

## FENOMENOLOGIA DELLE ALLUCINAZIONI NELLE REAZIONI POST-TRAUMATICHE DELLE PERSONE SOTTOPOSTE A VIOLENZA INTENZIONALE

Massimiliano Aragona<sup>1</sup>, Matteo Maggiora<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Circolo Romano di Psicopatologia

### Corrispondenza

E-mail: mattmaggiora@gmail.com

### Riassunto

L'esposizione a eventi traumatici pre-migratori e durante il viaggio è comune tra i migranti che giungono in Italia, spesso portando con sé quadri di sofferenza psicologica, tra cui il Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD). Sebbene le allucinazioni non siano generalmente considerate tra i sintomi più tipici di tali quadri psicopatologici, esse risultano essere frequenti nelle persone che hanno subito violenze intenzionali.

In questo studio, utilizzando il metodo fenomenologico, proponiamo una caratterizzazione psicopatologica delle allucinazioni nel PTSD complesso dei migranti, distinguendole da quelle osservabili in altre condizioni cliniche.

Abbiamo affrontato il fenomeno delle allucinazioni non come un'entità fissa e isolata, ma come un'interazione dinamica tra figura e sfondo. In questo modo, ci siamo concentrati sulle specificità qualitative dei fenomeni presentati e sulla caratterizzazione delle condizioni esistenziali che possono favorire l'emergere di tali fenomeni. Abbiamo identificato quattro tipi di allucinazioni nei pazienti con reazione post-traumatica:

1. Scene allucinatorie complesse con contenuti post-traumatici e stato di coscienza oniroide (tipici flashback).
2. Fenomeni allucinatori intrusivi meno strutturati, con una "doppia realtà" (coscienza crepuscolare caratterizzata dalla coesistenza di vigilanza e dissociazione).
3. Allucinazioni depressive, con contenuto di colpa legato in modo comprensibile all'esperienza post-traumatica (personificazione esterna delle auto-accuse del paziente).
4. Allucinazioni "simil-schizofreniche", non direttamente collegate all'esperienza traumatica, più vaghe, impersonali e allusive, in presenza di coscienza lucida.

Strumenti di valutazione come la Phenomenological Auditory Hallucinations Scale (PAHS) ci hanno permesso di differenziare fenomeni che, in letteratura, tendono a essere confusi. L'ipotesi che abbiamo formulato è che queste differenze non siano rilevanti solo per la diagnosi, ma anche per le scelte terapeutiche.

**Parole chiave:** migranti, complex PTSD, AVHs, allucinazioni correlate al trauma, psicopatologia fenomenologica, dissociazione, violenza intenzionale

## PHENOMENOLOGY OF HALLUCINATIONS IN POST-TRAUMATIC REACTIONS OF PERSONS SUBJECTED TO INTENTIONAL VIOLENCE

### Abstract

Exposure to traumatic events (pre-migration and during the journey) is common among migrants arriving in Italy, often bringing with them high levels of psychological distress, including Post-Traumatic Stress

**DOI:** 10.36131/COGNCL20250205

RICEVUTO IL 19 GIUGNO 2025, ACCETTATO IL 12 DICEMBRE 2025

Disorder (PTSD). Although hallucinations are not generally considered to be among the most typical symptoms of such psychopathological diagnosis, they are frequent in people who have experienced intentional violence.

In this study, using the phenomenological method, we propose a psychopathological characterisation of hallucinations in migrant with PTSD complex, distinguishing them from those observed in other clinical conditions.

We approached the phenomenon of hallucinations not as a fixed, isolated entity, but as a dynamic interaction between figure and background. We focused on the qualitative specificities of the phenomena presented and the characterisation of the existential conditions that may favour the emergence of such phenomena.

We identified four types of hallucinations in patients with post-traumatic reaction:

1. Complex hallucinatory scenes with post-traumatic content and oneiric state of consciousness (typical flashbacks).
2. Less structured intrusive hallucinatory phenomena with a 'double reality' (twilight consciousness characterised by the coexistence of vigilance and dissociation).
3. Depressive hallucinations, with guilt content comprehensibly linked to the post-traumatic experience (external personification of the patient's self-accusations).
4. Schizophrenic-like' hallucinations, not directly related to the traumatic experience, more vague, impersonal and allusive, in the presence of lucid consciousness.

Assessment tools such as the Phenomenological Auditory Hallucinations Scale (PAHS) have allowed us to differentiate phenomena that tend to be confused in the literature. Our hypothesis is that these differences are not only relevant for diagnosis, but also for treatment choices.

**Key words:** migrants, complex PTSD, AVHs, trauma-related hallucinations, phenomenological psychopathology, dissociation, intentional violence

## Introduzione

Il presente studio è volto ad indagare le possibili specificità delle allucinazioni nei pazienti con PTSD (Post Traumatic Stress Disorder).

La ricerca empirica più recente si è concentrata frequentemente sul fenomeno delle allucinazioni, in particolare delle AVHs (Auditory Verbal Hallucinations), la cui prevalenza è stata studiata in diversi campioni clinici e non clinici (Junginger & Frame, 1985; Copolov et al., 2004; Nayani & David, 1996; Daalman et al., 2011). Secondo questi studi, sentire le voci è un fenomeno ubiquitario, essendo frequenti nel disturbo bipolare (23%) e persino nei soggetti non clinici (con una prevalenza variabile tra l'1 e il 15%). Dagli studi empirici, la frequenza è particolarmente alta nella schizofrenia (70%), ma la cosa più interessante è che la stessa frequenza si riscontra anche nei disturbi dello spettro traumatico, come il disturbo borderline di personalità, i disturbi dissociativi e il Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD). Quando si passa dalla prevalenza alle caratteristiche delle allucinazioni, ci si accorge che in questi studi sono stati indagati anche alcuni aspetti delle AVHs, come il numero di voci, la loro origine interna o esterna, l'accento, il volume e la durata, il loro contenuto (imperativo, dialogante, commentante, eco del pensiero, teleologico, insultante o blasfemo), il loro significato (forze del bene e del male, cospirazioni, fantasmi, spiriti o alieni), e infine alcune caratteristiche estrinseche come le strategie di coping, il grado di insight e l'angoscia causata dalle voci. È interessante notare che non sono state riscontrate differenze fenomeniche significative tra le AVHs nei disturbi dello spettro psicotico, affettivo e traumatico. Inoltre, anche nei soggetti non clinici le AVHs non sarebbero troppo diverse da quelle riscontrate nei pazienti, sebbene negli individui non clinici le voci abbiano un esordio più precoce e le strategie di coping siano più frequenti, mentre negli psicotici

vi sarebbe una maggiore frequenza del contenuto emotivo negativo delle allucinazioni (Daalman et al., 2011). Riteniamo che i dati empirici disponibili sulle AVHs siano validi e interessanti e che contribuiscano molto a scardinare vecchie credenze non verificate. Tuttavia, a causa della natura stessa degli strumenti utilizzati per studiare questo argomento (checklist, scale di valutazione, ecc.), essi sono stati in grado di cogliere solo aspetti quantitativi e caratteristiche fenomeniche grossolane, mentre mancano di una descrizione più fine di possibili distinzioni fenomeniche qualitative sfumate. Ciò è comprensibile perché le piccole distinzioni qualitative spesso rendono difficile la raccolta di dati standardizzati, attendibili e replicabili, adatti alla ricerca quantitativa. Tuttavia, questo potrebbe essere un tipico caso in cui la standardizzazione e la quantità vanno a discapito della qualità, trascurando che in psicopatologia clinica le piccole differenze qualitative sono spesso essenziali. Anni fa, uno di noi ha definito questo come il problema della "scarsa determinazione fenomenica" dei sintomi psicopatologici, che porta a diversi problemi diagnostici che non possono essere discussi in questa sede (Vella & Aragona, 2000). Per quanto riguarda le allucinazioni, la questione è stata affrontata in un elegante studio in cui le risposte positive a un questionario di autovalutazione sono state ulteriormente esplorate chiedendo descrizioni dettagliate basate sull'esperienza vissuta. Il risultato è stato che le allucinazioni in individui non clinici erano qualitativamente diverse da quelle degli schizofrenici (Stanghellini et al., 2012). È degno di nota il fatto che, sebbene questi autori avessero avvertito che le esperienze allucinatorie o simil-allucinatorie non potessero essere valutate in modo affidabile e valido senza una precisa caratterizzazione della qualità fenomenica dell'esperienza, le ricerche successive hanno proseguito senza tenerne conto. Infatti, hanno continuato a utilizzare solo dati quantitativi derivati da questionari e scale di valutazione, senza esplorare ulteriormente le esperienze vissute.

Considerando questo stato dell'arte, il presente studio va considerato come una discussione preliminare sulle possibili specificità fenomeniche delle allucinazioni nei pazienti con PTSD, suggerendo che le tipiche allucinazioni presenti nei disturbi post-traumatici possono essere nettamente distinguibili, quando analizzate sul piano fenomenico, da quelle schizofreniche.

**Nota:** la scelta di adottare una definizione ampia di allucinazione, includendo "esperienze vissute con corporeità sensoriale in assenza dei corrispondenti stimoli percettivi", richiede un chiarimento rispetto al concetto classico di pseudoallucinazione in Jaspers. Tradizionalmente, la pseudoallucinazione si distingue per la sua origine interna e per un maggior grado di consapevolezza del carattere non reale dell'esperienza. Tuttavia, gli studi empirici contemporanei su PTSD complesso e Disturbo Borderline di Personalità (DBP) mostrano che la distinzione tra allucinazione e pseudoallucinazione non è affidabile: sia nei disturbi psicotici sia nei disturbi dissociativi/traumatici le voci possono essere percepite sia come interne sia come esterne, e il grado di insight è altamente variabile. Per questo preferiamo mantenere la qualificazione unitaria di "allucinazione".

## Metodologia

Lo studio fa parte di un progetto più ampio volto ad approfondire la caratterizzazione fenomenica e fenomenologica delle allucinazioni. L'approccio seguito è quello tipico della psicopatologia classica europea, a partire da Jaspers, e le caratterizzazioni fenomeniche sono volte a una descrizione di condizioni tipiche, in accordo con il metodo idealtipico di derivazione weberiana.

In particolare, in questo studio sono state esplorate e caratterizzate le possibili specificità

psicopatologiche delle allucinazioni nei pazienti con PTSD complesso ad esordio nell'adulto (es. vittime di torture e altre forme di violenza intenzionale). L'analisi fenomenica è stata svolta basandosi sull'analisi della letteratura psicopatologica disponibile, arricchita dall'esperienza clinica personale.

In questo studio vengono considerate allucinazioni tutte le esperienze vissute con corporeità sensoriale in assenza dei corrispondenti stimoli percettivi. Questa definizione larga, che è in linea con la tradizione sin dalla prima descrizione di Esquirol, è giustificata dal fatto che di norma le persone con questi vissuti risultano positive ai questionari che gli vengono somministrati per l'individuazione delle allucinazioni.

Nell'approccio che si è usato, chi scrive condivide con molti psicopatologi fenomenologi la convinzione che le allucinazioni facciano parte di una più ampia alterazione dell'esperienza del soggetto, per cui devono essere studiate non solo nelle loro caratteristiche fenomeniche intrinseche, ma anche in una relazione figura-sfondo con l'intero quadro fenomenico. Sulla base di questa impostazione, si sono descritte e distinte le varie forme di allucinazione nel PTSD secondo le seguenti caratteristiche di studio: 1. Caratteristiche formali delle allucinazioni: ad esempio, personificazione, chiarezza della "percezione", molteplicità delle voci, carattere imperativo, etc.; 2. Contenuto delle allucinazioni: ad esempio, persecutorietà, senso di colpa, il rivivere la scena traumatica, etc.; 3. Altri fenomeni psicopatologici: ad esempio, deliri, disturbi dell'umore, alterazione dell'eccitazione, etc.; 4. Stato di coscienza al momento dell'insorgenza delle allucinazioni: ad esempio, lucido, crepuscolare, etc.; 5. Dinamica temporale: ad esempio, insorgenza improvvisa o presenza continua, etc.; 6. Presa di posizione: ad esempio, esperienza passiva vs. interazione, capacità di critica e consapevolezza della propria natura patologica, etc.

Questo elenco non è completo e merita di essere ulteriormente integrato e meglio dettagliato in studi successivi. I risultati esposti di seguito sono quindi preliminari ma, a nostro avviso, utili almeno per iniziare a mettere in luce la questione delle specificità fenomeniche delle allucinazioni nelle reazioni psicopatologiche post-traumatiche.

**Nota:** è importante notare che fenomeni allucinatori qualitativamente simili—soprattutto voci fortemente personificate e con intensa connotazione emotiva—sono stati frequentemente descritti anche nel Disturbo Borderline di Personalità (Moskowitz et al., 2017). Sebbene il presente lavoro si concentri sul C-PTSD, utilizzato come caso idealtipico per favorire una più chiara distinzione fenomenica, i risultati suggeriscono l'esistenza di una possibile continuità tra le allucinazioni traumatiche e quelle osservate nel DBP, entrambe riconducibili a stati dissociativi e a dinamiche di iperarousal.

## Risultati

Nei pazienti con PTSD abbiamo riscontrato almeno quattro tipi diversi di allucinazioni. Ciò non significa che si tratti di oggetti distinti, ma piuttosto di fenomeni distinguibili. Sono fenomeni che emergono all'interno di un processo dinamico che comprende l'incontro con il clinico. Inoltre, a seconda del decorso, a volte allucinazioni che qui distinguiamo possono presentarsi nello stesso paziente in tempi diversi.

### *Le scene allucinatorie dei tipici flashback post-traumatici*

Nella maggior parte dei casi di PTSD, le AVHs compaiono all'interno di stati dissociativi

di coscienza, come i flashback, che rappresentano una delle conseguenze del modo in cui l'esperienza traumatica influenza e modifica il vissuto del soggetto. I flashback sono stati dissociativi di coscienza in cui il paziente rivive le stesse immagini, gli stessi odori e percepisce le stesse sensazioni fisiche e le emozioni che ha provato durante l'evento traumatico. In alcuni casi l'esperienza dissociativa non è esattamente un rivivere gli stessi eventi, ma eventi simili (ad esempio risse, percosse, torture, equivalenti a quelli realmente vissuti). Sebbene questi ultimi non siano, in senso stretto, flashback, tuttavia sono formalmente analoghi.

Dal punto di vista psicopatologico vanno descritti come scene allucinatorie multisensoriali complesse a coscienza alterata.

Il loro esordio è rapido, nel senso che arrivano improvvisamente, spesso innescate da stimoli esterni o interni che hanno un legame con gli eventi traumatici passati (cosiddetti triggers). Anche la conclusione è solitamente rapida, con un improvviso ritorno a uno stato di coscienza lucido (di solito senza lo stato di coscienza alterato post-critico che, ad esempio, caratterizza l'epilessia). Questa dinamica potrebbe essere descritta come "switch off/switch on".

Lo stato di coscienza in cui il soggetto cade improvvisamente è di tipo oniroide. La lucidità e l'orientamento sono compromessi e si perde la piena consapevolezza delle sensazioni. Il soggetto appare distaccato rispetto all'ambiente e ha una capacità ridotta o assente di elaborare gli stimoli esterni. Non è facilmente reattivo agli input delle persone che lo circondano, capisce a malapena ciò che gli viene detto e spesso (ma non sempre) quando la crisi svanisce non ha memoria di ciò che è accaduto durante l'episodio. In altre parole, nel flashback il soggetto si stacca dal contesto attuale per rivivere letteralmente quanto gli è accaduto, come se fosse un sogno da sveglio.

Come suggerisce il termine "rivivere", i contenuti sono solitamente considerati come frammenti sensoriali di memoria che si intromettono nel presente (tanto che di solito si dice che la persona non può lasciare il passato nel passato). Quindi, il tempo viene vissuto dal soggetto come un "tempo circolare", in cui il passato ritorna periodicamente immutato nel presente. Va sottolineato che questi ricordi non sono vissuti dal soggetto come tali. Si riferiscono a esperienze traumatiche passate ma sono di fatto vissuti nel presente, come eventi reali che si verificano qui (anche se il paziente in questo momento può sperimentarsi in un altro luogo) e ora (anche se a volte è come se fosse trasposto in un altro tempo). Questo punto è importante e va sottolineato: visti dal punto di vista del paziente, non si tratta di ricordi ma di allucinazioni, cioè non sono vissuti come "mi ricordo di lui che mi picchia" ma come "lo vedo che cerca di farmi del male, lo sento urlare contro di me, sento il rumore delle catene, ecc. Come nella definizione classica, il paziente percepisce effettivamente qualcosa che non esiste nella realtà attuale. Questo non significa che si tratti di "fallimenti dei meccanismi percettivi" (sappiamo tutti che le allucinazioni di solito non sono questo), ma piuttosto che sono vissute dal soggetto, nella sua esperienza viva, come una percezione diretta (anche se inesistente per un osservatore esterno).

In genere, nei flashback del PTSD l'esperienza allucinatoria è multisensoriale e in movimento. Il grado di personificazione è alto, ad esempio il paziente tipicamente ode suoni, urla, voci, ordini, commenti ad alta voce provenienti dai persecutori, cioè da quelle persone che hanno commesso violenza intenzionale contro di lui. In generale, le allucinazioni si riferiscono a persone distinte (come detto, spesso le voci dell'abusante), con caratteristiche distinte, carattere distinto, scopi distinti, credenze distinte, funzioni distinte. Anche quando, più raramente, le voci non provengono dallo spazio esterno ma dall'interno della testa (ciò che di solito si chiama pseudoallucinazione), corrispondono a persone legate alla propria esperienza traumatica passata, quindi la personificazione è ancora presente. Inoltre, tutti i contenuti sono realistici e attirano l'attenzione del paziente pervadendo quasi tutto il campo di coscienza. Anche se il paziente è uno

spettatore della scena che si ripete, di solito è coinvolto emotivamente (iperarousal, con ansia e paura estrema) e spesso anche a livello comportamentale. Alcuni pazienti iniziano a urlare o a lottare con il persecutore, ecc. mentre è rara la possibilità di fuggire dal pericolo percepito (più spesso c'è il congelamento).

Quasi sempre, l'esperienza intrusiva è indesiderata, angosciante e fuori controllo, cioè al di là della capacità della persona di metterla a tacere.

Infine, il soggetto è solitamente consapevole del carattere patologico di questa esperienza, ma solo dopo la fine del flashback. Durante lo stato di coscienza dissociativo, il paziente di solito vive la situazione come reale, anche se in alcuni casi non è del tutto inconsapevole del carattere di flashback di questa esperienza. Dopo la risoluzione della crisi, quando il paziente torna in uno stato di coscienza lucido, può prendere le distanze dall'esperienza e considerarla come un sintomo di PTSD. Tuttavia, alcuni pazienti (ad esempio quelli provenienti da Paesi in cui il modello medico occidentale non è universalmente conosciuto) possono interpretare questi sintomi come il segno di un'influenza spiritica o simili. A nostra conoscenza, questa esperienza non viene mai reinterpretata in forma delirante.

### *Allucinazioni nei flashback post-traumatici con "doppia realtà"*

Rispetto ai tipici flashback descritti nella sezione precedente, esistono casi di alterazione parziale della coscienza. Invece di uno stato oniroide totalizzante che sottrae (quasi) totalmente il soggetto alla situazione presente (come se si fosse immersi in un sogno da svegli), ci sono casi in cui il paziente allo stesso tempo: a) rivive l'esperienza passata (flashback), b) sostiene che tale esperienza non è reale e c) è ancora in contatto (anche se non con piena attenzione) con l'ambiente circostante. In altre parole, è come se vivesse contemporaneamente in due tempi, quello dell'esperienza traumatica rivissuta e quello del mondo attuale (una sorta di doppia realtà). Inoltre, le allucinazioni, così come altri sintomi caratterizzati dal rivivere l'esperienza traumatica (ad esempio, l'improvvisa comparsa di emozioni non congruenti con il momento attuale, o le somatizzazioni post-traumatiche), possono anche essere iscritte in brevi esperienze di dissociazione come la depersonalizzazione e la derealizzazione, in cui non c'è una completa perdita di consapevolezza del mondo esterno e dell'orientamento. Rapidi cambiamenti nell'eloquio, apparire improvvisamente distaccati, improvvisi cambiamenti nella mimica, irrigidimento della postura, ripetitività delle parole o del discorso, amnesia, alzarsi improvvisamente per andarsene, sono tutti indicatori del fatto che il paziente sta vivendo contemporaneamente le due esperienze temporali, spesso passando rapidamente dall'una all'altra. In questi casi si tende a parlare di uno stato di coscienza di tipo crepuscolare, descritto come un restringimento focalizzato della coscienza, nel quale vigilanza e attenzione sono mantenute e contemporaneamente vengono esperite modifiche percettive dell'ambiente circostante.

Dal punto di vista dell'analisi formale del vissuto, le allucinazioni nei flashback post-traumatici con "doppia realtà" sono sovrapponibili ai flashback tipici descritti sopra, con l'unica differenza che le scene sono meno complesse e soprattutto più fugaci, ed essendo frammenti più piccoli di memoria traumatica spesso non arrivano ad essere multisensoriali e complessi.

### *Allucinazioni nella depressione post-traumatica*

Le emozioni e l'umore negativi sono una reazione abituale agli eventi psicotraumatici e sono inclusi nei criteri diagnostici del PTSD. In genere, i pazienti con PTSD presentano umore

depresso, idee negative sul proprio valore e sulla propria capacità di recupero, difficoltà a proiettarsi il futuro, senso di colpa per il proprio ruolo negli eventi traumatici (per esempio, per il coinvolgimento forzato nella violenza contro gli altri, per l'incapacità di proteggere amici o familiari, ecc.). Alcuni di questi pazienti possono anche avere allucinazioni congruenti con il loro stato d'animo. Ad esempio, uno studio (Bleich & Moskowitz, 2000) riporta il caso di un uomo di 39 anni il cui carro armato era stato colpito da un proiettile durante una battaglia. Fu ferito e alcuni dei suoi compagni furono uccisi. Diverse settimane dopo cominciò a sentire le voci dei suoi compagni morti che lo accusavano di averli traditi lasciandoli morire e di essere rimasto in vita. Le voci gli ordinarono anche di unirsi a loro suicidandosi. Questo è un caso tipico di allucinazioni uditive depressive nel PTSD. Il paziente sente le voci in uno stato di coscienza lucido (criterio differenziale rispetto ai flashback), c'è un'elevata personificazione delle persone che parlano, il contenuto è chiaramente legato all'esperienza traumatica ma non è una ripetizione dell'esperienza. In effetti, non si tratta della semplice ripetizione di parole o dialoghi che il paziente aveva sentito durante gli eventi traumatici. Al contrario, in un caso come questo, le voci rappresentano l'elaborazione personale del "senso di colpa del sopravvissuto", un fenomeno che conosciamo bene dai tempi dei campi di concentramento. Come per il delirio di Jaspers, in cui il delirio non è primario ma secondario e comprensibilmente derivabile dall'umore depresso di base, le allucinazioni depressive nei pazienti con PTSD sono la proiezione esterna del senso di colpa depressivo vissuto dal paziente (criterio differenziale rispetto alle voci schizofreniche). Sono congruenti con l'umore, derivano comprensibilmente dalle idee di colpa e rappresentano la personificazione esterna di ciò che il paziente pensa. La consapevolezza del carattere patologico di queste voci può variare (alcuni pazienti riconoscono che sono il prodotto della loro mente, altri possono interpretarle in modo delirante), e coerentemente alcuni pazienti possono tentare il suicidio sotto la loro influenza.

Sebbene gli studi empirici di solito non utilizzino questo livello di analisi qualitativa dei fenomeni psicopatologici, è probabile che siano di questo tipo molte delle voci riportate dai veterani con PTSD che esprimono "temi di combattimento e di colpa" (come voci di compagni morti che chiedono aiuto o persone che urlano) (ad esempio, David et al., 1999; Hamner et al., 1999; Bleich & Moskowitz, 2000).

Come emerge dalla descrizione, è più tipico che queste allucinazioni siano monosensoriali uditive, anche se possono essere legate ad altri sensi (es. particolare odore di morte, oppure visione dell'immagine di una persona morta che fa cenno di raggiungerla, etc.).

### *Allucinazioni simil-schizofreniche*

Quest'ultimo gruppo è probabilmente eterogeneo e il nome non è molto soddisfacente perché rischia di suggerire un legame con la schizofrenia che al momento è dubbio. Tuttavia, il termine più generale "psicotico" o "simil-psicotico" comporterebbe il rischio di confusione con le psicosi affettive, che si sovrappongono alle allucinazioni depressive sopra descritte, e che invece riteniamo opportuno tenere separate. Di conseguenza, utilizziamo provvisoriamente questo nome.

In questo gruppo sono presenti voci in pazienti con coscienza lucida, cioè si verificano anche in stato di coscienza inalterato e in caso di dissociazione la precedono e non cessano al termine della dissociazione. In questo senso, sono simili alle allucinazioni depressive già descritte. Tuttavia, tendono a differenziarsi per le seguenti caratteristiche, che somigliano a quelle delle allucinazioni schizofreniche (Naim & Aragona, 2021): a) Scarsa personificazione:

le allucinazioni non rappresentano personalità ben dettagliate del loro passato. Piuttosto, sono vaghe, impersonali e allusive. b) Contenuto paranoico: spesso il paziente interagisce con una o più voci appartenenti a entità che riferiscono di complotti contro di lui, parlano di servizi segreti, ecc. c) Debole consapevolezza della malattia: il paziente di solito pensa che queste entità siano reali e che stiano davvero parlando con lui, e sembra incapace di considerare la loro vaghezza come un segno controfattuale. Quando il contenuto non è correlato all'esperienza traumatica (ad esempio, "sono andato in moschea e ho sentito improvvisamente il Profeta che mi chiedeva di andare in città e convertire gli infedeli") è più facile parlare di psicosi. Tuttavia, ci sono casi in cui l'interpretazione è più difficile. Ad esempio, una persona ha l'impressione che i servizi segreti la stiano seguendo e reagisce di conseguenza (ad esempio evitando i luoghi in cui pensa che possano rapirla). Questo viene solitamente interpretato dai medici come un contenuto paranoico. Tuttavia, è ancora un segno di paranoia se il paziente è un rifugiato che è stato realmente rapito e torturato dai servizi segreti del suo paese prima di fuggire in una nazione sicura? Oppure fa parte di una reazione comprensibile di iperarousal e sospettosità conseguente alla sua esperienza traumatica? Infatti, tra le varie conseguenze del trauma, il soggetto può percepire costanti ed esagerate aspettative negative riguardo ad aspetti importanti della sua vita, tra cui le relazioni con gli altri, e in particolare una pervasiva diffidenza per paura di una ritraumatizzazione. In questo senso, Wilde (2019) parla di un effetto del trauma interpersonale nel mettere in crisi l'esperienza profonda dell'altro, che non viene più visto come soggetto che offre possibilità di interazione umana.

È necessaria un'indagine approfondita del modo in cui i pazienti costruiscono e difendono le loro credenze per cercare di differenziare le idee sopravvalutate basate su un'eccessiva ma comprensibile allerta dalle idee deliranti paranoiche. Infine, è necessario considerare che la questione non è sempre quella della distinzione tra due quadri fenomenici diversi, ma quella di un possibile passaggio verso la psicosi, cioè il passaggio da un livello fenomenico (la reazione post-traumatica) a un altro (lo stato delirante).

## Conclusioni

Questo studio descrive quattro diversi tipi di allucinazioni in persone con PTSD. Sebbene diversi studi abbiano riportato somiglianze formali tra le allucinazioni in diversi disturbi del DSM e in popolazioni non cliniche, abbiamo sostenuto che tale risultato potrebbe essere dovuto agli strumenti di valutazione utilizzati. Infatti, i dati che emergono dalle comuni scale di valutazione non sono sufficientemente dettagliati per cogliere le sottili differenze qualitative che caratterizzano i fenomeni psicopatologici.

Per evidenziare le differenze tra fenomeni apparentemente simili, suggeriamo di considerare i sintomi mentali non come oggetti fissi e isolati, ma come l'articolazione di una relazione dinamica figura-sfondo. Secondo il modello di Cambridge (Berrios GE, 2013; Aragona & Marková, 2015), lo sfondo è rappresentato dal quadro clinico complessivo, dallo stato di coscienza, dalla personalità del soggetto e dagli idiomi sociali e culturali disponibili per l'interpretazione e la comunicazione dell'esperienza vissuta della persona. In questo lavoro abbiamo organizzato provvisoriamente lo studio fenomenico delle allucinazioni sulla base di varie caratteristiche: formali intrinseche, di contenuto, coesistenza di altri fenomeni psicopatologici, stato di coscienza, dinamica temporale e presa di posizione.

Sulla base di questo approccio, nei pazienti con PTSD abbiamo distinto le allucinazioni durante un flashback da quelle in stato di coscienza lucida. Nel primo caso abbiamo osservato

che si verificano tipicamente in uno stato di coscienza oniroide (flashback tipici) o crepuscolare (flashback con "doppia realtà"), sono altamente personalizzate, il contenuto è circoscritto al rivivere l'esperienza traumatica, la comparsa è in una modalità rapida di ingresso/uscita dallo stato di coscienza alterato, e non si perde la consapevolezza del loro carattere patologico. Al contrario, le allucinazioni che si verificano con stato di coscienza lucido possono essere di tipo depressivo (personalizzate, con contenuti congrui all'umore) o "simil-schizofrenico" (vaghe, indeterminate, poco localizzate e poco personalizzate, con un'atmosfera generale di persecuzione).

Siamo consapevoli che questo è solo un primo passo verso una migliore caratterizzazione delle AVH nel PTSD, per cui confidiamo che questa prima classificazione cambierà in futuro parallelamente alla nostra migliore capacità di fare distinzioni fenomeniche. Ci auguriamo che come punto di partenza si riveli utile invitare i ricercatori in psicopatologia a prestare attenzione a questo problema e a contribuire con ulteriori dettagli clinicamente rilevanti.

In questo senso, dati interessanti potrebbero emergere dalla somministrazione di una nuova scala di valutazione, disegnata specificamente per fare emergere i differenti pattern qualitativi. Questa scala, denominata "Phenomenological Auditory Hallucination Scale" (Aragona & Maggiora, 2023), è attualmente alla prima versione, diffusa come bozza per una consultazione pubblica sui contenuti prima di essere emendata e sottoposta a validazione formale.

È opportuno chiarire che la PAHS non è stata utilizzata come strumento di raccolta dati in questo studio; piuttosto, essa è stata sviluppata parallelamente come esito della riflessione teorica e clinica maturata negli anni dagli autori. In questo senso, la PAHS svolge qui un ruolo euristico: rappresenta uno strumento emergente pensato per facilitare, in studi futuri, la rilevazione sistematica delle differenze fenomeniche discusse nel presente lavoro. La sua inclusione nella conclusione ha dunque lo scopo di delineare una direzione di sviluppo metodologico coerente con i risultati preliminari ottenuti.

## Bibliografia

- Aragona, M. (2020). Phenomenology of hallucinations: The contribution of Henri Ey's organodynamism to the appraisal of qualitative differences. *Dialogue in Philosophy, Mental and Neuro Sciences*, 13, 8–12.
- Aragona, M., & Maggiora, M. (2023). The phenomenological auditory hallucination scale: First version. *Dialogue in Philosophy, Mental and Neuro Sciences*, 16(1), 14–27.
- Aragona, M., & Marková, I. S. (2015). The hermeneutics of mental symptoms in the Cambridge School. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, 18, 599–618. <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2015V18N4P599.2>
- Berrios, G. E. (2013). Formation and meaning of mental symptoms: History and epistemology. *Dialogue in Philosophy, Mental and Neuro Sciences*, 6, 39–48.
- Bleich, A., & Moskowitz, L. (2000). Post traumatic stress disorder with psychotic features. *Croatian Medical Journal*, 41(4), 442–445.
- Copolov, D. L., Trauer, T., & Mackinnon, A. (2004). On the nonsignificance of internal versus external auditory hallucinations. *Schizophrenia Research*, 69, 1–6. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(03\)00092-6](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(03)00092-6)
- Daalman, K., Boks, M. P., Diederik, K. M., de Weijer, A. D., Blom, J. D., Kahn, R. S., & Sommer, I. E. (2011). The same or different? A phenomenological comparison of auditory verbal hallucinations in healthy and psychotic individuals. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 72, 320–325. <https://doi.org/10.4088/JCP.09m05797yel>
- David, D., Kutcher, G. S., Jackson, E. I., & Mellman, T. A. (1999). Psychotic symptoms in combat-related posttraumatic stress disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 60(1), 29–32. <https://doi.org/10.4088/JCP.v60n0106>
- Hamner, M. B., Frueh, B., Ulmer, H. G., & Arana, G. W. (1999). Psychotic features and illness severity in

- combat veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 45(7), 846–852. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(98\)00301-1](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(98)00301-1)
- Jaspers, K. (1913). *Allgemeine Psychopathologie*. Springer.
- Junginger, J., & Frame, C. L. (1985). Self-report of the frequency and phenomenology of verbal hallucinations. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 149–155. <https://doi.org/10.1097/00005053-198503000-00003>
- Lanius, R., & Frewen, P. (2017). *La cura del sé traumatizzato: Coscienza, neuroscienze, trattamento*. Giovanni Fioriti Editore.
- Larøi, F. (2012). How do auditory verbal hallucinations in patients differ from those in non-patients? *Frontiers in Human Neuroscience*, 6, 25. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2012.00025>
- Longden, E., Madill, A., & Waterman, M. G. (2012). Dissociation, trauma, and the role of lived experience: Toward a new conceptualization of voice hearing. *Psychological Bulletin*, 138, 28–76. <https://doi.org/10.1037/a0025995>
- McCarthy-Jones, S. (2012). *Hearing voices: The histories, causes and meanings of auditory verbal hallucinations*. Cambridge University Press.
- Moskowitz, A., Mosquera, D., & Longden, E. (2017). Auditory verbal hallucinations and the differential diagnosis of schizophrenia and dissociative disorders: Historical, empirical and clinical perspectives. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 1(1), 37–46. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2017.01.003>
- Naim, S., & Aragona, M. (2021). Psychopathology of hallucinations in schizophrenic patients. *Dialogues in Philosophy, Mental and Neuro Sciences*, 14, 9–18.
- Nayani, T. H., & David, A. S. (1996). The auditory hallucination: A phenomenological survey. *Psychological Medicine*, 26, 177–189. <https://doi.org/10.1017/S003329170003381X>
- Ratcliffe, M. (2019). Auditory verbal hallucinations and their phenomenological context. In G. Stanghellini, M. Broome, A. V. Fernandez, P. Fusar-Poli, A. Raballo, & R. Rosfort (Eds.), *The Oxford handbook of phenomenological psychopathology* (pp. 789–802). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780198803157.013.75>
- Stanghellini, G., Langer, Á. I., Ambrosini, A., & Cangas, A. J. (2012). Quality of hallucinatory experiences: Differences between a clinical and a non-clinical sample. *World Psychiatry*, 11, 110–113. <https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.05.007>
- Upthegrove, R., Broome, M. R., Caldwell, K., Ives, J., Oyebode, F., & Wood, S. J. (2016). Understanding auditory verbal hallucinations: A systematic review of current evidence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 133, 352–367. <https://doi.org/10.1111/acps.12531>
- Vella, G., & Aragona, M. (2000). *Metodologia della diagnosi in psicopatologia: Categorie e dimensioni*. Bollati Boringhieri.
- Vercillo, E., & Guerra, M. (2019). *Clinica del trauma nei rifugiati: Un manuale tematico*. Mimesis Edizioni.
- Wilde, L. (2019). Trauma and intersubjectivity: The phenomenology of empathy in PTSD. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 22(1), 141–145. <https://doi.org/10.1007/s11019-018-9854-x>