

Rivista di

Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria

SEMESTRALE DELLA FEDERAZIONE PSICOLOGI PER I POPOLI

Numero 11, 2013



Gabriele Lo Iacono e Marilena Tettamanzi

Introduzione alle psicoterapie del Disturbo Post-traumatico da Stress/DPTS: verso una possibile integrazione

Riassunto

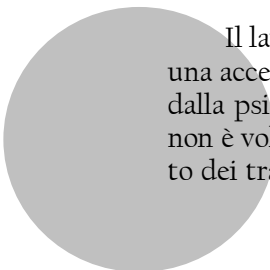
L'articolo affronta il delicato tema della psicoterapia del Disturbo Post-Traumatico da Stress/DPTS. Nella prima parte vengono analizzate le differenze e le connessioni tra emergenza e trauma, sottolineando l'importanza di una stretta comunicazione e conoscenza reciproca tra chi interviene sul campo nella fase acuta e nell'immediato post-emergenza e chi promuove interventi terapeutici a lungo termine. Vengono quindi presentati gli scopi perseguiti dalle psicoterapie per il Disturbo Post-traumatico di Stress e le loro componenti comuni, soffermandosi in particolare sul racconto del trauma e sulla specificità del ruolo dello psicoterapeuta. Nella seconda parte vengono passati rapidamente in rassegna gli approcci psicoterapeutici riguardo ai quali si possiedono prove di efficacia, partendo dal riconoscimento della complessità della ricerca in quest'ambito ma anche della necessità di possedere sufficienti garanzie di professionalità e utilità dei differenti percorsi terapeutici, a tutela dei pazienti già gravemente provati e resi fragili da esperienze traumatiche.

Parole chiave: trauma, Disturbo Post-Traumatico da Stress, psicoterapia, scopi, efficacia.

Abstract

This paper deals with the delicate issue of Post-Traumatic Stress Disorder/PTSD. In the first part, the differences and the connections between emergency and trauma are examined, underlying the importance of close communication and mutual acquaintance between the people who intervene on the field during the acute and immediate post-emergency phases and those who promote long-term psychotherapeutic interventions. Then the goals of psychotherapies for Post-traumatic Stress Disorder and their common components are illustrated, expanding specifically on both the trauma narrative and the specificity of psychotherapist's role in treatment. In the second part, the evidence-based psychotherapy approaches are briefly reviewed, starting with a recognition of the complexity of the research in this field but also of the need to possess adequate guarantees for both the competence of psychotherapists and the usefulness of the different approaches, to protect the patients who already are profoundly exhausted and impaired by traumatic experiences.

Key words: trauma, Post-traumatic Stress Disorder/PTSD, psychotherapy, goals, effectiveness.



Il lavoro psicologico nei contesti di emergenza e assistenza umanitaria ha una accezione più ampia e una differente prospettiva rispetto a quella assunta dalla psicotraumatologia, nel senso che l'intervento immediato e prospettico non è volto esclusivamente e primariamente all'individuazione e al trattamento dei traumi psichici conseguenti agli eventi calamitosi. La psicologia dell'e-

mergenza, piuttosto, assume una prevalente prospettiva preventiva rispetto all'instaurarsi di risposte patologiche propriamente dette e conseguenti agli eventi traumatici; lavora sul campo, in interazione con i sistemi di soccorso e supporto; opera in stretta coerenza e armonia con il contesto sociale e culturale, al fine di favorire il recupero di un senso di normalità e di continuità, pur integrando e facendo fronte al mutato contesto e favorendo l'attivazione di risposte resilienti nel sistema colpito (Sbattella e Tettamanzi, 2013).

In ogni caso lo psicologo dell'emergenza non può prescindere da un confronto e un'attenzione costante al tema del trauma poiché il suo intervento si connette a più livelli e in differenti ambiti con tale concetto e con le manifestazioni psicopatologiche e relazionali del trauma. Lo stesso intervento in contesti di emergenza prende le mosse dall'ormai accertato riconoscimento che vivere eventi distruttivi e improvvisi può dare origine a una sofferenza psichica, emotiva e relazionale che si manifesta sotto diverse vesti ma sempre connesse alla sperimentazione di un evento potenzialmente traumatico. L'intervento di supporto precoce è, infatti, volto a innescare processi virtuosi e a ridurre il rischio di evoluzioni patologiche.

I manuali diagnostici hanno ben chiarito che l'individuazione di risposte psicopatologiche a eventi potenzialmente traumatici richiede un tempo di osservazione, entro il quale comprendere se la normale risposta di stress sia in grado di rientrare o se si stia strutturando in patologia. La presenza immediata sul campo dello psicologo mira a: inserire nel contesto delle variabili in grado di ridurre gli ulteriori fattori stressanti; proporre strategie immediate di elaborazione che riducano le evoluzioni croniche e la cristallizzazione della sofferenza in patologie; riconoscere le persone più a rischio; attuare a favore di queste ultime degli interventi adatti a promuovere delle risposte resilienti ed eventualmente una crescita post-traumatica. Lavorare sul campo significa potenziare le forme di supporto là dove i normali sistemi di sicurezza relazionale non sono in grado di attivarsi autonomamente o di crearne di nuovi quando non ne esistano affatto.

Si tratta di interventi non propriamente psicoterapeutici ma capaci di innescare processi terapeutici (nel senso di cura) naturali e spontanei.

L'essere presenti sul campo consente, inoltre, di riconoscere e orientare precocemente alla cura psicoterapeutica coloro che manifestano una sofferenza conclamata, oppure di fornire ai sistemi con cui si interagisce degli strumenti utili a riconoscere future manifestazioni sintomatiche potenzialmente connesse a quanto accaduto. Chi si occupa di emergenza deve anche sapere come gli essere umani (singoli e aggregati in sistemi) rispondano a eventi potenzialmente traumatici.

Più volte abbiamo fin qui utilizzato l'espressione *potenzialmente traumatico*; la necessità dell'avverbio si fonda sulla constatazione che il trauma non è dato dall'evento in sé ma dalla profonda e complessa interconnessione tra una serie di elementi: eventi in grado di minacciare la sopravvivenza propria e altrui; schemi o modelli operativi interni per leggere e interpretare quanto accaduto; strumenti di attribuzione di senso individuale, familiare e culturale; risorse interne ed esterne per fronteggiare psichicamente, relazionalmente e pragmaticamente quanto sperimentato.

La parola *trauma* da un punto di vista etimologico significa “forare” ma il fatto che un evento crei un foro psichico non dipende solo dall’evento in sé. De Donno (2013) osserva infatti che oggi prevale una definizione funzionale del concetto di trauma e lo indica come un’esperienza minacciosa, estrema e inevitabile di fronte alla quale l’individuo si sente impotente (van der Kolk, 1996); egli sottolinea inoltre che “il processo traumatico che lega l’evento alle conseguenze non è completamente esterno all’individuo” (p. 163). Parallelamente Horowitz (2004) definisce gli eventi traumatici sperimentati da un individuo come qualcosa che non può essere assimilato negli schemi interiori del Sé in relazione con il mondo.

Sulla stessa linea di pensiero si colloca la scuola francofona che, riprendendo lo schema metaforico dell’apparato psichico proposto da Freud nel 1920 in *Al di là del principio del piacere*, distingue il concetto di trauma da quello di stress: se in quest’ultimo l’evento rimane esterno e provoca una compressione sull’apparato psichico, affaticandolo finché il fattore esterno è presente, nel trauma l’elemento di disturbo perfora la membrana protettiva, non trova sistemi di significato a cui aggregarsi e quindi permane nell’apparato psichico come fattore estraneo e patogeno (Lebigot, 2012).

La ricerca scientifica ha chiarito con maggiore precisione gli aspetti neurofisiologici delle memorie traumatiche (Ledoux, 1986). Parallelamente, il diffondersi del paradigma sociocostruttivista e narrativo ha favorito una profonda revisione dei tradizionali modelli psichiatrici e medici per il trattamento dei traumi, sottolineando l’importanza delle influenze esercitate dai significati culturali e sociali (individuali e familiari) disponibili e utilizzabili dall’individuo e dai sistemi nell’interpretare e rispondere a eventi potenzialmente traumatici nonché gli effetti che tali eventi hanno non solo sul funzionamento pragmatico del singolo ma anche sul sistema di significati e affetti che connette l’individuo alla comunità.

Il concetto di trauma vede spesso distinti due ambiti di ricerca: da una parte gli studi nelle discipline più affini alla psicologia dell’emergenza e dall’altra gli studi che si occupano dei vissuti traumatici conseguenti a relazioni di accudimento profondamente disturbanti (maltrattanti e/o abusanti). Benché spesso le tipologie di eventi, i modi e i tempi con cui si destabilizza il funzionamento psichico appaiano molto differenti, solo da una comunicazione e uno scambio più stretti tra tali ambiti di studio può evolvere una maggior comprensione degli effetti psichici dei traumi. Come osserva De Donno (2013), i traumi inflitti da mano umana (soprattutto qualora avvengano nel contesto di relazioni affettive significative) hanno un potere dissociante e patogeno molto più potente. In questo contesto, una variabile di cruciale importanza è il legame di attaccamento (Liotti, 2005) tra l’individuo e le figure affettive primarie: se è distorto e disturbante, esso compromette in modo duraturo il funzionamento psichico dell’individuo, esponendolo a continue relazioni pericolose e disturbanti (se non addirittura traumatizzanti). Sulla base di tali osservazioni possiamo ipotizzare che il legame di attaccamento possa rappresentare un’ulteriore variabile interveniente che influenza il modo in cui un evento stressante (per esempio calamitoso) si incontra con differenti strutture psichiche e possa in alcuni casi diventare traumatizzante e in altri no.

Il trauma è dunque un tema che avvicina la psicologia dell'emergenza alla psicologia dello sviluppo e alla psicoterapia. Qualsiasi intervento preventivo e di supporto immediato venga messo in atto per attutire l'impatto di eventi potenzialmente traumatici, in alcuni casi (non sempre facilmente prevedibili) il trauma si può andare a strutturare entro il vissuto psichico dell'individuo al punto che si rende necessario un intervento propriamente psicoterapeutico.

Data la complessità appena accennata, è indispensabile soffermarsi a riflettere e analizzare quali approcci terapeutici possano essere considerati più adeguati ed efficaci, nel rispetto della complessità delle storie umane e della storia del trauma stesso. In questi ultimi decenni si è assistito a un proliferare di approcci psicoterapeutici e di tecniche specificatamente indicate come efficaci nel trattamento di vissuti traumatici e nello specifico del DPTS, che ancora oggi è considerato (a torto o a ragione) la manifestazione sintomatica prevalente in risposta a eventi potenzialmente traumatici.

La trattazione di tale tematica è tutt'altro che semplice poiché non sempre al terapeuta si presentano situazioni problematiche così chiaramente connesse a eventi traumatici; per questo motivo, per la delicatezza dei vissuti di chi ha sperimentato un trauma e per l'impatto che tali situazioni hanno sul terapeuta stesso, chi si avvicina a questo affascinante ma complesso ambito di cura necessita di una preparazione specifica e profonda che vada necessariamente al di là dell'applicazione pura e semplice di tecniche. L'invio alla cura e la successiva presa in carico devono dunque essere effettuati con particolare attenzione e professionalità.

Una delle prime difficoltà in cui può trovarsi un terapeuta riguarda il riconoscimento di un vissuto traumatico profondo che agisce e influenza l'esistenza del paziente. Possiamo distinguere almeno tre situazioni di richiesta di aiuto di fronte alle quali può trovarsi un terapeuta:

1. l'intervento di psicologia di emergenza attuato sul campo a seguito di eventi distruttivi o calamitosi può portare all'individuazione di soggetti particolarmente sofferenti, per i quali si ritiene importante un approfondimento diagnostico o già propriamente un trattamento per l'instaurarsi di una sintomatologia traumatica. Questo può essere considerato il caso più semplice e forse l'evoluzione ottimale di un ipotetico intervento di psicologia di emergenza sul campo. Qui, infatti, l'evento traumatico è ben noto e l'intervento può essere precoce e mirato;
2. il paziente avanza una specifica richiesta di aiuto e cura a seguito di una diagnosi di DPTS (o per disturbi conseguenti a vissuti traumatici ripetuti, per esempio a livello relazionale) sviluppatosi nel tempo a seguito di uno o più eventi non completamente presenti alla memoria del paziente e in parte cristallizzati. In questa situazione la richiesta è mirata e specifica ma l'accesso al materiale traumatico è più complesso e a volte distorto e il cambiamento è più arduo da raggiungere;
3. molti pazienti chiedono un supporto psicoterapeutico per problemi più o meno cristallizzati in forme psicopatologiche che solo a seguito di un'indagine e un lavoro di cura accurati possono rivelarsi risposte a traumi mai riconosciuti e trattati. È del resto noto che ci sono altre risposte

a eventi traumatici che possono evolvere in forme psicopatologiche diverse dal DPTS, quali disturbi sessuali, disturbi dell'alimentazione, disturbi d'ansia, dipendenze da sostanze psicotrope o alcool, depressione, disturbi di personalità e disturbi dissociativi. In questi casi il trauma, per poter essere trattato, va prima riconosciuto. Non sempre inoltre, in questi casi, i pazienti sono disposti o capaci di rimettere in campo tematiche arcaiche, dissociate, rimosse o negate.

È di cruciale importanza individuare dei criteri di orientamento che permettano di individuare, tra i molti approcci psicoterapeutici esistenti, quelli più indicati nel trattamento di pazienti che abbiano sperimentato vissuti traumatici, variamente evolutisi in risposte patologiche, in primis il DPTS. Possiamo classificare i possibili approcci terapeutici utilizzabili in questo ambito distinguendo tra 1) terapie cognitive e cognitivo-comportamentali, 2) terapie narrative sistemiche e familiari e 3) modelli integrati. Tenendo presente questa distinzione, in questo lavoro ci proponiamo di esplorare il senso e l'utilità del lavoro terapeutico con pazienti affetti da DPTS, le difficoltà di cui tenere conto e le prove di efficacia a favore dei differenti tipi di trattamento. Ciò al fine non solo di offrire uno strumento di orientamento agli psicoterapeuti ma anche e soprattutto di accrescere la possibilità di scambi e integrazioni tra approcci terapeutici accomunati dalla sfida di sostenere e aiutare chi ha sperimentato un trauma psichico.

Gli scopi delle terapie per il Disturbo Post-traumatico da Stress/DPTS

Secondo Mardi Horowitz, uno dei massimi esperti nella valutazione e nel trattamento del DPTS e in generale delle sindromi di stress post-traumatico (Horowitz, 2004; 2001) nonché inventore di una modalità di trattamento integrato basata sui modelli cognitivo-comportamentale (tipo Beck, 1984), interpersonale (Klerman e Weissman, 1993) e psicodinamico breve (per es., Luborsky, 1989; Malan, 1981; Sifneos, 1972), gli scopi del trattamento delle sindromi di stress sono:

- stabilire un senso di sicurezza;
- migliorare le abilità decisionali e di fronteggiamento adattivo;
- aiutare il paziente a farsi un'idea realistica di sé, come persona stabile, coerente, competente e degna;
- migliorare la competenza nelle funzioni sociali, familiari e personali;
- migliorare la preparazione razionale e la resilienza agli stressor futuri (Horowitz, 2001, p. 182).

Il trattamento terapeutico è di fondamentale importanza perché il paziente con DPTS, data la sua condizione, deve essere protetto da una serie di pericoli: gli incidenti dovuti alla minore attenzione e ai tempi di reazione ridotti, le decisioni inadeguate e prese sulla base di convinzioni erranee o di ripetizioni compulsive, la stigmatizzazione sociale conseguente a perdite, ferite,

colpa o vittimizzazione, la demoralizzazione o il rischio di suicidio (dovuti alla crisi del senso di identità e alla perdita di senso), la cattiva regolazione chimico-fisiologica dovuta a forte stanchezza, incremento degli ormoni dello stress, abuso di sostanze o abuso di farmaci.

Donald Meichenbaum è un altro psicoterapeuta che si è distinto nel campo delle teorie e del trattamento del DPTS (vedi Meichenbaum, 1994). Dal punto di vista dell'approccio narrativo – prospettiva a cui l'autore si è avvicinato provenendo dalla cultura cognitivo-comportamentale – la psicoterapia può essere considerata un metodo collaborativo di costruzione congiunta della realtà, in cui, con l'aiuto dello psicoterapeuta, il paziente arriva a “riscrivere” il suo racconto o a costruire una nuova narrazione (Meichenbaum, 2000). La letteratura scientifica sul DPTS, rileva l'autore, è piena di descrizioni dei metodi usati dagli psicoterapeuti per cercare di aiutare i loro pazienti a:

- Assimilare le esperienze traumatiche (Janet)
- Inventare un nuovo significato (McCann e Pearlman)
- Sviluppare una teoria di guarigione (Figley)
- Rinarrare la loro vita (Epston e White)
- Ristrutturare e concludere la storia del trauma (Herman)
- Accettare o risolvere la loro ferita (Thompson)
- Ricostruire gli assunti infranti (Janoff-Bulman)
- Sviluppare nuovi schemi mentali e cercare un completamento (Horowitz)
- Riconoscere ed elaborare i ricordi (Courtois)
- Ricostruire il Sé e fornire nuove prospettive riguardo al passato (Harvey)
- Sviluppare una loro voce e non ripetere la voce del perpetratore (Meichenbaum).

Meichenbaum si chiede che cosa abbiano in comune tutti questi compiti psicoterapeutici. La risposta è: la necessità che i pazienti narrino le loro storie in modo diverso. I pazienti arrivano in psicoterapia portando un racconto che riflette un senso di vittimizzazione, demoralizzazione, impotenza e disperazione. Si sentono “vittimizzati” dalle circostanze, dai loro stati d'animo e dai loro pensieri, dalla mancanza di un sostegno da parte degli altri. Ciò è vero in modo particolare se hanno una storia di vittimizzazione (si noti che il 38% delle vittime di sesso femminile nel Nord America ha una storia di vittimizzazioni reiterate – vedi Meichenbaum, 1994.)

Cosa posso fare gli psicoterapeuti per aiutare i pazienti a non raccontarsi più come “vittime” e a parlare invece di sé come di “sopravvissuti” o di persone che possono “stare bene”? E cosa possono fare per aiutare i pazienti con DPTS a sviluppare le abilità di fronteggiamento interiori e interpersonali necessarie per gestire il DPTS e la sintomatologia associata, a gestire eventuali occasioni di ricaduta nonché a sviluppare le abilità necessarie per ridurre la probabilità di una nuova vittimizzazione?

Meichenbaum (1994) ha fornito una descrizione dettagliata dei modi per compiere queste azioni terapeutiche. Gli elementi terapeutici principali possono essere riassunti in un elenco di punti che costituiscono i compiti psicoterapeutici principali.

In sintesi, la costruzione di una nuova narrazione emerge da ciò che il paziente farà concretamente per rimodellare la sua vita. I pazienti devono compiere degli “esperimenti personali” nella loro quotidianità; questi esperimenti forniranno loro delle nuove informazioni che potranno essere utilizzate per modificare assunti e convinzioni disfunzionali su di sé e sul mondo. Devono cominciare a raccontare a se stessi storie nuove che consentano loro di passare dal considerarsi “vittime” a considerarsi “sopravvissuti”. Per esempio, in un caso clinico la paziente inizialmente si vedeva come una “vittima irrimediabile” e nel corso del trattamento giunse a considerarsi una “sopravvissuta tenace”. Nel corso della terapia, le fu chiesto che cosa avesse fatto che giustificasse la sua osservazione di essere una “sopravvissuta tenace”. Rispondendo non si limitò a fornire informazioni al terapeuta ma riuscì anche a convincersi della sua “tenacia”. Questo è un modello di cambiamento probativo che deriva dalla prospettiva costruttiva narrativa (White, 2007).

La psicoterapia fornisce l'ambiente sicuro e facilitante in cui i pazienti possono cominciare a sperimentare la loro nuova storia. A loro volta, i pazienti possono estendere la loro nuova storia alle loro esperienze di vita quotidiana.

Le componenti comuni nei trattamenti per il DPTS

Secondo il National Center for Post-Traumatic Stress Disorder (NCPTSD, 2006), la terapia del DPTS di solito inizia con un assessment accurato e con la formulazione di un piano di trattamento che rispondano agli specifici bisogni individuali del cliente. In genere il trattamento specifico per il DPTS viene iniziato soltanto quando la persona è uscita dalla situazione di crisi. Se la persona è ancora esposta alla fonte della sua sofferenza psicologica (per es., è ancora oggetto di violenze o abusi o è ancora senza casa), se è gravemente depressa o ha idee di suicidio, ha crisi di panico o disorganizzazione del pensiero, oppure se ha bisogno di disintossicarsi dall'alcol o da altre droghe, è importante affrontare questi problemi urgenti nella prima fase del trattamento.

Fondamentalmente è possibile distinguere i vari approcci psicoterapeutici ai vissuti traumatici in due grandi categorie:

- psicoterapie fortemente standardizzate, focalizzate sul trattamento e la remissione dei sintomi (si tratta di approcci psicoterapeutici fortemente specifici e in genere a carattere prevalentemente individuale);
- approcci psicoterapeutici, meno standardizzati e non necessariamente focalizzati primariamente sui sintomi, volti principalmente a ottenere la riabilitazione sociale e contestuale del paziente attraverso un lavoro di ricostruzione dei significati.

Tutti gli approcci psicoterapeutici volti a trattare i vissuti traumatici presentano comunque degli elementi specifici e aspecifici comuni. Tra questi ultimi riteniamo importante sottolineare che la maggior parte dei percorsi di cura (anche se non tutti) si basano sulla parola e sul racconto del trauma mirando a

favorire il cambiamento dell'immagine che il paziente ha di sé e della propria storia. Si mira così a svincolare tale narrazione dai condizionamenti di una ferita indelebile, favorire l'emergere di nuovi processi di significazione e liberare il presente e la progettazione futura dalla coazione a ripetere. Com'è noto, la dimensione narrativa e ricostruttiva può essere considerata un elemento specifico e comune a tutti gli approcci psicoterapeutici (non solo quelli volti al trattamento del DPTS).

In questa sede, tuttavia, intendiamo focalizzare la nostra attenzione sugli aspetti specifici comuni ai differenti approcci psicoterapeutici focalizzati sul trattamento di DPTS. Tutti prevedono un lavoro progressivo (anche se con modalità e tempi variabili) basato sui seguenti aspetti:

- *Informazione.* È importante che nella prima fase del trattamento il paziente e i suoi familiari siano informati su: a) come si sviluppa il DPTS; b) come il disturbo si ripercuote sulla persona che ne è affetta e sulle persone vicine; c) sulle caratteristiche degli altri problemi che di solito accompagnano il disturbo. Per l'efficacia del trattamento il paziente deve comprendere che il DPTS è un disturbo d'ansia ben noto, che compare in persone normali quando si trovano in condizioni estremamente stressanti.
- *Esposizione.* Il paziente viene in un modo o nell'altro sollecitato a ripercorrere mentalmente l'episodio. Questo permette sia di riviverlo in un ambiente sicuro o controllato, sia di esaminare attentamente le reazioni e le convinzioni relative a tale evento. L'informazione e la ricostruzione dell'evento traumatico nelle sue componenti fattuali e soggettive sono due elementi comuni non solo delle psicoterapie per il DPTS ma anche degli interventi psicologici di "primo soccorso" e di prevenzione dello stress post-traumatico per le vittime di disastri e per i soccorritori (vedi per es., Young et al., 2002; Wraith et al., 2004).
- *Elaborazione del vissuto emozionale.* Nella prima fase del trattamento inoltre il paziente viene sollecitato ad analizzare e risolvere i suoi sentimenti di rabbia, vergogna o colpa, che sono molto comuni nelle persone che hanno subito un trauma.
- *Abilità di fronteggiamento.* Il paziente impara a fronteggiare meglio i ricordi, le reazioni e i sentimenti post-traumatici in modo da non lasciarsi sconvolgere da tutto ciò e da non scivolare nell'appiattimento affettivo. In genere, con la psicoterapia i ricordi traumatici non spariscono, ma diventano più gestibili grazie all'uso di nuove abilità di fronteggiamento.

Secondo Friedman (1996), diversi psicoterapeuti che hanno lavorato con persone che hanno subito eventi traumatici di vario genere (guerra, disastri naturali, ecc.) in genere concordano sul fatto che la terapia può essere divisa in tre fasi:

1. si creano un rapporto di fiducia e un ambiente sicuro e si “conquista il diritto di accedere” al materiale traumatico, che il paziente tiene molto riservato;
2. la terapia si focalizza sul trauma, ovvero sull’esplorazione in profondità del materiale traumatico e sull’esame dei ricordi intrusivi e dei sintomi di evitamento/ottundimento;
3. il paziente viene aiutato ad allontanarsi dal trauma e a riconnettersi alla famiglia, agli amici e alla società.

Friedman osserva che i pazienti che raggiungono la terza fase hanno integrato gli eventi post-traumatici e sono quindi pronti a concentrarsi in modo quasi esclusivo sui problemi del qui e ora che riguardano il matrimonio, la famiglia e altri ambiti della vita presente.

Sulla stessa linea, la Società Internazionale per lo Studio della Dissociazione e del Trauma nel 2005 e la Società Internazionale per lo Studio dello Stress Traumatico nel 2012 hanno proposto delle linee guida per il trattamento del Disturbo Post Traumatico da Stress e dei Disturbi Dissociativi evidenziando l’importanza che lo psicoterapeuta, a prescindere dal suo approccio teorico e metodologico, attraversi gradualmente e senza forzature tre fasi di cura che consentono la creazione di un contesto rassicurante, creano le condizioni per il trattamento e la reintegrazione e riducono i rischi di una nuova traumatizzazione (De Donno, 2013). Nello specifico, vengono indicate le seguenti tre fasi successive:

1. la prima fase deve porsi come obiettivo la costruzione di condizioni di sicurezza sufficienti nella vita del paziente, annullando lo stato di allarme e, secondariamente, il rafforzamento delle capacità reattive di espressione delle emozioni, il ripristino di una buona visione di sé e la promozione di competenze interpersonali e sociali;
2. la seconda fase dovrebbe poi essere specificatamente volta all’elaborazione del trauma e dei lutti, integrando l’evento traumatico nella narrazione di sé e ristabilendo un senso di continuità del Sé;
3. la terza e ultima fase riguarda il processo di reintegrazione del paziente, riconnettendolo alla vita esterna reale, pur nel mutato contesto relazionale, affettivo, sociale e a volte anche materiale.

Il racconto del trauma in terapia

Il clinico che cerca di coinvolgere il paziente nel trattamento gli chiede di correre un rischio molto grande, cioè quello di rinunciare a tutte le sue strategie psicologiche e ai comportamenti difensivi che ha sviluppato per tenere lontani i ricordi intrusivi e i sintomi di iperattivazione. Quindi il terapeuta deve essere consapevole del fatto che l’assessment e il trattamento sono potenzialmente destabilizzanti.

La terapia può avere successo soltanto in un contesto di sensibilità, fiducia e sicurezza. Il terapeuta deve sapere che il paziente può avere bisogno di

molto tempo per liberarsi dai molti strati di sintomi difensivi accumulatisi negli anni successivi al trauma. Il prima possibile, deve fare capire al paziente che sa che la terapia può fare paura e provocare dolore. Inoltre deve reprimere il proprio bisogno di farsi raccontare al più presto la storia del trauma e dare alla terapia un ritmo che il paziente possa tollerare. Può essere conveniente seguire l'esempio di Friedman (1996) e dire al paziente di avvertire se la terapia comincia a provocare un disagio eccessivo; in tal caso il terapeuta fa un passo indietro, ottenendo così il risultato di mantenere un'atmosfera di fiducia e sicurezza.

Alcuni pazienti possono essere tanto sollevati dal fatto di avere finalmente l'opportunità di discutere delle loro esperienze dolorose del passato, che sono rimaste a lungo represses, da non vedere l'ora di parlarne con il terapeuta. Altri, pur non essendo meno motivati, possono dare l'idea di opporsi alla terapia, a causa della paura che essa possa risvegliare emozioni troppo dolorose; queste persone hanno un estremo bisogno di percepire un ambiente sicuro. Altri ancora magari si sono rivolti allo psicoterapeuta per problemi di depressione, ansia, dipendenza da sostanze, disturbi alimentari, malesseri fisici o disturbi dell'adattamento più che per la sindrome del DPTS in sé e per sé. A questo proposito va ricordato che fino all'80% delle persone affette da DPTS che cercano un trattamento ha almeno un'altra diagnosi psichiatrica: disturbi dell'umore (26-65%), disturbi d'ansia (30-60%), abuso di alcol o altre sostanze (60-80%) o disturbi di personalità (40-60%) (Friedman, 1990; Jordan et al., 1991; Kulka et al., 1990). Con questi pazienti, a volte il DPTS emerge come possibilità diagnostica soltanto dopo che il clinico ha raccolto una descrizione dettagliata della storia del trauma nel contesto di un assessment generale. Infine esiste un gruppo di pazienti difficili che arriva in terapia a causa di comportamenti distruttivi o autodistruttivi e che inizialmente sembra soffrire principalmente di un disturbo di personalità. I pazienti di questa categoria possono essere i superstiti adulti di abusi sessuali infantili protratti la cui storia traumatica può essere messa in ombra da etichette psichiatriche come disturbo di personalità borderline, disturbo di personalità multipla e disturbo somatoforme. Oltre ai sintomi di DPTS, queste persone spesso presentano problemi di regolazione emozionale, comportamento impulsivo, sintomi dissociativi, problemi di fiducia, comportamento sessuale inappropriato e un'ampia gamma di disturbi somatici. Questi problemi possono impegnare la maggior parte della terapia. Il trattamento di questi pazienti può essere ulteriormente complicato dalla presenza di processi di pensiero disturbati, ricordi incompleti e sintomi dissociativi.

Come osserva Friedman (1996), la storia del trauma è essenziale per la diagnosi: data l'esistenza di tassi di comorbilità elevati e di una sovrapposizione significativa fra i sintomi del DPTS e quelli della depressione e di altri disturbi d'ansia, il racconto del trauma è il principale strumento per diagnosticare il DPTS e distinguerlo dagli altri disturbi mentali più importanti. Esistono molti casi di pazienti gravemente traumatizzati il cui psicoterapeuta non si è mai curato di verificare se avessero subito dei traumi nell'infanzia o da adulti e che, con la guida del terapeuta, hanno trascorso un'infinità di ore ad analizzare i loro conflitti edipici, le loro dinamiche familiari e i loro conflitti interperso-

nali attuali. La scoperta tardiva della centralità di un abuso sessuale, di uno stress da combattimento o di una situazione di violenza domestica, in seguito, ha fornito la chiave per comprenderne i sintomi e ha dirottato la terapia verso un terreno più fecondo.

In genere non è difficile farsi raccontare la storia del trauma. I pazienti in genere sono disponibili, e spesso sono contenti di avere finalmente la possibilità di narrare la storia del loro trauma a qualcuno che sembri abbastanza competente e sensibile da chiedere loro di farlo. Raccontare la storia tuttavia può essere difficile. La prima storia traumatica a emergere è in genere la punta dell'iceberg. Ma le vicende che fanno soffrire di più il paziente emergono in seguito, quando il terapeuta ha stabilito un clima di fiducia e sicurezza e ha dimostrato di avere il coraggio, la saggezza e l'empatia necessari per ascoltare queste narrazioni e una considerazione positiva nei confronti del paziente sufficientemente forte da incoraggiare un'apertura e una rivelazione ulteriore. Con le sue domande e risposte il terapeuta può dimostrare al paziente di capire l'impatto comportamentale ed emozionale della violenza sessuale, del disastro naturale o della guerra. Questi segnali vengono recepiti prontamente dai pazienti, che di solito a questo punto rispondono positivamente (Friedman, 1996).

Il coinvolgimento del terapeuta

Lavorare sui traumi è difficile per diversi ordini di motivi. In primo luogo, come già accennato, perché le persone che hanno subito traumi presentano una tale complessità e varietà di sintomi che spesso possono ricevere diagnosi sbagliate e cure inadeguate, che portano poi alla cristallizzazione di strutture patologiche la cui connessione a eventi traumatici può essere ricostruita con grande difficoltà, resistenza e sofferenza da parte del paziente. Herman (1992) inoltre osserva che in genere il trauma danneggia la capacità del paziente di stabilire in relazioni di fiducia, difficoltà che rende complesso creare in ambito terapeutico un'alleanza di lavoro. Il paziente traumatizzato, inoltre, è portatore di una grande sofferenza che può impattare in modo complesso anche sul terapeuta, destabilizzandolo. Su quest'ultimo punto riteniamo importante soffermarsi con maggior attenzione.

I pazienti traumatizzati hanno sofferto moltissimo e il processo terapeutico spesso riapre vecchie ferite ancora capaci di provocare un grande dolore. È difficile, se non impossibile, mantenere un atteggiamento di neutralità terapeutica quando un paziente racconta di essere stato brutalmente abusato da bambino, torturato da nemici politici o costretto ad assistere all'assassinio di una persona amata. Questo genere di racconti genera emozioni molto forti non solo nel paziente ma anche nel terapeuta.

A volte i terapeuti hanno pensieri intrusivi e incubi che riprendono i racconti dei loro pazienti. A volte si sentono in colpa per il fatto di essere stati risparmiati da questi orrori. Possono sentirsi profondamente impotenti per non avere potuto proteggere i loro pazienti dai traumi passati e dalla sofferenza presente. Questi sentimenti possono suscitare varie reazioni poco appro-

priate che interferiscono con la terapia e disturbano il terapeuta a livello personale. Herman (1992) osserva che le forti emozioni provate nel corso della terapia possono indurre il terapeuta a mettere in atto tentativi di soccorso, a violare i confini del setting o a cercare di controllare il paziente. Il terapeuta inoltre può mettere in atto una serie di strategie di fronteggiamento basate sull'evitamento/ottundimento e cioè il dubbio, la negazione, il disconoscimento, l'isolamento, l'intellettualizzazione, la dissociazione, la minimizzazione o l'evitamento del materiale traumatico (Friedman, 1996). Questo fenomeno è stato definito "traumatizzazione vicaria" o "stanchezza da compassione".

Secondo Friedman (1996), è utile distinguere tre circostanze diverse in cui un terapeuta che lavora con clienti traumatizzati può sviluppare dei sintomi, entrare in uno stato di stress o paralizzarsi. Tali circostanze possono presentarsi contemporaneamente.

1. I terapeuti che non sono mai stati traumatizzati in prima persona possono farsi sconvolgere dal materiale che emerge nel corso del trattamento di persone con DPTS. Possono sviluppare quindi sintomi traumatici secondari sotto forma di incubi, senso di colpa, senso di impotenza, fantasie di salvataggio o comportamento evitante/ottundimento. Ciò può creare un circolo vizioso in cui più il terapeuta diventa sintomatico, disadattivo e inefficace, più si immerge a fondo nel suo lavoro. Quando ciò avviene, il terapeuta tenderà a non rendersi conto della gravità del suo problema e a non cercare la supervisione e l'aiuto dei colleghi.
2. Il terapeuta può sviluppare un'autentica reazione di controtransfert, in cui il materiale portato in terapia dal paziente risveglia dei ricordi intrusivi di esperienze traumatiche vissute dal terapeuta nel passato. Poiché l'esposizione a un trauma non è un evento raro, e gli psicoterapeuti non ne sono più esenti di altri, terapeuti e supervisori dovrebbero essere pronti a riconoscere e affrontare queste reazioni di controtransfert.
3. Anche i terapeuti sono esposti alle esperienze traumatiche per cui cercano di aiutare gli altri. Per esempio, possono avere vissuto lo stesso disastro naturale – un terremoto, un'inondazione – che ha sconvolto un loro paziente. In queste circostanze, il terapeuta deve fare un debriefing o una terapia per i suoi sintomi post-traumatici prima di poter pensare di aiutare altre persone.

Per Friedman (1996) non basta che i terapeuti riconoscano questi rischi connessi al loro lavoro ma devono cercare consapevolmente e sistematicamente di prevenire la traumatizzazione. A questo scopo dovrebbero: a) creare attorno a loro un ambiente capace di offrire sostegno; b) controllare il carico di lavoro in termini di numero di persone traumatizzate e gravità delle loro condizioni; c) stabilire dei confini chiari fra il lavoro e la vita privata; d) farsi supervisionare costantemente; e) creare una struttura istituzionale che affronti questo problema, per esempio un contesto terapeutico di gruppo.

Oltre allo sviluppo di sintomi, secondo Catherall (2000), il lavoro con persone traumatizzate può produrre sugli psicoterapeuti altri effetti che descriviamo di seguito.

Maggiore consapevolezza dei pericoli. Come la vittima di un trauma prende coscienza di pericoli che prima aveva ignorato o negato, anche chi ascolta la sua storia comincia a vedere il mondo diversamente. In genere questo porta a un atteggiamento diverso verso la vita. Gli operatori che lavorano a contatto con superstiti di disastri aerei, per esempio, possono imparare a prestare più attenzione alla collocazione delle uscite di emergenza quando vanno in aereo – così come i vigili del fuoco sono più attenti alle vie di fuga in casa loro. Di fatto, questo genere di consapevolezza tende a continuare a espandersi fino a coinvolgere le persone intorno a noi – anche i figli di un vigile del fuoco crescono con una consapevolezza più sviluppata delle vie di fuga.

Perdita di obiettività. Se si perde di obiettività, la consapevolezza che gli aerei a volte precipitano, e che degli adulti apparentemente innocui in realtà molestano i bambini, può trasformarsi nell'aspettativa che tutti gli aerei abbiano molte probabilità di precipitare e che tutti gli adulti tenderanno a fare del male ai bambini. Quando si perde di obiettività in questo modo, si entra nel mondo dei traumatizzati. Questo atteggiamento è accompagnato da uno stato di iperattivazione; si sta costantemente in allerta, aspettandosi continuamente un pericolo. Se non si riesce a recuperare il proprio senso di obiettività, il passo successivo tende a essere l'evitamento, e la vita finirà per organizzarsi intorno a ciò che potrebbe succedere anziché a ciò che sta succedendo. È a questo punto che l'esposizione secondaria produce la traumatizzazione secondaria. Proprio come nello stress traumatico primario, il rischio di perdere il senso delle proporzioni cresce con l'aumentare dell'esposizione agli stressor secondari. Ma, come accade per i superstiti di traumi primari, gli effetti dell'esposizione secondaria sono modulati da un ambiente popolato da persone disposte ad ascoltare e aiutare.

L'effetto emotivo del lavoro con i traumi. Essere emotivamente provati non significa necessariamente avere reazioni estreme come la depressione. Lavorare con persone traumatizzate può essere emotivamente logorante, specialmente se il trauma del cliente entra in risonanza con l'esperienza dell'operatore. La maggior parte delle persone che svolgono professioni di aiuto avverte la necessità di limitare il numero di colloqui con clienti traumatizzati per evitare di sfinirsi a causa del lavoro. Il lavoro con clienti traumatizzati può far sentire psicologicamente esausti proprio mentre si avverte un livello elevato di attivazione fisiologica: come le persone che hanno subito un trauma, gli psicoterapeuti possono arrivare a uno stato in cui sono esausti ma non riescono a rallentare la loro fisiologia. In tali situazioni, sono più esposti alle percezioni e ai pensieri stressanti che a volte derivano dal lavoro con persone a cui è crollata la convinzione di vivere in un mondo sicuro e prevedibile.

Da molti punti di vista, ciò di stiamo parlando è simile al vecchio concetto di burnout (che qualcuno considera un elemento della stanchezza da compassione). Il burnout non riguarda solo le persone che svolgono una professione di aiuto ma assume una qualità speciale quando si combina con l'esposizione allo stress traumatico secondario. Molti lavori comportano stress. Molti costringono a mantenere un livello di attivazione fisiologica elevato, per cui poi è necessario rilassarsi. Molti sono logoranti sul piano emozionale, anche se i più logoranti

ranti tendono a essere quelli che richiedono di trattare con le emozioni altrui. E ce ne sono altri che scuotono la nostra visione del mondo e mettono in crisi gli assunti fondamentali su cui è costruita la nostra sicurezza personale. Ma sono pochi i lavori in cui si combinano tutti questi elementi. Chiunque faccia lo psicoterapeuta rischia di vivere in prima persona le esperienze traumatiche dei suoi pazienti, o in piccolo o in forma di DPTS conclamato.

Per questi complessi motivi, come già sottolineato, è di fondamentale importanza che gli psicologi e gli psicoterapeuti che si relazionano con pazienti traumatizzati abbiano un'adeguata e continua formazione nonché un setting che preveda, per esempio, spazi di supervisione ma anche decompressione, confronto e rielaborazione dei propri vissuti.

Quali trattamenti psicoterapeutici per il DPTS?

Fino a qui ci siamo soffermati a riflettere sugli aspetti comuni che è opportuno possedano tutti i trattamenti terapeutici che prendono in carico pazienti traumatizzati, le difficoltà a cui tali percorsi di cura espongono e gli obiettivi da perseguire.

Come anticipato, tuttavia, oggi si dispone di una grande varietà di approcci psicoterapeutici e sempre più emergono modelli specifici, volti al trattamento dei traumi in generale e del DPTS in particolare. Di fronte a tale varietà è di fondamentale importanza interrogarsi sulla effettiva efficacia dei differenti trattamenti, al fine di meglio orientare pazienti bisognosi di cura e, in qualità di psicologi e psicoterapeuti, per meglio comprendere su quali aspetti soffermarsi e quali, invece, andrebbero evitati.

Il tema della valutazione dell'efficacia dei differenti approcci terapeutici, tuttavia, espone a ulteriori complessità e a possibili equivoci. Come è noto a chi opera nel settore, essendo i percorsi psicoterapeutici dei processi relazionali sempre in divenire e fortemente interdipendenti, la verifica dell'efficacia non è di semplice risoluzione, data la difficoltà di applicare il metodo scientifico di ricerca a ciò che secondo alcuni si avvicina più a un'arte, a una danza tra psicoterapeuta e paziente. Tenendo conto di questo limite, è pur vero che la serietà professionale richiede perlomeno delle prove parziali di efficacia e ciò è quello che differenzia la pratica professionale della psicoterapia come forma accreditata di cura e riconosciuta dal mondo scientifico da altre forme di cura naïf.

Va, tuttavia, tenuto presente che la disponibilità di maggior o minori prove dell'efficacia dei differenti approcci psicoterapeutici è in parte funzione della strutturazione stessa del trattamento: più quest'ultimo è standardizzato, modellizzato e focalizzato su un unico ben definito oggetto di lavoro più è facile ottenere prove di efficacia attraverso il metodo scientifico classico; al contrario, gli approcci più olistici e complessi, meno standardizzabili e protocollabili meno si incontrano con le necessità di misurazione del mondo scientifico e a volte non si prestano a restrizioni di ricerca che rischierebbero di snaturare il metodo stesso.

A partire da tale precisazione riteniamo sia importante poi comprendere

con maggiore precisione di quali approcci terapeutici disponiamo oggi per il trattamento del DPTS e quali risultano più adeguati ed efficaci.

Secondo Roth e Fonagy, autori di una famosa rassegna sulle prove di efficacia per le psicoterapie (Roth e Fonagy, 1997), dalle ricerche disponibili emerge che esistono prove sufficienti a dimostrare l'efficacia soltanto di tre approcci al trattamento del DPTS: a) lo Stress Inoculation Training di Donald Meichenbaum; b) le tecniche cognitive – un gruppo ricco ed eterogeneo di procedure che possono essere ricondotte a premesse teoriche di tipo cognitivista; c) la terapia di esposizione – una procedura originariamente fondata sulla teoria comportamentale del doppio processo. Inoltre esisterebbero dati incoraggianti, benché non altrettanto completi e convincenti, sull'efficacia della psicoterapia psicodinamica strutturata.

Conclusioni sostanzialmente analoghe vengono espone nelle *Linee guida per la gestione dello stress post-traumatico nella pratica clinica* pubblicate dal Dipartimento degli Affari dei Veterani e dal Dipartimento della Difesa degli Stati Uniti (Management of post-traumatic stress working group, 2004). Queste linee guida sono il prodotto finale di un lavoro di confronto fra esperti e clinici e di analisi della letteratura pubblicata fino al maggio del 2002, che prende spunto, per l'identificazione delle questioni rilevanti, da autorevoli linee guida precedenti (Foa et al., 2000; Foa et al., 1999; NIMH, 2002). La valutazione delle prove di efficacia per i trattamenti psicoterapeutici in uso è riassunta nella Tabella 1.

Le raccomandazioni riportate nelle linee guida sono le seguenti:

1. Chi offre una psicoterapia dovrebbe illustrare a tutti i pazienti con DPTS la gamma di opzioni terapeutiche disponibili ed efficaci per il loro disturbo.
2. La terapia cognitiva, la terapia di esposizione e l'Eye Movement Desensitization and Reprocessing/EMDR sono fortemente raccomandati per il trattamento del DPTS in popolazioni di militari e non. L'EMDR è risultato efficace quanto gli altri trattamenti in alcuni studi e meno efficace in altri.
3. La terapia di ripetizione immaginativa e quella psicodinamica possono essere prese in considerazione come cure per il DPTS.
4. L'informazione è una componente terapeutica consigliata per tutti i pazienti.
5. Nel caso di pazienti con disturbo di personalità borderline che si traduce in comportamenti parasuicidari, va presa in considerazione la terapia comportamentale dialettica.
6. Le tecniche ipnotiche possono essere utili specialmente per i sintomi associati del DPTS sui quali l'ipnosi si è dimostrata efficace – come il dolore, l'ansia, la dissociazione e gli incubi.
7. Può essere utile integrare le terapie specialistiche per il DPTS con metodi/servizi mirati su problemi specifici o con farmacoterapia.
8. La combinazione di diversi metodi terapeutici cognitivo-comportamentali (per es., terapia di esposizione e terapia cognitiva) pur essendo efficace non si è dimostrata superiore alle componenti singole.

Tabella 1. Qualità delle prove di efficacia per i principali trattamenti psicoterapeutici utilizzati per il DPTS (tratto da Management of post-traumatic stress working group 2004).

Gli obiettivi di riferimento sono la riduzione della gravità dei sintomi e il miglioramento del funzionamento globale del paziente. L'importanza e la rilevanza clinica di altri indicatori di esito – per esempio, il miglioramento della qualità della vita e della salute fisica e mentale – al momento della compilazione della sintesi erano poco conosciute.

Nel 2010 il Management of Post-Traumatic Stress Working Group ha pubblicato una nuova sintesi delle prove di efficacia emerse da una rassegna della bibliografia sugli studi di valutazione delle psicoterapie per il DPTS (Management of Post-Traumatic Stress Working Group, 2010). Qui vengono considerati anche altri tipi di intervento: le tecniche di rilassamento, la terapia di gruppo e la terapia familiare – che vengono giudicati interventi che danno “qualche beneficio” – nonché la terapia cognitivo-comportamentale via Web e la Acceptance and Commitment Therapy – che vengono inseriti nella categoria “utilità sconosciuta”. Per la spiegazione dei criteri di inclusione degli studi usati nella rassegna e dei criteri sintetici di valutazione dell'utilità, si veda il lavoro originale. Rispetto alla tabella qui riprodotta non figurano variazioni sostanziali. Riteniamo sia da segnalare l'accorpamento di terapia cognitiva, terapia di esposizione e EMDR sotto l'etichetta Trauma-Focused Psychotherapy e lo spostamento della terapia comportamentale dialettica nella categoria “utilità sconosciuta”.

Valutazione	Benefici sostanziali	Qualche beneficio	Utilità sconosciuta	Nocività
A	<ul style="list-style-type: none"> - Terapia cognitiva - Terapia di esposizione - Stress inoculation training - Eye Movement Desensitization and Reprocessing/ EMDR 			
B		<ul style="list-style-type: none"> - Terapia di ripetizione immaginativa - Terapia psicodinamica <p>Come trattamenti integrativi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terapia comportamentale dialettica - Ipnosi 		
C				
D				
I		Informazioni sul DPTS		

Legenda: A = chiaramente l'intervento è sempre indicato e accettabile; B = l'intervento può essere utile/efficace; C = l'intervento può essere preso in considerazione; D = la procedura può essere considerata non utile/efficace o persino nociva; I = mancanza di prove per esprimersi a favore o contro - il clinico farà le sue valutazioni.

9. Le tecniche psicoterapeutiche specifiche possono non essere ugualmente efficaci con tutti i pazienti. Nella scelta di una modalità terapeutica specifica, può avere senso tenere in considerazione certe caratteristiche del paziente, come il sesso, il tipo di trauma (per es., da guerra o di altro tipo) e la storia passata.
10. La scelta del trattamento psicoterapeutico o farmacologico da utilizzare dovrebbe orientarsi sui metodi di efficacia provata.
11. La scelta degli interventi individuali dovrebbe basarsi su:
 - le preferenze del paziente;
 - il livello di abilità e di familiarità del clinico con una data modalità;
 - il tentativo di aumentare al massimo i benefici e ridurre al minimo dei rischi per il paziente;
 - una valutazione di fattibilità e di disponibilità di risorse.
12. Le psicoterapie dovrebbero essere erogate il più possibile da persone dotate di una specifica formazione nei metodi utilizzati (Management of post-traumatic stress working group, 2004).

La psicoterapia di sostegno non è considerata efficace per il trattamento del DPTS. Tuttavia, se il paziente ha un discreto controllo sui suoi sintomi e non si trova in una fase di sofferenza grave e acuta, l'obiettivo può essere quello di prevenire la ricaduta e la psicoterapia di sostegno può essere utile a questo scopo. Oppure, nel caso dei pazienti affetti da certi disturbi associati, la terapia di sostegno può essere l'unico trattamento che loro siano in grado di tollerare senza subire ulteriori danni. Anche le psicoterapie psicodinamica, interpersonale, esperienziale (per es., terapia della Gestalt) e molti altri metodi possono essere elementi utili di un approccio integrato efficace. La maggior parte degli psicoterapeuti esperti integrano diverse terapie al fine di creare il trattamento più benefico per il paziente.

Nei prossimi paragrafi analizzeremo con attenzione i differenti tipi di trattamento per il DPTS distinguendoli in funzione dell'efficacia documentata. Integreremo nella riflessione anche approcci psicoterapeutici più olistici, non specificatamente volti a trattare esclusivamente i traumatismi psichici, ma che mostrano di avere una certa utilità ed efficacia, soprattutto se combinati con gli approcci focalizzati.

Trattamenti per cui si possiedono prove “forti” di utilità

La terapia cognitiva

Le teorie cognitive dei disturbi emozionali, come la teoria degli schemi, si basano sul principio secondo cui esisterebbe una connessione fra disturbi psicologici e disturbi del pensiero. In particolare, l'ansia e la depressione sono caratterizzate da pensieri automatici negativi e distorsioni interpretative. Si ritiene che le interpretazioni o i pensieri negativi derivino dall'attivazione di

convinzioni negative immagazzinate nella memoria a lungo termine. Lo scopo della psicoterapia cognitiva è modificare i pensieri e le convinzioni negative, nonché i relativi comportamenti associati, che mantengono i disturbi psicologici.

Secondo questo approccio, i disturbi emozionali sono legati all'attivazione di schemi disfunzionali. Gli schemi sono strutture mnestiche che contengono due tipi di informazioni: le convinzioni e gli assunti. Le convinzioni sono costrutti di base riguardanti sé e il mondo che hanno carattere assoluto e generale (per es., "Sono vulnerabile" o "Il mondo è un posto pericoloso") e che vengono presi per veri. Gli assunti sono invece relativi e specifici e sono la rappresentazione di relazioni specifiche fra eventi e valutazioni riferite a sé (per es., "Se ho dei sintomi fisici che non si spiegano, devo essere gravemente malato").

Si ritiene che gli schemi disfunzionali che caratterizzano i disturbi emozionali siano più rigidi, inflessibili e definiti di quelli delle persone prive di disturbi emozionali; il contenuto degli schemi, inoltre, sarebbe connesso in modo specifico al tipo di disturbo. Gli schemi caratteristici associati alle condizioni di ansia consistono di convinzioni e assunti relativi al pericolo e all'incapacità di fronteggiare una situazione. Nella depressione invece gli schemi sono incentrati sui temi della "triade cognitiva negativa": alcune esperienze infantili fornirebbero una base per la formazione di concetti negativi riguardo a sé, al futuro e al mondo esterno. Quando si attivano, gli schemi disfunzionali introducono delle distorsioni nell'elaborazione e nell'interpretazione delle informazioni. Queste distorsioni si manifestano a livello superficiale sotto forma di pensieri automatici negativi che si introducono nel flusso della coscienza. Questo tipo di valutazioni negative è una manifestazione dei meccanismi cognitivi sottostanti che mantengono i disturbi emozionali (Wells, 2002).

Le tecniche della terapia cognitiva vengono spesso proposte in "pacchetti" di trattamento che possono comprendere anche la terapia di esposizione, informazioni sulle reazioni post-traumatiche e strategie di gestione dell'ansia. Per esempio, la terapia di elaborazione cognitiva, che è stata manualizzata e validata per il trattamento di donne vittime di violenza sessuale, combina aspetti di terapia cognitiva e di terapia di esposizione.

La terapia cognitiva può anche essere praticata insieme ad altre terapie psicologiche (per es., l'EMDR e la terapia psicodinamica). Le tecniche di terapia cognitiva possono essere una componente particolarmente utile quando accanto al DPTS il paziente presenta anche altri disturbi depressivi o di ansia. Presentiamo di seguito una descrizione sintetica della Terapia di elaborazione cognitiva per i traumi sviluppata da Resick e Mechanic (1995).

Terapia di elaborazione cognitiva per i traumi

Questo metodo mira ad alleviare il PTSD e i disturbi emozionali aiutando i clienti a elaborare il trauma in modo completo, ad accettare che l'evento traumatico è accaduto e a adattare gli schemi esistenti per includervi le nuove informazioni. Un punto focale importante della terapia consiste nell'identificare e modificare gli *stuck point* (punti di blocco), ovvero le aree di elaborazione

incompleta. Gli stuck point si manifestano spesso sotto forma di distorsioni cognitive come la negazione (per es., nel caso di una violenza sessuale, “Non si è trattato veramente di uno stupro”), autobiasimo (“Me la sono cercata perché ho bevuto troppo”) e ipergeneralizzazione (per es., “Tutti gli uomini sono pericolosi”). La valutazione degli stuck point dura per tutto il processo terapeutico e si concentra principalmente nelle sedute della parte centrale del trattamento.

Le circostanze che possono generare degli stuck point sono varie. Di solito essi si formano perché il trauma entra in conflitto con gli schemi preesistenti.

Susanna, violentata da un conoscente, ha uno stuck point riguardo alla fiducia. Non riesce a farsi una ragione del fatto che una persona a cui ha voluto bene e di cui era convinta di potersi fidare l'abbia improvvisamente aggredita. Si sente anche in conflitto perché aveva sempre pensato di essere brava a giudicare il carattere delle persone, ma non aveva mai sospettato che lui potesse fare una cosa simile. È perseguitata dall'immagine del volto di quell'uomo, deformato dal furore, mentre si avvinghiava alla sua gola e la colpiva (Resick e Mechanic, 1995).

L'elaborazione delle informazioni può restare incompiuta anche quando altre persone inculcano nella vittima informazioni conflittuali (per es., biasimano la vittima per il trauma che ha subito). Alcuni clienti possono essere predisposti a utilizzare l'evitamento come strategia di difesa – e anche questo può provocare un'elaborazione inadeguata del trauma. Altri possono non essere capaci di elaborare un evento quando esso gli appare del tutto estraneo e non possiedono, quindi, degli schemi validi in cui classificarlo.

Benché i sintomi possano spesso insorgere a causa del fatto che il trauma è in conflitto con gli schemi preesistenti, essi a volte possono comparire anche perché il trauma sembra confermare schemi negativi preesistenti. Le persone i cui schemi sono stati disorganizzati da traumi precedenti sviluppano convinzioni distorte e negative. I traumi successivi possono fungere da ulteriori conferme di tali visioni disadattive (McCann et al., 1988).

Per facilitare l'elaborazione dei traumi, la terapia di elaborazione cognitiva utilizza:

- l'informazione;
- l'esposizione;
- strumenti di ristrutturazione cognitiva.

Il terapeuta fornisce informazioni sul DPTS e dimostra la relazione esistente fra pensieri ed emozioni. Gli stuck point vengono portati alla luce sollecitando i ricordi del trauma con gli affetti connessi. Poi le convinzioni erranee o conflittuali vengono messe in discussione e risolte. Il terapeuta si concentra in modo particolare sugli effetti che il trauma ha avuto sulle cinque aree di funzionamento identificate da McCann et al. (1988): la sicurezza, la fiducia, il

potere, la stima e l'intimità. Naturalmente traumi differenti, a seconda del genere, possono intaccare in modo particolare alcune di queste aree.

Secondo le osservazioni cliniche di Resick e Mechanic (1995) è più facile restaurare convinzioni positive in crisi che non modificare convinzioni negative radicate.

Stress Inoculation Training

Lo Stress Inoculation Training/SIT è una psicoterapia cognitivo-comportamentale messa a punto da Donald Meichenbaum (si veda in italiano il primo manuale sullo stress inoculation training: Meichenbaum, 1990). È una sorta di cassetta degli attrezzi per favorire l'apprendimento di strategie di gestione dell'ansia e dello stress. Originariamente venne sviluppato per la gestione dei sintomi d'ansia ma presto venne adattato per essere usato come trattamento delle donne vittime di violenza sessuale. Solitamente prevede l'apprendimento e l'applicazione di abilità di fronteggiamento e comprende training di rilassamento muscolare profondo, controllo della respirazione, assertività, arresto del pensiero, pensieri e autoaffermazioni positive.

Le tre fasi del SIT

Il SIT può essere suddiviso concettualmente nelle tre fasi seguenti (Meichenbaum, 1990).

1. *La concettualizzazione*, che si compone di:
 - a. informazione sullo stress e
 - b. ristrutturazione delle idee errate sullo stress.

2. *Acquisizione e prova delle abilità di fronteggiamento*. Qui si apprendono e si sperimentano praticamente:
 - a. Il problem solving, cioè il metodo razionale di soluzione dei problemi, che comprende:
 - L'identificazione problema: Qual è il problema?
 - La selezione degli obiettivi: Che cosa voglio?
 - L'individuazione delle alternative: Che cosa potrei fare?
 - L'analisi delle conseguenze: Che cosa succederebbe?
 - La decisione: Cosa è meglio fare?
 - L'applicazione: Ora agisci!
 - La valutazione dell'operato: Ha funzionato?
 - b. Le tecniche di rilassamento.

- c. Alcune strategie cognitive, fra cui la ristrutturazione.
- d. Autoaffermazioni positive. Si preparano insieme al paziente delle frasi (o dei ragionamenti) da ripercorrere nei momenti critici. Esse dovrebbero arrivare a sostituire i pensieri automatici che inducono reazioni comportamentali e affettive disfunzionali. Insieme al paziente vengono definite delle autoaffermazioni positive adatte alle varie fasi dell'esposizione alle situazioni ansiogene, e cioè alle fasi di:
 - preparazione alle situazioni difficili
 - gestione dell'ansia
 - gestione del senso di sopraffazione
 - valutazione finale dell'esperienza di esposizione.

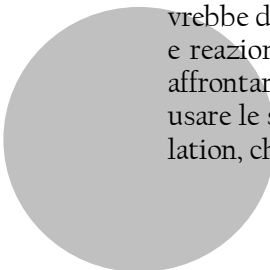
3. *Applicazione e richiamo delle abilità*, che si compone di:

- a. Prova immaginativa (il paziente immagina di affrontare le situazioni difficili, identifica i punti critici e li gestisce efficacemente sul piano dell'immaginazione).
- b. Prova comportamentale, role-playing e modeling.
- c. Esposizione graduale in vivo.
- d. Prevenzione delle ricadute.

Vediamo di seguito come Resick e Mechanic (1995) descrivono l'uso del SIT con le vittime di violenze. Il SIT comincia con una fase psicoeducativa o informativa, in cui si descrive al paziente lo sviluppo delle risposte di ansia. Si parlerà di condizionamento classico, stimoli ansiogeni e reazioni di ansia. Il paziente viene incoraggiato a identificare gli stimoli che suscitano in lui risposte di ansia e di evitamento. Il terapeuta spiega che l'ansia si può esprimere con reazioni fisiologiche, pensieri e comportamenti.

Il paziente apprende abilità per gestire tutte e tre le componenti dell'ansia. Impara varie tecniche di rilassamento – come il rilassamento progressivo o metodi più brevi. Queste abilità vengono combinate con approcci cognitivi, come l'arresto del pensiero e il dialogo interno guidato. Il paziente viene incoraggiato a esercitarsi nell'applicazione delle tecniche presentate in terapia.

Dopo essersi esercitati nel fronteggiamento delle reazioni fisiologiche e dei pensieri indesiderati, i pazienti imparano tecniche di ripetizione immaginativa e di role-playing per gestire l'evitamento comportamentale. Poiché le vittime di traumi tendono a generalizzare e a considerare pericolose molte situazioni, si utilizzano l'immaginazione e il role-playing per esercitarsi a utilizzare metodi di fronteggiamento nelle situazioni ansiogene. Il terapeuta dovrebbe discutere con il paziente della differenza fra ansia adeguata e realistica e reazioni ansiose innescate da oggetti e circostanze associati al trauma. Per affrontare i problemi di evitamento, il paziente dovrebbe essere incoraggiato a usare le sue abilità di fronteggiamento insieme alla procedura di stress inoculation, che si compone di cinque fasi:



1. valutare obiettivamente la probabilità che l'evento traumatico si ripeta;
2. gestire la tendenza all'evitamento comportamentale;
3. controllare la tendenza all'autocritica e all'autosvalutazione;
4. mettere in atto i comportamenti temuti;
5. concedersi delle ricompense per i tentativi comportamentali attuati e per l'impegno nell'applicazione del protocollo.

Il terapeuta dovrebbe analizzare il modo in cui ciascuna abilità di fronteggiamento può essere applicata per compiere con successo un determinato passo dello stress inoculation (per es., usare il dialogo interno per controllare la tendenza all'autocritica).

Per potenziare ulteriormente il paziente, il terapeuta può usare tecniche di soluzione creativa dei problemi (problem solving). In genere le persone si sentono confuse e impotenti in seguito a un trauma. Questa componente del trattamento incoraggia a prendere decisioni e ad agire per dominare i problemi.

Infine, viene introdotto il concetto di gerarchia di situazioni ansiogene, spiegando che le situazioni temute possono essere scomposte in piccoli passi. Il terapeuta aiuta il paziente a preparare le sue gerarchie di situazioni ansiogene; si utilizzano il role-playing, la ripetizione immaginativa e vari abilità di gestione dell'ansia. Prima della fine del trattamento il terapeuta esamina le abilità di fronteggiamento del paziente e lo incoraggia a utilizzarle affinché l'evitamento non si consolidi (Resick e Mechanic, 1995).

Terapia di esposizione

La terapia di esposizione è stata usata con successo per molti anni nel trattamento di una molteplicità di disturbi, fra cui fobie, panico e disturbi ossessivo-compulsivi. Negli ultimi quindici, venti anni, è stata applicata e adattata per il trattamento del DPTS. Ci sono più prove empiriche a sostegno dell'efficacia della terapia di esposizione di quante non ve ne siano per tutti gli altri trattamenti rivolti ai sintomi connessi a un trauma; ed è per questo che a questa procedura viene dedicato più spazio in questo articolo.

Nella rassegna sulla terapia di esposizione per il DPTS pubblicata nelle Linee guida terapeutiche dell'International Society for Traumatic Stress Studies (vedi Rothbaum et al., 2000) figurano dodici studi, otto dei quali metodologicamente ben controllati. Undici hanno riscontrato che l'esposizione è un trattamento efficace per il DPTS in reduci di guerra, persone stuprate e altri sopravvissuti a traumi. Nell'unico studio che ha prodotto risultati equivoci durante l'esposizione, con reduci di guerra, sono stati usati stimoli che evocavano senso di colpa e vergogna anziché ansia (Pitman et al., 1991). Sulla base di questi dati, si è giunti alla conclusione che la terapia di esposizione è un trattamento per il trauma molto efficace: la sua efficacia è suffragata dai dati empirici più convincenti ed è stata constatata su un numero di popolazioni traumatizzate molto più elevato di qualsiasi altro trattamento.

Anche le *Expert consensus guidelines* per il trattamento del DPTS considerano il trattamento di esposizione come uno dei più efficaci per il DPTS (Foa et al., 1999). Nel testo si afferma che l'esposizione è il trattamento più veloce per il DPTS e uno dei trattamenti preferenziali per varie popolazioni di persone traumatizzate. Nonostante la numerosità e la coerenza delle prove empiriche a favore dell'efficacia del trattamento di esposizione per il DPTS, molti clinici non lo usano volentieri. Infatti, nelle *Expert consensus guidelines* l'esposizione è stata giudicata meno sicura e meno accettabile di altre modalità di trattamento, come la terapia cognitiva, l'intervento psicoeducativo e la gestione dell'ansia. Inoltre, nella stessa pubblicazione, l'uso dell'esposizione è giudicato poco raccomandabile in presenza di disturbi psicopatologici associati (per es., depressione, abuso di sostanze, ecc.).

Descrizione della procedura

Il nucleo della terapia di esposizione consiste nell'aiutare il cliente a confrontarsi con gli stimoli temuti finché non si ottiene una direzione della paura. Sebbene esistano molte varianti applicative della tecnica di esposizione con le persone sopravvissute a un trauma, nell'approccio di Foa e Rothbaum si chiede al paziente di "rivivere" l'esperienza del trauma descrivendola più volte ad alta voce, usando il tempo presente, per 45-60 minuti (Foa e Rothbaum, 1998). Il paziente viene incoraggiato a verbalizzare il maggior numero possibile di particolari – specialmente ricordi sensoriali come odori, suoni, ecc. – nonché i pensieri e gli stati d'animo vissuti durante l'evento.

Il paziente descrive la vicenda per tre volte, mentre il terapeuta registra con un magnetofono. Dopo l'esposizione immaginativa, terapeuta e paziente discutono dell'esperienza appena fatta, e delle intuizioni sul trauma raggiunte durante l'esposizione, allo scopo di facilitare l'integrazione cognitiva. Al paziente vengono assegnato un compito per casa: ascoltare il nastro registrato varie volte per facilitare un'ulteriore abitudine.

Linee guida cliniche per l'esposizione

A volte alcuni clinici affermano di avere provato ad applicare la terapia di esposizione senza successo. Spesso tuttavia non si è tenuto conto di alcune indicazioni importanti. Alcune delle principali linee guida (tratte da Astin e Rothbaum, 2000) sono elencate di seguito.

I pazienti dovrebbero restare nella situazione di esposizione abbastanza a lungo da consentire all'ansia e alla sofferenza di ridursi. La tendenza, nella maggioranza dei clinici, è di interrompere l'esposizione ai primi segni di sofferenza nel paziente. Benché in genere venga fatto con buone intenzioni, per proteggere il paziente, in realtà ciò rinforza l'evitamento del trauma e impedisce la dovuta elaborazione emozionale. All'inizio del trattamento, una certa dose di sofferenza dovrebbe essere preannunciata al paziente e normalizzata. Poiché il ricordo del trauma – vale la pena ricordarlo – non è di per sé pericolo

so, l'affetto associato al trauma diminuirà se gliene si darà la possibilità. Vogliamo che i clienti imparino che non hanno motivo di temere i loro ricordi del trauma. Il compito del terapeuta è aiutare il paziente a tollerare l'ansia in un ambiente sicuro, finché essa non diminuisce significativamente o non scompare.

Il terapeuta dovrebbe incoraggiare il paziente a usare il maggior numero possibile di particolari, specialmente per le parti peggiori del trauma. La tendenza è di lasciare che il paziente sintetizzi o salti completamente le parti peggiori. Per esempio, una donna stuprata potrebbe entrare abbastanza nei dettagli del rapimento ma poi, quando arriva alla descrizione della penetrazione, dire qualcosa di vago come "e poi è successo". Ciò sostanzialmente permette al paziente di far finta di eseguire l'esposizione evitando gli elementi critici del trauma. Oltre a volere evitare il ricordo, a volte i pazienti sono anche imbarazzati o si vergognano di certi elementi. Come spiegato sopra, tale evitamento ostacola l'elaborazione emozionale del trauma e vanifica il trattamento.

I pazienti dovrebbero poter procedere secondo il loro ritmo. Nonostante la necessità di eseguire le esposizioni abbastanza a lungo, con un numero di ripetizioni sufficientemente elevato e abbastanza dettagliatamente, è essenziale adeguarsi al ritmo personale del paziente. Ciò è particolarmente vero nella prima esposizione, quando probabilmente il paziente rivivrà con intensità gli affetti connessi al trauma. Alla prima esposizione bisognerebbe evitare di insistere affinché il paziente rievochi i particolari. Inoltre le persone variano quanto a velocità di abituação e risposta alle situazioni ansiogene. Il terapeuta deve tenere conto di queste differenze. Non bisogna mai passare a un nuovo ricordo traumatico o al livello successivo della gerarchia (nell'esposizione in vivo) se non c'è tempo sufficiente perché avvenga l'abituação. Se l'ansia e la sofferenza del paziente non calano significativamente prima della fine della seduta, occorre dedicare un po' di tempo ad aiutare il cliente a rilassarsi. Se un paziente è molto ansioso dopo l'esposizione, è di importanza fondamentale aiutarlo a calmarsi prima di terminare la seduta, in modo che apprenda che può pensare al trauma e provare stati d'animo intensi e ciò nonostante continuare a stare bene.

I terapeuti dovrebbero regolarsi in base a come il paziente reagisce all'esposizione. Le reazioni problematiche tendono a ricadere in due estremi: o il paziente ha difficoltà a coinvolgersi nel ricordo e a provare le emozioni connesse al trauma, oppure è così preso dal trauma da esserne sopraffatto. Spesso, quando un paziente è immerso nell'esposizione, fatica a ricordare che al momento non si trova veramente nella situazione traumatica. In questi casi, conviene che il terapeuta ricordi al paziente che si trova in un posto sicuro, che il terapeuta è lì accanto a lui e che ciò che sta affrontando è soltanto un ricordo. Questo aiuta il paziente a prendere un po' le distanze dall'esposizione in modo che l'emozione associata al trauma sia più gestibile.

Lo scenario più tipico e problematico è quello del paziente che ha difficoltà a calarsi nell'esposizione. L'esposizione, naturalmente, richiede che il paziente creda nel terapeuta abbastanza da ritornare proprio a quei ricordi che fino a quel momento ha cercato attivamente di evitare. L'evitamento può essere piuttosto diretto ma spesso in realtà è straordinariamente sottile. Alcuni

pazienti fanno finta di praticare l'esposizione ma si distaccano emotivamente. La loro descrizione del trauma spesso è piatta e circoscritta ai fatti oggettivi. Molte persone sopravvissute a traumi hanno imparato a usare la dissociazione come forma di evitamento e possono non rendersi nemmeno conto che si stanno distaccando dal ricordo del trauma. In questa situazione, sta al terapeuta cercare delicatamente di coinvolgere il paziente nel ricordo. A volte lo si può fare sollecitando il paziente a rievocare più dettagli ("Dove si trova Lei quando l'uomo l'attacca?") o facendo delle domande sulle emozioni e sui pensieri avuti durante il trauma ("Che cosa sente quando lui Le dice questo?") o cercando di fare emergere ricordi sensoriali ("Sente il suo odore?"). Tutto quel che riesce a rendere più vivido il ricordo può aiutare il paziente a partecipare emotivamente all'esposizione.

Durante le fasi di preparazione, prima che l'esposizione cominci, è molto importante sia incoraggiare i pazienti a concedersi di provare certe emozioni sia rispondere ai timori riguardo a ciò che succederà se proveranno a farlo. Quando l'esposizione è finita è importante rinforzare questo messaggio e lodare gli sforzi fatti per calarsi nelle emozioni associate al trauma.

Soltanto i terapeuti che hanno seguito una formazione specifica dovrebbero provare ad applicare questa tecnica con i pazienti. In ogni caso, sia la ricerca sia l'esperienza clinica di Astin e Rothbaum (2000) suggeriscono che, quando viene eseguita correttamente, la terapia di esposizione è un trattamento del tutto efficace per il DPTS.

Critiche e risposte

Quando Astin e Rothbaum hanno pubblicato il loro lavoro su persone sopravvissute a traumi, diversi clinici e ricercatori hanno espresso varie osservazioni critiche. Di seguito vediamo come ribattono gli autori (Astin e Rothbaum, 2000).

1. Incoraggiare i sopravvissuti a rivivere il trauma nell'immaginazione (la principale componente dell'esposizione) è una cosa crudele che li può vittimizzare nuovamente.

L'esposizione evoca ricordi traumatici e affetti connessi al trauma. I ricordi non sono in sé pericolosi. Tuttavia, poiché sono stati associati all'affetto connesso al trauma, spesso vengono avvertiti come pericolosi. Se il superstite si concede di pensare ai ricordi traumatici, questo in realtà gli consente di elaborarli in modo che possano essere integrati nella memoria in modo adattivo. Inoltre, è importante ricordare che questi ricordi e affetti vengono già sperimentati dal superstite in modo non adattivo. Di fatto, un trattamento di esposizione efficace riduce i ricordi intrusivi e diminuisce gli affetti dolorosi associati a questi ricordi.

2. L'esposizione nega ai sopravvissuti la loro autonomia perché si ritrovano di fronte a ciò che non vorrebbero ricordare.

L'evitamento è un aspetto di cui è essenziale tenere conto per comprendere il DPTS. I ricordi del trauma si intromettono nella coscienza perché non sono stati elaborati adeguatamente; e poiché sono penosi, il superstite li evita, la qual cosa ne impedisce l'elaborazione. Questo circolo vizioso deve essere interrotto affinché il sopravvissuto riprenda il controllo dell'esperienza traumatica. Di fatto, l'esposizione mette il sopravvissuto in condizione di recuperare il controllo dei ricordi traumatici.

Dal momento che questo è un aspetto chiave del cambiamento terapeutico, tutti i bravi terapeuti a volte mettono i loro clienti di fronte a informazioni dolorose che loro preferirebbero evitare. Tale "confronto" è cruciale per la terapia del trauma. Benché esso possa avvenire in vari modi, la terapia di esposizione in particolare è un metodo molto efficace ed efficiente per aiutare i superstiti a confrontarsi con i loro ricordi traumatici. È importante descrivere le componenti dell'esposizione e spiegarne la logica in modo che il cliente possa fare una scelta consapevole sul trattamento. Inoltre, vari pazienti hanno scelto di partecipare a questo tipo di terapia, e così i loro terapeuti li stanno aiutando a fare ciò che non sono riusciti a fare per conto loro. Evidentemente il cliente è libero di fare le sue scelte.

3. L'esposizione può essere usata soltanto con i superstiti di traumi singoli, come stupri, disastri naturali o incidenti automobilistici.

Inizialmente i trattamenti di esposizione vennero applicati ai reduci di guerra, poi alle vittime di stupro e infine a diverse altre popolazioni di persone traumatizzate. Anche nel caso di traumi "singoli" possono esserci varie circostanze e/o vari perpetratori. Nei nostri studi attuali con i superstiti di violenze sessuali e di traumi misti, affermano Astin e Rothbaum, molti hanno una storia di abusi sessuali infantili e di altri traumi cronici che noi affrontiamo in terapia. Naturalmente, dovendosi occupare di più circostanze, a volte servono più sedute. Comunque, nella nostra esperienza, continuano gli autori, utilizzando i ricordi peggiori e/o gli episodi tipici rappresentativi del trauma complessivo, di solito avviene una generalizzazione a tutta l'esperienza traumatica.

4. L'esposizione può essere usata soltanto con persone sane e stabili, e non con il tipico superstite di trauma, che è una persona complessa e fragile.

Come nella maggioranza dei trattamenti ambulatoriali per i sintomi post-traumatici, bisogna essere cauti con i pazienti a rischio di suicidio, psicotici o che hanno una storia di scompensi psicologici. Non ci sono dati a sostegno dell'efficacia di alcuna terapia mirata al trauma con queste popolazioni. Tutti i terapeuti devono passare dalla terapia del trauma al contenimento e alla gestione della crisi quando un cliente manifesta inclinazioni suicidarie. Allo stesso tempo Astin e Rothbaum hanno trattato con successo pazienti traumatizzati che avevano alle spalle una storia di vari ricoveri psichiatrici, vari tentativi di suicidio, alti livelli di dissociazione, resistenza ad altre forme

di terapia, intelligenza al limite del ritardo, danno cerebrale lieve o disturbi psicopatologici associati come la depressione, il disturbo di panico e l'abuso di sostanze.

5. L'esposizione può scatenare una psicosi o una grave depressione.

Non esistono prove del fatto che ciò sia vero. Tipicamente i pazienti si sentono peggio nella prima metà del trattamento (manifestando più ricordi intrusivi, una riduzione delle ore di sonno, un aumento di depressione, ecc.) ma questi problemi di solito si risolvono quando il trauma viene elaborato. Nel caso dei clienti che non migliorano o che abbandonano il trattamento prematuramente è improbabile che i sintomi restino allo stesso livello. Questi clienti tipicamente ritornano all'evitamento e i sintomi acuti ritornano ai livelli precedenti al trattamento.

6. Per i sintomi connessi al trauma diversi dall'ansia e dalla sindrome del DPTS l'esposizione non serve.

Anche se l'uso dell'esposizione è giustificato principalmente per la modificazione delle strutture di paura, in assenza di conseguenze sfavorevoli gli affetti più forti andranno incontro ad abituazione. Nella nostra esperienza clinica, affermano gli autori, molti clienti osservano che i loro sentimenti di depressione, rabbia, tristezza e colpa si riducono con l'esposizione. In genere gli studi dimostrano che oltre ad attenuare i sintomi del DPTS l'esposizione prolungata riduce anche la depressione e l'autoaccusa (Rothbaum et al., 2000). Pitman et al. (1991) hanno ottenuto risultati equivoci quando hanno applicato l'esposizione a stimoli evocatori di colpa e vergogna con un piccolo gruppo di reduci di guerra che soffrivano di senso di colpa e vergogna perlopiù collegato al comportamento in combattimento. Inoltre, Foa et al. (1995) riferiscono che pazienti con problemi prevalenti di rabbia anziché ansia possono non trarre grande beneficio dall'esposizione. Una ricerca preliminare di Novaco e Chemtob (1998) suggerisce che alcune popolazioni di persone traumatizzate possono trarre beneficio dalla gestione della collera in combinazione con il trattamento del trauma. Inoltre l'esposizione viene frequentemente associata alla ristrutturazione cognitiva nella gestione di altre problematiche cruciali per la soluzione del trauma, come l'autobiasimo o una visione distorta delle relazioni o del mondo.

7. L'esposizione non permette al paziente di recuperare il benessere seguendo i suoi ritmi.

Il punto è che se una persona traumatizzata cerca un trattamento per il DPTS e ha bisogno di un aiuto professionale *non* si è ripresa con i suoi ritmi. La sensibilità del terapeuta alle differenze individuali nella velocità di abituazione e nella risposta alle situazioni ansiogene è una componente essenziale di una buona terapia di esposizione. Allo stesso tempo, è altrettanto essenziale assicurarsi che le esposizioni del cliente siano sufficientemente lunghe e ven-

gano reiterate abbastanza frequentemente. A questo riguardo, l'esposizione può essere paragonata a una procedura medica che, per quanto spiacevole per il paziente, viene considerata necessaria per la guarigione. Inoltre, la procedura deve essere condotta in modo ottimale per ottenere una ripresa ottimale.

8. *Gli studi controllati sull'esposizione utilizzano soltanto pazienti con DPTS "puliti".*

Di solito i pazienti con storie di traumi multipli, altre condizioni associate o disturbi dell'Asse II non vengono esclusi dagli studi controllati. In genere i principali fattori di esclusione sono limitati alla dipendenza da sostanze, al rischio di suicidio imminente, a una storia di psicosi o mania, all'analfabetismo e al ritardo mentale (Rothbaum et al., 2000).

EMDR

L'EMDR è un trattamento psicoterapeutico messo a punto originariamente per alleviare l'angoscia associata ai ricordi traumatici (in italiano si vedano per es., Fernandez e Giovanozzi, 2012; Shapiro, 2000). Secondo l'inventrice del metodo, la psicologa Francine Shapiro, l'EMDR faciliterebbe l'accesso ai ricordi traumatici e permetterebbe una loro elaborazione tale da portarli a una risoluzione adattiva. La possibilità di ottenere miglioramenti clinici significativi in poche sedute rende questo metodo un'alternativa meritevole di essere presa in considerazione. Nel corso del trattamento EMDR il paziente viene aiutato a identificare:

- l'immagine peggiore relativa all'evento traumatico;
- le sensazioni corporee associate;
- una cognizione negativa riguardo a sé (formulata in modo conciso) che esprima ciò che il paziente ha "appreso" dal trauma;
- una cognizione positiva riguardo a sé che il paziente vorrebbe poter sostituire alla cognizione negativa.

Successivamente gli viene chiesto di tenere a mente l'immagine disturbante, le sensazioni e la cognizione negativa e di seguire contemporaneamente con lo sguardo il dito che lo psicoterapeuta muove lateralmente secondo una linea retta davanti al suo campo visivo per circa venti secondi producendo in questo modo la cosiddetta stimolazione bilaterale. Nelle stimolazioni bilaterali successive il paziente si concentrerà sul materiale emergente – immagini, sensazioni o cognizioni relative all'evento traumatico. Le stimolazioni bilaterali vengono ripetute seguendo il protocollo finché il paziente non smette di riferire disagio rispetto all'evento traumatico. A quel punto le ulteriori stimolazioni bilaterali si concentreranno sul rafforzamento della cognizione positiva.

Il paziente viene istruito a tenere un diario fra una seduta e l'altra, prendendo nota delle situazioni che risvegliano i sintomi di DPTS nonché delle

intuizioni e dei sogni a proposito del trauma. Nel caso di DPTS non complicato¹ possono essere sufficienti due sedute. Per i traumi multipli o più complessi ne servono di più.

Per documentare i cambiamenti nell'intensità dei sintomi, della cognizione negativa e di quella positiva durante le sedute, si usano scale di autovalutazione come quelle utilizzate normalmente nella psicoterapia cognitivo-comportamentale. Il paziente deve solo riferire al terapeuta la cognizione positiva e quella negativa e se ci sono stati cambiamenti nelle cognizioni, nelle immagini, nell'emozione o nelle sensazioni corporee (ed eventualmente, in quali). Lo psicoterapeuta sta vicino al paziente e mantiene il contatto oculare diretto con lui. Ciò favorisce un'interazione non direttiva che di solito permette di individuare le reazioni negative, che il terapeuta aiuta il paziente a gestire servendosi di tecniche cognitive. L'elaborazione dell'EMDR avviene dentro il paziente, che non ha bisogno di rivelare l'evento traumatico.

Il protocollo prevede che al posto dei movimenti oculari si possano usare un suono o una stimolazione tattile che interessino alternativamente il lato destro e sinistro del corpo. Secondo gli studi che hanno cercato di stabilire quale sia il contributo del movimento oculare all'efficacia della procedura, si ottengono risultati analoghi anche usando le altre forme di stimolazione bilaterale (Management of post-traumatic stress working group, 2004).

Trattamenti per cui si possiedono prove parziali di utilità

In questa parte prenderemo in considerazione i trattamenti per i quali, secondo quanto indicato dalle linee guida pubblicate dal Management of Post-Traumatic Stress Working Group (2010), si hanno solo limitate prove di efficacia nella cura del DPTS. Come anticipato, tuttavia, integreremo la trattazione con forme terapeutiche non propriamente prese in esame dalle linee guida indicate ma che comunque sembrano costituire delle importanti alternative terapeutiche in questo così complesso ambito di cura.

¹ Il DPTS complesso (chiamato anche "disturbo di stress estremo") si trova nelle persone che sono state esposte a lungo a circostanze traumatiche, come i bambini che subiscono abusi sessuali. Dalla ricerca evolutiva sta emergendo che a seguito di traumi precoci e prolungati possono avvenire molti cambiamenti cerebrali e ormonali e che questi cambiamenti possono provocare difficoltà di memoria, apprendimento e regolazione degli impulsi e delle emozioni. Insieme a un ambiente familiare disturbato e abusante che non favorisce interazioni sane, questi cambiamenti possono alimentare lo sviluppo di varie difficoltà comportamentali (impulsività, aggressività, acting out sessuali, abuso di alcol e altre sostanze, azioni autodistruttive), difficoltà di regolazione emozionale (rabbia intensa, depressione o panico) e difficoltà mentali (disturbi del pensiero, dissociazione e amnesia). Da adulte queste persone ricevono diagnosi di depressione, disturbi di personalità o disturbi dissociativi. Il trattamento spesso dura molto più a lungo di quello del DPTS e richiede un programma strutturato da parte di uno specialista di traumi (NCPTSD, 2006).

Informazioni/intervento psicoeducativo

Benché esistano pochissime ricerche sull'efficacia di un intervento basato sull'offerta di informazioni riguardo al DPTS, questo aspetto è considerato in genere importante, anche sul piano preventivo nel caso di persone che hanno subito traumi ma che ancora non hanno tutti i requisiti per una diagnosi di DPTS (Management of post-traumatic stress working group, 2004; 2010). Del resto non va trascurato che, come precedentemente sottolineato, qualsiasi approccio psicoterapeutico a persone traumatizzate richiede una prima fase di lavoro volta a fornire informazioni su quanto accade esternamente e internamente (le possibili risposte psicologiche ed emotive), offrendo strumenti per distinguere le reazioni intense ma normali da quelle che dovrebbero destare preoccupazione ed essere un punto di partenza per richiedere aiuto. L'informazione, inoltre, favorisce il processo di cura perché permette di orientare e fornire punti di riferimento per comprendere e interpretare quanto sta accadendo.

In una nota pubblicazione, Young e colleghi (2002) evidenziarono quali informazioni sarebbe opportuno fornire a chi abbia subito un trauma nel contesto di un disastro molto recente; questi consigli possono essere utilizzati anche in terapia con gli adattamenti opportuni. Young e colleghi sottolineano l'importanza che alla persona colpita dal trauma e ai suoi familiari vengano illustrati i sintomi di stress post-traumatico e i vari trattamenti disponibili. È inoltre di fondamentale importanza che alle persone da poco reduci da eventi calamitosi questi sintomi vengano spiegati inquadrandoli come normali risposte di stress che hanno una loro funzione adattiva specifica, utilizzando la nota affermazione che si tratterebbe di "risposte normali a eventi anormali".

Gli autori invitano, poi, a fornire chiarimenti e informazioni rispetto a una serie di aspetti specifici, quali:

- *La definizione di stress traumatico nelle sue dimensioni qualitative e quantitative* (il criterio A del DSM-IV; l'esposizione sensoriale; la fenomenologia della perdita – persone amate, beni, senso di controllo e significato).
- *Le comuni reazioni di stress.* Oltre all'insegnamento sulle reazioni sopra elencate, è utile che i superstiti conoscano le fasi psicologiche successive a un disastro e le reazioni dei bambini e degli anziani.
- *La risposta di "attacco-fuga-congelamento":* si ritiene di fondamentale importanza spiegare che i superstiti possono sentirsi pieni di energia (il cuore batte, i muscoli si tendono, la respirazione accelera e si suda) oppure sperimentare uno stato di irritazione o collera (il desiderio di "reagire"), paura e preoccupazione (il desiderio di "fuggire" dal pericolo) o paura talmente forte da provocare un'immobilizzazione temporanea ("congelamento"). Va sottolineato che ogni risposta ha potenzialmente un valore per la sopravvivenza. "Reagire" può significare darsi da fare per prevenire ulteriori danni. "Fuggire" può significare trovare un posto sicuro per "superare la tempesta". "Restare immobili" può servire a guadagnare tempo per valutare la situazione e pianificare una risposta intelligente. Informate i partecipanti che spesso i superstiti si sentono in

colpa e si vergognano per avere avuto queste reazioni normali, poiché credono che in qualche modo sarebbero dovuti restare immuni alla sana reazione di “eccitamento” automatico del corpo di fronte al pericolo. Di fatto il problema vero è lo shock emozionale del trauma – il terrore, il dolore, l’impotenza, l’orrore e la confusione – e non le normali reazioni di attacco, fuga o congelamento.

- *Il senso di impotenza.* Spiegate che i pensieri e il senso di impotenza sono normali e realistici durante il trauma ma che, se i superstiti non trovano modi costruttivi per riacquistare un significativo senso di controllo positivo nella vita, l’impotenza può diventare o disperazione cronica e depressione oppure uno stile di comportamento basato sull’ipercontrollo che ferisce e aliena le altre persone (oltre che lo stesso superstite del disastro). Assicurate ai partecipanti che la maggioranza delle persone preferirebbe credere di essere immune al trauma e che tuttavia un trauma è uno shock emozionale che lascia un segno anche nelle persone sane.
- *La disillusione.* Forse lo shock più grande per molti superstiti deriva dal fatto di essersi resi conto che la vita e le altre persone possono essere tremendamente crudeli e incontrollabili. Il trauma spesso costringe i superstiti a sopportare tragedie e abiezioni indicibili. A volte li costringe a compiere scelte impossibili che violano le convinzioni religiose e i valori morali fondamentali. Molti superstiti si sentono “sporchi” o “vuoti” perché la loro fede nelle persone, in Dio e in loro stessi sembra tradita.

Può essere necessario rassicurare i partecipanti spiegando che i loro sentimenti di orrore sono un’indicazione di compassione e coscienza, non di debolezza. I sentimenti di vulnerabilità durante e dopo il trauma possono essere un’indicazione di un buon “esame di realtà” – un riconoscimento salutare, anche se molto doloroso e disturbante, delle reali dimensioni dello shock emozionale del trauma. Lo stress, l’impotenza e lo shock per il trauma spesso portano a reazioni di dolore, colpa, confusione, irritabilità, problemi di sonno e sentimenti di disorientamento. Spiegate ai partecipanti che il modo migliore per gestire queste reazioni è affrontarle con un atteggiamento costruttivo: a volte con un intervento medico, a volte con il counseling e/o attraverso il sostegno personale e familiare.

Terapia psicodinamica

Quando si parla di trauma non si può trascurare che proprio a partire da questo concetto partirono gli studi di Freud sull’isteria, inizialmente fortemente influenzati dal pensiero di Charcot, che portarono all’elaborazione della teoria psicanalitica e alla terapia su di essa fondata.

Nel 1895 Joseph Breuer e Sigmund Freud, infatti, fondarono i loro studi sull’isteria sull’idea che gli episodi traumatici possano causare disturbi menta-

li. Nel secolo successivo questo principio venne sviluppato e applicato a una maggior varietà di casi, e influenzò fortemente la psichiatria militare della Prima e Seconda Guerra Mondiale. I principi psicodinamici vennero in seguito applicati ai problemi psicologici dei superstiti dell'Olocausto, dei veterani del Vietnam, delle vittime di violenze e abusi sessuali in età adulta o nell'infanzia e ai superstiti di altri eventi traumatici. Le idee psicodinamiche hanno anche aiutato i clinici a gestire le problematiche a volte complesse che possono affiorare nella relazione fra il superstite e il terapeuta.

La psicoterapia psicodinamica si basa sul presupposto che il fatto di affrontare i contenuti e i conflitti psicologici inconsci – compresi quelli esclusi dalla coscienza nel contesto di una reazione disadattiva – possa aiutare i superstiti a fronteggiare meglio gli effetti del trauma psicologico. Essa si concentra sull'evento traumatico e, attraverso il racconto dell'evento traumatico a un terapeuta calmo, empatico, compassionevole e non giudicante, il paziente raggiunge un maggior senso di coesione interna, sviluppa difese e strategie di fronteggiamento più adattive e modula più efficacemente le emozioni intense che emergono durante la terapia. Il terapeuta deve costantemente considerare il legame fra lo stress traumatico e gli stress della vita attuale. Deve aiutare il paziente a identificare le situazioni della sua vita presente che risvegliano i ricordi traumatici ed esacerbano i sintomi di DPTS (Friedman, 1996).

Nel corso del trattamento vengono esplorati i significati psicologici delle risposte post-traumatiche vagliando e ordinando le paure, le fantasie e le difese risvegliate dall'evento traumatico (in italiano si vedano per es., Luborsky, 1989; Malan, 1981). La terapia può collocarsi in punti diversi del continuum che va dal sostegno alla facilitazione dell'espressione, e in genere contiene l'uno e l'altro elemento.

Il transfert e il controtransfert vengono riconosciuti e gestiti dal terapeuta ma possono anche non essere analizzati insieme al paziente. La relazione terapeutica, improntata alla franchezza, mira a favorire il senso di sicurezza del paziente ed è in sé e per sé un fattore cruciale per il buon esito della cura.

Il trattamento in genere richiede uno o due incontri alla settimana e può essere relativamente breve (10-20 sedute), lungo (anni) o non avere un termine definito a priori. Le sedute durano 45-50 minuti e possono essere più o meno frequenti a seconda delle necessità del paziente e di come vengono tollerate. Possono essere condotte individualmente, in gruppo o con la famiglia del paziente.

Tale approccio terapeutico è in genere considerato elettivo nel caso di storie di sofferenza cristallizzate e complesse, che spesso sono l'esito di gravi forme di maltrattamento, abuso e sofferenza strutturate nel tempo in gravi fragilità psichiche. Si tratta di situazioni cliniche estremamente delicate che rischierebbero di non ricevere beneficio da approcci psicoterapeutici eccessivamente mirati al trauma; esse, al contrario, sembrano necessitare di un contesto accogliente entro cui instaurare una solida alleanza terapeutica, per poi andare a rielaborare la propria storia per porre nuove basi su cui instaurare un vissuto di benessere e fiducia verso un mondo che è stato fortemente destabilizzante e traumatizzante.

Terapie sistemiche, familiari, narrative

Per brevità raggruppiamo in questa categoria tutti quegli approcci psicoterapeutici di matrice sistemica, costruttivista e narrativista che fondano il lavoro di cura sulla dimensione prevalentemente relazionale (sia che il lavoro coinvolga solo il paziente, sia che si tratti di una psicoterapia di coppia, familiare o di gruppo). Sono metodi eterogenei e non specificatamente sviluppati per il trattamento di vissuti traumatici ma che a diverso titolo possono rappresentare delle importanti alternative di cura in questo ambito.

A nostro avviso, sono prevalentemente tre gli aspetti comuni di questi approcci terapeutici che possono diventare essenziali nel trattamento di pazienti affetti da DPTS o sintomatologie correlate.

Il primo elemento importante da considerare è proprio la forte componente narrativo-costruttivista, che abbiamo visto essere di fondamentale importanza nella rielaborazione dei vissuti traumatici. Pazienti che hanno vissuto esperienze fortemente destabilizzanti (siano esse puntuali e facilmente identificabili o croniche e strutturate in funzionamenti patologici) giungono in terapia con una narrazione saturata dal problema, per usare le parole di White (2007), e con un'immagine di sé cristallizzata e rigida, fortemente mediata dalle esperienze vissute. Il lavoro narrativo e ricostruttivo permette di uscire dalla storia stereotipata, introdurre delle differenze – partendo dal presupposto che il passato lo costruiamo a partire dal presente (Boscolo et al., 2004) –, generare nuovi significati, fare emergere ed elaborare vissuti emotivi negati, promuovere una ridefinizione di sé nei confronti degli altri e del mondo.

In secondo luogo, poiché fonda il proprio lavoro sulla dimensione relazionale, l'approccio sistemico permette di contrastare il vissuto di isolamento tipico di chi ha sperimentato eventi stressanti o traumatici. Che il lavoro di cura si svolga a livello individuale, familiare o di gruppo, è comunque fondamentale introdurre nelle narrazioni del paziente il mondo relazionale esterno; ciò permette di cogliere il ruolo dei significati culturali, sociali o familiari, i condizionamenti impliciti o espliciti e liberare il paziente dal senso di estraniamento, favorendo nel contempo la cura del sintomo e la riabilitazione sociale. Parallelamente, tale approccio favorisce la riattivazione di processi comunicativi a volte congelati o distorti per effetto degli eventi e della successiva ristrutturazione sistemica. L'importanza del lavoro su queste dimensioni diventa ancora più evidente quando siamo in presenza di traumi collettivi, di fronte ai quali può diventare essenziale un intervento precoce sul gruppo. In questi casi è possibile attingere dalla significativa mole di strumenti e tecniche terapeutiche di stampo narrativo, utilizzabili fin dalle fasi precoci dell'intervento sul campo.

Il terzo e ultimo motivo per cui riteniamo che le terapie sistemiche possano rappresentare un'importante alternativa al trattamento del DPTS riguarda l'importanza e il valore del coinvolgimento della famiglia nel percorso di cura. La modalità con cui il singolo risponde agli eventi traumatici è fortemente mediata dalla dimensione socioecologica del problema, dal significato attribuito non solo a livello individuale ma anche familiare e dalla capacità di risposta del

sistema nel suo insieme. Su questi aspetti diventa dunque importante poter lavorare in senso evolutivo. Per una trattazione più dettagliata di tali aspetti rimandiamo ad altra sede (Tettamanzi e Sbattella, 2009; Tettamanzi e Molteni, Sbattella 2013).

Benché, come anticipato, non si tratti di approcci psicoterapeutici specificatamente mirati a trattare il vissuto traumatico, essi offrono l'importante alternativa di non estrapolare il paziente dal suo contesto; contesto che può essere parte del vissuto traumatico e/o possibile risorsa a cui il soggetto deve imparare ad attingere.

Terapia di ripetizione immaginativa

È una procedura per il trattamento mirato degli incubi, perfezionata dallo psichiatra Barry James Krakow e da altri psicoterapeuti a partire dalla tecnica introdotta per la prima volta dal ricercatore inglese Ian Marks nel 1967. Gli incubi e l'insonnia conseguente sono un problema piuttosto frequente nelle persone con DPTS e, secondo Krakow, a volte perdurano anche dopo la terapia del trauma (Carpenter, 2003).

All'inizio della terapia i partecipanti ricevono informazioni sui sogni associati alle esperienze traumatiche e imparano alcuni metodi per sviluppare immagini mentali piacevoli. Dopodiché il paziente deve:

- scegliere un incubo fra quelli che ha avuto;
- metterlo per iscritto, avendo cura di identificare tutti i particolari;
- provare a immaginarlo diverso (per es., nel finale) in modo da creare una nuova versione non angosciante;
- ripassare mentalmente il nuovo sogno per 5-20 minuti ogni giorno finché l'incubo non riduce notevolmente la sua frequenza.

Il contenuto degli incubi quindi può essere modificato attraverso la ripetizione.

In vari studi la terapia di ripetizione immaginativa si è dimostrata capace di ridurre la frequenza degli incubi, migliorare il sonno e attenuare i sintomi di DPTS (per una rassegna, si veda Management of post-traumatic stress working group, 2004).

Terapia comportamentale dialettica

È un trattamento cognitivo-comportamentale ideato dalla psicologa Marsha Linehan per la cura di disturbi complessi e difficili da trattare e rivolto in modo particolare alle persone cronicamente inclini al suicidio e a quelle con diagnosi multipla e personalità borderline (in italiano si vedano Linehan, 2001; Swales e Heard, 2012).

Nel corso degli anni la terapia comportamentale dialettica è stata adattata in modo da poter essere utilizzata per trattare altri disturbi difficili in cui vi sia una cattiva regolazione emozionale – fra cui la dipendenza da sostanze e il binge eating in persone con personalità borderline – e altre popolazioni cliniche (per es., persone depresse, adolescenti che hanno tentato il suicidio) in vari contesti di cura (per es., con pazienti ricoverati o con ospedalizzazione parziale).

Sebbene esistano molte prove a favore dell'utilità della terapia di esposizione per il DPTS, il suo impiego può essere problematico nel caso dei pazienti con sintomi complicati. Alcuni psicoterapeuti rinunciano a questa modalità di trattamento se il paziente manifesta propositi di suicidio, dissociazione, impulsività distruttiva e problemi connessi alla disorganizzazione della vita (Management of post-traumatic stress working group, 2004; vedi anche Litz et al., 1990). La terapia comportamentale dialettica, ideata per affrontare molte di queste problematiche, fornisce delle strategie utili per rispondere ai bisogni di questi pazienti.

Questo approccio psicoterapeutico comprende gli elementi validi di altre forme di terapia e si basa sull'esplicito riconoscimento del valore di una salda relazione fra terapeuta e paziente. La terapia è organizzata in fasi, e in ciascuna fase si stabilisce una chiara gerarchia di bersagli terapeutici.

Il paziente viene aiutato a capire il suo comportamento problematico e a gestire più efficacemente le situazioni difficili della sua vita. Apprende le abilità necessarie per affrontare queste situazioni e viene aiutato a superare i problemi che si verificano nell'applicazione di tali abilità. Fra una seduta e l'altra continua a ricevere consigli e sostegno. Inoltre viene incoraggiato e aiutato ad assumersi la responsabilità della gestione delle difficoltà della vita.

Ipnosi

L'ipnosi non è un trattamento in sé e per sé ma un'integrazione delle terapie psicodinamiche, cognitivo-comportamentali o di altro tipo. È stato dimostrato che è in grado di aumentare significativamente l'efficacia di queste terapie nel trattamento di una varietà di condizioni cliniche. Nel contesto specifico della sintomatologia post-traumatica, le tecniche ipnotiche sono state utilizzate per il trattamento psicologico dello shock da granata, della *battle fatigue*, delle nevrosi traumatiche e più recentemente del DPTS e della sintomatologia dissociativa (Management of post-traumatic stress working group, 2004; 2010).

Nell'ipnosi lo psicoterapeuta suggerisce al paziente dei cambiamenti nelle sensazioni, nelle percezioni, nei pensieri o nel comportamento. In genere il contesto ipnotico viene creato con una procedura di induzione, che consiste nello spingere il paziente a ignorare le preoccupazioni estranee e a concentrarsi su esperienze e comportamenti suggeriti dal terapeuta o comparsi spontaneamente.



Psicoterapia sensomotoria

Abbiamo sottolineato sopra che la maggior parte degli approcci psicoterapeutici si fonda sull'utilizzo della parola, partendo dal presupposto che la rinarrazione di sé, l'espressione dei vissuti emotivi e la rielaborazione delle esperienze vissute siano curative e capaci di produrre un cambiamento positivo.

È pur vero, però, che molto spesso i traumi, soprattutto se arcaici, si bloccano e si fissano in una fase preverbale di elaborazione e risultano difficilmente accessibili attraverso la parola. Ciò è particolarmente vero nei casi, per esempio, di abuso o maltrattamento infantile: il trauma si fissa sul corpo in una epoca in cui la parola non è ancora in grado di dare un senso a quanto sperimentato e quindi dà origine a traumi non solo indicibili ma propriamente non narrabili perché precedenti alla parola e quindi non verbalizzabili.

Anche in epoche evolutive successive, inoltre, le esperienze devastanti e sconvolgenti si bloccano a livello di memoria sensoriale e non riescono a evolvere fino al mondo della rappresentazione verbale. Il trauma è spesso muto, costituito da sensazioni corporee sconnesse, destabilizzanti e scarsamente controllabili.

Di fronte a situazioni di questo genere, l'approccio psicoterapeutico classico diventa arduo e rischia di destabilizzare ulteriormente i pazienti già fragili, i quali, di fronte all'impossibilità di narrarsi come richiesto, potrebbero irrigidirsi o battere in ritirata.

Particolarmente interessante è a questo riguardo la proposta terapeutica avanzata da Pat Ogden e colleghi (Ogden et al., 2006; De Donno, 2013); essa consiste in un trattamento integrato, basato sulle teorizzazioni delle terapie centrate sul corpo, delle neuroscienze e della teoria dell'attaccamento. Secondo tale modello, il terapeuta dovrebbe impostare il lavoro in modo tale da aiutare il paziente a ristabilire un senso di controllo sul proprio corpo, per ricostituire la percezione di riuscire a proteggersi fisicamente e la capacità di ascoltare e regolare le proprie percezioni corporee.

Tale obiettivo può essere raggiunto utilizzando varie tecniche che agiscono sull'attivazione fisiologica; tra le tecniche potenzialmente fruttuose vanno annoverate anche quelle della mindfulness, un approccio oggi sempre più diffuso e riconosciuto a livello scientifico.

La psicoterapia sensomotoria è un approccio flessibile che può essere anche integrato facilmente con altri metodi psicoterapeutici.

Conclusioni

Il lavoro proposto non intende assolutamente essere esaustivo. Riteniamo tuttavia importante mantenere alti l'interesse e l'attenzione per lo sviluppo degli approcci psicoterapeutici in quest'ambito; ciò al fine sia di favorire una preparazione attenta e profonda degli psicoterapeuti che, per scelta o a volte per caso, incontrano pazienti con potenti vissuti traumatici, sia di promuovere un orientamento attento e professionale di chi vive le conseguenze di traumi devastanti (e troppo spesso rischia di essere incasellato in categorie diagnosti-

che poco pertinenti, con effetto cronicizzante).

Come si è detto, si tratta di un ambito estremamente complesso ma anche di grande fascino su cui la storia della psicoterapia si è più volte confrontata.

È evidente che non è possibile definire in modo esclusivo l'approccio ottimale. Il lavoro di rielaborazione effettuato, al contrario, ci porta a sottolineare l'importanza di mantenersi flessibili, ovviamente aderenti alla propria formazione terapeutica di base ma anche pronti a integrare diverse opportunità di cura a partire dal riconoscimento degli specifici bisogni cognitivi, emotivi e relazionali del paziente.

I rischi a cui gli psicoterapeuti potrebbe essere esposti in quest'ambito di lavoro (oltre a quelli precedentemente esaminati) sembrano riassumibili in due grandi settori: da una parte c'è il rischio di sbilanciarsi troppo o esclusivamente sull'aspetto sintomatico e individuale a discapito di quello ricostruttivo dei significati e delle connessioni con il sistema familiare e sociale; dall'altra l'eccessiva concentrazione sulla dimensione narrativa e relazionale può portare a trascurare importanti manifestazioni sintomatiche.

Qualunque sia l'approccio psicoterapeutico privilegiato, riteniamo importante non perdere mai di vista la complessità dell'individuo, la connessione con la sua storia e il suo contesto, favorendo una positiva elaborazione dei sintomi e curando la propria integrità professionale ed emotiva.

Gabriele Lo Iacono, psicologo psicoterapeuta, redazione "Rivista di psicologia dell'emergenza e dell'assistenza umanitaria". E-mail: gabrieleloiacono@psicologia-editoria.eu.

Marilena Tettamanzi, Unità di Ricerca in Psicologia dell'Emergenza, Università Cattolica del Sacro Cuore. E-mail: marilena.tettamanzi73@gmail.com.

Bibliografia

Astin M. e Rothbaum B. (2000), *Exposure therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder*, "Clinical quarterly", 9, 4, 49-54.

Beck A. (1984), *Principi di terapia cognitiva*, Astrolabio, Roma.

Boscolo L., Cecchin G., Hoffman L. e Papp P. (1987), *Milan Systemic Family Therapy*, Basic Books, New York. Tr. it. *Clinica sistemica*, Bollati Boringhieri, Torino, 2004.

Carpenter M. (2003), *One solution to nightmares: Imagine a better ending*, <http://www.post-gazette.com/pg/03343/249097.stm>.

Catherall D. (2000), *Secondary stress and the professional helper*, "Traumanews. The Newsletter of the Canadian Traumatic Stress Network", 9, 1, <http://www.ctsn-rcst.ca/Secondary.html#Secondary%20Stress>.

De Donno L. (2013), *La ricerca scientifica sul trauma psichico*. In F. Sbattella e M. Tettamanzi (a cura di), *Fondamenti di psicologia dell'emergenza*, Franco Angeli, Milano, pp. 162-177.

- Foa E. e Rothbaum B. (1998), *Treating the trauma of rape: A cognitive-behavioral therapy for PTSD*, Guilford, New York.
- Foa E., Riggs D., Massie E. e Yarczower M. (1995), *The impact of fear activation and anger on the efficacy of exposure treatment for PTSD*, "Behavior Therapy", 26, pp. 487-499.
- Foa E., Davidson J. e Francis A. (1999), *Expert Consensus Guideline Series: Treatment of Post-traumatic Stress Disorder*, "Journal of Clinical Psychiatry", 60, 16.
- Foa E., Keane T. e Friedman M. (a cura di) (2000), *Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*, Guilford, New York.
- Friedman M. (1990), *Interrelationships between biological mechanisms and pharmacotherapy of posttraumatic stress disorder*. In Wolf M. e Mosnaim D. (a cura di), *Posttraumatic Stress Disorder: Etiology, Phenomenology, and Treatment*, "American Psychiatric Press", Washington.
- Herman J. L. (1992), *Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma*, "Journal of Traumatic Stress", 5, 3, pp. 377-391.
- Herman J. (1992), *Trauma and Recovery*, Basic Books, New York.
- Jordan K., Schlenger W., Hough R., Kulka R., Weiss D., Fairbank J. e Marmar C. (1991), *Lifetime and current prevalence of specific psychiatric disorders among Vietnam veterans and controls*, "Archives of General Psychiatry", 48, 3, pp. 207-215.
- Klerman G. e Weissman M. (a cura di) (1993), *New applications of interpersonal psychotherapy*, American Psychiatric Press, Washington.
- Kulka R., Schlenger W., Fairbank J., Hough R., Jordan B., Marmar C. e Weiss D. (1990), *Trauma and the Vietnam War Generation*, Brunner/Mazel, New York.
- Lebigot F. (2012), *Stress e trauma*, "Psicologia dell'emergenza e dell'assistenza umanitaria", 9, pp. 22-35.
- Ledoux J.E. (1986), *Sensory Systems and Emotions: A model of Affective Processing*, "Integrative Psychiatry", 4.
- Linehan M. (2001), *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline. Il modello dialettico*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Liotti G. (2005), *Trauma e dissociazione alla luce della teoria dell'attaccamento*, "Infanzia e adolescenza", 4, 3, pp. 130-144.
- Litz B., Blake D., Gerardi R. e Keane T. (1990), *Decision making guidelines for the use of direct therapeutic exposure in the treatment of post-traumatic stress disorder*, "The Behavior Therapist", 13, pp. 91-93.
- Luborsky L. (1989), *Principi di psicoterapia psicoanalitica. Manuale per il trattamento supportivo-espressivo*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Malan D. (1981), *Psicoterapia individuale e la scienza della psicodinamica*. Cappelli, Bologna.
- Management of post-traumatic stress working group (2004), *VA/DoD clinical practice guideline for the management of post-traumatic stress. Version 1.0*, Department of Veterans Affairs and Department of Defense, <http://>

- www.oqp.med.va.gov/cpg/PTSD/PTSD_cpg/frameset.htm (link non più attivo).
- Management of post-traumatic stress working group (2010), *VA/DoD clinical practice guideline for the management of post-traumatic stress. Version 2.0*, Department of Veterans Affairs and Department of Defense, http://www.healthquality.va.gov/ptsd/cpg_PTSD-FULL-201011612.pdf.
- Horowitz M. (2001), *Stress response syndromes. Personality styles and interventions*, Aronson, Northvale.
- Horowitz M. (2004), *Sindromi di risposta allo stress. Valutazione e trattamento*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- McCann I., Sakheim D. e Abrahamson D. (1988), *Trauma and victimization: a model of psychological adaptation*, "Counseling Psychologist", 16, pp. 531-594.
- Meichenbaum D. (1990), *Al termine dello stress. prevenzione e gestione secondo l'approccio cognitivo-comportamentale*, Erickson, Trento.
- Meichenbaum D. (1994), *Treating Post-Traumatic Stress Disorder*, Wiley & Sons.
- Meichenbaum D. (2000), *Treating patients with PTSD: a constructive narrative approach*, "NC-PTSD Clinical Quarterly", 9, 4.
- National Center for Post-traumatic Stress Disorder (2006), *Treatment of PTSD*. http://www.ncptsd.va.gov/facts/treatment/fs_treatment.html.
- National Institute of Mental Health (2002), *Mental Health and Mass Violence: Evidenced-Based Early Psychological Intervention for Victims/Survivors of Mass Violence. A Workshop to Reach Consensus on Best Practices*, NIMH Publication No. 02-5138, U.S. Government Printing Office, Washington.
- Novaco R. e Chemtob C. (1998), *Anger and trauma: Conceptualization, assessment, and treatment*. In Follette V., Ruzek J. e Abueg F. (a cura di), *Cognitive-behavioral therapies for trauma*, Guilford, New York.
- Ogden P., Minton K. e Pain C. (2006), *Trauma and the body. A Sensorimotor approach to Psychotherapy*, Norton New York.
- Pitman R., Altman B., Greenwald E., Longpre R., Macklin M., Poitre R. e Steketee G. (1991), *Psychiatric complications during flooding therapy for posttraumatic stress disorder*, "Journal of Clinical Psychiatry", 52, pp. 17-20.
- Resick P. (1994), *Cognitive processing therapy for rape related PTSD and depression*, "NCP Clinical Quarterly", 4, 3/4.
- Resick P. e Mechanic M. (1995), *Brief cognitive therapies for rape victims*. In Roberts A. (a cura di), *Crisis intervention and time-limited cognitive treatment*, Sage Publications, Thousand Oaks.
- Roth A. e Fonagy P. (1997), *Psicoterapie e prove di efficacia. Quale terapia per quale paziente*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Rothbaum B., Meadows E., Resick P. e Foy D. (2000), *Cognitive-behavioral therapy*. In Foa E., Keane T. e Friedman M. (a cura di), *Effective treatments for posttraumatic stress disorder: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*, Guilford, New York.
- Sbattella F. e Tettamanzi M. (a cura di), *Fondamenti di psicologia dell'emergenza*, Franco Angeli, Milano.

- Shapiro F. (2000), *EMDR. Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso movimenti oculari*, McGraw-Hill, Milano.
- Sifneos P. (1972), *Short term psychotherapy and emotional crisis*, Harvard University Press, Cambridge.
- Swales M.A. e Heard H.L. (2012), *La terapia dialettico-comportamentale. Caratteristiche distintive*, Franco Angeli, Milano.
- Tettamanzi M., Molteni M. e Sbattella F. (2013), *Famiglie in emergenza tra vulnerabilità e resilienza*. In F. Sbattella e M. Tettamanzi (a cura di), *Fondamenti di psicologia dell'emergenza*, Franco Angeli, Milano, pp. 70-93.
- Tettamanzi M. e Sbattella F. (2009), *Modelli di risposta familiare a incidenti stradali*, "Psicoterapia Cognitivo Comportamentale", 15, 1, pp. 33-62.
- Van der Kolk B.A., McFarlane C. e Weisaeth L. (1996), *The effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society*, Guilford Press, New York.
- Young J., Ford J., Ruzek J., Friedman M. e Gusman F. (2002), *L'assistenza psicologica nelle emergenze*, Edizioni Erickson, Trento.
- Wells A. (2002), *Disturbi emozionali e metacognizione*, Erickson, Trento.
- White M. (2007), *Maps of Narrative practices*, Norton, New York.
- Wraith R., McPhee B., Buckle P., Healy V., Rowlands A. e Valent P. (2004), *Guidelines for Psychological Service Practice. Mental health practitioners guide*, Emergency Management Australia, <http://www.ema.gov.au/ema/emaInternet.nsf/AllDocs/RWP11758B11BF799092CA256C820>. Tr. it. *Servizi psicologici nel contesto di disastri. Linee guida per la prassi del servizio psicologico*, pubblicazione interna dell'Associazione Psicologi per i Popoli - Trento.

Altre pubblicazioni sull'argomento

- APA (2009), *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder*, http://www.togetherwithvito.org/images/PDF/3_practice_guideline.pdf.
- Craparo G. (2013), *Il disturbo post-traumatico da stress*, Carocci, Roma.
- Fernandez I. e Giovanozzi G. (2012), *EMDR ed elaborazione adattiva dell'informazione. La psicoterapia come stimolazione dei processi psicologici autoriparativi*, supplemento alla "Rivista di psichiatria", 47, 2.
- Foa E.B., Keane T.M., Friedman M.J. e Cohen J.A. (a cura di) (2009), *Effective treatments for PTSD. Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*, Guilford, New York.
- Friedman M.J., Keane T.M. e Resick P. (2007), *Handbook of PTSD: Science and practice*, Guilford Press.
- Institute of Medicine (2008), *Treatment of post-traumatic stress disorder: An assessment of the evidence*, The National Academies Press, Washington DC.
- Krystal H. (2007), *Affetto, trauma, alessitimia*, Edizioni Scientifiche MaGi, Roma.
- Lewis Herman J. (2005), *Guarire dal trauma. Affrontare le conseguenze della violenza, dall'abuso domestico al terrorismo*, Edizioni Scientifiche MaGi, Roma.

- Liotti G. e Farina B. (2011), *Sviluppi traumatici. Eziopatologia, clinica e terapia della dimensione dissociativa*, Raffaello Cortina, Milano.
- Occhi S., Moya Albiol L. e Cicognani E. (2007), *Il disturbo post-traumatico da stress. Una rassegna*, "Psicoterapia cognitiva e comportamentale", 13, 3.
- Rosen G. (a cura di) (2004), *PTSD: Issues and controversies*, Wiley, Londra.
- Van der Kolk B.A., McFarlane A.C. e Weisaeth L. (2005), *Stress traumatico. Gli effetti sulla mente, sul corpo e sulla società delle esperienze intollerabili*, Edizioni Scientifiche MaGi, Roma.
- Yule W. (2000), *Disturbo Post-Traumatico da Stress. Aspetti clinici e terapia*, McGraw-Hill, Milano.

