

PSICOTRAUMATOLOGIA in TMT

Dr med Cornelia Klauser, Strada Regina 68, 6982 Agno

TRAUMI e POSSIBILI CONSEGUENZE SU ANIMA E CORPO

Introduzione

Tipi di traumi e loro definizioni

Reazioni a traumi

Vittime: loro distinzioni e fattori di rischio

La psicotraumatologia nella pratica quotidiana o sintomi psicofisici di possibile origine psicotraumatologica

Da vittime a sopravvissuti: aspetti preventivi e terapeutici

Introduzione

Nella saggezza popolare era sempre scontato che eventi sconvolgenti della vita lasciassero dei segni a livello psichico ma non raramente anche a livello fisico. Espressioni come “ha preso un colpo al cuore” o “...gli ha tolto il fiato” come molte altre ancora sono la comprensione popolare che eventi o situazioni traumatiche possono lasciare dei segni a livello fisico.

Nell'era della medicina “meccanistica” queste verità sono state un po' dimenticate, finché non hanno potuto trovare una conferma con studi scientificamente seri. Sono i grandi studi con i reduci della guerra del Vietnam che hanno permesso di identificare reazioni specifiche a traumi indipendentemente da cultura e provenienza. L'esperienza della prima e della seconda guerra mondiale, nonché dell'olocausto, ha gettato le basi per questa comprensione, che però ha potuto essere studiata con maggiore scientificità dopo la guerra del Vietnam.

Non ci vuole però l'esperienza traumatica di una guerra per sviluppare delle reazioni traumatiche, che seguono lo stesso schema in tutte le culture. Nel nostro mondo post-moderno in cui eventi traumatici e violenza sono all'ordine del giorno e si stanno propagando come un'epidemia, è necessario conoscere e riconoscere reazioni psichiche e fisiche che sono legate a questi traumi.

Se già non sta nelle nostre capacità di prevenire un trauma in modo primario, cioè evitando che questo accada, possiamo per lo meno offrire alla popolazione l'informazione e il sostegno per evitare troppi danni secondari. Infatti un trauma viene elaborato a livello individuale in modo migliore a seconda del sostegno offerto dall'ambiente circostante. L'ha dimostrato molto chiaramente la grave e duratura patologia sviluppata da molti reduci del Vietnam trovatisi in Patria senza il sostegno necessario dell'ambiente sociale circostante; questo era invece opposto tra le molte vittime della persecuzione in America latina, per contro ben sostenute dal movimento popolare. E' così che le vittime hanno potuto superare più facilmente l'evento traumatico sofferto ed hanno potuto integrarlo nel loro io e trasformarsi da vittime in sopravvissuti.

Traumi: tipi e definizioni

Il concetto di trauma ha subito negli ultimi anni un allargamento della sua definizione. Seguiamo qui la definizione americana di trauma (American Psychiatric Association, DSM IV).

Il trauma è definito come un evento vissuto al di fuori della norma (estremo, violento, lesivo) che minaccia o ferisce l'integrità fisica e/o psichica di un singolo o di un gruppo di persone; in genere richiede uno sforzo inabituale per essere superato.

Si distinguono due tipi di trauma:

- ♦ trauma tipo I: è un evento unico, imprevisto, con un chiaro inizio ed una fine.
- ♦ Il trauma tipo II: è un evento violento a cui una persona viene ripetutamente esposta; è presente come minaccia, prevedibile, cronico e sequenziale; è prevedibile ma inevitabile e questo crea quel senso di impotenza che diventa un elemento centrale di questo vissuto (TER, 1990).

In quest'ultima forma di trauma i meccanismi di adattamento psicofisici sono più complessi; spesso viene a mancare un sostegno della comunità ben funzionante e che manifesta quella solidarietà che diventa un elemento centrale di guarigione.

Per un trauma tipo II ci vuole dunque qualcosa come una "bugia" istituzionalizzata che non vuol riconoscere il pericolo ed il bisogno di soccorso, precludendo così a traumatizzazioni croniche. Questo è il caso nelle violenze familiari o nelle traumatizzazioni cosiddette vicarianti dei soccorritori, in cui all'evento non viene dato il dovuto peso visto che viene ritenuto "normale". Persone esposte ripetutamente a violenze sono spesso escluse dall'aiuto.

Vissuti di violenza collegati con una mancata protezione o sostegno a livello sociale conduce ad un senso di impotenza, una delle sensazioni più insopportabili e minacciose. Da qui si sviluppano sensazioni di rabbia, paura esistenziale, senso di inutilità, orrore, vergogna, colpa ecc. che spingono la persona nell'isolazione e nell'abbandono. Senza l'aiuto e la solidarietà del gruppo un evento violento di questo genere non può essere integrato.

Reazione ad un trauma

Reazione traumatica acuta (acute stress disorder): come reazione immediata all'evento traumatico il nostro corpo e la nostra psiche reagiscono nell'intento della sopravvivenza. Una volta lo si chiamava l'istinto di sopravvivenza, oggi piuttosto la reazione di fuga e di lotta. La percezione del pericolo scatena come di riflesso la secrezione di ormoni stressori dalla corteccia cerebrale alle strutture ipotalamo-ipofisarie; la muscolatura viene portata ad uno stato di funzione massimale, la circolazione e l'attività cardiaca vengono attivate come pure la respirazione. La percezione del dolore diminuisce, l'uomo è fisicamente pronto alla fuga o alla lotta, cioè in massima allerta. Queste situazioni corporee di stress provocano facilmente un senso di paura e lo rendono cosciente del pericolo.

A livello psicologico, contemporaneamente, la concentrazione si focalizza e le emozioni vengono alterate: nel "*monitoring*" (Miller 1980), in cui la nostra concentrazione ed attenzione sono precise e portano ad azioni concrete (reazione necessaria ai soccorritori per funzionare

in modo corretto); l'attenzione è focalizzata verso l'esterno, le emozioni vengono staccate (dissociate).

Un'altra reazione psicologica ad un trauma può essere il “*blunting*” (insensibilità, Miller 1980) in cui l'attenzione viene volta verso l'interno producendo o sviluppando un certo senso di sicurezza. Questa è la reazione che si può manifestare -ed è utile alla sopravvivenza- in situazioni di violenza familiare specialmente su bambini o in torture. Queste reazioni acute da stress traumatico sono assolutamente normali.

Reazione posttraumatica

Terminato l'evento traumatico, queste reazioni non cessano improvvisamente: l'agitazione somatica, la dissociazione ed i ricordi ricorrenti intrusivi (flash-back o incubi) hanno la tendenza a diminuire di frequenza e d'intensità nei giorni seguenti. Secondo il codice DFM IV questi disturbi sono accettabili per una durata di circa quattro settimane (reazione post-traumatica).

Sindroma posttraumatica

Se perdurano più a lungo si attribuiscono ad una sindrome post-traumatica (Post Traumatic Stress Disorder, PTSD). Spesso vi si associano strategie e comportamenti di evitamento per poter ridurre l'apparizione di ricordi intrusivi ricorrenti detti anche flashback che riportano in tutta attualità la sintomatologia di una reazione acuta. Subentrano poi facilmente disturbi psicosomatici o somatoformi negli organi più svariati, molto spesso legati pure a disturbi del sonno e ad irritabilità. Ansietà, nervosismo, attacchi di panico e vere e proprie sindromi depressive possono esserne la conseguenza.

Con la persistenza di questa sintomatologia è più facile che si instauri un abuso di tranquillanti o di alcool; a livello emotivo la persona cambia e diventa impassibile. Con il tempo si può notare classicamente un deterioramento dell'ambito lavorativo e sociale.

La sindrome post-traumatica cronica presenta dunque ricordi intrusivi ricorrenti (flashback), di tipo visivo, uditivo, di percezione o di pensiero, eventualmente sotto forma di incubi notturni collegati ad espressioni di stress e scatenate in situazioni evocanti il trauma; sono accompagnati da strategie per evitare l'insorgenza di questi ricordi intrusivi, turbe a livello emotivo con sensazione di distacco o estraniamenti o impassibilità o diminuzione degli interessi; turbe del sonno, irritabilità, difficoltà di concentrazione, ipervigilanza come pure disturbi somatoformi ed alterazioni nel comportamento sociale e lavorativo vi sono pure associate.

Vittime: loro distinzioni e fattori di rischio

Vittima primaria di un trauma è la persona che l'ha vissuto direttamente, spesso guardando in faccia la morte.

Vittime secondarie sono persone che hanno assistito all'evento senza essere personalmente minacciate direttamente; lo sono però indirettamente come per esempio i familiari, gli spettatori ma anche il personale sanitario ed i soccorritori di ogni genere. Per queste ultime due categorie il vivere con visioni o racconti di eventi estremamente traumatici è normale, per cui di regola non è traumatizzante. Anche in questa norma, possono esserci però delle situazioni al di fuori della norma stessa, cioè eventi traumatici maggiori: catastrofi o eventi che colpiscono per la loro tragicità ovvero anormalità (esempio: incidente con più morti, con morte di giovani, o in una situazione particolarmente tragica).

E' oggi accettato e comprensibile che la vittima primaria necessita di un aiuto di tipo psicologico; in genere si mobilitano familiari ed amici per offrire questo sostegno primario, che si manifesta soprattutto in un'espressione di solidarietà e di compassione nel vero senso della parola. Un aiuto ad elaborare il vissuto è dato dal *debriefing psicologico*, una tecnica di colloquio in cui, in modo strutturato, si fa ordine nella memoria sia dei fatti che delle emozioni e si porta a concludere il vissuto dandogli un valore.

Anche le vittime secondarie possono avere problemi nell'elaborazione del vissuto; è per questo che a livello di soccorritori viene raccomandato un debriefing di gruppo dopo eventi maggiori.

Tra le vittime si sono potute distinguere delle categorie particolarmente a rischio per lo sviluppo di una sindrome post-traumatica cronica.

Come fattori di rischio giocano un ruolo importante

- l'età: adolescenti, giovani adulti ed anziani sono a particolare rischio;
- lo stato fisico generale: stato di salute, di alimentazione, carenza di sonno, gravidanza;
- lo stato generale psichico: situazione di stress sul lavoro (disoccupazione) o in famiglia (separazione), struttura della personalità preesistente con patologie di tipo psichiatrico o vissuti traumatici preesistenti.

Nessuno di noi può dunque essere certo di non divenire mai una vittima vulnerabile in una situazione traumatica specifica.

La psicotraumatologia nella pratica quotidiana: sintomi psicofisici di possibile origine psicotraumatologica

Da quando il mio occhio si è affilato per situazioni di traumi, riconosco con una frequenza impressionante legami tra disturbi psicofisici ed esperienze traumatiche. Pazienti con ripetuti sintomi psicosomatici, rispondono con un'alta frequenza in modo affermativo alla domanda se hanno già vissuto un'esperienza di violenza o di trauma. Giovani pazienti con turbe dell'alimentazione (anoressia e/o bulimia) ma anche persone con alterazioni nel comportamento sessuale riferiscono di aver vissuto violenze particolarmente nella giovane infanzia. Sicuramente il fatto di aver reso più pubblica questa discussione permette più facilmente di poterne parlare. Il fatto stesso di poter vedere una relazione nei disturbi fisici attuali con il vissuto traumatico può dare una comprensione e visione nuova di tutta la patologia. Quanto meno una persona è socio-culturalmente differenziata, tanto più difficile sarà una sua presa di coscienza di queste correlazioni ed una comprensione per i disturbi.

Studi americani riferiscono di una percentuale del 40% di esperienze di violenza in giovani con sindromi anoressiche.

Dunque la domanda *"ma lei non ha mai vissuto situazioni estreme, di violenza, traumatizzanti?"* dovrebbe ormai far parte di ogni anamnesi approfondita. In particolar modo è d'obbligo laddove sono presenti dei disturbi che potrebbero anche essere psicofisici, in cui la reazione del paziente non sembra completamente adeguata.

Da vittime a sopravvissuti: aspetti preventivi e terapeutici

Ma come dobbiamo dunque comportarci davanti ad una persona che ha subito un vissuto traumatico?

Per un trauma tipo I di recente data (solitamente meno di una settimana) è consigliato far sottoporre la persona ad un debriefing (psicologico).

Debriefing (secondo Mitchell, Perren)

Si tratta di un colloquio strutturato che aiuta a far ordine nelle idee spesso alla rinfusa in una situazione di trauma. Riordinare le idee a puro livello cognitivo e cronologico, poter poi esprimere i pensieri e le emozioni collegati ad un vissuto traumatico ed inoltre avere una conferma della normalità del modo in cui si vive questo evento, può essere di grande aiuto già immediato. Nell'ultima fase del debriefing si cerca indi di trovare un rituale che possa aiutare a concludere il vissuto traumatico cercando anche di rendere attenta la vittima che ormai è un sopravvissuto, che ha saputo integrare il vissuto ed anche trarne delle esperienze significative per se stesso.

Nella situazione di un trauma tipo II, il debriefing non può essere l'unico intervento sufficiente: ricostruire assieme una rete di sostegno, aiutare l'elaborazione dei vari vissuti traumatici ed eventualmente aiutare ad una decisione ragionevole che possa evitare ulteriori esposizioni a questo tipo di trauma, può essere un aiuto notevole.

Sull'efficacia del debriefing esistono tuttora grosse controversie: una ricerca recente su Medline mostra una meta-analisi elaborata dalla Cochrane library; questa giunge alla conclusione che non ci sono dati sufficienti per dire che un debriefing aiuti ma neppure che possa essere dannoso. In particolare la qualità degli studi presentati è molto scarsa. In effetti è estremamente difficile trovare dei gruppi paragonabili, come pure paragonare diverse tecniche di debriefing. In una recente pubblicazione (aprile 2000) con il titolo "Debriefing" edito da Haupt con la coordinazione redazionale di Gisela Perren-Klingler viene descritto in quali situazioni viene utilizzato un debriefing e quale può essere la sua efficacia.

Il debriefing è dunque da intendersi come un primo aiuto all'anima lesa ed un intervento di tipo preventivo per riconoscere chi è a grave rischio di sviluppare una sindrome post-traumatica cronica per poter poi aiutare in modo individuale con una psicoterapia di sostegno adeguata.

Bibliografia :

Mitchell, J.T.. (1983). When disaster strikes. The critical incident stress debriefing process. J.emr.Med.Serv.8 :36-39

Mitchell, J.T., Everly, G.S. (1993). Critical Incident Stress Debriefing (CISD) : an operations manual for the prevention of traumatic stress among emergency services and disaster workers. Ellaiocott City

Perren-Klingler, G. et al. (2000). Debriefing : erste Hilfe durch das Wort, Hintergründe und Praxisbeispiele. Haupt

Dr med Cornelia Klauser, Strada Regina 68, 6982 Agno, coordinatrice gruppo debriefer Ticino

Stampato da:
www.polizia.ti.ch