

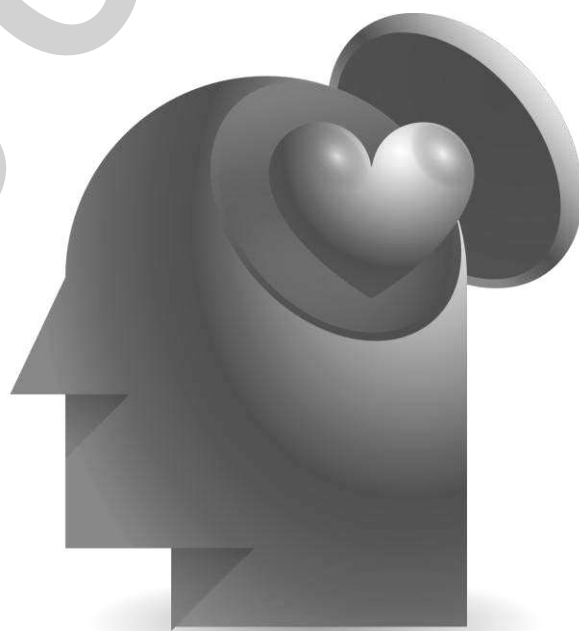
Concorsi e Professioni

**CONCORSO
DIRIGENTE PSICOLOGO**

LE INDICAZIONI
per la **DIAGNOSI**,
la **VALUTAZIONE**
e il **TRATTAMENTO**

Edizione **2026**

NLD
CONCORSI



Capitolo 5

Disturbi psichici correlati ad eventi traumatici e stressanti e PTSD

SOMMARIO

1. Aspetti diagnostici - 2. La valutazione e la gestione dello stress acuto - 3. Tipologie di intervento - 4. Il lutto complicato

Nel 2016 vengono pubblicate dallo Stato Maggiore della Difesa – Ispettorato Generale della Sanità Militare – le linee guida per l'inquadramento diagnostico e medico-legale dei disturbi psichici correlati ad eventi traumatici e stressanti. Queste linee guida possono esserci utili per l'inquadramento diagnostico dei disturbi legati ad eventi traumatici.

1. Aspetti diagnostici

L'inquadramento clinico è dettato dai **criteri diagnostici** riportati nel DSM-5-TR nel capitolo Disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti, che comprende quei disturbi in cui l'esposizione a un evento traumatico o stressante è esplicitamente indicata come criterio diagnostico.

In questo capitolo rientrano, tra gli altri, il disturbo da stress post-traumatico (PTSD), il disturbo da stress acuto e i disturbi dell'adattamento, che rappresentano le condizioni cliniche di maggiore rilevanza nella popolazione adulta.

Di seguito vengono riportati in forma tabellare i criteri diagnostici principali di tali disturbi. Sono inoltre presentati materiali tratti dalle linee guida cliniche, utili per l'inquadramento della gravità del trauma psichico, nonché per la conduzione di un colloquio clinico finalizzato alla valutazione della persistenza dei sintomi e dell'impatto funzionale conseguente all'esperienza traumatica.

Diagnosi secondo il DSM-5-TR

Disturbo	Criteri diagnostici
Disturbo da stress post-traumatico	Criteri per gli adulti, adolescenti e bambini di età <i>superiore ai 6 anni</i>. A. Esposizione a morte reale o minaccia di morte, grave lesione, oppure violenza sessuale in uno (o più) dei seguenti modi: 1. Fare esperienza diretta dell'evento/i traumatico/i. 2. Assistere direttamente a un evento/i traumatico/i accaduto ad altri. 3. Venire a conoscenza di un evento/i traumatico/i accaduto a un membro della famiglia oppure a un amico stretto. In caso di morte reale o minaccia di morte di un membro della famiglia o di un amico, l'evento/i deve essere stato violento o accidentale. 4. Fare esperienza di una ripetuta o estrema esposizione a dettagli crudi dell'evento/i traumatico/i (per es., i primi soccorritori che raccolgono resti umani; agenti di polizia ripetutamente esposti a dettagli di abusi su minori). * Questo criterio non si applica all'esposizione attraverso media elettronici, televisione, film, o immagini, a meno che l'esposizione non sia legata al lavoro svolto. B. Presenza di uno (o più) dei seguenti sintomi intrusivi associati all'evento/i traumatico/i, che hanno inizio successivamente

	all'evento/i traumatico/i: 1. Ricorrenti, involontari e intrusivi ricordi spiacevoli dell'evento/i traumatico/i. 2. Ricorrenti sogni spiacevoli in cui il contenuto e/o le emozioni del sogno sono collegati all'evento/i traumatico/i. 3. Reazioni dissociative (per es., flashback) in cui il soggetto sente o agisce come se l'evento/i traumatico/i si stesse ripresentando. (Tali reazioni possono verificarsi lungo un continuum, in cui l'espressione estrema è la completa perdita di consapevolezza dell'ambiente circostante). 4. Intensa o prolungata sofferenza psicologica all'esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simboleggiano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento/i traumatico/i. 5. Marcate reazioni fisiologiche a fattori scatenanti interni o esterni che simboleggiano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento/i traumatico/i. C. Evitamento persistente degli stimoli associati all'evento/i traumatico/i, iniziato dopo l'evento/i traumatico/i, come evidenziato da uno o entrambi dei seguenti criteri: 1. Evitamento o tentativi di evitare ricordi spiacevoli, pensieri o sentimenti relativi o strettamente associati all'evento/i traumatico/i. 2. Evitamento o tentativi di evitare fattori esterni (persone, luoghi, conversazioni, attività, oggetti, situazioni) che suscitano ricordi spiacevoli, pensieri o sentimenti relativi o strettamente associati all'evento/i traumatico/i. D. Alterazioni negative di pensieri ed emozioni associati all'evento/i traumatico/i, iniziate o peggiorate dopo l'evento/i traumatico/i, come evidenziato da due (o più) dei seguenti criteri: 1. Incapacità di ricordare qualche aspetto importante dell'evento/i traumatico/i (dovuta tipicamente ad amnesia dissociativa e non ad altri fattori come trauma cranico, alcol o droghe). 2. Persistenti ed esagerate convinzioni o aspettative negative relative a sé stessi, ad altri, o al mondo (per es., "io sono cattivo", "Non ci si può fidare di nessuno", "Il mondo è assolutamente pericoloso", "il mio intero sistema nervoso è definitivamente rovinato"). 3. Persistenti, distorti pensieri relativi alla causa o alle conseguenze dell'evento/i traumatico/i che portano l'individuo a dare la colpa a sé stesso oppure agli altri. 4. Persistente stato emotivo negativo (per es., paura, orrore, rabbia, colpa e vergogna). 5. Marcata riduzione di interesse o partecipazione ad attività significative. 6. Sentimenti di distacco o estraneità verso gli altri. 7. Persistente incapacità di provare emozioni positive (per es., incapacità di provare felicità, soddisfazione o sentimenti d'amore). E. Marcate alterazioni dell'<i>arousal</i> e della reattività associati all'evento/i traumatico/i, iniziate o peggiorate dopo l'evento/i traumatico/i, come evidenziato da due (o più) dei seguenti criteri: 1. Comportamento irritabile ed esplosioni di rabbia (con minima o nessuna provocazione) tipicamente espressi nella forma di aggressione verbale o fisica nei confronti di persone o oggetti. 2. Comportamento spericolato o autodistruttivo. 3. Ipervigilanza. 4. Esagerate risposte di allarme. 5. Problemi di concentrazione. Difficoltà relative al sonno (per es., difficoltà nell'addormentarsi o nel rimanere addormentati, oppure sonno non ristoratore).
--	--

	F. Esposizione a morte reale o minaccia di morte, grave lesione, oppure violenza sessuale in uno (o più) dei seguenti modi: 5. Fare esperienza diretta dell'evento/i traumatico/i. 6. Assistere direttamente a un evento/i traumatico/i accaduto ad altri. 7. Venire a conoscenza di un evento/i traumatico/i accaduto a un membro della famiglia oppure a un amico stretto. In caso di morte reale o minaccia di morte di un membro della famiglia o di un amico, l'evento/i deve essere stato violento o accidentale. 8. Fare esperienza di una ripetuta o estrema esposizione a dettagli crudi dell'evento/i traumatico/i (per es., i primi soccorritori che raccolgono resti umani; agenti di polizia ripetutamente esposti a dettagli di abusi su minori). Nota: il criterio A4 non si applica all'esposizione attraverso media elettronici, televisione, film, o immagini, a meno che l'esposizione non sia legata al lavoro svolto.
Disturbo da stress acuto	A. Esposizione a morte reale o minaccia di morte, grave lesione, oppure violenza sessuale in uno (o più) dei seguenti modi: 1. Fare esperienza diretta dell'evento/i traumatico/i. 2. Assistere direttamente a un evento/i traumatico/i accaduto ad altri. 3. Venire a conoscenza di un evento/i traumatico/i accaduto a un membro della famiglia oppure a un amico stretto. In caso di morte reale o minaccia di morte di un membro della famiglia o di un amico, l'evento/i deve essere stato violento o accidentale. 4. Fare esperienza di una ripetuta o estrema esposizione a dettagli crudi dell'evento/i traumatico/i (per es., i primi soccorritori che raccolgono resti umani; agenti di polizia ripetutamente esposti a dettagli di abusi su minori). Nota: il criterio non si applica all'esposizione attraverso media elettronici, televisione, film, o immagini, a meno che l'esposizione non sia legata al lavoro svolto. B. Presenza di nove (o più) dei seguenti sintomi di ciascuna delle cinque categorie relative a intrusione, umore negativo, dissociazione, evitamento e arousal, che sono iniziati o peggiorati dopo l'evento/i traumatico/i: <i>Sintomi di intrusione</i> 1. Ricorrenti, involontari e intrusivi ricordi spiacevoli dell'evento/i traumatico/i. 2. Ricorrenti sogni spiacevoli in cui il contenuto e/o le emozioni del sogno sono collegati all'evento/i traumatico/i. 3. Reazioni dissociative (per es., flashback) in cui il soggetto sente o agisce come se l'evento/i traumatico/i si stesse ripresentando. (Tali reazioni possono verificarsi lungo un continuum, in cui l'espressione estrema è la completa perdita di consapevolezza dell'ambiente circostante). 4. Intensa o prolungata sofferenza psicologica all'esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simboleggiano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento/i traumatico/i. <i>Umore negativo</i> 5. Persistenti ed esagerate convinzioni o aspettative negative relative a sé stessi, ad altri, o al mondo (per es., "io sono cattivo", "Non ci si può fidare di nessuno", "Il mondo è assolutamente pericoloso", "il mio intero sistema nervoso è definitivamente rovinato"). <i>Sintomi dissociativi</i> 6. Alterato senso di realtà del proprio ambiente o di sé stessi (per es., vedere sé stesso da un'altra prospettiva, essere in stato

3. Tipologie di intervento

Per quanto riguarda l'intervento sono presentate **tre tipologie di intervento**, di cui la prima, ossia la psicoeducazione per il disturbo da stress post-traumatico, è rivolta ai pazienti e ai caregiver, ed ha l'obiettivo di:

- **Spiegare il decorso dei sintomi:** a seguito dell'evento traumatico possono emergere tristezza, spavento, rabbia, colpa come sentimenti spiacevoli e reazioni di tipo fisico, come indicato dai criteri diagnostici. È importante spiegare alle persone che i sintomi potrebbero permanere per più di un mese e causare un disagio significativo nelle attività quotidiane e specificare che un trattamento adeguato velocizza il processo di guarigione.
- **Spiegare la natura del PTSD:** spiegare la sintomatologia del disturbo in particolare la sensazione di costante allerta, i ricordi intrusivi, le strategie di evitamento e il punto di vista somatico.
- Spiegare che un **trattamento efficace** è possibile.
- **Enfatizzare i seguenti messaggi:** continuare a condurre la normale routine, parlare con persone fidate dei sentimenti che si provano o di quello che si ha vissuto (solo se pronti a farlo), impegnarsi in attività rilassanti per ridurre l'ansia e la tensione, fare esercizio fisico, cercare di mantenere un ciclo sonno-veglia regolare, evitare di utilizzare alcol o droghe, riconoscere i pensieri suicidari e se si verificano chiedere aiuto.
- All'interno degli "interventi avanzati", che prevedono un'azione che richiede un impegno di molte ore da parte del personale sanitario per l'apprendimento e la messa in atto, sono incluse due forme di intervento. Queste devono essere prese in considerazione quando il soggetto si trova in condizioni di sicurezza e non sono presenti situazioni traumatiche in corso. Gli interventi psicosociali avanzati sono:
 - La **terapia cognitivo-comportamentale focalizzata sul trauma (CBT-T)**: la CBT effettuata in gruppo o individualmente è uno degli interventi maggiormente frequenti in caso di disturbi legati a uno stress di tipo traumatico. Questi interventi cercano di modificare pensieri o credenze disfunzionali riguardo l'evento traumatico e le sue conseguenze. Alla base vi è l'assunzione teorica che pensieri e credenze disfunzionali contribuiscono alle condotte di evitamento riguardo a tutte le condizioni che ricordano l'evento traumatico e contribuiscono a mantenere un costante senso di minaccia. L'intervento cognitivo-comportamentale include le tecniche di esposizione all'evento stressante (sia immaginativa che in vivo) e/o affrontano direttamente i pensieri e le credenze disfunzionali legate all'evento traumatico.
 - L'**Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)**: è una delle tecniche più utilizzate recentemente. Essa si basa sull'assunto che i pensieri, le emozioni e i comportamenti negativi siano il risultato di memorie non elaborate. Il trattamento prevede procedure standardizzate che includono la focalizzazione simultanea su (a) associazioni spontanee di immagini, pensieri emozioni e sensazioni corporee legate all'evento traumatico e (b) la stimolazione bilaterale che avviene comunemente attraverso la forma di rapidi movimenti oculari. Anche in questo caso l'obiettivo è ridurre la sofferenza del soggetto e promuovere le credenze adattive e maggiormente funzionali rispetto all'evento traumatico e alle sue conseguenze sulla vita del soggetto. A differenza della CBT-T, l'EMDR non include (a) una descrizione dettagliata dell'evento, (b) il confronto diretto con le credenze del soggetto, (c) un'esposizione prolungata o (d) l'assegnazione di compiti.

Approfondimento 1

Linee guida per il trattamento del PTSD NICE

Le linee guida NICE propongono dei principi generali per approcciarsi al paziente con PTSD e quelle che sono risultate le forme di intervento più efficaci in un'ottica evidence-based. Presentare un trattamento al