

## **Trauma psichico o stress?**

Nicola Lalli – Brunella De Stefano

### **Considerazioni generali**

Il concetto di trauma psichico è stato ampiamente utilizzato da P.Janet e da S.Freud come spiegazione di numerose manifestazioni psiconevrotiche: erano considerate esperienze traumatiche le seduzioni o gli abusi sessuali, gli abbandoni, le violenze fisiche o psicologiche.

Con la prima guerra mondiale, i terribili eventi del conflitto evidenziarono nuove e numerose cause traumatiche, tanto da far coniare un nuovo termine: “Nevrosi da guerra”. Successivamente, il concetto di trauma è stato in gran parte assorbito nel più ampio e generico termine di “reazione”: a lungo si è parlato di reazioni ansiose, depressive, etc.

Negli anni '50 H.Selye andava elaborando il concetto di stress e di sindrome da adattamento, sottolineando prevalentemente le reazioni biologiche ad eventi definiti appunto stressanti. La guerra del Vietnam, con le innumerevoli violenze subite ed inferte, riproponeva drammaticamente il problema delle sequele psicopatologiche, gravi e spesso croniche, in seguito ad esposizione ad eventi fortemente traumatici. Fu così coniata la “Post-Vietnam Sindrome”, ovviamente sovrapponibile alla precedente “Nevrosi da guerra”, tanto che il DSM-II, che aveva soppresso qualsiasi sindrome collegata allo stress, fu costretto nel 1980 (DSM-III e successive modifiche) a creare una nuova sindrome. Nasce così l'ambigua definizione di “Disturbo Post-traumatico da Stress” (PTSD) tuttora in uso e largamente utilizzato. Il concetto di PTSD deriva dalla posizione teorica del DSM, nelle varie versioni, che non potendo utilizzare il termine di nevrosi, perché questo rimanda inevitabilmente ad una teoria psicologica conflittuale, deve utilizzare il termine stress, tradendo lo spirito teorico del DSM-IV perché sostituisce ad una genesi psicologica una biologica.

Pertanto in questa sede bisognerà proporsi quali sono le analogie e quali le differenze tra questi due concetti, che non sono intercambiabili.

### **Il concetto di stress**

Il termine stress, già conosciuto ed utilizzato nell'ambito della psichiatria militare (R. Grinker- E. Spiegel, *Men under stress*, Philadelphia, 1945) fu utilizzato da H.Selye per indicare una reazione aspecifica dell'organismo nei confronti di uno o più agenti stressanti, che possono essere di varia natura (fisica, chimica, biologica, emotiva). A tale considerazione Selye giunse notando che, nel corso di alcuni esperimenti da laboratorio, i ratti cui venivano inoculati estratti ovarici, mostravano a livello anatomo-patologico le stesse lesioni presenti in ratti di controllo a cui veniva iniettata una semplice soluzione fisiologica. Questa osservazione lo portò ad ipotizzare che il danno somatico non era determinato dalla sostanza iniettata, ma dalla reazione di allarme generata dalla specifica situazione sperimentale. Selye giunse quindi alla definizione di “Sindrome generale di adattamento” per indicare la reazione *aspecifica* che viene indotta in un soggetto in presenza di una situazione stressante. Tale sindrome prevede tre momenti fondamentali: una *reazione di allarme*, caratterizzata da una fase di shock in cui prevale un'attivazione del sistema parasimpatico, che determina una brusca caduta della pressione arteriosa, ipotermia, riduzione della diuresi, etc., a cui fa seguito una fase di contro-shock, in cui l'attivazione del simpatico provoca invece un aumento della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca, una vasocostrizione periferica, con riduzione del flusso ematico a livello splancnico ed aumento invece in altri distretti. Alla reazione di allarme segue la *fase di resistenza*, durante la quale l'organismo continua la propria difesa cercando una forma di adattamento e di compensazione. Se questa fase dura troppo a lungo, si arriva ad un terzo stadio che è definito *fase di esaurimento*. In questo caso si determina uno stato di esaurimento dei vari sistemi coinvolti che può comportare danneggiamenti di grado variabile a livello somatico. La reazione di stress è quindi un tentativo di neutralizzare uno stimolo quando questo determina un'alterazione eccessiva della normale attività dell'organismo. Aragona sostiene che “...Le alterazioni organiche da stress sono qualitativamente uniformi, indipendentemente dalla natura dello stress, essendo possibili solo differenze quantitative in relazione alla suscettibilità individuale, alla qualità, all'intensità ed alla durata dello stress” (F.Aragona, 1993). H.Weiner ritiene che già nelle teorie evoluzionistiche di Darwin fosse implicita la reazione di stress, che viene definito come “...Una sfida o una minaccia all'integrità ed alla sopravvivenza dell'organismo, che derivano dall'ambiente fisico e sociale e determinano delle pressioni selettive”. E' quindi evidente che il concetto di stress si collega strettamente con quello di omeostasi, evidenziando che una modificazione eccessiva possa provocare danni, mentre una modesta modificazione è addirittura necessaria (concetto di “eu-stress”).

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

### **Il concetto di trauma psichico**

A questo punto ci sembra necessario cercare di evidenziare cosa si intenda per trauma psichico.

Su di un piano fenomenologico, il trauma psichico è l'evento psicopatologico che si sviluppa nell'impatto con eventi esterni traumatici e che ovviamente è fortemente condizionato dalla struttura psicologica del paziente, dal momento del suo ciclo vitale e dai fattori di resilienza.

E' presente un vissuto di terrore e di angoscia, che, unito ad un sentimento di impotenza e di assenza di qualsiasi possibile salvezza, comportano uno stato emotivo molto intenso. Stato emotivo che può essere paragonato ad un'esperienza di morte o di nullificazione. Inoltre, l'imprevedibilità e la subitanità dell'evento spesso impediscono l'attivazione di qualsiasi sistema difensivo e rendono inoperante la capacità di simbolizzare e mentalizzare l'evento stesso. Il trauma diventa un'esperienza vissuta quasi come un corpo estraneo, che non ha possibilità di essere elaborato e che pertanto rientra o nella ripetizione coattiva o nel tentativo di espulsione, mediante la negazione o la rimozione.

In una visione psicodinamica, il trauma può essere considerato come un evento che invade la psiche, la disorganizza e mette in discussione quei meccanismi difensivi che l'uomo mediamente adotta nella sua quotidiana esperienza. C'è quindi un crollo, prima tra tutti quello della credenza in una propria organizzazione psichica stabile ed efficace, che attiva angosce latenti, risalenti spesso a periodi dell'infanzia e rimaste tali perché mai completamente superate.

In questa ottica, possono essere comprese due caratteristiche fondamentali del trauma psichico. La prima è che lo stesso trauma può essere vissuto e quindi avere effetti diversi a seconda della struttura del soggetto; la seconda è che, quando l'evento non è dovuto a fattori naturali, ma alla violenza dell'uomo, il trauma diviene più grave e insopportabile. La fiducia di fondo nella bontà degli oggetti interni crolla. Chi non ci ha protetto, chi ha permesso che quel terribile evento succedesse? La perdita nella fiducia dei propri oggetti buoni interni e quindi della funzione di prevedibilità e di protezione da eventi esterni, può significare inevitabilmente il riaffiorare di quegli oggetti interni cattivi-persecutori, che erano stati rimossi o repressi. L'evento esterno traumatico viene percepito come conferma di timori ed angosce, come per esempio quella della morte e soprattutto quella dell'annientamento della personalità, dal momento che gli oggetti buoni interni non garantiscono più la protezione. E questa credenza, della non esistenza di oggetti buoni interni, ha da quel momento una conseguenza psicopatologica, che può invadere la personalità del paziente e che può evidenziarsi anche a distanza dall'evento trauma. L'oggetto interno buono, a cui si riteneva di potersi rivolgere per ottenere protezione, si è rivelato sbadato, indifferente, o peggio malvagio (Bion, 1962) e questo si evidenzia con l'atteggiamento molto comune nel traumatizzato che spesso si lamenta di non essere lo stesso di prima, di una perdita di una sua precedente realtà psichica, fino a volte sentirsi come una persona diversa. E' quindi evidente che il trauma agisce sul mondo interno del paziente, alterandolo e soprattutto provocando una situazione di profonda sfiducia o a volte di profonda colpevolezza.

Inoltre è molto probabile che l'ansia, come segnale di allarme, quindi utile perché attiva l'individuo contro eventuali eventi esterni e lo protegge dall'eventuale emergenza dell'angoscia, una volta che il soggetto ha subito un trauma grave, può non essere più utilizzata e pertanto ogni minimo segnale di allarme viene confuso con l'angoscia traumatica. Quindi questo ci può spiegare la caratteristica dell'enorme aumento dell'*arousal* e dell'altra caratteristica che è l'evitamento di qualsiasi situazione o evento, che abbia anche minimamente un collegamento con il trauma subito.

In seguito ad un evento traumatico, sicuramente e soprattutto nelle prime fasi, si attuano quei meccanismi biologici che sono tipici della fase acuta dello stress, ma è altrettanto evidente che le conseguenze, soprattutto la ristrutturazione a livello psichico, seguono un percorso ed una dinamica che nulla ha più a che fare con i meccanismi biologici dello stress. Anche se vogliamo accettare, ed è tutto da dimostrare, che un trauma psichico possa incidere o modificare la struttura morfologica e funzionale del sistema nervoso centrale, il problema non cambierebbe affatto. In altri termini, è opportuno continuare a mantenere la distinzione tra percorsi ed esiti dello stress e percorsi ed esiti del trauma psichico.

E se non bastasse, riteniamo che un'ulteriore riprova di tale differenza ci deriva da situazioni molto frequenti e poco studiate, che sono i "traumi cumulativi", ove sicuramente la dinamica dello stress è assente, mentre sono molto evidenti gli effetti sul piano psichico.

## DSM-IV e ICD-10

Secondo il DSM-IV, nel PTSD, si sviluppano, dopo l'esposizione all'evento traumatico, dei sintomi tipici come: il continuo rivivere tale evento, l'evitamento persistente di stimoli associati all'evento traumatico, l'ottundimento della reattività generale, l'aumento dell'arousal, mentre deve essere presente un disagio clinicamente significativo. Per quanto riguarda il fattore temporale, che nel DSM-IV ha una funzione discriminativa spesso fondamentale, il PTSD per essere considerato tale deve essere presente per non meno di tre mesi (acuto), per più di tre mesi (cronico) o con esordio dopo sei mesi (ritardato). Ma subito dopo viene descritto un Disturbo Acuto da Stress che, secondo noi, serve a confondere le idee. Infatti, oltre alla presenza dei sintomi descritti per il PTSD, compaiono inaspettatamente sintomi che sono assimilabili a quelli dei Disturbi Dissociativi e tra questi segnaliamo: derealizzazione, depersonalizzazione, amnesia dissociativa. Riteniamo con assoluta sicurezza che nessuno di questi disturbi è così poco collegabile allo stress o comunque a fattori traumatici. La depersonalizzazione e la derealizzazione sono sintomi psicopatologici, presenti in varie sindromi psichiatriche, che compaiono sicuramente per situazioni endopsichiche e che pertanto nulla hanno a che fare né con una genesi traumatica né con una da stress.

Anche l'ICD 10 non si discosta molto dal DSM-IV, a parte il fatto, che essendo meno teorico del sistema anglosassone, può parlare di reazioni e di sintomi nevrotici.

## La clinica del trauma psichico

Seguendo la scuola francofona, ci sembra accettabile suddividere la sintomatologia che insorge dopo un evento traumatico, in tre fasi: immediata, successiva e ritardata. Solo la fase immediata può essere considerata come fase comune tra situazioni di stress e di trauma psichico. Superata la fase acuta, nella fase successiva e ritardata le differenze diventano evidenti. Mentre nello stress si evidenzia prima o poi la fase di esaurimento, caratterizzata prevalentemente da una sintomatologia a livello biologico, nel caso del trauma psichico si evidenziano invece i segni di un vissuto psicopatologico più o meno grave, che segnalano un adattamento che in genere avviene a spese di un'alterazione della struttura psichica del soggetto.

## I fattori di resilienza

Per quanto riguarda i fattori di resilienza rimando a "Psicopatologia da situazioni estreme", (*Manuale di Psichiatria e Psicoterapia*), ove sono descritte diverse situazioni che possono essere considerate come paradigmatiche del trauma psichico, come: i campi di concentramento o le situazioni di sequestro da parte di criminali o di terroristi. A proposito dei campi di concentramento, è dimostrato ampiamente che le capacità difensive rispetto alla situazione traumatica dipendevano non solo dalla durata e dalla gravità, ma soprattutto dal fatto di quanto le persone erano convinte di una loro possibilità di reazione o di quanto invece erano convinti che i loro sforzi non sarebbero mai riusciti ad esercitare il minimo influsso positivo sull'ambiente circostante. "...Per sopravvivere da uomo e non come un'ombra delle SS, si doveva avere un certo campo di esperienze personali e significative, e mantenere su di esse il proprio controllo. Il processo di deterioramento aveva inizio quando esse cessavano di agire. E questo era anche il momento in cui gli altri prigionieri cominciavano a sentirsi come uomini *marcati*, che subivano gli ordini ciecamente ed automaticamente: la loro obbedienza era del tutto passiva ed incondizionata e per di più senza risentimenti di sorta. Erano del tutto incapaci di rendersi conto di quanto stava accadendo e perché. Si aggrappavano più che mai a ciò che fino ad allora aveva alimentato il proprio rispetto di sé... Il loro comportamento mostrava quanto il borghese tedesco apolitico fosse impreparato a resistere contro il Nazional-Socialismo. Privi di un'ideologia coerente, di una vera morale, di ferme convinzioni politiche e sociali, non avevano niente che li proteggesse contro il Nazismo o desse loro energie per alimentare una qualche resistenza interiore." (B. Bettelheim). E non a caso, quelli che meglio riuscirono a non subire gli effetti distruttivi dell'universo concentrazionario furono: i combattenti della Resistenza, gli uomini politicamente impegnati, i giovani che avevano praticato lo scoutismo ed alcuni intellettuali di grande forza morale. Quindi possiamo affermare che una struttura psichica, coerente e determinata, che riesca ad assumersi una responsabilità ed a non colludere con gli aggressori, ha sicuramente maggiori possibilità di resistere alla violenza ed al trauma. Coloro che nei campi di sterminio resistettero bene divennero degli uomini migliori, quelli che reagirono male divennero ben presto delle persone cattive, come la schiera dei Kapò, ovvero sia sembianze di uomini che per un pezzo di pane denunciavano gli altri prigionieri, finendo con il diventare peggiori delle stesse SS. Ma forse ancora meglio la capacità di resilienza viene evidenziata nell'atteggiamento di Guillaumet, che, precipitato sulle Ande con il suo aereo, riesce a superare tutte le angosce e le difficoltà, al pensiero che il suo lasciarsi andare, e quindi morire, sarebbe stato un tradimento nei confronti di quelli che aspettavano il suo ritorno, il che evidenzia come la sicurezza e la speranza negli altri siano fondamentali, come è fondamentale sentirsi responsabile nei confronti di chi ci aspetta. "...Responsabile di se stesso, del corriere e dei compagni che sperano, poiché la loro gioia o il loro dolore sono nelle sue mani. Si sente responsabile nei confronti di quanto si va edificando di nuovo laggiù, nel mondo dei vivi, avendo egli il dovere di prendervi parte, e nei limiti del suo lavoro, si sente un poco responsabile dei destini degli uomini. Essere uomo significa appunto essere responsabile" (A. de Saint-Exupéry).

In poche parole possiamo affermare che uno dei fattori fondamentali di resilienza, perlomeno negli adulti, è il possedere un forte senso di identità e di appartenenza al mondo degli uomini.

### **Conclusioni**

Sulla base di queste sintetiche considerazioni, possiamo affermare che il concetto di stress e di trauma psichico vanno tenuti distinti e separati, anche se a volte, soprattutto nelle fasi iniziali, i fenomeni psicobiologici possono essere sovrapponibili. Ma, superata la fase iniziale, se si instaurano fattori che evidenziano una psicopatologia bisogna ritenere che le strade dello stress e del trauma psichico si siano divise.

Mentre nello stress, soprattutto nella fase di esaurimento e successivamente, i disturbi prendono prevalentemente la via somatica, nel caso del trauma psichico la strada seguita è quella della messa in crisi dell'apparato psichico.

Un'ultima considerazione, a conferma della differenza, può evidenziarsi a proposito della terapia. Mentre nelle situazioni da stress è possibile, eliminando le cause stressanti, ottenere un miglioramento o una guarigione, questo è ovviamente impossibile nel caso del trauma psichico, se produce una psicopatologia. In questo caso, l'unica possibilità è quella di far riemergere il vissuto traumatico, dargli un significato, rielaborare il trauma presente, alla luce di pregresse situazioni traumatiche mai superate.

### **Bibliografia essenziale**

- M. De Clercq – F. Lebigot, “Le traumatismes psychiques”, Masson, Paris, 2001
- C.Garland ( a cura di ), 1998, “Comprendere il trauma. Un approccio psicoanalitico”, Bruno Mondatori, Milano, 2001
- N.Lalli, “Manuale di psichiatria e psicoterapia”, ( III ristampa ), Liguori, Napoli, 2004
- N.Lalli, “Lo spazio della mente. Saggi di psicosomatica”, (con particolare riferimento ai capitoli “Eziopatogenesi”; “Psicodinamica da situazioni estreme” e “La morte psicogena”), Liguori, Napoli, 1997