



## **Disturbo Acuto da Stress (DAS)**

di Salvatore Di Salvo

Il Disturbo Acuto da Stress può essere visto come una categoria preliminare del Disturbo Post-Traumatico da Stress (DPTS), sua potenziale anticamera. Il tipo di situazioni traumatiche che possono determinarne l'insorgenza è infatti lo stesso. I disturbi principali sono sintomi della serie ansiosa e sintomi di tipo dissociativo che compaiono entro 1 mese dall'esposizione ad un evento stressante. La durata del DAS è tra 2 giorni e le 4 settimane. Se persiste oltre, si entra nel DPTS.

Il rischio di DAS è più elevato a seconda della gravità oggettiva dell'evento, della sua durata, del grado di coinvolgimento del soggetto e della sua predisposizione.

Maggiore è la vicinanza fisica o il coinvolgimento diretto del soggetto verso la sorgente del trauma, maggiore è la probabilità di DAS.

### **Quadro clinico**

Il quadro clinico del DAS esordisce durante o immediatamente dopo l'esposizione all'evento traumatico ed è caratterizzato da ansia acuta e sintomi dissociativi che durano più di 48 ore.

I sintomi dissociativi descritti dal DSM-IV sono senso: soggettivo di torpore (numbing), distacco, assenza di reattività emozionale, derealizzazione, depersonalizzazione, riduzione della consapevolezza dell'ambiente, amnesia dissociativa.

Il decorso naturale può andare verso la remissione spontanea o, a seconda del trauma in causa, verso un disturbo post-traumatico.

### **Diagnosi differenziale**

Il quadro clinico sopradescritto è tipico. E' importante sottolineare che se sono presenti sintomi di tipo psicotico, il quadro non rientra più nel DAS ma in un Disturbo Psicotico Breve.

Eventuali peggioramenti di disturbi preesistenti all'evento traumatico non rientrano nel DAS. Ad esempio, l'aggravamento di un quadro di un Disturbo di Ansia Generalizzato, di un Disturbo da Attacchi di Panico o di un episodio depressivo non hanno rapporti con il DAS.

La diagnosi di DAS va effettuata solo dove siano presenti sintomi specifici e non un generico stato di angoscia.

## Terapia

La maggior parte dell'esperienza specifica di trattamento riguarda fino ad oggi soprattutto il DPTS nella sua forma cronica. La terapia del DAS non ha almeno finora una letteratura a sé stante di rilievo e può essere desunta dalle esperienze sul trattamento della fase acuta del DPTS. Sebbene l'esperienza a riguardo stia solo adesso specificamente maturando, è opinione di alcuni autori che un trattamento precoce di sintomi in soggetti esposti ad un trauma o a eventi estremi possa prevenire o almeno ridurre il rischio di evoluzione verso forme croniche di DPTS. L'esperienza è limitata e riguarda prevalentemente interventi con farmaci oltre che strategie per il supporto e la cura immediata dal punto di vista emozionale e psicologico dei soggetti colpiti.

In linea di massima il trattamento del DAS può essere articolato su diversi livelli.

1. Valutazione della necessità di *interventi a livello somatico* per lesioni o ferite, trattamento medico dello stato di shock post-traumatico, controllo per la prevenzione di eventuali complicanze mediche. Nei soggetti sopravvissuti a catastrofi sono documentate a brevissimo o breve termine ad esempio ulcere da stress a carico del sistema gastrointestinale, stati ipertensivi, aritmie cardiache potenzialmente letali. Questo può rendere necessaria l'osservazione con un ricovero in ambiente medico o chirurgico ospedaliero.
2. *Trattamento di sintomi del quadro psicopatologico acuto*, quali il controllo dello stato acuto d'ansia e agitazione, di possibili disturbi del sonno, e dei sintomi dissociativi. Possono essere impiegati a questo riguardo ansiolitici, antidepressivi SSRI e neurolettici a basse dosi. E' fondamentale tutelare il sonno. Nel soggetto non curato è frequente l'abuso di sostanze alcoliche che complica il decorso di un successivo DPTS. Un trattamento con antidepressivi e stabilizzanti dell'umore è uno dei principali interventi per prevenire questa seria complicanza.
3. Riconoscimento di *rischio di comorbilità* e di *evoluzione di altri disturbi*, con il possibile esordio di sintomi depressivi, con successivo sviluppo di depressione maggiore. Occorre differenziare in tale caso la normale reazione di lutto del soggetto in seguito all'evento da cui è stato colpito, rispetto all'esordio di un vero disturbo depressivo. E' evidente che una reazione di lutto conseguente a eventi come uno stupro o una catastrofe con morte di persone care ha modi e tempi "naturali" di evoluzione, con fasi di esperienza di angoscia, disperazione, confronto e risoluzione che possono variare da soggetto a soggetto e che rappresentano tappe inevitabili di un processo che è insensato cercare di accelerare o comprimere. Un trattamento farmacologico antidepressivo troppo tempestivo può essere in vari casi inadeguato e compromettere tale normale elaborazione della perdita. La distinzione

tra lutto ed esordio di un disturbo depressivo può essere molto difficoltosa e richiedere tempo e contatto prolungato con il paziente.

4. Un trattamento *psicoterapeutico di supporto* (non in forma necessariamente strutturata) è necessario nella maggior parte dei casi. E' fondamentale che il trattamento prima di tutto rispetti i tempi emozionali del paziente e le sue possibilità, fase per fase, di confrontarsi con il trauma. Ove possibile, sarebbe preferibile disporre di personale psichiatrico con esperienza specifica per casi di questo tipo. Nonostante il ripristino di una condizione di sicurezza affettiva appaia l'obiettivo più desiderabile, ciò può essere molto arduo. Il supporto di familiari, amici e persone vicine al paziente è spesso valido, sebbene essi stessi possano per primi avere bisogno di sostegno e informazioni su come aiutare e interagire con il paziente.