International Federation of Red Cross, 1993). In seguito a questa osservazione, la definizione degli eventi in grado di provocare un DPTS è stata modificata nel DSM-IV (American Psychiatric Association, 1995): nell'ultima edizione del manuale si specifica che tali eventi devono comportare la morte di una persona cara, o lesioni fisiche, o anche una minaccia all'integrità dell'individuo o di un altro significativo, e che «la risposta della persona comprende paura intensa, sentimenti di impotenza o di orrore». L'ICD-10 (WHO, 1992), dal canto suo, parla di situazioni (di breve o lunga durata) di natura «eccezionalmente minacciosa o catastrofica», in grado quindi di provocare una sofferenza psicologica in «quasi tutte le persone». Evidenze importanti circa la frequenza degli eventi traumatici e delle loro conseguenze psicopatologiche sono state fornite da Kessler *et al.* (1996) nell'ambito dello studio statunitense *National Comorbidity Survey* (NCS); in questa ampia indagine è stata investigata la prevalenza di punto e *lifetime* del DPTS in un campione rappresentativo della popolazione generale (n=8.098). Il 60% degli uomini intervistati, così come il 50% delle donne, aveva subito nell'arco della propria vita «un trauma»

corrispondente alla definizione del DSM-IV, mentre nel 17% dei soggetti di sesso maschile l'evento, pur inducendo ricordi intrusivi, non soddisfaceva tutti i criteri richiesti dal manuale americano. Lo stesso studio ha messo in luce differenze significative legate al sesso nel tipo di eventi traumatici sofferti: le cause del disturbo più frequenti erano rappresentate, per gli uomini, dal coinvolgimento in uno scontro a fuoco e dall'essere stato testimone di un decesso o di un ferimento grave (ad esempio, in un incidente), mentre per le donne erano rappresentate dallo stupro e dalle molestie sessuali. In particolare, il 25% degli uomini, rispetto al 13% delle donne, era stato coinvolto in un incidente, mentre il 9% delle donne, contro soltanto lo 0.7% degli uomini, aveva subito una violenza sessuale. Sono state riscontrate delle variazioni significative anche nella capacità di questi eventi di indurre lo sviluppo di un DPTS: il disturbo si era infatti manifestato nel 48% delle donne vittime di stupro, ma solo nel 17% negli uomini testimoni di decessi o di ferimenti gravi.

Tuttavia, il dato emerso in questa importante indagine epidemiologica, secondo cui il 50% circa della popolazione è stata esposta in qualche momento, nell'arco della propria esistenza, ad un evento traumatico, ha fatto temere che lo stabilire una correlazione tra psicopatologia ed esposizione ad un trauma possa ingenerare distorsioni ed errori di interpretazione, che indurrebbero a sottovalutare le capacità individuali di resistenza psicologica, patologizzando esperienze da considerarsi altrimenti 'normali, almeno in senso frequentistico.

Questo tipo di asserzioni, di natura eminentemente socio-politica, relative agli effetti degli eventi traumatici, hanno tuttavia molto a che fare con l'opportunità che molte vittime hanno di ottenere indennizzi, o qualche forma di compensazione attraverso il ricorso alle vie legali. Infatti molti interessi si sentono colpiti, o minacciati, dal riscontro dell'esistenza di una relazione diretta tra esposizione ad un evento traumatico ed insorgenza del DPTS, dal momento che tale riscontro crea un'area di potenziale conflittualità legale a fini di risarcimento. Tuttavia, piuttosto che criticare le vittime allorché esse fanno ricorso alla possibilità di far valere un preciso diritto, previsto dalla legge, occorre intervenire coerentemente a livello legislativo, apportando eventualmente modifiche alle norme vigenti, piuttosto che negare l'esistenza del disturbo o screditarlo in quanto tale (McFarlane, 1995).

Su un piano generale, gli eventi stressanti possono essere suddivisi in tre tipi. Il primo tipo è rappresen-

tato da quegli eventi che hanno una durata temporale breve, come un incidente automobilistico o uno stupro, e che sono caratterizzati dalla mancata preparazione della vittima e da una marcata intensità dell'evento stesso. A questi si contrappongono i traumi ripetuti, i cui effetti possono essere cumulativi; questo tipo di eventi stressanti è particolarmente rilevante per chi opera in servizi di emergenza, come la polizia. Infine, vi sono gli eventi stressanti caratterizzati da una prolungata esposizione al pericolo, il che ingenera una perdurante sensazione di incertezza e di abbandono. Tra questi ultimi vanno inclusi i combattimenti multipli e gli abusi familiari ripetuti, che possono, tra l'altro, compromettere gravemente i legami di attaccamento infantili e, con essi, il vissuto di sicurezza di base, che si va formando proprio in quel periodo.

Un'adeguata valutazione della natura dell'evento stressante rappresenta una questione centrale per lo studio delle sue conseguenze, così come il ruolo di questo evento ha una importanza primaria, da un punto di vista eziologico, nel determinare e modellare il pattern sintomatologico tipico del DPST (McFarlane & de Girolamo, 1996). Ad un primo esame, si è portati infatti a ritenere che alcuni eventi traumatici, quali i disastri naturali, sono eventi del tutto indipendenti dalla vittima (ossia eventi in cui l'esperienza che si fa non è determinata o modificata dalla vittima): tuttavia, ad un esame più attento, la questione appare più complessa. Infatti, il comportamento della vittima può avere una parte rilevante sia rispetto all'intensità dell'esposizione, che alla stessa sopravvivenza. Pertanto, l'esito che segue all'esposizione ad un evento traumatico può, in larga misura, dipendere dalle risorse che ciascun individuo può mobilitare in termini di adattamento (Gibbs, 1989). L'intensità di un'esperienza traumatica può essere infatti considerata come il riflesso sia delle capacità immediate di reazione che della vulnerabilità dell'individuo esposto.

La dissociazione, di frequente riscontrata come risposta durante l'esposizione ad un evento traumatico, può determinare una sottovalutazione ed un'alterata percezione di vari aspetti della situazione stressante. È importante che siano utilizzate estensivamente misurazioni 'oggettive' dell'evento al fine di poter valutare l'attendibilità dei fatti riferiti. Mentre gli eventi traumatici più eclatanti sono chiaramente indipendenti dal soggetto, nel senso che non è possibile che siano determinati da quest'ultimo, il suo stato mentale può avere importanti effetti sul comportamento esibito e sulle conseguenze dannose che ne

possono derivare. Ad esempio, una persona che reagisce con panico o con altre modalità maladattive può effettivamente accrescere il livello di esposizione alla situazione traumatica: in questo modo, il livello di esposizione si confonde con la condizione mentale dell'individuo e con la gravità del trauma.

È stata anche riscontrata una forte e consistente relazione dose-risposta tra eventi stressanti e DPTS. Green (1991, 1993) ha suggerito che le variabili in grado di aumentare il rischio di DPTS, e di altri sindromi correlate allo stress, includono le perdite violente, le situazioni di pericolo di vita, l'essere testimoni di morti atroci o di violenze efferate, il ricevere un danno intenzionale, la presenza di lesioni fisiche, l'esposizione ad agenti patogeni, ed infine l'essere responsabile della morte di un'altra persona.

## ASPETTI FENOMENOLOGICI

La ricerca epidemiologica può offrire un contributo euristico essenziale per comprendere il modo in cui i patterns sintomatologici specifici di un disturbo cambiano nel tempo. Tale affermazione pone 3 interrogativi centrali per quanto attiene allo studio dei traumi.

In primo luogo, occorre chiedersi se i sintomi che si sviluppano nei mesi e negli anni immediatamente seguenti l'esposizione ad un evento traumatico sono diversi da quelli che si riscontrano in un individuo che si trova invece da lungo tempo in condizioni di disagio psicologico, sempre a causa di tale esposizione (McFarlane, 1997). I cambiamenti intervenuti nel passaggio dal DSM-III al DSM-IV consentono di chiarire questo punto: infatti i criteri diagnostici originari si basavano sostanzialmente sulle osservazioni fatte da Kardiner (1941) sui veterani della prima guerra mondiale con disturbi cronici e tendevano a suggerire che il disturbo avesse molto in comune con la schizofrenia, particolarmente per quanto riguarda la restrizione degli affetti e la tendenza al ritiro. Kardiner (1941) menzionò testualmente «*un deterioramento non dissimile da quello che si riscontra nella schizofrenia. La riduzione dell'interesse e dell'intelligenza è dovuta al continuo restringimento nel campo del funzionamento affettivo e delle gratificazioni che da esso derivano.*» Ammesso che questo sia davvero l'esito prototipico del DPTS, qual è allora la portata delle altre modificazioni adattive che intervengono, e sono esse modificate dalla specifica natu-

ra dell'evento stressante? La domanda da porsi a questo proposito riguarda il ruolo giocato dalla co-presenza di un disturbo depressivo.

Il testo del DSM-IV è stato modificato in larga misura proprio a seguito delle ricerche condotte per chiarire questo punto di grande rilevanza scientifica; tali ricerche, spesso, hanno avuto luogo immediatamente dopo l'esposizione ad eventi traumatici. Di conseguenza, i criteri attuali attribuiscono maggiore enfasi al ruolo dei ricordi traumatici acuti, ed anche al ruolo dei sintomi dissociativi (Atchinson & McFarlane, 1995); l'appropriatezza dei criteri diagnostici può pertanto variare in maniera significativa a seconda della durata e della fase del disturbo. In base ai dati del NCS (Kessler *et al.*, 1995), nel 60% dei casi il DPTS tende a risolversi entro un anno dalla sua insorgenza, mentre una mancata remissione entro 72 mesi tende a far assumere al disturbo un andamento cronicizzato, con rilevanti implicazioni in termini di sanità pubblica. Gli studi longitudinali, da questo punto di vista, potranno fornire informazioni preziose circa il modo in cui la sensibilità e la specificità dei sintomi si modificano nel tempo: ad esempio, gli studi di Solomon condotti su impiegati della pubblica amministrazione in Israele suggeriscono come la preminenza dei sintomi intrusivi decresca nel corso di 2 anni, mentre l'evitamento tende ad aumentare (Blank, 1993).

La seconda sfida è quella di cercare di prevedere chi andrà incontro al PTSD immediatamente dopo un evento traumatico, in base al tipo di reazione acuta esibita. Va infatti delucidata la relazione che intercorre tra la reazione acuta al trauma che si osserva nelle prime 2 settimane, e le forme del disturbo tendenti alla cronicizzazione. Mentre vi sono alcuni dati che supportano l'importanza prognostica della dissociazione peritraumatica, questo riscontro non è generalizzabile. Lo studio di Shalev *et al.* (1996) è andato oltre i precedenti studi retrospettivi (Marmar *et al.*, 1994; Bremner & Brett, 1997), esaminando le vittime nella prima settimana dopo un evento traumatico, ed ha confermato l'elevato valore prognostico di tale sintomo; tuttavia, altri studi prospettici non hanno confermato questa osservazione (Eriksson & Lundin, 1996; Malt *et al.*, 1993). La gravità dei sintomi dissociativi può mutare rapidamente nel periodo immediatamente seguente l'evento, ed è fortemente correlata ad altre misure di disagio psicologico, come il dolore, l'ansia e i ricordi intrusivi.

Recenti studi longitudinali hanno messo in luce l'importanza di una corretta identificazione del momento di massima intensità dei sintomi e dei fenome-

ni di *kindling* relativi alla risposta al trauma (Weisaeth, 1989). In una popolazione di individui traumatizzati che richiedevano un trattamento, Foa (1997) ha evidenziato come il differimento della risposta di massima intensità ad un trauma è infatti predittivo di una scarsa risposta al trattamento. Questi autori hanno anche ipotizzato che il livello di coinvolgimento del soggetto nei ricordi legati al trauma rappresenti un elemento fondamentale ai fini della capacità di elaborazione dell'esperienza traumatica; esso costituisce inoltre una variabile chiave dell'esposizione nel processo di trattamento del DPTS. Van der Kolk (1996) e Van der Kolk *et al.* (1996) hanno sottolineato come la frammentazione nello strutturarsi della memoria dell'evento e l'inadeguata costruzione di una trama narrativa al momento del trauma rappresentano dimensioni cruciali nella risposta allo stress traumatico. La mancanza, o il ritardo nella comparsa, dei ricordi legati al trauma segnalano che il soggetto ha preso le distanze dalla componente affettiva delle tracce mnestiche e dalla loro intensità. La rabbia e la dissociazione sono invece due meccanismi in grado di interferire con tale processo, e questo rappresenta un terreno fruttuoso di ricerca.

Altri studi hanno indagato le variazioni nell'intensità dei ricordi intrusivi e dei fenomeni di evitamento in un gruppo di vittime di incidenti stradali. Questo tipo di popolazione è tra i più studiati, in quanto i traumi da incidente stradale sono associati alla più elevata morbilità post-traumatica (Norris, 1992); inoltre, l'ospedalizzazione di quasi tutti coloro che riportano lesioni gravi rende più facile il reclutamento di adeguati campioni per la ricerca. È stato così possibile dimostrare che, nelle prime 24 ore successive all'evento traumatico, vi è una scarsa differenza tra coloro che soffriranno di un DPTS o di un disturbo depressivo maggiore e la maggioranza rappresentata da coloro che non presenteranno conseguenze psichiche a lungo termine (McFarlane *et al.*, 1997). Piuttosto, coloro che vanno incontro ad un DPTS presentano una progressiva comparsa di sintomi, rilevabile già a partire dal decimo giorno dopo l'incidente; l'intrusività dei sintomi, tuttavia, è destinata ad aumentare nel corso dei successivi 6 mesi, e ciò sembra indicare una progressiva e crescente disregolazione nel periodo immediatamente seguente all'evento traumatico. L'evitamento altro non rappresenta se non un tentativo secondario di riduzione verso il basso della crescente disregolazione psicobiologica (McFarlane, 1992).

L'ultima questione riguarda il ruolo giocato dal-

l'età dell'individuo traumatizzato e gli effetti che la durata dell'evento stesso ha sulla costellazione dei sintomi. Un punto controverso, nel DSM-IV, riguardava l'inclusione o meno di una categoria diagnostica specifica di DPTS comprendente il pattern sintomatologico osservato negli individui sottoposti a traumi infantili prolungati nel tempo (Herman, 1992; Van der Kolk, 1996). Vi è infatti una crescente consapevolezza dell'impatto che i traumi hanno sulla strutturazione della personalità, ad esempio nel disturbo *borderline* di personalità. In questa prospettiva, i traumi sembrano giocare un ruolo critico rispetto alla capacità di regolazione affettiva, alla propensione ai sintomi dissociativi ed ai disturbi da somatizzazione, ed al modularsi dei modelli di attacco.

## PROBLEMATICHE BIOLOGICHE

Le aree di ricerca che hanno maggiormente contribuito alla intima caratterizzazione del DPTS sono quella epidemiologica e quella neurobiologica (de Girolamo & McFarlane, 1996a; Yehuda & McFarlane, 1995). Per comprendere appieno i contributi di queste due discipline, occorre fare alcune osservazioni preliminari. In primo luogo, l'insorgenza di un DPTS in un soggetto esposto ad un evento traumatico rappresenta l'eccezione e non la regola. Il disturbo non va quindi considerato come una reazione normale ad un'esperienza abnorme, in quanto un certo numero di studi hanno mostrato che, nella sua insorgenza, intervengono fattori di rischio diversi dall'evento traumatico in quanto tale. Anche i dati biologici suggeriscono la natura atipica, piuttosto che normativa della risposta post-traumatica. La elevata comorbidità post-traumatica non conferma l'unicità o l'indipendenza di tale disturbo: il DPTS, infatti, rappresenta, solo uno dei fenomeni psicopatologici che possono prodursi in seguito a tale esposizione (McFarlane & Papay, 1992). Contrariamente ai modelli originari che vedevano il disturbo come una reazione normale ad un evento abnorme, la validità della separazione nosografica del DPTS da altri disturbi è suffragata dalla natura distinta e specifica dei suoi correlati neurobiologici che vanno emergendo sempre più distintamente (Yehuda & McFarlane, 1997). Tali correlati vanno rapportati allo stadio specifico del disturbo e sono pertanto in progressivo cambiamento in rapporto ad essi.

I cambiamenti del ritmo cardiaco indotti dalle reazioni da allarme (Shalev *et al.*, 1996) rappresentano una delle anomalie più specifiche che caratterizzano l'insolito pattern di attivazione in questo disturbo. Dati ottenuti in studi condotti con tecniche di *brain imaging* (Rauch & Shin, 1997) e quelli relativi alle anomalie nei processi di aggiornamento della memoria di lavoro hanno altresì consentito di caratterizzare le anomalie nella processazione delle informazioni che interferiscono con la capacità di questi pazienti di funzionare adeguatamente nella vita di tutti i giorni. Da parte loro, le alterazioni dell'asse ipotalamo-ipofisario, descritte in maniera sofisticata da Yehuda & Sapolsky (1997), mostrano un pattern di risposta caratterizzato da un aumento dei processi di *feed-back* negativo, il che rappresenta l'esatto contrario di quanto avviene nel disturbo depressivo maggiore: ciò offre un valido modello per comprendere i meccanismi fisiopatologici sottesi al PTSD.

Vi è comunque la necessità di studiare queste alterazioni nel contesto di campioni adeguatamente rappresentativi, al fine di determinarne l'esatta correlazione con il disturbo (Pitman, 1997). Allo stato attuale delle conoscenze, si possono ipotizzare diversi tipi di interconnessioni tra le alterazioni in questione ed il disturbo: tali alterazioni potrebbero rappresentare dei fattori di rischio preesistenti o dei semplici correlati del processo patologico, o rappresentare il nucleo centrale neurobiologico del disturbo stesso. Studi longitudinali che prendono in esame la sensibilità e la specificità di queste anomalie potranno grandemente contribuire alla nostra comprensione sia di questo disturbo, che dei più generali fenomeni di maladattamento allo stress, la cui elucidazione risulta fondamentale per il corretto inquadramento di molti disturbi psichiatrici. In accordo con i dati biologici attuali, è legittimo chiedersi se il DPTS non debba più adeguatamente essere definito come disturbo post-traumatico da «sensibilizzazione». In questa prospettiva, il modello del *kindling* ipotizzato da Post *et al.* (1997) è in grado di render conto sia della scansione temporale che della progressione nell'insorgenza di eventi anomali che si riscontrano nel DPTS. Il DPTS potrebbe allora essere considerato come un disturbo della transizione piuttosto che un disturbo specifico da stress; in altre parole, non è che le persone con DPTS presentino delle risposte acute allo stress di maggiore entità, ma è piuttosto la loro incapacità a modulare tale reazione il fattore cruciale. L'impatto che sia la storia psichiatrica familiare ed individuale precedente, che la dissociazione peritraumatica hanno su questo processo transizio-

nale è di particolare importanza per un'ulteriore comprensione della neurobiologia del DPTS. Il modello in questione correla il ruolo giocato dallo stress ambientale sia con la cascata neurobiologica degli ormoni prodotti e rilasciati nelle situazioni da stress che con le alterazioni nel funzionamento dell'ippocampo che si riscontrano nel DPTS (McEwan & Magarinos, 1997). Un altro interessante modello, che può essere sperimentalmente testato al fine di decodificare il ruolo degli stressori ambientali come fattori di innesco in grado di scatenare il disturbo (Pynoos *et al.*, 1997) e la successiva escalation sintomatologica (McFarlane *et al.*, 1997), è quello rappresentato dall'oscillazione indotta dallo stress. Questo fenomeno si verifica quando un organismo si trova in uno stato prossimo a quello di massima sollecitazione dei sistemi neurofisiologici, ed è quindi potenzialmente soggetto ad una disregolazione bimodale dei sistemi biologici. Vi è quindi la necessità di caratterizzare la relazione tra il contesto sociale, nel periodo successivo ad un evento traumatico, e gli aspetti neurobiologici della risposta allo stress in campioni di popolazione generale composti da soggetti non in trattamento.

## IMPLICAZIONI CLINICHE

Gli studi epidemiologici hanno offerto contributi determinanti per stabilire la prevalenza delle reazioni post-traumatiche ed il loro decorso temporale longitudinale (de Girolamo & McFarlane, 1996a,b; de Girolamo & Marchiori, 1995), ed hanno inoltre suggerito di riformulare alcuni concetti in ambito psicopatologico. Nel caso del DPTS, risulta fondamentale studiare l'interazione tra ambiente ed individuo. Vivere l'esperienza di un trauma significa fondamentalmente sperimentare un vissuto di abbandono, di perdita del controllo e di minaccia della propria vita. L'evento traumatico incrina il normale sentimento d'essere e la capacità personale di fare previsioni sulla realtà. È sorprendente notare quanto poco siano state discusse le variabili concernenti questa dimensione del trauma, anche se hanno avuto grande importanza anche in altri momenti storici (World Health Organization, 1991).

La società occidentale pone oggi grande enfasi sui diritti del singolo individuo, piuttosto che sul valore dell'obbedienza e del rispetto delle regole nell'ambito della cultura di appartenenza. Bisogna allora tener

conto di quanto quest'ultima influisca su come viene specificamente vissuto un evento imprevedibile rispetto al senso di identità o di violazione del sé, soprattutto nel caso di traumi quali lo stupro. È necessario che queste tematiche vengano studiate considerando anche le diverse 'sub-culture del disastro', in particolare nei paesi in via di sviluppo, laddove la frequente esposizione a calamità naturali, guerre e violenze, associata a patterns socio-culturali ben diversi da quelli prevalenti nei paesi sviluppati, influisce in maniera determinante sia sulle risposte psicosociali, che sulle possibilità di adattamento individuali (de Girolamo, 1993).

Gli studi sul supporto sociale hanno messo in luce la complessità di tale relazione come fattore causale nella psicopatologia post-traumatica (Green, 1996). Esistono sufficienti evidenze per sostenere l'ipotesi di una relazione bimodale tra l'elicitazione del supporto e l'esito del disturbo, e ciò risulta massimamente evidente in soggetti che hanno subito traumi molto gravi. In altre parole, gli individui che diventano eccessivamente dipendenti dalle loro relazioni sociali per la propria sopravvivenza, sembrano perdere le capacità di iniziativa autonoma per raggiungere un proprio livello di adattamento. D'altro canto, l'attaccamento rappresenta una dimensione essenziale per un adattamento soddisfacente nei casi di perdita traumatica e di catastrofe. I legami più forti si stringono proprio con coloro con i quali si condivide l'esperienza stressante, e la loro presenza stabile è fondamentale per ridurre il senso di minaccia spesso alimentato dalla presenza, nell'ambiente, di stimoli legati al trauma (Van der Kolk & McFarlane, 1996). Una delle cicatrici più devastanti inferte dal PTSD è rappresentata dalla compromissione che esso può produrre nelle capacità individuali di orientamento in ambito relazionale; tale compromissione si può tradurre in comportamenti di tipo suicidiario. Ad esempio, Davidson *et al.* (1991), nell'ambito dello studio ECA, hanno riscontrato come il migliore predittore di ideazione e di comportamento suicidiario era rappresentato da una storia di traumi subiti piuttosto che di depressione.

Un'ulteriore manifestazione degli effetti distruttivi che un trauma può avere sul campo delle relazioni interpersonali è stata fornita da North & Smith (1992), i quali hanno trovato che il DPTS era il disturbo più comune in una popolazione di senzatetto degli USA, contrariamente alla previsione secondo cui il disturbo più frequente, in questo sottogruppo selezionato di individui, sarebbero stati la schizofrenia ed i disturbi bipolari. Inoltre l'insorgenza del

DPTS era precedente al determinarsi della condizione di senz'altro, piuttosto che costituire una conseguenza del vivere in condizioni avverse. Anche negli studi compiuti su popolazioni carcerarie femminili emerge un'elevata prevalenza di PTSD (Raeside, 1994; Jordan *et al.*, 1996); i soggetti investigati provenivano da famiglie in cui l'abuso fisico e sessuale era endemico, ed i loro sintomi erano insorti nella prima adolescenza. Inoltre l'abuso di sostanze come tentativo di auto-medicazione spiegava, almeno in parte, la deriva verso comportamenti criminali che aveva infine condotto alla detenzione. Analogamente, studi effettuati su pazienti in trattamento per l'abuso di sostanze mostrano tassi elevati di DPTS. Il disturbo, quindi, ha dei costi sociali elevati, nella misura in cui esso appare collegato a relazioni interpersonali problematiche, all'abuso di sostanze, al comportamento suicidiario ed a fenomeni di devianza sociale. Tutti questi fenomeni di disabilità dovrebbero essere meglio studiati in campioni tratti dalla popolazione generale.

Mentre esiste una notevole mole di studi che mostrano percentuali elevate di abuso infantile tra i pazienti psichiatrici, gli studi che hanno indagato la prevalenza di esperienze traumatiche e di DPTS in campioni di pazienti in trattamento, raffrontandola a quella che si riscontra in campioni tratti dalla popolazione generale, sono limitati. Questo è un problema critico, che riapre la questione della relazione esistente tra *life events* e disturbi psichiatrici (Spurrell & McFarlane, 1995). Nella letteratura sui *life events* non viene operata una distinzione netta tra eventi traumatici ed eventi di vita stressanti più comuni, come il divorzio, la perdita del posto di lavoro e situazioni analoghe; inoltre, gli effetti di tali eventi sono stati studiati di solito utilizzando periodi di *follow-up* limitati, spesso relativi ad un solo anno. La ricerca relativa alle conseguenze degli stress traumatici dimostra, invece, che essi sono in grado di avere effetti duraturi e lo stesso DPTS può scomparire lasciando tuttavia una serie di disturbi concomitanti, per i quali può non risultare immediatamente evidente il legame eziologico con l'evento traumatizzante (McFarlane, 1989a). In uno studio condotto in un campione di 145 pazienti ospedalizzati consecutivamente, il 45% di essi aveva una storia di DPTS ed in oltre l'80% dei casi, ad eccezione della fobia sociale e della fobia semplice — disturbi che tipicamente hanno il loro esordio nell'infanzia — il DPTS era stato il primo disturbo psichiatrico insorto nella vita della persona. Tuttavia soltanto in un caso la diagnosi di DPTS era stata il motivo del ricovero; i clinici in que-

stione avevano dunque, nella quasi totalità dei casi, totalmente trascurato e non identificato il dato anamnestico relativo ai traumi subiti in passato (McFarlane, 1993). Il gruppo con un'anamnesi di DPTS presentava livelli maggiori sia di disabilità, misurati attraverso la DAS, che di ostilità, ed aveva inoltre abusato di sostanze, tutte condizioni che rendono molto più difficile il trattamento e peggiore il decorso.

Attualmente, i programmi di trattamento per pazienti traumatizzati sono presentati in moduli specifici, come, ad esempio, quelli concernenti l'intervento di crisi in caso di violenza sessuale, i servizi per le vittime di crimini di vario genere e per le vittime di torture, ecc.; tuttavia, le conoscenze che si sono andate acquisendo negli ultimi 20 anni hanno avuto un impatto relativamente modesto rispetto alle modalità di trattamento impiegate nei servizi di salute mentale, nonostante gli elevati livelli di morbilità che la ricerca ha messo in luce (McFarlane, 1989b). Questi risultati dimostrano l'importanza di una attenta e protratta investigazione circa il ruolo che i traumi rivestono nell'insorgenza dei disturbi psichiatrici.

## CONCLUSIONI

Studi epidemiologici condotti sia tra campioni di popolazione generale che tra popolazioni traumatizzate specifiche, come, per esempio, le vittime di catastrofi, hanno mostrato che lo stress traumatico costituisce un importante ed indipendente fattore di rischio per la comparsa di vari disturbi psichiatrici. Vi sono molteplici evidenze che mostrano che gli eventi traumatici sono tutt'altro che rari. La ricerca epidemiologica ha anche fornito contributi essenziali per un'adeguata comprensione del DPTS. Vi sono tuttavia numerosi altri interrogativi che attendono tuttora una risposta: in particolare, il costo economico, le disabilità e gli handicap che ne conseguono sono stati sino ad oggi mal studiati e caratterizzati. Il *National Comorbidity Study* (Kessler *et al.*, 1995) ha suggerito che il trattamento del DPTS è massimamente efficace entro i primi 6 anni dall'insorgenza del disturbo; questa osservazione necessita, tuttavia, di ulteriori repliche. Anche la peculiare ambivalenza degli individui traumatizzati rispetto alle possibilità di trattamento, nonostante il forte disagio sperimentato, necessita di maggiori delucidazio-

ni. Infine, l'identificazione di contesti sociali che facilitano il recupero e le capacità di resistenza, da parte delle persone colpite, rappresentano questioni di particolare rilievo in una ottica di sanità pubblica.

## BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3<sup>rd</sup> ed.). American Psychiatric Press: Washington DC.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3<sup>rd</sup> ed. revised). American Psychiatric Press: Washington DC.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4<sup>th</sup> ed.). American Psychiatric Press: Washington DC.
- Atchinson M. & McFarlane A.C. (1994). A review of dissociation and dissociative disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 28, 591-599.
- Blank A.S. (1993). The longitudinal course of posttraumatic stress disorder. In *Post Traumatic Stress Disorder: DSM-IV and Beyond* (ed. J.R.T. Davidson and E. Foa). American Psychiatric Association Press: Washington DC.
- Bremner J.D. & Brett E. (1997). Trauma-related dissociative states and long-term psychopathology in posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress* 10, 37-49.
- Breslau N., Davis G.C., Andreski P. & Peterson E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry* 48, 216-222.
- Breslau N., Davis G.C. & Andreski P. (1995). Risk factors for PTSD-related traumatic events: A prospective analysis. *American Journal of Psychiatry* 152, 529-535
- Davidson J.R.T., Hughes D., Blazer D. & George L.K. (1991). Post-traumatic stress disorder in the community: An epidemiological study. *Psychological Medicine* 21, 713-621.
- de Girolamo G. (1993). International perspectives in the treatment and prevention of post-traumatic stress disorders. In *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes* (ed. J. Wilson and B. Raphael), pp. 935-946. Plenum: New York.
- de Girolamo G. & Marchiori E. (1995). Traumi e vittime: epidemiologia dei disturbi post-traumatici da stress. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 4, 110-144.
- de Girolamo G. & McFarlane A. (1996a). The epidemiology of PTSD: A comprehensive review of the international literature. In *Ethnocultural Aspects of Post-Traumatic Stress and Related Stress Disorders* (ed. A. Marsella, M. Friedman, E.T. Gentry and R.M. Scurfield), pp. 33-86. American Psychological Association: Washington.
- de Girolamo G. & McFarlane A.C. (1996b). Epidemiology of Post-Traumatic Stress Disorder among victims of intentional violence: a review of the literature. In *International Review of Psychiatry*, Vol 2 (ed. F.Lie Mak and C.C. Nadelson), pp. 93-120. American Psychiatric Press: Washington DC.
- Eriksson N.G. & Lundin T. (1996). Early traumatic stress reactions among Swedish survivors of the Estonia disaster. *British Journal of Psychiatry* 169, 713-716.
- Foa E.B. (1997). Psychological processes related to recovery from a trauma and an effective treatment for PTSD. In *Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder. Annals of the New York Academy of Sciences*, Vol 281 (ed. R. Yehuda and A.C. McFarlane), pp. 410-424. New York Academy of Sciences: New York.
- Gibbs M.S. (1989). Factors in the victim that mediate between disaster and psychopathology: a review. *Journal of Traumatic Stress* 2, 489-514.
- Green B.L. (1991). Evaluating the effects of disasters. *Journal of Clinical and Consulting Psychology* 3, 538-546.
- Green B.L. (1993). Identifying survivors at risk. Trauma and stressors across events. In *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes* (ed. J. Wilson and B. Raphael), pp. 135-144. Plenum: New York.
- Green B.L. (1996). Traumatic stress and disaster: mental health effects and factors influencing adaptation. In *International Review of Psychiatry*, Vol. 2 (ed. F. Lie Mak and C.C. Nadelson), pp. 177-210. American Psychiatric Press: Washington DC.
- Herman J. (1992). *Trauma and Recovery*. Basic Books: New York.
- International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (1993). *World Disasters Report 1993*. Martinus Nijhoff: Dordrecht.
- Jordan B.K., Schlenger W.E., Fairbank J.A. & Caddell J.M. (1996). Prevalence of psychiatric disorders among incarcerated women: II. Convicted felons entering prison. *Archives of General Psychiatry* 53, 513-519.
- Kardiner A. (1941). *The Traumatic Neuroses of War*. Hoeber: New York.
- Kessler R.C., Sonnega A., Bromet E., Hughes M. & Nelson C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry* 52, 1048-1060.
- Kuhn T.S. (1969). *La Struttura delle Rivoluzioni Scientifiche*. Einaudi: Torino.
- Malt U.S., Karlehagen H., Hoff U., Herrstromer K., Hildingson K., Tibell E. & Leymann H. (1993). The effect of major railway accidents on the psychological health of train drivers. I. Acute psychological responses to accident. *Journal of Psychosomatic Research* 37, 793-805.
- Marmar C.R., Weiss D.S., Schlenger W.E., Fairbank J.A., Jordan B.K. & Kulka R. & Hough R.L. (1994). Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress in male Vietnam theater veterans. *American Journal of Psychiatry* 151, 902-907
- McEwan B.A. & Magarinos A.M. (1997). Stress effects on morphology and function of the hippocampus. In *Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder, Annals of the New York Academy of Sciences*, Vol 281 (ed. R. Yehuda and A.C. McFarlane), pp. 271-284. New York Academy of Sciences: New York.
- McFarlane A.C. (1989a). The aetiology of post-traumatic morbidity: Predisposing, precipitating and perpetuating factors. *British Journal of Psychiatry* 154, 221-228
- McFarlane A.C. (1989b). The treatment of post-traumatic stress disorder. *British Journal of Medical Psychology* 62, 81-90
- McFarlane A.C. (1992). Avoidance and intrusion in posttraumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Diseases* 180, 439-445.
- McFarlane A.C. (1993). Post traumatic stress disorder: Issues for general psychiatry. In *Environmental Factors in Psychiatry*. Geigy Psychiatric Symposium, 1992, Vol 14 (ed. G. Schrader), pp. 15-21. Ciba Geigy Australia Ltd: Pendle Hill.
- McFarlane A.C. (1995). PTSD in the medico-legal setting: Current status and ongoing controversies. *Psychiatry Psychology and Law* 2, 25-35.
- McFarlane A.C. (1997). The prevalence and longitudinal course of PTSD: Implications of the neurobiological models of PTSD.

- In *Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder. Annals of the New York Academy of Sciences*, Vol 281 (ed. R. Yehuda and A.C. McFarlane), pp. 10-23. New York Academy of Sciences: New York.
- McFarlane A.C. & de Girolamo G. (1996). Stressor criterion and the epidemiology of trauma. In *Traumatic Stress. The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society* (ed. B.A. Van der Kolk, A.C. McFarlane and L. Weisaeth), pp. 129-154. Guilford Press: New York.
- McFarlane A.C. & Papay P. (1992). Multiple diagnoses in post-traumatic stress disorder in the victims of a natural disaster. *Journal of Nervous and Mental Diseases* 180, 498-504.
- McFarlane A.C., Atchison M. & Yehuda R. (1997). The acute stress response following motor vehicle accidents and its relation to PTSD. In *Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder. Annals of the New York Academy of Sciences*, Vol 281 (ed. R. Yehuda and A.C. McFarlane), pp. 437-441. New York Academy of Sciences: New York.
- Norris F.H. (1992). Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 60, 409-418.
- North C.S. & Smith E.M. (1992). Posttraumatic stress disorder among homeless men and women. *Hospital and Community Psychiatry* 43, 1010-1016.
- Pitman R.K. (1997). Overview of biological themes in PTSD. In *Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder. Annals of the New York Academy of Sciences*, Vol 281 (ed. R. Yehuda and A.C. McFarlane), pp. 1-9. New York Academy of Sciences: New York.
- Post R.M., Weiss S.R.B., Smith M., Li H. & McCann U. (1997). Kindling versus Quenching. Implications for the evolution of treatment of Posttraumatic Stress Disorder. In *Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder. Annals of the New York Academy of Sciences*, Vol 281 (ed. R. Yehuda and A.C. McFarlane), pp. 285-295. New York Academy of Sciences: New York.
- Pynoos R.S., Steinberg A.M., Ornitz E.M. & Goenjian A.K. (1997). Issues in the developmental neurobiology of traumatic stress. In *Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder. Annals of the New York Academy of Sciences*, Vol 281 (ed. R. Yehuda and A.C. McFarlane), pp. 176-193. New York Academy of Sciences: New York.
- Raeside C.W.J. (1994). *Posttraumatic Stress Disorder in a Female Prison Population*. Dissertation. Royal Australia and New Zealand College of Psychiatrists.
- Rauch S.L. & Shin L.M. (1997). Functional neuroimaging studies in Posttraumatic Stress Disorder. In *Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder. Annals of the New York Academy of Sciences*, Vol 281 (ed. R. Yehuda and A.C. McFarlane), pp. 83-98. New York Academy of Sciences: New York.
- Seguin E.C. (1890). Traumatic neuroses. In *Annual of the Universal Medical Sciences: A Yearly Report of the Progress of the General Sanitary Sciences throughout the World* (ed. C.E. Sajous). Davis Publisher: Philadelphia.
- Shalev A.Y., Peri T., Canetti L. & Schreiber S. (1996). Predictors of PTSD in injured trauma survivors: A prospective study. *American Journal of Psychiatry* 153, 219-225.
- Spurrell M.T. & McFarlane A.C. (1995). Life-events and psychiatric symptoms in a general psychiatry clinic: The role of intrusion and avoidance. *British Journal of Medical Psychology* 68, 333-340.
- Van der Kolk B.A. (1996). The complexity of adaptation to trauma: self-regulation, stimulus discrimination, and characterological development. In *Traumatic Stress: the Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society* (ed. B.A. Van der Kolk, A.C. McFarlane and L. Weisaeth), pp. 182-213. Guilford Press: New York.
- Van der Kolk B.A. & McFarlane A.C. (1996). The black hole of trauma. In *Traumatic Stress. The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society* (ed. B.A. Van der Kolk, A.C. McFarlane and L. Weisaeth), pp. 3-23. Guilford Press: New York.
- Van der Kolk B.A., Pelcovitz D., Roth S., Mandel F.S., McFarlane A. & Herman J.L. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: The complexity of adaptation to trauma. *American Journal of Psychiatry* 153, 83-93.
- Weisaeth L. (1989). A study of behavioural responses to an industrial disaster. *Acta Psychiatrica Scandinavia* 80, Supplementum 355, pp. 13-24.
- World Health Organization (1991). *Psychosocial Consequences of Disasters. Prevention and Management*. WHO/MNH/PSF/91.3. WHO: Geneva.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10. Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. WHO: Geneva.
- Yehuda R. & McFarlane A.C. (1995). Conflict between current knowledge about posttraumatic stress disorder and its original conceptual basis. *American Journal of Psychiatry* 152, 1705-1713.
- Yehuda R. & McFarlane A.C. (1997). Introduction. In *Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder. Annals of the New York Academy of Sciences*, Vol 281 (R. Yehuda and A.C. McFarlane), pp. xi-xv. New York Academy of Sciences: New York.
- Yehuda R. & Sapolsky R.M. (1997). Stress and glucocorticoid. *Science* 275, 1662-1663.