

Ada Moretti

Il trauma complesso

Dall'interpretazione
alla relazione d'aiuto

Prefazione di Giuseppe Benincasa

Saggi e studi

FrancoAngeli

PSICOLOGIA



Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con **Adobe Acrobat Reader**



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile **con Adobe Digital Editions**.

Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità o scrivere, inviando il loro indirizzo, a “FrancoAngeli, viale Monza 106, 20127 Milano”.

Ada Moretti

Il trauma complesso

Dall'interpretazione
alla relazione d'aiuto

Prefazione di Giuseppe Benincasa

FrancoAngeli

PSICOLOGIA

Progetto grafico di copertina di Elena Pellegrini

Copyright © 2022 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it

Indice

Prefazione , di <i>Giuseppe Benincasa</i>	pag.	7
Introduzione	»	11
1. La natura del cPTSD	»	15
1.1. Il trauma psicologico e i disturbi correlati	»	15
1.2. Il cPTSD: definizione e diagnosi	»	24
1.3. Le manifestazioni cliniche del cPTSD	»	33
2. Persona e sistema: il trauma relazionale	»	45
2.1. L'uomo in relazione	»	45
2.2. La natura del trauma relazionale	»	55
2.3. Gli attori del trauma	»	59
2.4. Il trauma relazionale nell'infanzia	»	65
2.5. Il trauma relazionale in età adulta	»	78
3. Il trauma complesso nella prospettiva fenomenologico-esistenziale	»	83
3.1. Perché una visione fenomenologico-esistenziale?	»	83
3.2. L'identità	»	87
3.3. Il tempo	»	94
3.4. La figura dell'Altro	»	99
3.5. Significati e senso esistenziale	»	104

4. Un approccio terapeutico al cPTSD rivolto a individui e sistemi	pag. 109
4.1. Il sistema malato	» 109
4.2. La cura nella relazione	» 114
4.3. I tempi terapeutici	» 123
5. Verso una visione integrata	» 132
5.1. Essere narrazione	» 136
5.2. Il tocco delicato	» 138
Conclusioni	» 141
Bibliografia	» 143

Prefazione

di *Giuseppe Benincasa**

È con vero piacere che ho letto questo lavoro della dottoressa Ada Moretti, perché raramente capita di imbattersi in un testo così denso concettualmente e, al tempo stesso, sviluppato con una competenza che spazia in campi diversi – dalla psicologia clinica, alla teoria della comunicazione, alla filosofia – esaminandoli in profondità senza mai circoscriverli, ma anzi integrandoli e rintracciandone le intime connessioni, con il fine ultimo di renderli spendibili nella dimensione terapeutica, che rimane uno dei principali obiettivi dell'autrice.

Ada Moretti esamina il problema secondo una prospettiva fenomenologico-esistenziale, tale per cui “comprendere” certi fenomeni significa rivelarne il senso e non soltanto “averne consapevolezza”. Processo che è all'origine della possibilità di un cambiamento significativo, in quanto rimette in primo piano la relazione interpersonale piuttosto che il singolo sintomo o la casella nosografica che contiene il disturbo.

L'originalità del lavoro consiste nel considerare il Disturbo da Stress Post-Traumatico complesso (cPTSD) come un'evenienza che coinvolge la vita del soggetto a livello del suo essere in relazione con gli altri, e non soltanto rispetto ad un passato, ma anche rispetto a un presente e un futuro.

Il trauma complesso, quindi, consiste in un fenomeno di natura squisitamente relazionale, inscritto sullo sfondo di ogni singola

* Psichiatra e neuropsichiatra infantile, membro AFT (analista con funzioni di training) della SPI (Società Psicoanalitica Italiana) e dell'IPA (International Psychoanalytical Association).

biografia, nonché da questa determinato nella sua genesi e nelle sue molteplici espressioni.

Le conseguenze di tali traumi sarebbero un'ampia gamma di manifestazioni patologiche (da quelle della sfera alimentare a quelle di natura dissociativa) che l'autrice ben descrive, riconducendole al problema dell'identità soggettiva e del suo costruirsi intorno all'interrogativo "chi sono io *per te*" e sottolineando il rischio che il trauma possa trasmettersi – se non viene adeguatamente preso in carico – di generazione in generazione o addirittura, talvolta, quello di modellare in senso patologico le stesse strutture cerebrali.

Ecco perché viene messo l'accento sulla necessità che l'intervento terapeutico sia rivolto alle relazioni che il soggetto ha intrattenuto e intrattiene con gli altri, nell'intento di trovare il senso della sua storia passata e di quella che desidera (o desidererebbe) costruire con gli altri. È proprio questa chiave di lettura che a mio avviso apre orizzonti in buona parte nuovi rispetto al nostro difficile compito di aiutare molti nostri pazienti ad elaborare e superare sofferenze e traumi vissuti soprattutto – ma non solo – in età infantile e adolescenziale. Ne consegue che il *focus* della terapia si sposta dal singolo individuo alle relazioni che "abitano un sistema relazionale malato".

Infatti solo se abbiamo tale attenzione riusciamo a integrare il passato traumatico all'interno dell'esistenza della persona in relazione con altri. Distinguendo un passato (già accaduto e quindi immodificabile) da un presente, modificabile se il soggetto può ripristinare una propria condizione di sicurezza e recuperare un nuovo "senso esistenziale".

Gli elementi essenziali su cui intervenire riguarderebbero la presenza di una disregolazione affettiva ed emotiva derivante da prolungati traumi relazionali vissuti (e spesso dimenticati) dai pazienti. Memorie traumatiche rispetto alle quali è stato impossibile, per il soggetto, reagire; e ciò specie se il persecutore è risultato essere una figura di attaccamento, e quindi di importanza fondamentale nell'infanzia del soggetto.

Si nota quindi un superamento delle posizioni teoriche che si rivolgono alle cure del singolo paziente; emergono nuovi modi di relazionarsi con gli altri, una valorizzazione del soggetto "attivo" rispettoso dei propri desideri di essere riconosciuto come tale, ma anche

“soggetto” in relazione cooperativa (e quindi “sociale ed interattiva”) con altri.

Il fine ultimo dell'intervento terapeutico è allora ricercare, insieme ad altri, una costruzione di significati “esistenziali”, così che si possa “risignificare”, per il soggetto, l'accaduto, nella sua complessità.

Recuperando, anche, se vogliamo approfondire, l'esperienza corporea. Qui intravedo un riferimento implicito all'importanza del trattamento psicomotorio nei bambini, che recupera la corporeità e l'agire come fattori fondanti dell'essere “individui in relazione”, cioè “persone”. Costruendo quindi un nuovo Sé autentico capace di sostituirsi a quello traumatico, in situazioni relazionali nuove rispetto al passato.

Infine ho trovato particolarmente pregevole la revisione accurata della letteratura sul tema, che è tanto vasta quanto impegnativa da interpretare: un compito davvero non facile, che mi pare svolto in modo impeccabile dall'autrice per quanto riguarda sia i rimandi bibliografici, sempre puntuali e congruenti, sia i relativi commenti, ispirati da riflessioni personali che testimoniano una totale padronanza dell'argomento.

In conclusione, penso di poter affermare che questo lavoro getta realmente una nuova luce sul trauma complesso, dipanandone le matrici, illuminandone le componenti e indicando la via per il suo superamento in chiave non soltanto tecnica, ma anche e soprattutto umana, cioè riferita all'intera esperienza esistenziale del singolo paziente.

Introduzione

Fenomeno psicologico “di nicchia”, ancora poco conosciuto e riconosciuto, il trauma complesso (o Disturbo da Stress Post-Traumatico complesso, cPTSD) ha fatto il suo ingresso nell’ICD-11 – una delle classificazioni diagnostiche più utilizzate al mondo – solo nel 2022, ben trent’anni dopo la prima proposta della sua diagnosi.

Nel corso di questo intervallo pluridecennale gli studi e le ricerche sul cPTSD si sono moltiplicati, coinvolgendo centinaia di psicologi, psichiatri, neurologi, sociologi e anche filosofi: ne è derivato il ricchissimo contributo di analisi, scoperte e riflessioni da cui prende le mosse questo volume, che intende affrontare il trauma complesso come fenomeno psicologico ed esistenziale a cavallo tra scienza e filosofia.

La chiave di lettura scelta, di impronta sistemico-esistenziale, è stata motivata da due considerazioni di fondo. La prima riguarda la natura del trauma complesso, che, come vedremo, ha un carattere tipicamente relazionale: questo tipo di trauma, infatti, è inflitto da un essere umano a un altro essere umano all’interno di una relazione protratta nel tempo ed è proprio questa caratteristica temporale a ispirare la visione esistenziale del fenomeno, che coinvolge tutta la vita della persona anche oltre la guarigione, influenzandone l’identità, il rapporto con l’Altro e la rete di significati e di senso.

Il volume ripercorre innanzitutto il concetto di trauma, approfondendo la definizione del cPTSD e dei suoi elementi-chiave sulla base degli studi dei due maggiori autori contemporanei in quest’ambito

– Judith Herman e Bessel van der Kolk – e delle più recenti ricerche internazionali e affrontando dettagliatamente la questione dell’inserimento di tale diagnosi all’interno dell’ICD-11 e del DSM-5. La validità del costrutto del cPTSD in rapporto a popolazioni differenti per sesso, etnia ed età è analizzata con particolare attenzione al concetto di DSO (*Disturbances in Self-Organization*) come discriminante tra la diagnosi di trauma complesso e quella di disturbo borderline della personalità.

L’approccio diagnostico al trauma complesso comprende poi un’attenta valutazione di tutte le sue manifestazioni: disregolazione affettiva; alterazioni della coscienza (con particolare attenzione alle problematiche mnestiche e ai fenomeni dissociativi e somatoformi); distorsioni cognitive riguardanti l’immagine di sé; relazione con l’aggressore e con gli altri; deterioramento e stravolgimento dei significati afferenti a tutte le principali dimensioni esistenziali.

L’utilità di rifarsi alla prospettiva sistemico-relazionale indagando il cPTSD deriva dalla considerazione che l’atomo umano è rappresentato non dall’uomo a sé stante, bensì dall’uomo in relazione; pertanto i concetti-cardine di Melanie Klein e Wilfred Bion, la teoria dell’attaccamento di John Bowlby e la relativa creazione dei Modelli Operativi Interni – sia nello sviluppo fisiologico che in rapporto al trauma complesso – vengono esaminati sullo sfondo dell’idea di comunicazione come veicolo di relazione sviluppata dalla Scuola di Palo Alto. Questo rappresenta il punto di partenza per approfondire la classificazione dei traumi di tipo I e di tipo II di Lenore Terr e per analizzare in modo dettagliato i fenomeni dissociativi e le loro diverse interpretazioni come manifestazioni prominenti del trauma complesso.

Per quanto concerne l’analisi degli attori del trauma si fa riferimento, in particolare, alla formulazione del Triangolo drammatico di Karpman, creando anche in questo caso un ponte tra i Modelli Operativi Interni di Bowlby e la visione sistemica per comprendere i meccanismi di perpetuazione e trasmissione intergenerazionale del trauma complesso.

In merito all’aspetto temporale del cPTSD è opportuno distinguere le manifestazioni in età infantile e in età adulta. Per l’infanzia viene analizzato lo stile di attaccamento disorientato/disorganizzato, rintracciandone le connessioni col cPTSD sulla base dei sistemi

motivazionali alternativi a quello di attaccamento (di accudimento, di difesa, di rango, sessuale e cooperativo), esaminando poi le basi neurologiche che rendono strutturali tali meccanismi nel bambino vittima di trauma complesso; vengono infine esplorate le comorbidità del cPTSD, con particolare attenzione ai disturbi del comportamento alimentare e al “funzionamento borderline” teorizzato da Luigi Cancrini. Per l'età adulta sono invece presi in esame gli effetti dei *trigger* e le esperienze di rivittimizzazione.

Di particolare rilievo è la visione esistenziale del trauma complesso.

Innanzitutto si evidenzia la necessità di uno sguardo fenomenologico, che rappresenta lo strumento imprescindibile di comprensione (*Verstehen*) per esaminare le quattro grandi sfere esistenziali influenzate a tutto spessore dal trauma: quelle dell'identità, del tempo, della figura dell'Altro e dei significati.

A proposito dell'identità si nota come il trauma determini una difficoltà primigenia nello sviluppo del Vero Sé winnicottiano, costringendo la persona a essere altro-da-sé o a non-essere, con i relativi fenomeni di dissociazione, somatizzazione e senso di vergogna; dalla tematica del Vero Sé deriva la constatazione che la via d'uscita dal trauma passi attraverso l'acquisizione di un'identità autentica.

Il percorso del trauma si snoda attraverso tre tempi esistenziali, che sono distintamente considerati: il passato, con specifica attenzione alle problematiche mnestiche; il presente, con le difficoltà che il trauma pone all'Esserci nel qui e ora (*Dasein*); il futuro, dimensione da ricostruire e recuperare attraverso la relazione.

Il tema della figura dell'Altro consente di esplorare sia i soggetti del trauma sia le loro rappresentazioni interne, in particolare in rapporto agli *alias* del disturbo dissociativo dell'identità e alla necessità di liberare l'Altro dal ruolo di oppressore per poter superare il trauma stesso.

Una distinzione fondamentale è quella tra il senso e i significati della vita, dato che la perdita – tipica del cPTSD – della fiducia fondante compromette gli scopi esistenziali, comportando quindi la necessità di considerare la sfera cognitiva in costante correlazione con quella emotiva e relazionale per poter comprendere pienamente il fenomeno vissuto.

Per quanto concerne il trattamento, nella prospettiva sistemica sui traumi emerge innanzitutto la necessità di intervenire contemporaneamente su individui e sistemi, a partire dalla consapevolezza del fatto che il sistema stesso è un attore del trauma.

La figura del terapeuta assume ovviamente un ruolo centrale nell'ottica di una guarigione che passi attraverso la dimensione relazionale; a tale figura spetta il compito sia di attivare il sistema motivazionale cooperativo, sostenuto dalla teoria polivagale di Stephen Porges, sia di configurare i due fattori cruciali nel percorso terapeutico: il sostegno sociale percepito e la ristrutturazione dei Modelli Operativi Interni.

Il coinvolgimento del terapeuta nella relazione di cura col paziente con cPTSD richiede una costante definizione dei confini associata all'empatia, un accurato auto-monitoraggio e il supporto di una rete professionale di colleghi e supervisori.

La proposta di intervento qui delineata è riconducibile alle tre fasi indicate da Judith Herman: stabilizzazione e sicurezza, esplorazione delle memorie traumatiche e del lutto, ripristino della fiducia e riconnessione con l'Altro. Un'attenzione particolare è riservata, nelle considerazioni sull'intervento terapeutico, agli strumenti evocativi e metaforici di matrice sistemica.

Volendo aprire una finestra sui futuri approcci a questo disturbo è indispensabile considerarlo in un'ottica molteplice di tipo nosografico, strutturale, funzionale, dimensionale ed esistenziale. Altrettanto indispensabile è restare ancorati al benessere del paziente nel corso dell'intervento – lavorando, se necessario, anche in un'ottica di riduzione del danno – per poterlo accompagnare al superamento del trauma lungo il suo autentico e unico percorso di vita.

Affrontando la vicenda del trauma complesso non si può prescindere dal concetto di narrazione, che ci ricorda come ognuno di noi sia una vicenda esistenziale in divenire e che guarire dal trauma significa propriamente diventare capaci di scrivere un prosieguo diverso della propria storia: nello sviluppo di questa nuova apertura sarà determinante il “prendersi cura” messo in campo dal terapeuta con quell'umana delicatezza che sa insegnare la bellezza del dono da ricevere, da offrire all'Altro e da regalare a se stessi.

1. La natura del cPTSD

1.1. Il trauma psicologico e i disturbi correlati

Il trauma psicologico è una sfida esistenziale.

Una sfida per la persona traumatizzata, per coloro che le stanno accanto e anche per il terapeuta che cura – e si prende cura di – questa condizione. Una sfida che, se ben affrontata e superata, non cancellerà il trauma dalla vita di chi lo ha subito, ma lo integrerà in essa, portandolo all'interno di una narrazione dotata di significato: da elemento di frammentazione a filo della trama esistenziale.

Affinché questo avvenga, tuttavia, occorre essere consapevoli del fatto che il trauma non è un'entità astratta, bensì parte di colui che lo porta: in altre parole, non c'è trauma senza persona. Ciò discende dalla definizione stessa di “trauma”, che, contrariamente all'uso linguistico comune, non coincide con “evento traumatico”, poiché il trauma non è rappresentato dall'evento in sé, ma dal suo esito all'interno della persona. Così come in medicina si considera la patologia come il risultato dell'incontro tra patogeno e ospite, infatti, il trauma è l'esito dell'interazione tra l'evento traumatico e la struttura e il funzionamento psichici del soggetto traumatizzato. Questo ci consente di comprendere perché un evento provochi un trauma in un dato soggetto e non in un altro: a parità di fenomeno oggettivo, le variabili individuali sono cruciali nel determinare se, come e quanto vi sarà una sofferenza successiva, nonché quali siano le possibilità di intervenire su di essa in senso terapeutico. Non esiste perciò un evento in sé traumatico o non traumatico in senso assoluto, così come non

esiste una fenomenologia traumatica predefinita: ogni trauma è unico e irripetibile, come conseguenza dell'unicità e dell'irripetibilità del percorso di vita di chi ne diventa, suo malgrado, portatore.

Sulla base di questa fondamentale premessa, possiamo definire il trauma come “esperienza disorganizzante”:

- *esperienza* perché il trauma è sperimentato personalmente, senza mediazioni, e coinvolge psiche e soma anche qualora l'evento scatenante non sia fisico, in quanto la sua caratteristica di fenomeno “esistenziale” si riflette sull'unità mente-corpo;
- *disorganizzante* perché interrompe uno stato ordinato in atto o potenziale, creando discontinuità, frammentazione, alterazioni della struttura, del funzionamento e del percorso psichico, somatico ed esistenziale nel suo complesso. Il trauma «interrompe o impedisce quel processo di costruzione e di attribuzione semantica fondante l'esistenza»¹.

Tutto ciò, però, non basta: per avere un quadro sufficientemente completo del fenomeno traumatico occorre declinare questa esperienza disorganizzante lungo due dimensioni.

La prima è quella temporale: il trauma, infatti, non è qualcosa di puntuale, collocato e concluso in un dato momento della vita, bensì un fenomeno che si dipana nel tempo. Come scrive Giuseppe Fabiano, dopo aver differenziato l'evento traumatizzante dal trauma «a questi due elementi dobbiamo aggiungerne un terzo, spesso trascurato, o meglio, inglobato nel fenomeno trauma ma che ha invece una sua forza e specificità: la memoria del trauma»². Il trauma si iscrive nella storia dell'individuo in modo indelebile, tanto che tutti i suoi maggiori studiosi – da Janet a Terr, da Herman a van der Kolk – sottolineano come i sintomi che esso provoca siano determinati proprio dalla sua memoria che agisce nell'individuo, così come è con questa memoria che il terapeuta si trova ad avere a che fare. Una volta che l'evento traumatico si è concluso, infatti, è la traccia che esso lascia a rappresentare l'intermediario psicopatogenetico che determina la sofferenza. Si tratta, invero, di una memoria proteiforme: a volte lacunosa, a volte distorta, tipicamente intrusiva; esplicita o implicita,

1. Van der Kolk, 2014, p. X.

2. Fabiano, 2017, p. 46.

presente o mancante, spesso associata non all'interezza della psiche ma a sue parti dissociate, rappresenta il fattore cruciale della terapia dei traumi, chiave di volta di quel passaggio da frammentazione a integrazione che consente alla persona traumatizzata di superare la propria condizione.

La seconda dimensione da cui non si può prescindere, per definire il trauma psicologico, è quella relazionale. Nonostante si pensi al trauma come a un fenomeno individuale, racchiuso all'interno dei confini della persona che lo sperimenta, esso ha infatti una dimensione intersoggettiva fondamentale, non solo nel caso in cui la sua origine risieda propriamente nella relazione, ma anche in tutte le altre evenienze. Le reti relazionali della persona traumatizzata entrano in risonanza col trauma individuale secondo diverse armoniche, a volte come fattore di sostegno, a volte come fattore di mantenimento o aggravamento dei disturbi post-traumatici. Non solo: questo riverbero agisce anche come propagatore del trauma, che in un certo senso si trasmette, come un contagio, a coloro che circondano la persona traumatizzata, poiché la relazione distorta induce altrettanta distorsione in entrambi i suoi poli, determinando i più vari fenomeni – dalla slatentizzazione di problemi psicologici all'infelicità di coppia, dalla rivittimizzazione alla trasmissione intergenerazionale del trauma stesso.

Riassumendo tutto quanto detto, possiamo dunque definire il trauma come un'esperienza *disorganizzante*, articolata in senso *temporale*, contemporaneamente *individuale* e *relazionale*.

Sebbene questo inquadramento, nella sua essenzialità, possa sembrare non del tutto soddisfacente, la complessità stessa del trauma psicologico rende arduo definirlo ulteriormente: sono i fenomeni più semplici, infatti, a prestarsi bene a essere descritti nel dettaglio, mentre quelli più complessi e ricchi di elementi soggettivi consentono solo la determinazione delle principali direttrici descrittive, poiché ogni ulteriore riduzione risulterebbe impoverente.

Anche i due maggiori strumenti nosografici di riferimento in ambito psicologico e psichiatrico (il DSM-5 e l'ICD-11), non a caso, definiscono il trauma a partire dai sintomi rilevabili che esso causa, vedendolo, per così dire, come un'entità inferita all'interno di una

sorta di *black box* comportamentista, collocata nel punto intermedio tra un evento esterno (singolo o reiterato) a un'estremità e una serie di possibili manifestazioni psicopatologiche all'altra.

Il punto di partenza per la definizione del trauma è quindi squisitamente fenomenologico, e questo ha indubbiamente una sua ragion d'essere nell'aderenza a ciò che è possibile rilevare "oggettivamente".

Sia l'ICD-11 (*International Classification of Diseases*) che il DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) riportano diverse classificazioni nosografiche relative al trauma, che rappresentano un imprescindibile punto di partenza per comprendere come il trauma sia concepito e operazionalizzato all'interno della cultura che ha prodotto questi stessi strumenti.

Il DSM-5 presenta una categoria, chiamata "Disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti", che raccoglie i disturbi di matrice traumatica. Essa ospita cinque disturbi, che qui ripercorreremo nei loro punti salienti.

1. *Disturbo reattivo dell'attaccamento*. I criteri per la diagnosi di tale disturbo comprendono un comportamento inibito nei confronti dei *caregiver* adulti, persistenti difficoltà sociali ed emotive (in termini di riduzione dell'emotività), l'aver vissuto un «pattern estremo di cure insufficienti»³ (trascuratezza, deprivazione sociale, persistente mancanza di soddisfazione dei fondamentali bisogni emotivi, frequenti cambiamenti di *caregiver*, crescita in contesti che non favoriscono l'attaccamento selettivo), con emersione del quadro prima dei 5 anni di età. Le comorbilità del disturbo sono importanti, comprendendo ritardi cognitivi e del linguaggio, stereotipie, depressione.
2. *Disturbo da impegno sociale disinibito*. La sua manifestazione principale è rappresentata da comportamenti di eccessiva confidenza, inappropriata dal punto di vista culturale del soggetto, nei confronti di persone sconosciute o pressoché tali. Al pari del precedente, anche questo disturbo appartiene all'età evolutiva.
3. *Disturbo da stress post-traumatico*. Noto anche con l'abbreviazione "PTSD" (*Post-Traumatic Stress Disorder*), si tratta del più conosciuto disturbo di questa sezione, nonché l'unico (insieme

3. American Psychiatric Association, 2013, p. 311.

alle categorie residuali “Disturbo correlato a eventi traumatici e stressanti con altra specificazione/senza specificazione”) in cui si citi esplicitamente il trauma nella denominazione.

I criteri diagnostici differiscono in base all’età considerata (maggiore o minore di 6 anni).

Al di sopra dei 6 anni, essi comprendono:

- esposizione a morte reale o minaccia di morte, grave lesione, violenza sessuale (per esperienza diretta o assistita, o perché la persona è venuta a conoscenza del fatto riguardante un suo caro, o ancora per esposizione ripetuta a dettagli crudi dell’evento, come nel caso dei soccorritori);
- presenza di sintomi intrusivi a seguito dell’evento e legati a esso (ricordi o sogni emotivamente spiacevoli, reazioni dissociative, sofferenza in caso di esposizione a fattori che simboleggiano l’evento o vi assomigliano, con marcate reazioni fisiologiche);
- evitamento degli stimoli associati all’evento, siano essi interni (ricordi, sentimenti, pensieri, ecc.) o esterni (persone, luoghi, conversazioni, ecc.);
- alterazioni in senso negativo di pensieri ed emozioni associati all’evento (amnesie; convinzioni negative su se stessi, gli altri o il mondo; senso di colpa; stati emotivi negativi come rabbia, vergogna, orrore; riduzione di interesse e di partecipazione ad attività significative; senso di distacco ed estraneità; incapacità di provare emozioni positive): quest’area comprende la sintomatologia cognitiva;
- alterazioni dell’*arousal* e della reattività associate all’evento (irritabilità e rabbia esplosiva, comportamento spericolato o autodistruttivo, ipervigilanza, problemi di concentrazione, difficoltà del sonno).

Tali manifestazioni devono durare per un mese o più, provocando disagio clinicamente significativo e compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

È richiesto, inoltre, di specificare l’eventuale presenza di sintomi dissociativi (depersonalizzazione, derealizzazione) e di “espressione ritardata” della sintomatologia (nel caso in cui i criteri non siano pienamente soddisfatti entro i sei mesi dall’evento).