

UNIVERSITA' CATTOLICA DEL SACRO CUORE

Facoltà di Psicologia

L.S. Psicologia dello Sviluppo e della Comunicazione

*“Situazione post-traumatica
e vissuti di sradicamento in una bambina
allontanata dal contesto abitativo”*

Relatore: Chiar.ma Prof.ssa Cecilia RAGAINI

Candidato: Gilardini Erica
Matricola 2903682

Cap.1: LA STORIA

Elena è una bambina di nove anni che frequenta la quarta elementare.

All'aspetto è una ragazzina normale per l'età, con un abbigliamento semplice e curato.

L'espressione del volto appare partecipe, attenta, vigile a ciò che la circonda, con un atteggiamento curioso che la porta, durante il colloquio, ad alzarsi spesso dal posto per esplorare la stanza. Nonostante queste caratteristiche, si mostra a tratti ancorata ai ricordi del passato e persa in pensieri, che in ogni caso non minano la coscienza che rimane adeguata.

È una bambina, con grandi occhi espressivi, che parla fluidamente, a cui piace raccontare, utilizzando un linguaggio semplice, ma coerente, comprensibile e non impulsivo.

E' molto precisa e obiettiva sugli eventi, infatti corregge spesso la madre puntualizzando su ciò che dice, in particolare con riferimento a nomi e a date.

Su alcuni argomenti di carattere fortemente emotivo, invece, cerca di evitare il discorso allo scopo di allontanare i suoi vissuti; mostra spesso una forte paura di sbagliare nel rispondere alle domande, come per evitare poi di essere giudicata in modo errato.

Anche dal suo atteggiamento si può capire come sia una bambina calma, educata e socievole.

Presenta una buona memoria rispetto a nomi, date e fatti, sia passati sia recenti, espressi non solo in modo sequenziale come semplici eventi, ma connotati affettivamente; ha una buona percezione degli stessi, li discrimina e li colloca correttamente lungo la dimensione spazio-temporale.

Parla della sua famiglia in modo chiaro: ha un fratellino piccolo, di due anni e mezzo ed entrambi i genitori.

La mamma di Elena ha una sorella più giovane che vive in una grande città insieme al padre.

La famiglia materna è legata ad un lutto importante, infatti la mamma di Elena è orfana di madre: l'evento è avvenuto durante il parto della seconda bambina, quando la signora aveva solo due anni.

Il padre si è poi risposato, separato e ha avuto da questa seconda moglie un figlio, che ora ha 23 anni.

Entrambi hanno cresciuto insieme solo la figlia più piccola, poiché la mamma di Elena era stata allevata dai nonni materni, i quali sono ancora vivi, anche se molto vecchi.

Il papà di Elena è figlio di una famiglia molto numerosa: lui ha otto fratelli.

Dal racconto della madre emerge come i due coniugi si siano conosciuti molto giovani, nel periodo in cui lui faceva il militare: si sono innamorati e si sono trasferiti subito in un piccolo paesino di campagna.

Lei lavorava come accompagnatrice turistica, ma siccome il lavoro dipendeva molto dalle condizioni climatiche e non era molto fruttuoso, molto spesso lavorava anche come segretaria.

Il papà svolgeva come attività lavorativa il muratore ed era un pugile.

Molto spesso capitava che beveva più del dovuto, in particolare durante le vacanze, ma consapevole del fatto di essere ubriaco, si fermava la notte a dormire da qualche amico, al fine di evitare di guidare. Secondo la bambina non era in ogni modo una persona violenta, che alzava le mani molto facilmente.

La bambina narra la sua vita come tranquilla, semplice, fino al giorno in cui il padre assunse comportamenti mai prima mostrati.

Elena ricorda che un giorno era a casa da sola con il papà e suo fratello; la mamma non c'era.

Descrive lo stato emotivo del papà utilizzando l'espressione "una faccia strana, un volto molto simile a quando beveva, ma non del tutto, anche perché erano giorni che non si ubriacava".

Elena afferma che c'era qualcosa di diverso in lui, non aveva un'espressione che faceva paura o minacciosa, era solo "strana".

Lei stava facendo il bagno con suo fratello, mentre il papà gli stava preparando i vestiti in camera e, vestito il fratellino, la bambina rimase sola col padre.

Con fatica e dolore riferisce di essere stata toccata dal padre e di averlo comunicato alla madre pochi giorni dopo.

La madre afferma di non aver notato niente di strano nella bambina rispetto ai comportamenti o a quello che diceva, anche se riferisce di aver avuto dei piccoli sospetti, ma innocui, poiché si fidava del marito.

La bambina le raccontò il fatto, con un po' di fatica e di tristezza, in un pomeriggio in cui l'aveva seguita al lavoro, in un momento di intimità con lei.

La mamma decise di trasferirsi immediatamente dalla sua famiglia, in città, all'insaputa del marito.

La signora descrive il trasferimento con l'aggettivo "sofferto", racconta di aver pianto tutte le sere, di nascosto dal marito e soprattutto da Elena; lei fu invece molto forte, anche perché non sapeva quando sarebbe effettivamente partita e per quanto tempo.

Il padre scoprì il tutto pochi giorni dopo, telefonando alla moglie, chiedendole notizie e spiegazioni; rimase l'unica telefonata che poté fare, poiché in seguito la mamma decise di tagliare completamente tutti i contatti.

Il papà non ha negato l'accaduto, ma ha spiegato la cosa come un "frintendimento", giustificandosi e negando ogni responsabilità, senza peraltro offrire uno spazio di ascolto alle paure della madre.

Da questo momento la famiglia si è divisa, non mantenendo nessun tipo di contatto e conducendo due vite fortemente diverse tra di loro.

Nei colloqui, la bambina rimanda che vorrebbe rivedere il papà, dirgli che ha fatto una cosa sbagliata e che non doveva fare; crede inoltre che potrebbe chiedere scusa a lei e a tutta la famiglia, a differenza della mamma che non ripone tutta questa fiducia nel coniuge. La madre, infatti, agli occhi della bambina, non sembra volerle pensare come se volesse dimenticare, consapevole del fatto che "è impossibile dimenticare cose come queste", lei dice.

Sono molti i ricordi che emergono dai colloqui, sia da parte della mamma sia da parte della bambina.

Elena ricorda i bei periodi a scuola, con i compagni, con le maestre e con le sue amiche, in particolare la sua vicina di casa, con la quale passava molto tempo insieme, come se fossero sorelle. Sembra molto legata alle sue amicizie, infatti dice di scrivere ancora ai suoi compagni in occasione delle festività e rimpiange la vecchia scuola, in cui, secondo lei, le maestre erano molto più brave rispetto a quelle che ha ora.

Dice di avere ora qualche amica anche in città, in particolare una ragazza con la quale studia.

Racconta come trascorreva il tempo libero: andava in piscina, praticava la pallacanestro e la pallavolo. Rimpiange quei tempi, che non si può più permettere a causa del lavoro non stabile della madre, che da sola deve mantenere tutta la famiglia.

La mamma riferisce che, dopo il trasferimento, per aumentare le entrate familiari, cura sporadicamente una vecchia signora malata; a volte, si fa aiutare economicamente dal padre, che lavora ancora come architetto.

Sono significativi anche i bei ricordi che la bambina mantiene verso la figura paterna: racconta che a volte lui si arrabbiava per delle sciocchezze, ma erano molti i momenti che passavano insieme, anche con il fratellino, giocando a pugilato, facendo finta di combattere o andando al bar o al parcogiochi.

La madre ricorda che l'atteggiamento di Elena fu normale, tranquillo per qualche tempo, ma in seguito cominciò a presentare difficoltà a livello comportamentale: era sempre molto agitata, irrequieta, faceva fatica ad addormentarsi, spesso chiudendosi in camera a piangere e stando lì sola per lunghi periodi.

Significativi erano anche i suoi disegni: molto scuri, utilizzava frequentemente il nero, privi di un'immagine coerente rispetto al contenuto.

La mamma dice di essersi preoccupata molto e di aver deciso di contattare una psicologa, al fine di far visitare la figlia e curarla nel caso vi fossero seri problemi e di sporgere denuncia contro suo marito.

Comincia così l'iter diagnostico di Elena: viene vista alcune volte da una prima psicologa la quale, dopo alcuni colloqui, le somministra due test proiettivi; seguono poi pochi colloqui con una seconda psicologa allo scopo di confermare i dati ricavati precedentemente.

Cap.2: RELAZIONE PSICODIAGNOSTICA DI ELENA

Elena ha uno sguardo vivace ed intelligente, guarda il prossimo e la realtà con interesse e curiosità: un po' racconta, molto domanda.

È stato possibile osservare un'attitudine della bambina a mantenere sempre viva la comunicazione: Elena è parsa accogliere con difficoltà i silenzi ed alcune brevi pause all'interno dell'interazione ed ha sempre tentato di riempire questi intervalli.

Nel corso degli incontri è sembrato, inoltre, di cogliere il bisogno di Elena di sentire una vicinanza e una contiguità emotiva con l'altro: è possibile ipotizzare che la bimba vivesse le pause di silenzio come disturbanti, in quanto interruzioni nell'interazione e quindi nella relazione o, ancora, come sintomi d'iperattivazione causati dal vissuto post-traumatico in cui la bambina vive.

In più occasioni, ha chiesto conferma alla psicologa di aver fatto bene e giusto: è forte in lei il bisogno di conferme e di rassicurazioni da parte di chi le sta intorno.

Una tale attitudine a chiedere frequentemente conferme sembra rimandare ad un'immagine non positiva di sé ed ad un senso di inadeguatezza: sono impressioni confermate da alcune verbalizzazioni della bambina e da alcuni contenuti emersi dai test proiettivi.

Inoltre, queste rassicurazioni sembrano legate alla mancanza di fiducia o, più che altro, alla paura di fidarsi ancora.

Sono reazioni tipiche di chi ha dovuto affrontare un evento come l'abuso, messo in atto dalla persona di cui ci si è sempre fidati, in questo caso il padre e verso il quale, ora, si nutrono forti sentimenti di ambivalenza, dovuti al fenomeno di "disambiguazione delle emozioni" o di confusione circa il significato delle emozioni stesse.

Non sono sufficienti le verbalizzazioni della psicologa volte a rassicurarla circa la non esistenza di "risposte giuste o sbagliate", rispetto al materiale testistico: Elena domandava, infatti, se fosse stata l'unica a rispondere o a disegnare così.

Si definisce come una bambina “chiacchierona e smemoratella”, non riesce a riconoscersi qualità positive e tende molto ad autosvalutarsi: ad esempio, durante il test di Blacky dice di essere “Una scimmia...io mi chiamo scimmia Elena o cane Elena”.

Sono stati rilevati alcuni tentativi di presentarsi come una bambina adeguata e competente: in occasione del primo colloquio, ad esempio, ha portato con sé un quadernone pieno di disegni fatti a scuola, alcuni da lei, altri da una compagna di classe, destinati a costituire un libro, che sembrava voler essere testimonianza delle sue competenze e capacità.

Ha bisogno di conservare un’immagine di sé positiva, poiché la stessa è stata distrutta dall’esperienza traumatica: oggi, per lei non c’è più niente di certo, vive in un’atmosfera di insicurezza e di dubbio, nata dal fatto che tutte le credenze, su cui prima poggiava, sono venute meno e distrutte dalla situazione di tradimento. Con l’abuso, la bambina non riconosce più il continuum che va dall’amore genitoriale a quello verso un partner, cade la credenza in un mondo giusto e buono e dell’immagine positiva di sé e delle figure di attaccamento.

È sembrato prevalente un profondo e consolidato vissuto di bambina “non adeguata e sporca e che sporca”: questo vissuto è riscontrato molto spesso nei bambini abusati, i quali riproducono anche nel gioco queste sensazioni, ad esempio lavando e pulendo le bambole, nelle quali s’identificano.

La bambina è talvolta ricorsa ad un linguaggio colorito, del quale subito si scusava, legato al suo bisogno di esprimere con violenza emozioni distruttive.

Sono stati somministrati test grafici e proiettivi (il test di Blacky e il test di Rorschach).

È possibile sostenere che dietro un’apparente e dichiarata disponibilità agli incontri, la bambina abbia tentato di allontanare da sé il materiale propositole: quando sono stati somministrati i test proiettivi, infatti si alzava, iniziava a camminare per la stanza, usciva, rientrava, talora inscenava contesti relazionali alternativi a quello diagnostico.

Questi comportamenti possono essere letti come sintomi di “evitamento”, caratterizzanti il Disturbo Post-traumatico da Stress o anche come sintomi di forte attivazione e di intensa ansia.

Si è avuta l’impressione che la bambina, ben comprendendo lo scopo delle attività presentate, abbia vissuto il contesto diagnostico come intrusivo, un contesto dal quale difendersi, in quanto “evoca paura”: dopo un’esperienza traumatica, la soglia della

paura si abbassa e stimoli, percepiti precedentemente come innocui o neutri, diventano pericolosi per il soggetto, il quale sente di doversi difendere da essi; è questo il meccanismo psichico che ha agito in Elena.

In conseguenza a ciò, la bambina ha messo in atto comportamenti eccessivi di controllo: ad esempio, chiedeva sempre alla psicologa se stesse scrivendo di lei e che cosa stesse scrivendo.

Non soddisfatta delle risposte ottenute, si avvicinava per verificare quanto aveva scritto e mostrava un certo disappunto di fronte a trascrizioni precise e dettagliate: ad esempio, dice “Ma anche questo scrivi? Che barba... ma cosa ti serve scrivere anche questo?”.

Sia durante la somministrazione del Blacky che del Rorschach, non è stato possibile per lei rispettare i tempi di presentazione delle tavole: Elena, che avrebbe voluto vedere le tavole tutte insieme contemporaneamente, ha iniziato a voltare quelle non ancora presentate, nonostante i richiami della psicologa.

Sembrava per lei impossibile rispettare i tempi di attesa: l’attendere pareva suscitargli un’ansia, non sempre gestibile né regolabile.

Anche questo elemento è facilmente inquadrabile in un sintomo del PTSD: la forte impazienza, letta come attivazione, legata a vissuti d’ansia e di paura rispetto all’incertezza.

Il bisogno di controllo impediva il rispetto di regole altrimenti accettate.

L’ipervigilanza impediva inoltre la tranquillità di analisi degli stimoli.

In quei momenti accadeva che Elena si alzasse continuamente, utilizzasse un tono di voce molto alto quasi allo scopo di voler coprire la voce dell’interlocutore, scoppiasse in una risata fragorosa e scomposta, si avvicinasse alla finestra apparentemente richiamata dai rumori provenienti dalla strada.

Tutti questi comportamenti e movimenti della bambina, da un lato, parevano rispecchiare una certa resistenza ed inquietudine di avvicinare il proprio mondo interno allo scopo di evitare il rivivere certe emozioni o il ricordare certi eventi legati all’abuso; dall’altro, sembravano costituire dei tentativi a far desistere la psicologa dal procedere e portare a termine l’attività di conoscenza.

Sembra possibile ipotizzare che la difficoltà della bambina ad eseguire i test proiettivi sia riconducibile anche ad una facile stancabilità di Elena.

Rispetto alla propria storia personale, ha espresso il desiderio di non parlare con la psicologa del padre e delle “cose che ha fatto”: fenomeno tipico delle vittime di un’esperienza traumatica che vogliono rimuovere dalla consapevolezza i contenuti e i ricordi ad essa legati. È il meccanismo di difesa dell’evitamento, caratterizzante il Disturbo Post-traumatico da Stress.

La scelta di non parlare è stata motivata precisando che “Ci sono già 300 fogli su questo, lo sai? Ho scritto fogli e fogli...”.

Si è avuta l’impressione clinica che, sottostanti a tale rifiuto, vi fossero sentimenti di colpa nei confronti della figura paterna che “ora è triste, perché è solo”: è un vissuto che conferma la presenza di un evento abusivo nei confronti della minore, in quanto è frequente che la vittima si senta in colpa per l’accaduto, pensi addirittura di averlo provocato con i suoi comportamenti e di meritare il trattamento subito come conseguenza di esso. Il tutto, accompagnato dal forte attaccamento verso il padre che, nonostante l’accaduto, la bambina sente.

Elena ha precisato, in un secondo momento, che il padre è solo da quando lei, la mamma e il fratellino si sono trasferiti a Milano, motivando così le ragioni del trasferimento: “Perché lui mi ha fatto cose brutte e sbagliate”. La bambina è quindi consapevole che l’esperienza che ha subito è un fatto negativo, non tollerato dalla società in cui vive e che il padre deve essere punito per questo, ma vive questa punizione con tristezza, colpa e nostalgia per il papà.

Rispetto alla propria famiglia, Elena parla spontaneamente del nonno e del fratellino.

Durante gli incontri, è apparsa una forte nostalgia per la propria terra, oltre che per il padre: lo mostra bene anche il suo primo disegno, da lei chiamato “Il mare delle rocce”.

Sono questi i forti vissuti di sradicamento contro cui la bambina deve combattere.

Cap. 3: IL TEST DI RORSCHACH

3.1) Introduzione

Gli aspetti maggiormente posti in evidenza dal test, si possono suddividere in quattro aree: area cognitiva (riferita all'efficienza dell'intelligenza, alla capacità d'osservazione, al tipo di comprensione della realtà, all'originalità o banalità del pensiero), area affettiva (riferita alla tonalità emotiva generale, all'immagine di sé, al rapporto con gli altri), area della struttura della personalità (riferita al rapporto tra le varie istanze intrapsichiche, ai meccanismi di difesa, alle relazioni oggettuali, all'identità sessuale), area relativa ai disturbi di personalità (riferita ad eventuali patologie nevrotiche o psicotiche).

3.2) Somministrazione

Per quanto riguarda la somministrazione, in più occasioni la bambina è uscita dalla stanza per poi rientrarvi, con lo scopo di richiamare l'attenzione d'altre persone immaginate o desiderate come presenti al colloquio, ha inscenato alcune telefonate nelle quali degli interlocutori cercavano la psicologa.

Le situazioni messe in atto sembravano per lo più finalizzate a modificare e allargare il contesto relazionale ed a costruire dei tentativi volti ad allontanare da sé il materiale testistico: questo indica il bisogno di Elena di distanziarsi nei confronti della situazione evocata, potrebbe essere un sintomo del PTSD legato alle modalità d'evitamento.

Questi sono alcuni commenti della bimba di fronte alle tavole: "Arrivederci tavola" (tav.2), "Alla prossima tavola" (tav.7), "Un po' brutto" (tav.4-5), "Che è brutto, non mi piace" (tav.6). Anche tavole che inizialmente sembravano piacerle, sono state, in un secondo tempo, definite come brutte. (tav.6)

Questi fenomeni prendono il nome di *assenza di risposte*, quando il soggetto non riesce a dare interpretazioni e riconsegna la tavola fornendo commenti su di essa e di *rifiuto della tavola*, quando il soggetto riconsegna immediatamente la tavola dicendo di non vedere nulla: entrambi sono meccanismi d'evitamento, indicanti imbarazzo o sintomi di

una forte ansia che la tavola suscita o la rimozione di qualche contenuto particolare, in questo caso forse legato all'esperienza abusiva della bambina.

Queste situazioni chiamano in gioco certi meccanismi di difesa, quali la “negazione” o il “diniego”, tipici di chi ha vissuto una situazione traumatica come l'abuso: con il primo, il soggetto si difende da un pensiero o da un sentimento, negando che gli appartengono e tentando di soffocare i sensi di colpa e di angoscia (generalmente provati verso l'abusante); con il secondo, si esclude completamente dalla consapevolezza un aspetto penoso e spiacevole della realtà (il rifiutare la tavola è tipico di ciò).

La bambina, alla fine della somministrazione, classifica le tavole in due gruppi: quelle *piaciute* e quelle *non piaciute*, ma dal suo elenco emerge che le tavole preferite appartengono alla categoria delle scelte negative secondo il manuale, e quelle rifiutate, alla categoria delle scelte positive.

Questo indica l'esistenza di un conflitto intrapsichico, un possibile esito post-traumatico, legato a difficoltà di rapporto con la coppia genitoriale: elemento desunto dal netto rifiuto della tavola 3 (“E' bruttissima, non mi piace”), che appunto valuta questo aspetto.

Elena fornisce un *numero di risposte* non molto inferiore alla media (totale risposte=20, media risposte=30).

Questo dato c'informa sulla capacità di rendimento e sull'intelligenza del soggetto, ma in questo caso può indicare una certa inibizione emotiva, una tendenza alla riservatezza o paura di rispondere perché si teme una critica: Elena è una bambina intelligente e sveglia, ma vive un forte senso di inadeguatezza di sé, di insicurezza, è sempre alla ricerca di conferme (elementi già descritti inizialmente).

La sua intelligenza, invece, viene anche confermata dal breve *tempo di latenza*, cioè il periodo che trascorre tra la presentazione della tavola e la prima risposta che il soggetto fornisce: è al di sotto della media (minore di 10'') e ciò indica una buona flessibilità nei processi cognitivi.

Nel momento in cui la bimba rifiuta la tavola, elemento associato ad un breve tempo di latenza, la situazione può essere interpretata come una forte iperattivazione (caratteristica tipica delle situazioni post-traumatiche e molto presente in Elena), dovuta

al sentire la presenza di una grave minaccia (generalmente legata ad un ricordo: l'abuso ?!), la cui soluzione è di evitare di entrare in contatto con lo stimolo.

Le sue risposte sono di tipo *descrittivo*, non *interpretativo*: ciò indica il timore di lasciarsi andare all'immaginazione, la paura di perdere il contatto con il proprio mondo interno e il rifugio nella razionalità. Questo fa pensare che la bimba viva in una certa atmosfera di ansia, sempre all'erta per non farsi sopraffare dalla stessa: sono chiari elementi di una forte attivazione tipici del PTSD.

La modalità di percezione è stata di tipo *impressionistico*: tale ipotesi pare confermata sia dai rapidi tempi di risposta, sia dalla modalità di appercezione delle tavole, che è di tipo "dettaglio grande". Quest'indice, che è desunto da un insieme di tante caratteristiche, indica e conferma la sua intelligenza e il tipo di comprensione, ricca e ben adattata, che la bimba utilizza rispetto alla realtà. Sono tutti fattori positivi e protettivi rispetto a tutte le conseguenze, considerate al limite, che la situazione di abuso crea.

3.3) Localizzazioni

Si riferiscono al tipo di comprensione o di approccio intellettuale-cognitivo del soggetto, cioè al modo in cui prende possesso della realtà e al rapporto con il suo mondo interno.

Elena fornisce 6 *risposte globali* (G=30%), cioè interpreta tutta la macchia nella sua interezza e il suo valore rientra nella media: questo indica una buona capacità di astrazione e di generalizzazione, un funzionamento cognitivo ben adattato, un buon pensiero logico.

Inoltre, fornisce 10 *risposte dettaglio grande* (D=50%) e 4 *risposte dettaglio piccolo* (d=20%): i loro valori sono inferiori alla media (70%), ma il significato va interpretato in associazione ad altri indici.

In generale, si può affermare che i singoli dettagli della macchia determinano le percezioni della bambina, a discapito di un vedere frutto di una sintesi e di un'integrazione delle parti.

Inoltre, la presenza di *risposte Dd* (piccole parti della macchia poco frequenti o grandi parti della macchia non delimitate), nella media (5%), indica una modalità cognitiva attenta ai particolari, una sensibilità percettiva, un bisogno di andare fino in fondo nelle cose e un acuto spirito di osservazioni: tratti tipici della personalità di Elena.

3.4) Determinanti

Sono quegli elementi che hanno determinato il soggetto a dare un'interpretazione particolare: in Elena è dominante l'apprensione sensoriale rispetto ai contorni della macchia, ai colori e alle qualità sensoriali dello stimolo.

Le risposte *forma* sono determinate dalla forma stessa del disegno e rappresentano un tentativo di controllare l'aspetto caotico delle macchie, sottolineano la capacità di strutturare e ordinare il campo visivo attraverso un processo di ragionamento formale, rivelano lo sforzo del soggetto di adattarsi all'ambiente psico-sociale.

Questo evidenzia lo sforzo di dominare intellettivamente le situazioni, mettendo a distanza gli affetti e le emozioni: il soggetto li affronta in modo distaccato, quindi prevalgono i processi secondari su quelli primari, cioè il principio di realtà su quello del piacere.

Le *risposte forma* sono il principale strumento difensivo dell'Io nel corso della prova, sottolineano la distinzione che esiste tra il soggetto e il mondo esterno e la misura in cui il soggetto è in grado di delimitare i confini tra il dentro e il fuori di sé.

In Elena, le elevate F (F=80%), superiori alla media (70%), rimandano ad un'intensa attitudine al controllo, ad una tendenza a privilegiare la razionalità distanziandosi dall'area dell'emotività.

Sul fronte esterno è rilevabile una certa reattività alle sollecitazioni ambientali, talora più controllata, altre volte meno modulabile.

I bisogni di contatto e di dipendenza non sono presenti ad un livello esplicito, ma sono solo accennati ad un livello più nascosto.

Sembra poi possibile osservare una tendenza a negare e reprimere i bisogni affettivi.

Tutto ciò permette di chiarire le dinamiche personali della bambina.

Sono molte anche le *risposte F-* (in cui vi è poca o nessuna aderenza tra il percepito e l'area corrispondente). Spesso compaiono in serie e sono tutte dello stesso contenuto (ad esempio, quelle indicanti vissuti di deterioramento e di morte, spiegati in seguito) e questo indica un sintomo di ansia non adeguatamente controllato, o hanno un contenuto corporeo o anatomico ("cuori, polmoni, pancia"), sintomo di fragilità dell'immagine corporea e dell'identità, confermato dal fatto che Elena si sente "una bambina sporca".

Le *risposte colore*, distinte in colore cromatico e acromatico, sono legate all'affettività del soggetto in rapporto con il mondo esterno, rivelano un adattamento alla realtà, una presa di coscienza della stessa, in particolare per ciò che riguarda i primi.

Le *risposte colore cromatico* sono correlate alla modalità espressiva delle emozioni, alla permeabilità affettiva, all'estroversione, alla sensibilità alla realtà esterna, al controllo sugli affetti e sugli impulsi.

In Elena, la presenza di *FC-* (risposte date prevalentemente per la forma senza trascurare il colore) e di *CF* (risposte in cui prevale il colore e poi la forma) indicano uno scarso controllo emotivo, con difficoltà di integrazione degli affetti e un tentativo di adattamento all'ambiente, non pienamente riuscito: infatti la bambina si è appena trasferita in questo nuovo contesto, così diverso da dov'era prima dell'esperienza.

Significativa è la presenza di *C pure* (risposte determinate solo dal colore), che, seppur poche, indicano un'assenza di controllo razionale, un'emotività esplosiva incontrollata, il carattere esplosivo dello sfogo: comportamenti tipici del PTSD, legati all'iperattivazione e fortemente caratterizzanti i tratti di personalità della bambina, notati in particolare all'inizio della seduta.

Le *risposte movimento* sono determinate dall'intervento di un processo mentale, perciò il soggetto proietta un movimento che non è rappresentato nella macchia.

Minore è la tendenza a dare queste risposte, più il soggetto è caratterizzato da una motricità non stabile e agitata.

Nel protocollo di Elena, l'assenza di *risposte movimento* fa sì che sul versante interno non siano rappresentate né spinte pulsionali arcaiche, né spinte più evolute.

Inoltre, ciò conferma la motricità della bambina, non stabile, ma impulsiva, iperattiva: questo va a confermare la presenza di un vissuto post-traumatico, in aggiunta al fatto che l'assenza di queste risposte è anche sintomo di ansia più o meno accentuata nelle relazioni interpersonali (si noti le modalità di approccio che Elena ha avuto nei confronti della psicologa testista).

3.5) Formule

Questi indici permettono un'interpretazione più approfondita del materiale fornito dal soggetto e di elaborare delle scale di valutazione relative alle varie aree della personalità.

In questo caso, sono stati considerati solo il *TRI primario e secondario*, i quali forniscono delle preziose informazioni sulle funzioni mentali del soggetto e sui suoi vissuti sia sul versante proiettivo, che sensoriale.

Il *TRI primario* rivela l'atteggiamento del soggetto verso se stesso e il mondo o ciò che il soggetto sente e, in Elena (TRI= 0: 4,5), mostra una personalità che tende ad attingere dall'ambiente più che dalla propria vita interiore.

Il *TRI secondario* rivela le tendenze rimaste latenti perché rimosse, ma che possono essere sbloccate e, in Elena (TRI= 0: 0), mostra un non investimento né sulle proprie risorse interne, né sulle tendenze extratensive.

In Elena è presente un *TRI coartato secondario* (quando il rapporto numerico per entrambi i lati non è superiore a 1), indice di un dominio della funzione cosciente sulla vita interiore ed esteriore e della presenza di logica e di razionalità.

È anche presente un *TRI estroversivo primario* (quando i valori numerici del lato destro prevalgono su quello del lato sinistro), indice in un forte bisogno di farsi accettare: infatti la bambina si sente inadeguata, bisognosa di numerose conferme esterne. Quest'indice viene anche definito *TRI estroversivo senza introversione* quando il lato sinistro ha valore 0 e quello destro valore x: sottolinea l'esplosività emotiva, l'eccitabilità e di conseguenza i sintomi d'iperattivazione del PTSD.

I suddetti indici, considerati insieme, sono il segnale di un blocco emotivo profondo, compensato attraverso il ricorso ad un'estroversione forzata: Elena, vittima di questo blocco, l'abuso, cerca in altre parole d'essere socievole al fine di farsi accettare e per avere un minimo di sicurezza esterna.

3.6) Contenuti

Indicano i processi associativi del soggetto e permettono di valutare il livello d'intelligenza, il tipo di pensiero astratto o concreto, i suoi interessi. Fanno riferimento ai processi d'identificazione: l'attribuzione di specifiche qualità ai contenuti percepiti dipende dalla capacità d'assimilazione di determinati tratti sessuali, affettivi e comportamentali.

Elena non fornisce alcuna *risposta di contenuto umano* (H=0) o rappresentative di contesti relazionali: questo indica difficoltà nei rapporti interpersonali (legate alla forte

ambivalenza provata verso il padre) e la tendenza ad istaurare rapporti con la realtà al di fuori d'ogni coinvolgimento emotivo (significativo è l'allontanamento delle tavole).

Vi è una sola *risposta dettaglio umano* (Hd=1): questa è legata alla rimozione di rappresentazioni sessuali, nella bambina in riferimento all'abuso e indice di difficoltà relazionali.

Poiché quest'ultime si presentano in quantità maggiore delle prime, si può dedurre la presenza di una certa angoscia nei confronti della propria immagine corporea scarsamente integrata, elemento che conferma le verbalizzazioni di Elena rispetto al fatto di "sentirsi sporca".

Numerose sono le *risposte animali* (A=9), per altro frequenti nei protocolli dei bambini. Sono superiori alla media e questo può essere indicativo dell'uso di una corazza sociale per evitare che il vero sé entri a contatto con il mondo interno: Elena ha un'immagine di sé negativa, che vorrebbe celare.

Sembra interessante notare, tuttavia, come talora gli animali siano definiti brutti e spaventosi (tav.3-4-5-6) e come, altre volte, dettagli diversi dalla macchia vengano inappropriatamente fusi insieme in un singolo oggetto, così da trasformare gli animali in esseri viventi fantastici (tav.5-6).

Questa tendenza non pare essere riconducibile tanto ad una caduta dell'esame di realtà, quanto se mai al desiderio d'essere originale e di stupire.

L'assenza di *risposte a contenuto sessuale* può essere segno di un'inibizione nevrotica nei confronti della sessualità: dovuta, ad esempio, alla precoce sessualizzazione della bambina provocata dall'abuso.

È da sottolineare la presenza di *risposte anatomiche* (At=4) e colpiscono molto alcune verbalizzazioni che accompagnano tali risposte, le quali rimandano a vissuti di deterioramento e di morte (tav.2: "Questi sono i polmoni neri di fumo...eh, quando fumi tanto tanto i polmoni diventano tutti neri", "Le costole piene di sangue e con tante righe di sangue"): sono elementi tipici del Disturbo Post-traumatico da Stress.

Se l'interpretazione della tavola comincia con queste risposte, rivelano l'esistenza di un problema, in Elena legato all'esperienza traumatica e, se accompagnate dal colore, la fragilità dei confini della propria immagine corporea e dell'Io.

Inoltre, il *contenuto osteologico* (le costole) è proprio di soggetti ansiosi nelle relazioni interpersonali, mentre il *contenuto viscerale* (i polmoni) è proprio di soggetti che

esprimono apertamente le proprie pulsioni distruttive e aggressive: si noti, infatti, la forte ansia che spinge Elena a mostrarsi aggressiva ed evitante nei confronti del test.

Il *contenuto sangue* conferma la forte angoscia, il turbamento emotivo e la mancanza di controllo della pulsionalità.

L'esistenza di vissuti di deterioramento è presente anche nella tav.1, quando Elena, all'inchiesta, dice "Un bruco l'ha tutta mangiata, la foglia. Il bruco è qua sotto".

Il tutto fa pensare che il PTSD possa evolvere in uno stato depressivo, più o meno grave, indicativo della rottura di una relazione significativa. Il soggetto vive la sensazione di essere stato privato dell'oggetto d'amore, l'introietta e s'identifica con esso: finisce così per sentirsi egli stesso negativo e cattivo. Da ciò, la nascita di sentimenti d'autoaccusa, di colpa, d'autosvalutazione accompagnati da esperienze d'angoscia di morte: rilevati appunto in Elena, vittima del PTSD.

In alcune tavole, Elena percepisce oggetti puntuti: ad esempio, alla tav.6 dice "Due corna piccole...due corna grosse più su da diavolo" e alla tav.9 dice "L'arancione ha due corna". Simbolicamente le corna sono indice di virilità e, in particolare, gli oggetti a punta, indicano la presenza d'aggressività fallica, forse dovuti alla precoce sessualizzazione subita; mentre il diavolo è il simbolo della presenza d'oggetti interni cattivi e d'angoscia.

Le risposte possono poi dividersi in *banali e originali*, le quali sono individuate in base ad elaborazioni statistiche su un determinato gruppo, una cultura e una specifica età.

Vi sono alcune risposte popolari o banali rientranti nella media e questo fa pensare alla presenza, in Elena, di un pensiero equilibrato e alla capacità di adattarsi al modo di pensare della gente comune.

3.7) Fenomeni particolari

Rientrano sotto questa dicitura gli aspetti, le reazioni e i comportamenti notevolmente significativi ai fini della psicodiagnosi.

L'assenza di risposte o il rifiuto di una tavola ne sono un esempio, precedentemente illustrato.

Può avvenire che il soggetto *perda la coscienza che sta facendo delle interpretazioni*, quindi ciò che vede lo considera come vivo: ad esempio, nella tav.4, Elena dice "Oh,

Madonna, un pipistrello con due denti strani e i baffi!”), ma ciò non indica niente di grave, è solo un suo modo di esprimersi.

Il soggetto può tendere a *svalutare se stesso e quanto sta interpretando*: nella tav.1 la bimba dice “Me lo dici...non lo so...ah, boh”. Questo può essere indice di un senso di inferiorità, di mancanza di sicurezza interiore e senso di colpa, già riscontrati nella bambina.

Elena *critica l’oggetto*, ad esempio nella tav.6 dice “Che è brutto, non mi piace”.

È una cosa che ripete anche per altre tavole e può essere indice di ansia o di eccessiva prudenza: infatti un soggetto abusato, in seguito all’esperienza, fa fatica a fidarsi delle altre persone e delle situazioni che vive, le affronta con prudenza per paura di rivivere il fatto stesso; in più, un soggetto con sintomi di PTSD manifesta questa prudenza affiancandola ad un’eccessiva attivazione, come se visse in uno stato di allerta.

Si è avuta la sensazione che sia stata intensa la risonanza delle tavole in Elena.

Tale impressione sembrerebbe essere confermata sia dalla presenza di *shock al rosso ed al colore*, sia ad alcuni contenuti delle risposte, già visti.

È una reazione che riguarda una perturbazione emotiva cui fa seguito una perdita del controllo del pensiero razionale; è uno stupore percettivo e associativo.

Per individuare la presenza di uno shock al colore bastano pochi indici: ad esempio, il rifiuto della tavola, l’allontanamento della stessa, un contenuto anatomico come prima risposta. Questi indici sono tutti presenti in Elena (tav.2-7) e rappresentano l’esistenza di un conflitto intrapsichico, in lei legato all’abuso.

In particolare, sono presenti una reazione di shock al colore scuro, indicativo di angoscia legata al senso di colpa o al fatto di aver vissuto possibili esperienze traumatiche, e una reazione di shock al rosso, sintomo di aggressività, attivazione, angoscia: ciò conferma la situazione post-traumatica in cui si trova la bambina.

Nella tav.2 è presente il *fenomeno d’interferenza*, in cui vengono in collisione due shock, il rosso e il nero: questo conferma la presenza di un disagio psichico nel soggetto dovuto prevalentemente a fattori ambientali ed è un buon indice rispetto al successo di una possibile psicoterapia.

Nella tav.8 si è notata la presenza del fenomeno di *denominazione del colore*, che si verifica quando il soggetto si limita a nominare i colori presenti nella macchia (“Azzurro e grigio”).

Nella tav.9, invece, si riscontrano *risposte di colore arbitrario*, in cui il colore è usato in modo incompatibile con il contenuto (“Il verde ha le zampe di orso”), indicativo del bisogno di legare gli altri a sé e di avere un’approvazione da loro.

Il fenomeno della *perseverazione dei contenuti* si verifica quando nelle risposte del soggetto è ripetuto più volte lo stesso contenuto. Elena cita in tavole diverse, ma non in modo immediato e continuativo, la figura del “drago”: può essere un meccanismo di coazione a ripetere, al fine di sedare l’ansia o una modalità di controllo.

La mancanza di sicurezza di Elena è confermata dalla presenza di *risposte in forma negativa o interrogativa*, date ad alcune tavole (tav.1-2-8-9): “Queste cose sono del corpo?”, ecc.

Spesso le sue risposte rimandano ad un contenuto astratto, sono *risposte di evasione*, allo scopo di prendere le distanze da situazioni emotive avvertite come particolarmente ansiogene: ad esempio, ricorre l’immagine del diavolo e, più frequentemente, quella del drago.

Elena nel formulare le risposte sottolinea il *carattere doppio* dell’oggetto: “Due denti strani”, “Due corna piccole”, ecc. (tav.3-4-5-6-10). Ciò conferma ulteriormente i vissuti di ansia, di incertezza, la ricerca di stabilità, il bisogno di aggrapparsi a qualcosa di stabile che confermi le caratteristiche positive del sé, l’immobilità personale al fine di non mettere a rischio, nel contatto con gli altri, l’immagine di sé, percepita come fragile, la fragilità nelle relazioni interpersonali e la forte dipendenza dalla figura materna. Elementi tutti rilevabili nella bambina e tipici di un esito post-traumatico.

La profonda sofferenza interiore di Elena, è ulteriormente confermata dalla presenza di *figure incomplete e sfigurate*: nella tav.3 accenna ad “Una mosca senza corpo...che non ha più il pelo”.

3.8) I meccanismi di difesa

L’obiettivo dei meccanismi di difesa è di proteggere l’Io dall’angoscia, derivante dalle minacce provenienti o dal mondo esterno o da quello interno. Si prestano ad essere dei punti di riferimento per la comprensione del grado di sviluppo e di organizzazione della personalità. Ve ne sono diversi, alcuni più primitivi e altri più evoluti.

Elena utilizza frequentemente la *svalutazione*, anche come conseguenza dell’esperienza subita e del vissuto post-traumatico in cui vive.

Il soggetto attribuisce delle caratteristiche negative a sé, con lo scopo di mettere in atto una difesa nei confronti dell'angoscia, derivante dal contatto con i propri oggetti interni o con quelli esterni, percepiti in modo ambivalente (amore e odio sono i sentimenti che la bimba prova verso il padre).

Elena si definisce "Una bambina non adeguata, sporca e che sporca".

Indici di svalutazione sono anche i commenti critici nei confronti del test o dell'esaminatore, spesso presenti nella bambina, in particolare all'inizio del colloquio.

È anche rilevabile l'*identificazione*, un processo psichico con cui il soggetto assimila un aspetto di un'altra persona e si trasforma nel modello di quest'ultima. Si verifica spesso nel processo di crescita, infatti l'individuo non è altro che il risultato di una serie di identificazioni. Attraverso questo meccanismo, l'Io tenta di sfuggire da una situazione psichica angosciante, cercando l'oggetto come un contenitore.

Varia lungo un continuum che va da una normale forma di comunicazione ad una relazione patologica estrema: in Elena non vi è nulla di patologico o di estremizzato, la sua è solo una relazione intima, in cui vi sono le condizioni per comprendere l'altro e per essere da lui compreso, stabilita sia verso la figura materna, che quella paterna (infatti è forte l'attaccamento della bimba verso il papà, nonostante l'esperienza da lei vissuta).

In ultimo, sono stati precedentemente descritti anche i meccanismi della *negazione* e del *diniego*, prevalentemente utilizzati dalla bimba verso il materiale testistico.

3.9) Quadri clinici

Da molti elementi emersi da questo test si possono riscontrare tipici sintomi del *Disturbo Post-traumatico da Stress*, più che altro legati ad una forte attivazione e a vissuti d'ansia.

Quest'ultimo termine si riferisce ad una reazione emotiva inconscia, irrazionale, diffusa, fluttuante, sproporzionata e incongrua rispetto agli oggetti e alle circostanze esterne con cui il soggetto viene a contatto.

L'ansia nasce nel momento in cui l'Io si trova a vivere una situazione conflittuale, nasce dalla sensazione di dover fronteggiare un pericolo esterno fonte di paura verso cui il soggetto reagisce ricorrendo ad una vigilanza estrema, ad una forte attivazione emotiva, ad un controllo esagerato: Elena spesso mette in atto comportamenti di tali

caratteristiche, i quali potrebbero anche essere classificati come sintomi di una lieve *nevrosi d'angoscia*.

Come già precedentemente accennato, tutti i vissuti conseguenti all'aver subito un'esperienza traumatica come l'abuso, ad esempio l'autosvalutazione, i sensi di colpa e molti altri, richiamano l'attenzione non solo sulla presenza di un Disturbo Post-traumatico da Stress, ma anche su certi sintomi legati alla *depressione*, molto spesso sviluppata parallelamente al PTSD.

3.10) Interpretazione simbolica del contenuto

I contenuti del test hanno il valore di un autoritratto psichico, infatti le risposte sollecitano rappresentazioni, immagini, affetti e associazioni che finiscono per rivelare il mondo interno e inconscio del soggetto, la qualità della relazione oggettuale e la struttura di base della sua personalità.

Le risposte comportano un contenuto conscio, manifesto, e un contenuto inconscio, nascosto, interpretabile solo all'interno della situazione globale del setting.

Ovviamente, nell'interpretazione dei contenuti bisogna evitare di rifarsi a schemi rigidi e stereotipati, ma calibrare il tutto in base al soggetto stesso.

Questi sono i contenuti simbolici usati da Elena, interpretabili come:

- Animali squartati: (“Una mosca senza corpo”), conflitto interno.
- Animali sotterranei: (“Pipistrello”, “Topo”), ricerca di sicurezza.
- Corna: virilità.
- Diavolo: aggressività, angoscia.
- Leone: forza, aggressività.
- Occhi: senso di colpa.
- Oggetti a punta: (“Corna”), aggressività.
- Orso: immagine paterna benevola.
- Ragno: rivela l'atteggiamento verso la figura materna.
- Sangue: pulsionalità libidica e aggressiva scarsamente controllata.
- Serpente: simbolo fallico.
- Topo: timidezza, senso di inadeguatezza, incapacità di affermare se stessi.

Sono molto significativi alcuni di questi contenuti, fortemente caratterizzanti i vissuti di Elena, come ad esempio gli animali sotterranei, gli occhi, il sangue e il topo.

Cap.4: IL TEST DI BLACKY PICTURES

4.1) Introduzione

Il test permette di raggiungere gli aspetti più profondi della personalità in un contesto direttamente correlato all'interpretazione di tipo dinamico.

Serve per mettere in evidenza un quadro coerente degli aspetti psicosessuali latenti del soggetto in esame e permette di avere una descrizione completa delle modalità che il soggetto utilizza per gestire le dinamiche legate alla sessualità, alla libido, ai conflitti irrisolti, alle fissazioni.

4.2) Presentazione

Il test è composto di 12 tavole che riproducono una famiglia di cagnolini, ogni volta presentati in modo diverso secondo il contenuto simbolico della tavola.

- Frontespizio: sono rappresentati Blacky, Tippy, il fratello o la sorella, la mamma e il papà. Blacky può appartenere ad entrambi i sessi, secondo il soggetto in esame: Elena avrebbe dovuto identificarsi con Blacky e Tippy avrebbe dovuto essere suo fratello.

Il test si basa appunto sul meccanismo d'identificazione con i personaggi.

- Tav.1: valuta l'erotismo orale e la relazione con l'oggetto d'amore, la quale può essere disponibile o rifiutante, infatti il volto del cane mamma è ambiguo. Si valuta il riconoscimento e l'accettazione della situazione di dipendenza (idealizzazione del rapporto, confusione con l'oggetto, rifiuto della dipendenza o rabbia), la qualità dell'oggetto e del rapporto, la percezione degli altri oggetti come interferenti o meno.
- Tav.2: valuta il sadismo orale, infatti il volto di Blacky è aggressivo, è arrabbiato con la mamma. Inoltre, valuta il processo di separazione-individuazione: la capacità d'essere solo, di utilizzare l'oggetto transizionale, la tolleranza dell'ambivalenza affettiva, il raggiungimento della costanza dell'oggetto.
- Tav.3: valuta l'erotismo anale, cioè la tendenza all'espulsività anale, intesa come aggressione eterodiretta, o la ritentività anale, intesa come l'aspetto ossessivo

legato al bisogno di pulizia e di controllo. Inoltre, valuta il processo di differenziazione, cioè il vissuto di aver ricevuto o meno sostegno e nutrimento.

L'attacco anale può essere una necessità simbiotica di protezione, uno strumento di disprezzo narcisistico dell'oggetto, un segnale d'autoaffermazione inteso come trionfo narcisistico, un segnale d'affermazione di sé attraverso una forte oppositività.

- Tav.4: valuta la rivalità edipica e la triangolazione, cioè la capacità di percepire e vivere la presenza di un terzo. Evidenzia l'esistenza di una relazione di tipo duale se i genitori sono intercambiabili, se le ragioni della frustrazione sono di tipo orale (indice di una cattiva simbiosi), se il rapporto tra i genitori è scotomizzato (presenza di un rapporto d'oggetto narcisistico o autistico).
- Tav.5: valuta il senso di colpa per la masturbazione e il rapporto con il sé, in particolare, la capacità d'essere soli, la percezione del sé corporeo nei suoi aspetti sessuati, il vissuto del proprio corpo come unico oggetto d'investimento affettivo fonte di un senso d'identità, le reazioni di choc emotivo.
- Tav.6: valuta l'angoscia di castrazione per il maschio e l'invidia del pene per le femmine; inoltre, individua le angosce primarie relative all'integrità del sé (i meccanismi difensivi e la stabilità dell'identificazione sessuale).
- Tav.7: valuta l'identificazione positiva del bambino verso l'adulto, al fine di affrontare l'ansia della punizione per le sue esperienze sessuali. Si può anche capire il modello di relazione interiorizzato, cioè la capacità di rielaborare la frustrazione, la relazione intrapsichica tra le diverse parti del sé, la presenza di un oggetto persecutorio, le modalità con cui l'oggetto primario ha assolto la funzione di specchio dell'identità.
- Tav.8: valuta la rivalità fraterna, infatti Blacky è arrabbiato perché i genitori coccolano Tippy, e il riavvicinamento, cioè l'accettazione del rapporto e la dipendenza contro il rifiuto, in nome dell'autonomia.
- Tav.9: valuta il senso di colpa, cioè quanto questo vissuto è elaborato in modo razionale e la qualità dell'oggetto interno (la relazione persecutoria o di vergogna verso le immagini genitoriali) e dell'immagine di sé (la struttura di personalità).

- Tav.10 (sesso maschile, tav.11 sesso femminile): valuta l'ideale positivo dell'Io, per i maschi, cioè se e come il soggetto è riuscito ad integrare i modelli infantili in un'immagine coerente di sé e dell'altro. Le caratteristiche dell'ideale dell'Io possono essere compensatorie, megalomane, svalutative, imitative, persecutorie, realistiche.
Inoltre, per la femmina, valuta la capacità di percepire un oggetto diverso da sé: la figura maschile può essere percepita come una possibilità di rapporto con il mondo in termini di conflitto attivo o passivo o di ricchezza di spirito.
- Tav.11 (sesso maschile, tav.10 sesso femminile): oltre a valutare l'ideale positivo dell'Io, commenta la qualità della relazione, cioè come il soggetto è riuscito ad integrare i modelli infantili in un'immagine coerente di sé e dell'altro, in particolare, per le femmine, la relazione simbiotica e il rapporto fusionale con un'immagine femminile. Per i maschi valuta l'oggetto d'amore.

4.3) Elementi di valutazione

La valutazione del soggetto avviene sulla base di diversi elementi.

Si chiede alla persona un *racconto spontaneo* rispetto ad ogni vignetta, ai vissuti dei personaggi e ai loro comportamenti.

In seguito, attraverso l'*inchiesta*, si pongono una serie di domande di conferma rispetto al resoconto, allo scopo di far emergere gli aspetti razionali di ciò che il soggetto ha narrato: ci sono delle risposte neutre, le quali sono indice di "normalità" e dell'assenza d'ogni fissazione o problema.

S'indagano le *preferenze* del soggetto, quali sono state le vignette che gli sono piaciute di più e quelle piaciute meno e le motivazioni relative, allo scopo di individuare delle eventuali modalità difensive utilizzate nel resoconto spontaneo o nell'inchiesta.

Infine, si valutano i *referimenti interni*, cioè i temi ricorrenti, indice di una fissazione del soggetto o l'incoerenza di certe tematiche espresse.

In generale, la dimensione che è analizzata è la forza delle reazioni che la vignetta suscita, valutata con una serie di valori positivi, sommati tra loro.

4.4) Applicazione del test ed elementi diagnostici di Elena

L'applicazione del test alla bambina non è stata molto semplice, in quanto la piccola non è riuscita a rispettare i tempi di presentazione delle tavole: voleva vederle tutte insieme e così le voltava contemporaneamente, spesso si alzava e si allontanava dalla psicologa e dal materiale, un atteggiamento ricorrente in lei, rilevato anche nella somministrazione del test di Rorschach.

Ecco le risposte.

Tavola di presentazione: “Questo (Blacky) è suo figlio (di Tippy) ...questa è la sua fidanzata (la mamma) ”.

Appaiono quindi non riconosciuti i classici legami di parentela, è presente una confusione di ruoli, forse dovuta al rapido mutamento della struttura familiare.

La relazione oggettuale non è considerata, ma sostituita da una relazione d'amore (la mamma è la fidanzata), quasi a voler indicare la forte unione presente tra Elena e la sua mamma, ormai unico punto di riferimento.

Il papà non è nemmeno nominato, come per indicare che il nucleo familiare è ormai composto di sole tre persone, di cui il padre è escluso.

Tavola I: “Blacky dorme con la mamma su un prato di campagna...poi, vediamo...ride...[]...non lo so. Poi vediamo: suo figlio Tippy si sdraia su un prato più lontano, vicino ad una casa e poi basta”.

Risposte dell'inchiesta:

- Blacky è felice, infelice, né uno, né l'altro, non lo so.
- La mamma è soddisfatta, ma stanca.
- Blacky preferirebbe stare lì finché ha finito di mangiare e quindi andarsene da qualche altra parte.
- Blacky non è descritto da nessuna frase esempio.
- Blacky si farà allattare dalla mamma ancora per poco, presto farà da sé.
- Rispetto al mangiare non ne avrà mai abbastanza da saziare il suo appetito.

La bambina non riconosce la situazione di allattamento.

Il rapporto con la figura materna è ambiguo, infatti in un primo momento afferma di dover dipendere da lei per saziarsi dato che non ne avrà mai abbastanza, ma subito dopo

dice che farà da sola: la bambina ha quindi bisogno della presenza della figura materna, almeno momentaneamente, ma sa di essere intelligente e autonoma, sa che crescerà e dovrà cavarsela da sola.

Non sono nemmeno chiari i suoi sentimenti verso la mamma, non è in grado di definirli: questo è forse dovuto alla confusione emotiva che l'abuso ha creato. La bambina ha vissuto un'esperienza in cui era senza un supporto esterno e probabilmente fa fatica a comprendere l'assenza di questo aiuto e prova sentimenti ambivalenti nei suoi confronti.

La mamma è definita soddisfatta e stanca e forse questo rispecchia realmente i suoi vissuti: soddisfatta di aver allontanato la minaccia (il padre) e di aver risolto i problemi, ma stanca per tutto il carico di lavoro che ora deve affrontare da sola. Elementi confermati anche durante i colloqui.

Tavola 2: “Si’frase contiene un numero dispari di virgolette., Blacky spacca il collare della mamma ed è tutto arrabbiato e gli scende anche la bava, che si vedono le gocce. Blacky è tutto infuriato, non vuole più dare il collare alla sua mamma”.

Risposte dell'inchiesta:

- Non sa perché Blacky sta facendo così al collare della mamma.
- Non sa se si sente spinto ad agire così.
- Non sa come si comporta Blacky quando non riesce ad avere abbastanza affetto.
- La mamma lo manderà a letto senza cena e lo sgriderà, se dovesse arrivare.
- Non sa cosa farebbe Blacky se la mamma si avvicinasse per nutrirlo.

È presente una forte rabbia e aggressività nella bambina, tenuta latente dalla presenza di un'immagine materna autorevole, capace di sgridare nei momenti opportuni e giusti.

La bambina riconosce le cose buone da quelle cattive: ha dei valori morali cui si rifà.

Il suo inconscio arrabbiato e forse deluso emerge senza un motivo valido che sappia giustificarlo, infatti non c'è nessuna spiegazione al comportamento del cagnolino.

Forse Elena è arrabbiata con la mamma perché è lontano da casa, dalla sua terra, ma sa accettare questa cosa perché dettata da una persona che ha il potere di decidere così, appunto la sua mamma.

Tavola 3: “Bellissimo...ride...Blacky accanto alla casa della mamma fa la popò. E mette il sedere davanti alla porta...e poi...non so...e fa le scorreggette. Basta, non so più cosa dire”. (Elena si avvicina alla finestra dopo aver sentito la sirena di un’ambulanza)

Risposte dell’inchiesta:

- Blacky fa i bisogni proprio lì perché vuol fare un dispetto a qualcuno, ma non sa a chi.
- Non sa cosa importa di più al cagnolino ora.
- Blacky sta coprendo quello che ha fatto perché non vuole che la mamma lo sgridi di nuovo.
- Non sa cosa pensa il cagnolino dell’educazione che ha ricevuto.
- La mamma a Blacky dirà che è stato molto cattivo.
- Il papà gli dirà che non deve fare quello che sta facendo, se no gli da due sculacciate. (Elena inizia a camminare, a correre per la stanza e commenta “io non riesco a stare ferma”)

Si nota, fin da subito e poi alla fine della presentazione, una certa attivazione della bambina, una forte ansia che non riesce a controllare, di cui è consapevole, che la porta ad alzarsi e a muoversi. Forse è stata la visione delle quattro cuccette a rievocare in lei il ricordo della sua famiglia, un tempo unita, troppo doloroso da gestire: la bambina prende l’unica soluzione possibile, se ne allontana, come se volesse rimuoverlo.

È particolare il fatto che Blacky sporca vicino alla cuccia della mamma e non del papà, nonostante si trovino alla stessa distanza: è molto forte nella bambina il dolore per aver lasciato la sua terra, di conseguenza emerge il suo rancore verso la mamma.

C’è quindi questa forte tendenza all’espulsività, intesa come una forma di aggressività eterodiretta (verso la mamma), ma nello stesso tempo come il bisogno di protezione (dal papà) o, ancora, come segnale di affermazione di sé (almeno nella fantasia, dato che nella realtà deve sottostare alle decisioni della sua figura di riferimento).

Emergono due modelli genitoriali diversi: la mamma, che domina con il suo carattere, sgridando il cagnolino attraverso una modalità che va a colpire il sé del soggetto (“è cattivo”) e il papà, che invece sgrida un po’ più moralmente il cagnolino (“non devi fare quello che stai facendo”), minacciandolo con un comportamento punitivo (“le sculacciate”).

Tavola 4: “Blacky dà furia, che vede mamma e papà che si stanno dando la mano, si arrabbia tantissimo e ci sono tanti cuoricini, e si nasconde dietro una siepe per non farsi vedere. E mamma e papà si baciano e si baciano. Non riesco a stare ferma.” (la bambina prende la tavola successiva)

Risposte dell’inchiesta:

- Blacky, vedendo mamma e papà amareggiare, pensano che si vogliono tanto bene, ma non a lui.
- Si sente così tutte le volte che vede mamma e papà.
- Non sa cosa rende più infelice il cagnolino.
- Non sa cosa suppone osservando la scena.
- Non sa cosa faranno il papà e la mamma se si accorgessero che sta sbirciando.
- Non sa cosa renderebbe più piacevole la scena.

La bambina riconosce la presenza di un rapporto tra i suoi genitori, ma tollera male la presenza di un terzo, se considera il rapporto che c’è tra lei e uno di loro (“dà furia”); preferisce una relazione duale.

Non vuole che emergano questi suoi vissuti agli occhi dei genitori (“si nasconde dietro una siepe”) e sembra proprio darle fastidio il rapporto amoroso tra di loro (“si baciano e si baciano”).

Alla fine del resoconto dice ancora che non riesce a stare ferma: la tavola suscita in lei il ricordo della famiglia unita, che ormai è distrutta; vuole allontanare questo ricordo e prenderne le distanze.

Blacky si sente un po’ vittima: “Si vogliono tanto bene, ma non a lui”, come volesse costruire un nucleo isolato da loro in cui rifugiarsi, perché si sente solo, perché lui è un capro espiatorio.

Tutte conseguenze emotive legate all’abuso subito: il vissuto di vittima da esso provocato e i sensi di colpa per averlo indotto.

Tutte le non-risposte, in cui dice di non sapere, rimandano ad una modalità difensiva di evitamento, tipica del Disturbo Post-traumatico da Stress, usate allo scopo di allontanare dalla coscienza contenuti emotivamente dolorosi.

Tavola 5: “Non so dirti niente”.

Risposte dell’inchiesta:

- Blacky si sente confuso e colpevole.
- Una volta diventato più grande non sa come potrebbe sentirsi in una situazione simile.
- Blacky sta pensando a se stesso.
- Non sa se il cagnolino ha paura che posso succedergli qualcosa e non sa che cosa.
- La mamma se trova Blacky gli dirà “cosa stai facendo figlia mia, schifosa. Non ti voglio più bene”.
- Invece, il papà le dirà “Blacky che cavolo...cosa stai?”.

La prima risposta alla tavola ha in sé un senso di evitamento, come se la bambina volesse non parlare, per non ricordare brutti vissuti: ciò richiama ad uno dei sintomi del Disturbo Post-traumatico da Stress, appunto l’evitamento, sviluppato dalla bambina e molto ricorrente.

È interessante notare come emergano le principali dinamiche legate all’abuso sessuale: il senso di colpa che la piccola vive per aver provocato l’esperienza e la sensazione di averla meritata; la grande confusione, sia a livello emotivo verso il responsabile dell’atto, che a livello cognitivo, in quanto appare difficile, per una bambina, capire certe esperienze affettive, non alla sua portata.

Sembra non avere una prospettiva futura rispetto all’esperienza (vedi la seconda risposta), proprio perché non sa come giudicarla: non capisce ancora il significato del rapporto sessuale, il corpo non è ancora considerato come possibile oggetto d’investimento affettivo, fonte d’identità.

Ma ciò è normale, sia per la piccola età della bambina, che per il fatto che l’evento ha irrotto in lei tempestivamente.

Si notano ancora le diverse modalità di rapporto con i genitori: la mamma, che sgrida il cagnolino colpendo il suo Io (“schifosa”) e punendolo dicendo che non gli vuole più bene, e il papà, che lo rimprovera lievemente.

L’esperienza è comunque percepita come una cosa negativa, che non va fatta e che merita una punizione nel caso in cui succedesse.

Tavola 6: “Non so cosa dirti. Povero bau-bau: gli sta tagliando la coda. Che dispiacere...che dispiacere. Fratellino cosa stai facendo? Mi sto tagliando la coda!”.

Risposte dell'inchiesta:

- Blacky pensa che non se la dovrà mai tagliare la coda.
- Non sa cosa sconvolgerebbe Blacky se fosse al posto di Tippy.
- Blacky ha deciso di tagliare la coda a Tippy.
- Tippy si sente triste e la mamma dice “figlio cosa ti è successo?” (Elena commenta “io sono una scimmia/cane...no, io mi chiamo scimmia-Letizia o cane-Letizia”).
- Gli altri cani, al vedere la coda di Tippy, diranno “Tippy, piccolo mio, cosa ti sei fatto?”.
- Capisce che Tippy è una femmina alla domanda “cosa direbbe Blacky della possibilità di cedere la sua coda in cambio di un bel fiocco che tutti i cani maschi ammirerebbero?”.

Elena ha capito che i due cagnolini sono fratelli.

Emerge un'angoscia relativa all'integrità del sé, “non me la dovrò mai tagliare”, legata al fatto che, a causa dell'abuso, l'immagine di sé si è frantumata e non ha più un significato coerente.

Nella terza risposta, se pensiamo che inizialmente la bambina si era identificata con Blacky, ma Tippy era la mamma, possiamo dire come via sia un senso di negatività nei confronti di sua madre, come se la volesse punire per qualcosa: probabilmente per il fatto di aver deciso di lasciare la sua terra.

Elena si identifica con un cane e con una scimmia: sono due brutte immagini che rimandano ad una visione negativa di sé ed a un senso di svalutazione.

Il taglio della coda è comunque percepito come un'esperienza negativa e dolorosa, tanto da meritare l'attenzione degli altri cagnolini e la loro compassione.

Tavola 7: “Non so dirti niente”.

Risposte dell'inchiesta:

- Non sa chi parla così a Blacky di solito.
- Non sa a chi è più probabile ubbidisca Blacky.
- Il cagnolino sta imitando la mamma.

- Non sa chi vorrebbe prendere a proprio modello.
- È indecisa se il temperamento di Blacky assomiglia alla mamma oppure no.
- Se Blacky si trovasse al posto del cagnolino avrebbe l'impulso di camminare: ma non è tanto sicura di ciò.

La prima risposta è ancora un tentativo di evitamento, ma forse la bambina è anche un po' stanca per la somministrazione.

Inizialmente, non riconosce l'autorità e non sa identificare in essa un membro della sua famiglia, ma in un secondo momento, riconosce in essa la mamma: si identifica con lei al fine di affrontare l'ansia della punizione per l'esperienza sessuale subita.

Il suo modello genitoriale interiorizzato è proprio quello della mamma, vista come colei che assume una posizione autorevole in famiglia: d'altronde è lei che prende le decisioni, ad esempio, quella relativa al trasferimento.

La mamma non appare comunque un oggetto persecutorio e nocivo per la bambina, in quanto non vi sono espressioni che lo connotano negativamente, come qualcosa di insopportabile: anzi, appare anche indecisa nell'identificarla, anche se alla fine si può affermare che è il suo specchio d'identità.

Tavola 8: “Blacky qua si arrabbia perché vede che i genitori vogliono più bene a Tippy. Allora va via diventa triste perché vede che mamma e papà vogliono...continuano a dare i bacini a Tippy...”. (la bambina annuncia: “ notizia...notizia: Letizia sta facendo dei giochi...”. Quindi si avvicina alla finestra e commenta, sentendo, ma non vedendo l'ambulanza: “Non si vede uffa!”).

Risposte dell'inchiesta:

- Blacky si sentirebbe di andare via per fare dispetto a mamma e papà.
- Non sa se Blacky pensa che Tippy meriti le lodi che sta ricevendo.
- Entrambi i genitori, in ugual misura, prestano attenzione a Tippy. (la bimba, ad un certo punto, domanda alla psicologa se è fidanzata).
- A Blacky capita sempre di vedere una scena così.
- Blacky pensa che in questo momento mamma e papà vogliono più bene a Tippy.
- Blacky se la prende di più con Tippy, perché si prende tante coccole.

Emerge un po' di gelosia nei confronti del fratellino, forse perché è più piccolo e la mamma deve prestargli più attenzioni rispetto a lei, che è quasi una signorina.

Lei è un po' triste per questo e arrabbiata, inizialmente con mamma e papà (vedi la prima risposta), ma in un secondo momento con Tippy (vedi ultima risposta): emerge quindi questa piccola contraddizione.

Sembra una situazione che capita molto frequentemente, messa in atto da entrambi i genitori, senza discriminazione: la bambina sembra gelosa per questo affetto dato al fratellino, in quanto si sente ancora dipendente e bisognosa dei genitori stessi.

Durante le risposte sono emersi alcuni segnali di attivazione e agitazione della bambina, già riscontrati in precedenza.

Tavola 9: “Ha paura dell’angelo che lo sta sgridando perché ha fatto del male e invece deve fare il bene”.(Elena chiede se può fare le fotocopie delle tavole “che i miei compagni sono bravi a scrivere queste storie o simili. Tu sai disegnare? Potremmo fare insieme delle carte”).

Risposte dell’inchiesta:

- Non sa cosa potrebbe essere successo tra il disegno precedente e questo.
- La coscienza di Blacky è molto triste.
- Non sa chi le ricorda la figura che punta l’indice addossa a Blacky.
- Non sa chi sarebbe da biasimare.
- Blacky si sente molto colpevole ora.
- Blacky potrebbe scappare.
- Pensa che Blacky starà male per un po’, ma non ne è certa.

È presente una certa morale nella bambina: riconosce che si deve fare del bene e che, a male fatto, segue una giusta punizione. Ciò è segno di un buon sviluppo a livello morale.

La bambina ha un’immagine di sé triste, “molto triste”: forse, sono ricorrenti in lei ed evocati facilmente, i ricordi della sua terra, ma anche del papà.

Una seconda sfumatura dell’immagine di sé è il vissuto di colpevolezza, si sente “molto colpevole”: tipica emozione legata all’esperienza abusiva subita o al fatto di aver lasciato solo il padre, lontano dalla famiglia.

Non riesce ad identificare la figura che punisce e sgrida, anche se nelle tavole precedenti era emersa la figura materna come colei che deteneva il potere: ciò indica una certa ambivalenza nei suoi confronti.

In ultimo, vede come unica soluzione “scappare”: allontanarsi dal problema, evitarlo, modalità riscontrata nelle vittime post-traumatiche.

Tavola 11: “Sogna che la mamma gli fa...no, lo sgrida fortemente, gli dice che deve essere un po’ più educato, più bravo, sempre ubbidire”.

Risposte dell’inchiesta:

- L’immagine del sogno ricorda a Blacky la mamma.
- Non sa se è meglio la mamma o l’immagine della mamma.
- Non sa perché Blacky vorrebbe essere simile all’immagine del sogno.
- Non sa che probabilità ha Blacky di diventare simile all’immagine del sogno, né che cosa pensa il cagnolino a proposito.
- Blacky fa sogni come questo abbastanza spesso.

La mamma è ancora identificata come la figura autorevole, capace di sgridare.

Questa tavola, che indica il tipo di rapporto con l’oggetto d’amore, fa pensare al rapporto con il padre vissuto dalla bambina in termini conflittuali e di sottomissione, quale è stata l’esperienza di abuso subita, che ha immobilizzato la piccola non lasciandole vie di fuga.

Inoltre, la bambina identifica la mamma nell’immagine del sogno, quindi il rapporto con il padre sembra non essere presente, forse perché è tanto tempo che non lo vede ed è consapevole che non lo vedrà per tanto ancora.

È di nuovo presente il forte senso di colpa, di aver fatto qualcosa di sbagliato meritevole di una punizione. Sono molte le risposte di negazione della bambina.

Tavola 10: “Fa quello del papà”.

Risposte dell’inchiesta:

- Non sa chi sogna Blacky.
- L’immagine del sogno ricorda il papà che non deve fare le cose sbagliate ma quelle giuste.
- La possibilità che l’immagine del sogno somigli a Blacky fa sorridere il cane perché sarebbe così più fiero di sé.
- Non sa perché Blacky è soddisfatto mentre sogna.
- Non sa come ne esce il papà dal confronto con l’immagine del sogno.

- Non sa se Blacky preferirebbe assomigliare all'immagine del sogno.

C'è un forte richiamo alla tematica dell'abuso: "Il papà non deve fare cose sbagliate".

La bambina è quindi consapevole che il padre è in errore e ha agito non correttamente.

L'ideale dell'Io di Elena sembra essere, nonostante quanto detto sopra, il padre stesso: lei si sentirebbe più fiera, in questo modo. È forte il legame che ancora la unisce al suo papà e forte è anche la poca stima che ha di sé in questo momento.

Emerge però una contraddizione, segnale dell'ambivalenza emotiva verso il padre: nonostante vorrebbe assomigliare a lui, non sa perché ciò la rende soddisfatta e felice, né se vorrebbe veramente assomigliare a quell'immagine.

È tipico di chi ha subito un'esperienza di abuso provare vissuti non chiari e ambivalenti.

In seguito sono state valutate le *preferenze*, cioè è stato chiesto alla bambina quali sono state le tavole che le sono piaciute di più e quelle piaciute di meno.

Elena ha dato le seguenti risposte.

Tavole piaciute:

- Tutte.
- Tavola di presentazione: "Perché c'è tutta la famiglia".
- Tavola 10, 11: "Bella perché sogna i genitori".
- Tavola 2: "Qui non è arrabbiata per davvero".
- Tavola 1: "Qui non so".

Le tavole più piaciute sono state le tavole 4, 8, 9.

- Tavola 8: "Perché è tutta la famiglia e Blacky non è arrabbiato".
- Tavola 4: "Perché ci sono i genitori".

Si nota come la bambina sia molto legata a tutta la famiglia e come le manchi quell'unità che un tempo era presente. È molto attaccata affettivamente ai genitori, ad entrambi, nonostante si possa pensare l'attaccamento al padre come non giustificato per il fatto commesso.

Non è arrabbiata con la mamma, come invece aveva affermato in precedenza: sembra giustificarla e sembra aver capito che il modo di agire della madre è motivato giustamente per il suo bene, in fondo.

Tavole non piaciute:

- Tavola 5.
- Tavola 6.

La tavola meno piaciuta è stata la tavola 6: “Perché si taglia la coda”.

Emergono di nuovo il senso di colpa e vissuti negativi che la bambina vive rispetto all’abuso, caratterizzanti la tavola 5 e anche la tavola 6, che rimanda ad un’immagine frantumata di sé, non positiva: sono elementi fortemente presenti nella bambina.

4.5) In conclusione

Le risposte di Elena consistono spesso in una descrizione di quanto vede e percepisce delle tavole.

Di fronte ad alcune di esse (tav. 5, 6, 7), come anche ad alcune domande dell’inchiesta, la bambina risponde “non lo so...non so dirti niente!”: utilizza il meccanismo di difesa dell’evitamento, tipico del Disturbo Post-traumatico da Stress.

Al termine della somministrazione ha espresso il desiderio di ricopiare/fotocopiare le tavole per presentarle ai compagni di classe (“loro sono bravi ad inventarsi storie”): come se non si considerasse all’altezza della situazione, in quanto si percepisce negativamente.

La figura materna internalizzata appare una figura severa, che sgrida e riprende (tav. 2, 3, 5, 11) e poco nutritiva: Elena non riconosce spontaneamente alla tav.1 la scena dell’allattamento, vede “Blacky che dorme con la mamma” in primo piano e, in un secondo momento, “suo figlio Tippy si sdraia nel prato più lontano, vicino ad una casa”. La figura genitoriale materna è oggetto di movimenti ambivalenti: ad essa sono rivolti sentimenti di rabbia (tav. 2, 3, 8), ma è anche oggetto di moti identificatori (tav.6, 11) e desideri di vicinanza e contiguità affettiva, il più delle volte frustrati, in quanto la figura materna è impegnata in una relazione preferenziale con un terzo.

La figura paterna interiorizzata appare anch’essa una figura normativa, ma resta più sullo sfondo.

I movimenti identificatori sono comunque rivolti ad entrambe le figure genitoriali.

L'esperienza dell'esclusione è riconosciuta ed è fonte sia di vissuti di rabbia, cui sono fatti seguire movimenti reattivi di autoesclusione (tav.8) e/o vendetta (tav.3, 8), che di sentimenti depressivi.

L'emozione della rabbia viene in parte riconosciuta, non sempre appare possibile significarla (tav.2): a volte sembra diretta verso la madre e altre volte verso il padre.

È interessante osservare come Elena, che nel resoconto spontaneo aveva riconosciuto la rabbia alla tavola 2 e alla tavola 8, ne neghi l'esistenza alle preferenze (tav. 2: "Qui non è arrabbiato per davvero"; tav.8: "Perché qui c'è tutta la famiglia e Blacky non è arrabbiato").

Sono rilevabili patterns relazionali che prevedono la presenza di un "personaggio che subisce e di un personaggio che promuove e determina il subire dell'altro": l'unica possibilità di fronte ad una tale realtà relazionale sembra essere, per chi ne è vittima, la fuga (tav. 7, 8, 9). Ciò simbolizza l'esperienza dell'abuso, in cui la vittima è impotente e obbligata a subire le circostanze e il volere dell'abusatore, senza possibilità di difesa.

La fuga simbolizza il trasferimento da lei vissuto insieme alla mamma: la sua via d'uscita, la sua soluzione.

Appare un'immagine non positiva di sé ed un profondo senso d'inadeguatezza (tav. 5, 9 10, 11 in spontanea e in inchiesta; tav. 6 nei commenti dell'inchiesta).

È rilevabile inoltre un intenso vissuto di colpa (tav.9).

Cap.5: I TEST GRAFICI

Ad Elena sono stati somministrati alcuni test grafici, a tema libero e obbligato, allo scopo di integrare il quadro diagnostico con ulteriori elementi valutativi.

5.1) Il disegno a tema libero

In un primo *disegno a tema libero* la bambina raffigura un paesaggio marino, attraverso l'uso di pastelli colorati: un esteso mare blu ondeggiato, il quale s'infrange contro delle rocce, un cielo con delle nuvole sormontate da un arcobaleno e dei gabbiani a riempire lo sfondo.

Elena intitola il disegno "Il mare delle rocce".

Dall'interpretazione grafica si può sostenere come il contenuto del disegno sia ricco di valenze emotive.

L'esteso mare blu invita verso l'infinito ed è indice del bisogno di controllo del sé e di una forte nostalgia, tipica del colore utilizzato: riproduce proprio il vissuto che in questo momento la bambina vive, legato all'assenza e alla mancanza del papà, per lei motivo di sofferenza; il bisogno di controllo è invece una modalità comportamentale più volte emersa nel corso dei colloqui dovuta ai vissuti post-traumatici.

Le nuvole sembrano coprire la possibile presenza di un cielo limpido e azzurro e possono essere interpretate come delle cancellature, indicanti la presenza di problematiche a livello emotivo e una forte disapprovazione e svalutazione di sé.

E' come se la bambina volesse allontanare, cancellare qualcosa che era valutato come positivo, ad esempio il rapporto con il padre, ma che ora non lo è più a causa dell'abuso; inoltre, la bassa stima e la negativa immagine di sé rimandano alla presenza di vissuti post-traumatici.

I problemi emotivi sono evidenziati dall'uso di colori freddi, il mare è blu, le rocce sono scure, elementi che indicano anche la presenza di tratti temperamentali ipercontrollanti, anch'essi tipici vissuti post-traumatici.

È presente però un elemento positivo, l'arcobaleno, simbolizzante una volta protettrice del soggetto, un mezzo per superare le difficoltà: Elena, nonostante la sua intelligenza, è ancora una bambina, ha bisogno della protezione delle figure parentali, in particolare della madre, per affrontare certi disagi.

Questo è l'unico elemento che la bambina colora totalmente, a differenza degli altri, i quali rimangono incompleti: sembra voler sottolineare, usando questa particolare tecnica, l'importanza di questo soggetto e di conseguenza del suo significato simbolico, in altre parole il bisogno di protezione, la sua insicurezza, i vissuti post-traumatici sono molto più forti nella bambina e dotati di maggiore importanza e rilevanza rispetto ai temi nostalgici e alla lontananza del papà; i primi hanno la priorità.

Un ultimo elemento è la presenza dei gabbiani, indicanti il bisogno di libertà, la necessità di lasciare e allontanare dalla coscienza un'esperienza negativa come l'abuso e poter volare via da essa e da tutte le conseguenze nate.

In generale, emergono vissuti di colpevolizzazione e di depressione, rilevati dall'uso di un tratto insicuro e vuoto (sono presenti solo linee e le figure non sono riempite di colore), di colori freddi, utilizzati per riprodurre paesaggi tristi legati a temi abbandonati.

5.2) I disegni dei sentimenti: la paura, la tristezza, la gioia

In un secondo momento sono stati chiesti alla bambina alcuni *disegni dei sentimenti*, ma le sue produzioni appaiono piuttosto elementari, poco caratterizzate, non sono presenti tanti elementi e sembrano, per questi motivi, rimandare una certa reticenza da parte di Elena a dare una rappresentazione grafica alle proprie emozioni: può essere un meccanismo di difesa attraverso cui evita il contatto con i suoi vissuti, al fine di non provare dolore e sofferenza o ricordare episodi emotivamente traumatici.

Le emozioni rappresentate sono la paura, la tristezza e la gioia. I loro significati sono molto importanti.

La tristezza è definita come dolore di separazione da sé e dagli altri, per la bambina dal papà e dalla sua terra. Alcuni sono terrorizzati dall'esperienza della separazione e per affrontarla devono arrabbiarsi, in pratica capovolgere la tristezza nel suo contrario.

La tristezza è il dirigere la separazione, è dire a sé e agli altri del bene che si è ricevuto e del dolore di doverlo abbandonare. Le lacrime sono la medicina che danno la possibilità di separarsi: la bambina le rappresenta nel suo disegno, facendoci capire come forse è in grado di affrontare la situazione impostale.

La paura è la difficoltà di stare nella realtà, si può avere paura delle proprie idee, delle fantasie, delle emozioni (la bambina, infatti, evita di venirci a contatto), d'amare e di

essere amati, di tutte le cose con cui si ha difficoltà di contatto. La paura è la difficoltà di comunicare con sé e con gli altri conservando la propria identità (lei fa fatica ad accettare la propria identità, infatti si giudica con connotati negativi).

La gioia è essere in armonia per come si è, è l'armonia che si vive con sé e con gli altri, è il sentimento che evidenzia il buon funzionamento del reale, a differenza della tristezza che ci fa sentire la sofferenza per quello che sta cambiando e della paura che evidenzia la difficoltà di avvicinarsi a ciò: per la bambina è qualcosa di molto lontano in questo momento, qualcosa da raggiungere, ma che arriverà col tempo.

Elena rappresenta la *paura e la tristezza* disegnando due semplici volti nella parte sinistra del foglio, di normali dimensioni: un viso impaurito e l'altro triste, che piange.

Buona parte di entrambi i fogli rimane bianca: sembra appunto un tentativo di non voler esprimere ciò che prova.

La soluzione alla richiesta fatta dalla psicologa è proprio quella di accontentarla, disegnandole queste emozioni, ma nello stesso tempo cercando di tenerle il più possibile nascoste, minimizzandole.

Il fatto di aver scelto la parte sinistra del foglio a disposizione rimanda a vissuti di melanconia, introversione, chiusura o a sentimenti di timore e paura col conseguente bisogno della figura materna come scudo protettivo.

L'uso dello spazio è un indice della relazione presente tra il soggetto e l'ambiente: nel caso specifico, la bambina utilizza un'area ristretta del foglio e ciò conferma la sua poca sicurezza e di conseguenza il bisogno di controllo e di protezione da lei messi in atto per far fronte alla situazione o il senso di solitudine da lei provato al ricordo del padre e il fatto che si sente succube dell'ambiente, in particolare della madre, alla quale deve sottostare rispetto alle decisioni che prende.

Inoltre, l'insicurezza del soggetto ansioso in genere si esprime in due modalità, di cui una utilizzata dalla bambina: in connotati aggressivi, ad esempio, attraverso l'uso di un tratto pesante o di colori scuri, e sottoforma d'inibizione, ad esempio, attraverso l'uso di figure dai tratti semplici e leggeri. Elena, infatti, si esprime con quest'ultima modalità, disegnando due semplici volti, di cui uno mancante di capelli, entrambi con due occhi grossi, ben visibili, entrambi senza orecchie. Utilizza le matite, anche se con un tratto più fine rispetto alla precedente produzione.

Gli occhi sono gli organi principali di contatto con il mondo esterno, sono il punto focale per il sentimento dell'Io e per la sua inviolabilità.

Disegnati molto grandi e visibili, quasi minacciosi, possono evidenziare sentimenti di paura di vedere o di ricordare eventi spiacevoli, in tal caso l'abuso.

Una seconda interpretazione può essere la seguente: occhi grandi, rifiniti con ciglia e sopracciglia, evidenziano una tendenza ad apparire più di quello che si è, ma per Elena solo nella fantasia; nel suo disegno assumono il significato di voler compensare almeno lì un'immagine negativa di sé.

L'assenza di capelli è significativa: negli adolescenti, in genere, indicano una forte tendenza alla libertà sessuale, ma poiché la bimba li omette possono essere letti come assenza di questa libertà, tradita e minacciata dall'esperienza sessuale precoce subita.

Inoltre, l'assenza di elementi facciali in generale evidenzia una fuga dai problemi, una negazione, come se la bambina volesse appunto dimenticare l'esperienza subita.

L'assenza delle orecchie non sempre è significativa, ma a volte può indicare una forte problematica a livello di ascolto: la bambina spesso evita di ascoltare la psicologa e si allontana dal materiale propositole per evitare di entrare in contatto con vissuti spiacevoli, è un suo meccanismo di difesa.

Per quanto riguarda il contenuto del disegno, colpisce come la bambina abbia riprodotto a destra del foglio l'elemento distintivo del sentimento raffigurato: una linea rappresentante una bocca ondulata per la paura, una seconda linea indicante una bocca all'ingiù e delle lacrime/gocce per la tristezza.

Il fatto di aver utilizzato lo spazio a destra, in genere, è interpretato come il voler dare importanza alla figura paterna, quindi risulta effettivamente coerente con le intenzioni della bambina, e come la presenza di apertura e fiducia verso la stessa figura.

L'uso di una semplice linea indica una sensazione di dolore, infatti il malessere comprime, i contorni sono rigidi e ciò è indice di un eccesso di controllo, le labbra serrate trasmettono tensione: tutti elementi coerenti con le caratteristiche della bambina.

Una tale scelta rappresentativa potrebbe essere indicativa sia di un tentativo di mettere e tenere fuori da sé un sentire fastidioso e doloroso, che di una ridondanza grafica: la prima possibilità sembra la più coerente con la tematica dell'abuso.

La ripetizione dell'elemento grafico raffigurante l'emozione si ripresenta, del resto, anche nel *disegno della gioia*: la bambina raffigura due serie di bocche che sorridono,

una superiore di dimensioni maggiori, una inferiore di dimensioni ridotte (anch'essa significativa di un temperamento introverso e inibito).

L'indecisione rispetto alle dimensioni può riguardare la sua ambivalenza nei confronti dell'esperienza vissuta: è felice di aver messo fine all'abuso e aver risolto il problema, almeno in alcuni suoi aspetti, ma nello stesso tempo è meno felice pensando al papà che ora è solo.

La bambina commenta il disegno dicendo "Gioia...un po' come me", esprimendo il fatto che è felice, ma si contraddice nel non disegnare alcuna faccia gioiosa: e allora, è veramente come sostiene di essere?!

Nel disegno, inoltre, appare la scritta "GIOIA", in alto e in stampatello, quasi ad indicare qualcosa da raggiungere, un sogno, un grosso sogno (ha usato lo stampatello maiuscolo), ma che ora sfugge, è lontano da lei, in alto.

In generale, Elena mostra di conoscere le emozioni della paura e della tristezza.

Riporta la propria paura per i ladri e per "le persone non amiche che vengono di notte".

La paura che queste persone possano fare del male a lei o ai suoi familiari pare non permetterle di dormire serenamente: la bambina dice di stare sveglia la notte "a tenere sotto controllo" la situazione.

È una bambina ipercontrollante, molto agitata e attiva: un quadro coerente con vissuto post-traumatico.

Rispetto alla tristezza indica come "personaggio triste" nella sua famiglia "il papà perché siamo andati via ed è solo".

In un secondo tempo sono definiti tristi lei stessa, la mamma e il nonno "perché è rimasto senza la nonna".

Appare un po' confusa a livello emotivo, non motiva la tristezza né propria, né della madre, precisa, tuttavia, che non individua nella figura materna chi possa consolarla nei momenti difficili: riemerge nuovamente l'ambivalenza affettiva verso la madre, creata dal rancore che le porta per aver lasciato la sua terra.

La tristezza sembra infine un sentimento meno visibile o meno mostrabile rispetto alla paura: il viso della persona triste è in parte coperto dai capelli, annerito e ciò rimanda ad una modalità aggressiva, unita o al senso di colpa o a vissuti depressivi.

Annerire o ombreggiare un elemento è come nascondere o rivestire ed evidenzia problemi legati all'ansia: a seconda di quale parte del corpo si oscuri cambia il significato e la gravità dell'ansia.

Coprire il volto indica la presenza di grossi problemi circa pensieri e fantasie vissuti come troppo minaccianti tali da richiedere la loro rimozione dalla realtà: Elena vorrebbe allontanare dalla coscienza i vissuti di tristezza e nostalgia che prova e il pensiero che il suo papà sia solo, per colpa sua.

5.3) Il disegno di una figura umana

L'impressione di voler chiudere le proprie emozioni in un cassetto sembra essere confermata dal confronto con un'ultima produzione grafica della bambina, nella quale avrebbe rappresentato la psicologa.

Il *disegno di questa figura umana*, anch'esso non portato a termine, appare più caratterizzato rispetto ai precedenti: sono presenti accessori, come gli orecchini o i nastri dei capelli raccolti in due trecce, le quali circondano un bel viso, che occupa una minima parte del foglio.

Il fatto che il disegno sia incompleto è collegato a questo problema di esternalizzazione dei vissuti emotivi, la bambina tenta di reprimere la problematica personale o almeno rivela la ferma intenzione di non volerla manifestare agli altri. Ciò indica che i problemi personali e il loro manifestarli agli altri creano nel soggetto tanta ansia, che preferisce rimuovere il tutto.

La forma imprecisa ed incompleta è segno di una grossa difficoltà ad aprirsi agli altri, per cui il soggetto per difendersi si chiude in una forte opposizione ed evita, tipico atteggiamento della bambina.

L'uso di dettagli accentuati è una modalità frequentemente utilizzata dai soggetti aggressivi, per esternare questo loro vissuto tenuto latente. Inoltre, è tipico di chi utilizza un meccanismo di compensazione al fine di nascondere l'insicurezza nel far fronte agli impulsi (la bambina è insicura e ha sempre bisogno di conferme).

Si evidenzia una forte problematica che riguarda quelle parti del corpo disegnate con i dettagli: forse la piccola non si piace, come è già emerso, in particolare per il suo viso (anche nel test di Blacky si paragona ad un cane o una scimmia).

E ancora, il fatto di aver disegnato con questa modalità la figura del proprio sesso è indice di forte ansia circa la propria realtà sessuale, tradita nella bambina dall'esperienza abusiva.

Il disegno appare statico, sembra un ritratto e l'assenza di movimento è indice della presenza di preoccupazioni interne o di depressione, infatti i diversi tipi di movimento evidenziano i diversi tipi di stati d'animo.

Sono tutti elementi che colorano la personalità di Elena.

Per quanto riguarda il contenuto, la figura umana indica la percezione che il bambino ha del corpo e la sua grandezza indica il rapporto presente tra il soggetto e l'ambiente e il modo in cui il primo reagisce al secondo: il fatto di aver privilegiato dimensioni ridotte rappresenta i vissuti di inferiorità rispetto agli altri, di svalutazione tipici della bambina, di difficoltà di rapporti sociali e di controllo delle emozioni cosce e inconscie, è un tentativo di difendersi dalle idee perché vissute come pericolose e, il fatto di aver disegnato solo il viso senza il corpo è indice di insicurezza e di ritiro verso il mondo esterno.

Il volto rappresenta una figura femminile, ben portata, una bella donna con due folte trecce: è forse un tentativo di riportare nel disegno ciò che a lei manca. È forse un modo di vedersi, almeno graficamente e nella fantasia, come vorrebbe essere, data la sua immagine giudicata da lei con connotati negativi. È l'immagine del suo sé ideale a compensazione di quello reale.

E il non aver concluso il disegno riporta a mutilazioni indicative di parti del corpo, sperimentate e vissute come scisse.

Tali mutilazioni, rappresentate a volte come "devitalizzazioni", accompagnano tipicamente le esperienze post-traumatiche in un'immagine di sé danneggiata e mostruosa.

Cap. 6: I VISSUTI DI SRADICAMENTO

I vissuti di sradicamento afferiscono alla difficoltà incontrata da un individuo a separarsi da ritmi di vita e da modelli relazionali interiorizzati.

L'intensità di tali vissuti è in funzione di molte variabili: il motivo dello sradicamento, le soluzioni trovate al problema, la difficoltà di integrare realtà diverse, la realtà di origine e quella di inserimento.

Quest'ultimo punto è molto importante perché tanto più diverse sono, tanto più difficile sarà l'integrazione: per Elena sono due vite opposte, una tipicamente campagnola e l'altra cittadina.

La città appare ad Elena strana, senza un chiaro significato e sente la mancanza dei valori presenti un tempo.

Il suo adattamento è quindi molto lento, si inserisce difficilmente nel sistema di vita locale, fa fatica a adeguarsi alle aspettative degli altri suoi concittadini.

La cultura d'appartenenza resta ai suoi occhi la migliore e il modo di vivere tipico della vecchia comunità quello che si desidera: da qui il desiderio di tornare alla terra idealizzata che ha lasciato, unito alla forte nostalgia che prova anche verso il padre.

Nel frattempo, la bambina cerca di conservare le vecchie tradizioni e di vivere la propria vita cercando di raggiungere un equilibrio tra ciò che sente giusto per lei e ciò che gli impone la nuova realtà.

Una soluzione possibile è quella di adeguarsi alla nuova cultura senza mai dividerla per intero, con la speranza di poter tornare un giorno nel proprio paese.

Tutto ciò è molto più difficile per la mamma, la quale ha ormai radicato in sé i valori della sua società a differenza della bambina che ancora deve crescere.

In genere, due culture non sono poi così lontane da non venire in rapporto tra loro.

A volte si vive la nuova cultura come migliore, più funzionale rispetto alla propria e questa può essere un'altra soluzione: devono però esserci dei valori che siano consoni ai modelli normativi che si sono scelti e un forte apprezzamento della cultura stessa.

Nella nuova società emergono nuove mete e valori da raggiungere che danno soddisfazioni diverse e allora subentra il meccanismo che porta ad abbandonare i vecchi punti di riferimento per ancorarsi a quelli nuovi: accade così alla bambina, guidata dalla mamma a vivere una nuova vita e a socializzare con essa.

Così, a poco a poco si perseguiranno i valori della nuova cultura, facendoli propri e grazie ai nuovi mezzi di comunicazione si potranno mantenere i contatti precedenti.

Anche il semplice contatto tra culture può far sì che si avvicinino e, tramite il meccanismo dell'imitazione, che viaggino in parte sulle stesse coordinate: si trovano i punti in comune e su questi si costruisce una nuova vita con nuovi valori, senza dover rinunciare ai vecchi.

Questo processo risulta molto più semplice se la nuova società si avvicina molto, in termini d'immagine e d'aspettative, a ciò che il soggetto si immagina di vivere: i due modelli non dovrebbero essere troppo diversi tra loro e in contrasto, altrimenti nasce la possibilità del ritorno al proprio paese d'origine, in quanto vissuto come troppo distante, che desta nostalgia.

Il problema di fondo non è quello di permettere alla bambina e alla sua famiglia di entrare nella nuova comunità, ma quello di rendergli possibili quelle cose che desiderano e vogliono fare: la partecipazione scolastica, in un ambiente di gioco e, in generale, alla vita sociale della città.

Possono così interiorizzare nuovi modelli funzionali al raggiungimento dei propri scopi, dei propri interessi personali e soprattutto della felicità.

Le soluzioni possibili sono quindi o il desiderio di ritornare al proprio paese d'origine, ancora forte nella bambina o l'accettazione della nuova realtà, ancora tutta da scoprire, ma con un vissuto d'impreparazione psicologica, che rende faticosa l'integrazione.

Un tale dualismo viene superato lentamente e per Elena deve per forza risolversi nell'assorbimento della nuova vita. Dovrebbe di conseguenza emergere il disinteresse verso quella vecchia o il fatto di vederla in modo diverso, con differenti occhi, come qualcosa che è stato ma che ora non c'è più.

Il punto focale è la socializzazione: è diversa rispetto a quella che avviene nelle piccole comunità, in quanto, poiché si instaurano rapporti con un numero elevato di persone, questi diventano sempre più impersonali, freddi e distaccati, rispetto a quanto può avvenire tra persone a stretto contatto, con cui si instaura una profonda conoscenza reciproca e un forte affetto.

Questa è una nuova cosa che la bambina lentamente accetta e gestisce: entrare in contatto con forti differenze rispetto al suo sé, dovute a personalità, vissuti, interessi diversi, senza far entrare in gioco la strategia della competizione, ma quella

dell'accettazione di una realtà diversa. Non deve esserci una cultura predominante, ma una matrice culturale comune. È solo così che la bambina può superare i suoi vissuti di sradicamento e tutte le emozioni ad esso associate.

Sono parecchi i problemi psicologici e sociali connessi alle difficoltà d'adattamento ad una nuova situazione: un primo aspetto riguarda la distanza culturale tra le due vite, ad esempio, in città i rapporti tra individui sono caratterizzati da un elevato livello di problematicità e d'ambiguità, si dà poca importanza ai bisogni di partecipazione e d'affiliazione. Elena era abituata a vivere con i suoi amici, i vicini di casa, aveva uno stretto rapporto con essi in quanto si frequentavano giornalmente, ma ora le cose sono un po' diverse, in quanto in città è difficile e più che altro pericoloso uscire a giocare da soli nel giardinetto e di conseguenza le amicizie cambiano aspetto.

Per ciò rimangono sempre attive in lei delle notevoli cariche di dipendenza dalla terra d'origine, suscettibili di essere riattivate dalle possibili frustrazioni che incontra.

Sono diverse le reazioni alla nuova realtà: molti reagiscono con la negazione, con la sottovalutazione o la presa di possesso negativa, altri in modo positivo, identificandosi totalmente con le nuove esperienze.

Una variabile importante è il tempo necessario all'adattamento: non va calcolato sulla famiglia nella sua globalità, ma considerando i singoli soggetti, quindi è molto più semplice per la mamma di Elena, già adulta, che per la piccola, ancora legata al padre, anche se sono i bambini che in genere possiedono maggiori possibilità d'integrazione per la non ancora raggiunta identità personale e per la loro maggiore disponibilità all'assunzione di nuovi modelli di comportamento.

È molto importante il gruppo di amici, in particolare poi nell'adolescenza, per lo sviluppo emotivo: è qui che esistono le buone condizioni per l'integrazione, per ciò quello che primariamente dovrebbe fare Elena è crearsi una compagnia che la possa sostenere e aiutare a creare una nuova identità.

Questo è molto difficile soprattutto se la situazione viene alimentata da un disadattamento affettivo, che Elena adesso vive per la mancanza del padre, e da sentimenti di insicurezza e di inferiorità, caratteristiche temperamentali già emerse nella bambina.

Ciò può poi portare ad alcuni problemi in relazione allo sviluppo della personalità: ad esempio, la presenza di tratti timidi o viceversa aggressivi, mostrati allo scopo di far fronte alla situazione d'insicurezza.

Anche i parametri socio-culturali assumono un valore importante in un processo di integrazione, rappresentando la povera conoscenza del mondo, un aspetto di limite.

È noto che le persone più semplici e con scarsi strumenti culturali rischiano di vivere l'estraneo e il non conosciuto come un pericolo, quindi vivere con diffidenza e distanza.

Al contrario, la ricchezza di conoscenze rende l'individuo curioso e più portato ad avvicinare e conoscere i mondi e le usanze nuove.

Tipico esempio di integrazione sono le abitudini alimentari, vissute come stimolanti per chi è curioso di nuovi gusti e come un rischio di avvelenamento per chi teme ciò che non controlla: ovvio che per i primi sarà più semplice l'integrazione anche di questo particolare aspetto, poiché fondata su una motivazione interiore.

Per aiutare la bambina è molto importante anche il sostegno degli insegnanti di scuola, che possono accompagnarla in questo percorso, accettando le iniziali difficoltà che la bambina può presentare, facilitando in questo modo la sua integrazione anche in questo contesto.

È un percorso lungo e difficile che Elena deve affrontare e superare con successo, al fine di non subire ulteriori conseguenze negative a livello dello sviluppo della personalità o dello sviluppo affettivo.

Sarà quindi utile, in modo particolare, l'appoggio della mamma, unico saldo punto di riferimento che per ora le rimane.

Il problema però può riversarsi anche su di lei: in genere, le madri restano sempre più chiuse alla nuova cultura, poiché incapaci di gestire la perdita del loro abituale modo di vita.

In queste condizioni è grande il rischio di una frammentazione culturale, poiché la vita scolastica e di società di Elena si connette ai nuovi modelli culturali, mentre la vita familiare resta ancorata a quelli vecchi.

In tal modo, Elena diventa subito partecipe alla nuova cultura e assumerà la funzione di intermediario fra la cultura di origine e quella nuova: si assiste ad una specie di inversione di ruoli genitore-figlia.

In generale, si sottolinea l'importanza sul piano fenomenologico dei problemi di spazio, di tempo e d'identità: lo spazio che Elena vive è contrassegnato da un'esperienza di perdita, con un doppio meccanismo di idealizzazione dello spazio perduto e una proiezione persecutoria su quello presente (vissuti di ostilità); il tempo è diviso tra tempo passato, contrassegnato dalla nostalgia e dalla colpa, e tempo futuro contrassegnato dall'idealizzazione del ritorno; nell'identità di Elena si trovano implicate le radici familiari e culturali e l'immagine sociale che gli altri gli rimandano.

Le manifestazioni patologiche che si potranno verificare in Elena non vanno direttamente attribuite alla difficoltà d'integrazione, non si deve pensare che il ritorno alla terra d'origine sia la migliore soluzione; vanno presi in considerazioni ulteriori fattori di rischio determinanti i disagi della bambina.

Cap. 7: ANALISI STORICA DELLA NOSOGRAFIA DEL PTSD

7.1) Sviluppo del concetto di Disturbo Post-traumatico da Stress

Il Disturbo Post-traumatico da Stress (PTSD) è il disturbo più importante, più caratteristico e meglio studiato tra le conseguenze dell'esposizione ad un evento traumatico, nonostante la psichiatria ha riconosciuto la sua esistenza solo dal 1980 quando il PTSD è stato introdotto nel DSM-III. Gli studiosi hanno dedicato molti anni allo studio e alla ricerca su quest'argomento, infatti, la storia concettuale del "trauma psichico", inizialmente identificato come semplice "stress", si articola in diverse fasi: il primo gran passo si riferisce agli studi riguardanti le difficoltà psicologiche dei soldati, i così detti "veterani di guerra", i quali risalgono alla seconda metà dell'Ottocento.

In questi studi si delineò una "concezione biologica" del trauma, la cui tesi principale era che i fattori ereditari fossero i maggiori responsabili dello sviluppo della patologia della vittima, con una limitata conoscenza dei più importanti fattori contestuali, cioè diversi tipi di stimoli nocivi e/o traumatici definiti "stressor", che concorrono alla formazione del quadro sintomatologico. Questi modelli consideravano quale causa dei sintomi la vulnerabilità preesistente del soggetto, in cui giocava un ruolo fondamentale il concetto di predisposizione: l'evento traumatico produceva una temporanea reazione la cui intensità, forma e durata dipendevano dalla personalità, della volontà del malato e, in particolare modo, dalla qualità percepita e dalla valutazione cognitiva dello stress stesso.

Il ruolo del trauma nell'eziologia dei sintomi post-traumatici è stato riconosciuto nel 1980 e la categoria del Disturbo Post-traumatico da Stress (PTSD) è stata inizialmente concepita come un'evoluzione delle precedenti categorizzazioni del trauma: l'innovazione è stata quella di riconoscere la drammaticità, la forza e l'invasività di certe esperienze, valutate enormemente travolgenti, da lasciare indenni solo pochi superstiti.

La diagnosi del PTSD riconosceva che eventi traumatici estremi possono provocare disturbi cronici o acuti clinicamente significativi in persone normali: infatti, lo stress e in un secondo momento il PTSD, erano considerati una risposta biologica normale a situazioni straordinariamente avverse, le quali richiedevano uno sforzo d'adattamento d'entità rilevante.

Il disturbo poteva verificarsi potenzialmente in ogni individuo come esito dell'esposizione ad un trauma, anche se era necessario considerare i fattori predisponenti o di rischio, che spiegano la vulnerabilità individuale a sviluppare il disturbo: tra questi vi sono quelli riguardanti l'ambiente, come ad esempio l'assenza di supporto e quelli interiori, come ad esempio la bassa autostima.

Queste più recenti scoperte hanno contraddetto l'ipotesi originale che la risposta al trauma è normale: il PTSD non è il seguito della risposta normale, ma è una reazione che contiene aspetti più duraturi e gravi (appunto i sintomi del PTSD), con diverse conseguenze a lungo termine, è l'eccezione piuttosto che la regola.

A sostegno di questa tesi sono la relativa rarità del disturbo dopo l'esposizione a traumi, la vulnerabilità predittiva del PTSD, la natura atipica piuttosto che normale delle risposte allo stress e la presenza di comorbidità psichiatrica. Queste caratteristiche aprono la controversia rispetto all'ipotesi iniziale circa l'assenza del ruolo della vulnerabilità costituzionale nella definizione dei sintomi.

7.2) Storia del Disturbo Post-traumatico da Stress

Il Disturbo Post-traumatico da Stress, come già detto, è stato introdotto nel DSM-III solo nel recente 1980, ma i sintomi che lo caratterizzano erano già stati individuati e descritti da filosofi e autori greci e latini. Addirittura in un'opera mesopotamica, "L'epopea di Gilgamesh", sono riportate le tipiche reazioni di distacco, mancanza di futuro, irrequietezza e impotenza che si manifestano nel caso di un'esposizione traumatica ad una morte violenta. Erodoto fa riferimento alle reazioni di conversione e somatizzazione di un soldato ateniese che diventò cieco, pur in assenza di una lesione fisica, quando l'uomo accanto a lui fu ucciso in battaglia, mentre Omero descrive Achille e i suoi incubi ricorrenti di Patroclo ucciso in combattimento.

Un'attenzione sistematica al concetto di trauma è stata posta dal 1870, quando è stato coniato il termine "Nevrosi Traumatica", che ha conosciuto il suo declino nel 1920, data che segna l'inizio di una fase in cui i problemi sono affrontati in termini di stress. Questo periodo dura fino al 1980, anno in cui si assiste alla rinascita del concetto di trauma psichico e all'inclusione del Disturbo Post-traumatico da Stress nel DSM-III in qualità di nuova categoria diagnostica.

Per quanto riguarda lo studio dei traumi da guerra, nel 1871 si è diffusa la definizione di “Sindrome Da Costa”, che prende il nome dal medico che descrisse i sintomi di aumento dell’attivazione, dell’irritabilità e della frequenza cardiaca nei soldati esposti al combattimento. Questo termine fu sostituito da “Shell Shock”, usato per la prima volta dallo psichiatra militare inglese Myers per identificare il disturbo caratterizzato da sintomi psicosomatici, reazioni emotive, fobie, ansia grave e depressione. Anche Freud nel 1917 offrì il suo contributo a questo tema, definendo la “Nevrosi da Guerra” una nevrosi traumatica, poiché il trauma della guerra è talmente potente da impedire una normale elaborazione e ciò comporta la possibilità di sfociare in disturbi permanenti.

In Vietnam l’impatto psicologico della guerra sui reduci fu devastante e si parlò per loro di “Sindrome Ritardata di Risposta allo Stress” caratterizzata da “ incubi, esplosioni emotive dolorose, ripetizioni comportamentali dirette o simboliche e da concomitanti segni secondari come relazioni sociali danneggiate, comportamenti aggressivi o auto-distruttivi e paura di perdere il controllo degli impulsi ostili”.

Dunque i primi studi sugli effetti del trauma si concentrarono in particolar modo sui veterani, almeno fino ai primi anni ’60. E’ proprio in questi anni che si comincia a focalizzare l’attenzione sull’impatto del trauma anche su bambini, adolescenti e adulti vittime di maltrattamento e abuso sessuale. Nel 1962 Kempe ha descritto (ma solo da un punto di vista medico e non psicologico) la “Sindrome del Bambino Maltrattato”.

Nel 1974, l’infermiera psichiatrica Ann Burgess e la sociologa Linda Holstrom individuarono per la prima volta la “Sindrome Traumatica da Stupro”, che incentivò le attività e le ricerche a favore di queste vittime. Solo dai primi anni ’80 ci si preoccupò di studiare in modo più approfondito le conseguenze dell’incesto e dell’abuso sessuale sui minori e fu descritta la “Sindrome dell’Adattamento all’Abuso Sessuale”.

Tutti questi studi contribuirono all’inclusione del PTSD nel DSM-III, anche se tutte queste sindromi, in origine, erano state descritte con notevoli differenze dalla definizione finale di PTSD.

7.3) La causa del PTSD: trauma o vulnerabilità?

Come è già stato detto, ci sono due correnti di pensiero che s’interrogano su questa domanda. La prima sostiene che il PTSD è una risposta normale ad un evento traumatico e considera il trauma come la causa del suo sviluppo. Il PTSD deriva, ed è

determinato, dalle caratteristiche dell'evento stesso: è questo il punto di vista dei fautori dell'inclusione del PTSD nel DSM-III.

L'altra prospettiva prevede che in tutto questo discorso il ruolo cruciale sia giocato dal fattore della vulnerabilità. Oltre alla natura e alla gravità dell'evento ci sarebbero, quindi, dei fattori di rischio personali che incidono sullo sviluppo del PTSD e questo sarebbe confermato anche dagli studi epidemiologici che dimostrano come il PTSD non sia la conseguenza diretta dell'esposizione al trauma. Il verificarsi dell'evento traumatico non basta da solo, dunque, a spiegare sufficientemente questo fenomeno.

Attualmente questa sembra essere l'ipotesi teorica maggiormente avvalorata.

Il PTSD ha una caratteristica unica in psichiatria: dovrebbe essere chiara e definita l'eziologia del disturbo. Ma lo stabilire cosa considerare un evento traumatico si è rivelato molto complesso. È ancora oggi oggetto di discussione quali siano i criteri appropriati per definire un evento come traumatico. Mentre può essere più chiaro per alcuni eventi in particolare, come i campi di concentramento e le torture, in altri casi non è così semplice. Una cosa è certa: gli eventi traumatici sono definiti come tali non tanto in base alla rarità con cui avvengono, ma soprattutto poiché limitano le normali capacità dell'uomo di adattamento.

La diagnosi di PTSD contenuta nel DSM-IV richiede che l'evento implichi un "pericolo di vita o di lesioni fisiche", ma questo criterio risente inevitabilmente dell'interpretazione personale che una persona attribuisce all'evento stesso.

L'indicatore principale dello sviluppo successivo di PTSD sembra essere per l'appunto la percezione soggettiva della minaccia, accompagnata dalla valutazione negativa dei sintomi acuti. Quest'ultima potrebbe essere il motivo che spinge il soggetto all'evitamento, che diventerebbe poi, a sua volta, la causa di un aumento della frequenza dei sintomi.

Un altro fattore che può influenzare il PTSD è la dissociazione peri-traumatica, caratterizzata da una distorsione della percezione del tempo, del mondo e della propria identità. Vedremo come la dissociazione e l'evitamento sono due modalità che il soggetto adotta per difendersi e per proteggersi e, come entrambe, siano a loro volta fattori di rischio e di vulnerabilità.

L'ultimo fattore preso in considerazione è la valutazione negativa di sé, i sentimenti di vergogna, di colpa e di auto-accusa al momento del verificarsi dell'evento: anch'esse

sono caratteristiche personali e reazioni individuali correlate alla probabilità di sviluppare il PTSD.

7.4) Fattori di rischio

In generale si possono riassumere in tre categorie gli indicatori di ciò che può esacerbare gli effetti negativi della condizione di rischio:

- Fattori biologici individuali preesistenti
- Fattori psicosociali preesistenti
- Eventi che occorrono durante e dopo il trauma

Questi fattori di vulnerabilità comprendono:

- La presenza di traumi infantili
- Familiarità psichiatrica
- Precedenti psichiatrici
- Una storia familiare problematica
- Basso livello socio-economico
- Il tipo di relazione con i genitori
- Difficoltà scolastiche
- Problemi con l'autorità
- Appartenenza ad una minoranza etnica
- Bassa autostima
- Basso livello intellettuale
- Introversione o estroversione spiccate
- Nevroticismo elevato
- Tratti di disturbo di personalità, in particolare borderline
- Problemi comportamentali o psicologici nel passato
- Un inadeguato sistema di supporto
- Una vulnerabilità genetico-costituzionale alle malattie psichiatriche
- Recenti cambiamenti stressanti di vita
- La percezione di essere controllati dall'esterno piuttosto che dall'interno
- Eccessiva e recente assunzione di alcool
- L'esposizione a successivi stressors riattivanti

Ancora una volta risulta utile ribadire quanto conti la vulnerabilità sia al momento del trauma sia nel periodo post-traumatico iniziale anche ai fini del trattamento, che non può esimersi dal trascurare l'influenza della personalità e del significato individuale attribuito al trauma. La realtà della vittima è, infatti, determinata dalla percezione personale dell'esperienza, di fondamentale importanza nel processo terapeutico per delimitare il contesto individuale dell'evento.

7.5) Fattori protettivi

La modalità con cui una persona risponde all'evento traumatico è influenzata anche da ciò che viene chiamata "*resilienza*", in altre parole il processo dinamico che comprende l'adattamento positivo nell'ambito di un'avversità rilevante. Questo termine si riferisce a quei fattori che modificano in senso positivo gli effetti di un rischio, i fattori protettivi per l'appunto. In origine la letteratura sulla resilienza s'interessava soprattutto delle caratteristiche di personalità dei bambini competenti sul piano sociale e nell'affrontare le tappe evolutive, in seguito ci si è resi conto della rilevanza degli aspetti familiari e sociali. Si è giunti così alla definizione di tre fattori importanti ai fini dell'adattamento del soggetto:

1. le caratteristiche proprie del bambino
2. gli aspetti della famiglia
3. le caratteristiche dell'ambiente sociale esteso

Tre sono invece i meccanismi che ne spiegano il funzionamento: la compensazione (questi fattori, per esempio il livello di sviluppo dell'io, contrastano lo stress associato al trauma), la sfida (che permette un miglioramento delle competenze qualora il carico emotivo non sia eccessivo) e l'immunizzazione (sono posti dei vincoli all'interno della rapporto tra stress e fattori protettivi).

Occorre tuttavia specificare che non è vero che i bambini resilienti non subiscono in nessun modo gli effetti dell'impatto del trauma, se non altro li esprimono sotto forme diverse dal PTSD: anche loro, infatti, rischiano di cadere in preda all'ansia e alla depressione nonostante riescano poi ad avere successo per ciò che concerne le aspettative sociali e vengano per questo ritenuti resilienti. O meglio, sono in grado di adattarsi con successo in alcune aree specifiche, come per esempio a scuola o per

quanto riguarda la gestione delle emozioni e, allo stesso tempo, sono vulnerabili sotto altri aspetti.

La resilienza è dunque una caratteristica complessa che assume dei connotati diversi a seconda del contesto, del tempo, dell'età, del sesso e delle origini culturali.

Inoltre, come la vulnerabilità, è strettamente determinata dalla relazione che intercorre tra le caratteristiche personali dell'individuo e il suo ambiente.

Si riportano qui di seguito gli items della *Scala di Resilienza* proposta da Connor e Davidson, in cui la valutazione attiene a come si è sentita la persona nell'ultimo mese. Il punteggio varia in base ad una scala Likert a cinque punti che va da 0 (=per nulla vero) a 4 (=vero quasi sempre).

1. riesco ad adattarmi al cambiamento
2. ho relazioni strette e sicure
3. a volte il destino o Dio possono aiutare
4. posso affrontare tutto quello che succede
5. i successi passati danno fiducia per le nuove prove
6. riesco a vedere il lato umoristico delle cose
7. il fare fronte allo stress rinforza
8. tendo a riprendermi dopo una malattia o una difficoltà
9. le cose succedono per una ragione
10. faccio del mio meglio qualunque cosa accada
11. è possibile raggiungere le proprie mete
12. quando le cose sembrano senza speranza, non mi arrendo
13. so dove rivolgermi per avere aiuto
14. sotto pressione riesco a pensare con chiarezza e a concentrarmi
15. preferisco assumere il ruolo principale nell'affrontare i problemi
16. non mi scoraggio facilmente davanti ai fallimenti
17. mi considero una persona forte
18. riesco a prendere decisioni difficili o impopolari
19. riesco a gestire le emozioni spiacevoli
20. agisco in base ad un'intuizione
21. sono determinato e risoluto
22. sento di controllare la mia vita

23. mi piacciono le sfide
24. mi do da fare per raggiungere i miei scopi
25. provo soddisfazione per i miei risultati

7.6) Eventi traumatici

Nella patogenesi del PTSD, oltre alle caratteristiche personali del soggetto, alle sue debolezze e alle sue risorse, devono essere prese in considerazione anche le caratteristiche dell'evento traumatico. Infatti, nella formulazione del caso si deve prestare particolare attenzione anche alle caratteristiche dell'esperienza traumatica, il cui rapporto con la personalità del soggetto deve essere soppesato nella diagnosi per procedere alla pianificazione del trattamento.

Non tutti i PTSD si curano allo stesso modo: la modalità d'intervento dipende anche dall'eziologia del disturbo.

Il termine trauma indica la subitanità dell'evento, la violenza del colpo, la lesione dell'organismo ed il successivo sconvolgimento. E' nato dalla pratica medica e indicava una lesione anatomica e/o funzionale dovuta ad agenti esterni violenti. La sua definizione è stata poi estesa nel tempo fino a includere ogni alterazione fisica o psichica indotta nell'organismo umano da una causa esterna e violenta.

Escludendo le patologie organiche e le patologie psichiatriche preesistenti, è possibile distinguere l'esperienza in acuta e cronica. Nel primo caso le persone si trovano di fronte ad un unico episodio traumatico, ad esempio un'aggressione sessuale oppure un incidente stradale, nel secondo invece sono vittime di fenomeni traumatici ripetuti e continuativi, come nel caso della violenza domestica sulle donne, ma anche sugli anziani.

Le esperienze traumatiche e stressanti possono poi essere suddivise tra quelle che provengono dall'ambiente naturale (terremoti, inondazioni, uragani, eruzioni vulcaniche, tifoni e cicloni, frane, ecc.) e quelle che sono provocate e volute dall'uomo. Tra questi due tipi d'esperienza, la seconda occupa un posto particolare perché ci si trova nella situazione in cui l'uomo stesso instaura una relazione di tipo violento nei confronti di un altro suo simile. Le cause umane possono riguardare individui o gruppi. Nelle prime sono compresi violenza fisica e sessuale, lutti, incidenti stradali e tortura. Del secondo gruppo fanno parte le vittime di abusi sessuali ritualistici e sette sataniche,

di persecuzioni etniche (Olocausto), di guerre e di attentati terroristici, come quello dell'11 settembre 2001 in America, che ha dato origine a numerosi studi circa il suo impatto sul benessere psicologico di coloro che sono stati esposti ad esso.

Gli eventi traumatici possono essere vissuti direttamente, in qualità di testimoni o ancora possono essere stati vissuti da altri, ma di cui si è venuti poi a conoscenza.

I primi includono, ma non sono limitati a, combattimenti militari, aggressione personale violenta (violenza sessuale, attacco fisico, scippo, rapina), rapimento, essere presi in ostaggio, attacco terroristico, tortura, incarcerazione come prigioniero di guerra o in campo di concentramento, disastri naturali o provocati, gravi incidenti automobilistici, ricevere una diagnosi di malattie minacciose per la vita. In quelli vissuti in qualità di testimoni rientrano l'osservare il ferimento grave o la morte innaturale di un'altra persona dovuti ad assalto violento, incidente, guerra o disastro, o il trovarsi di fronte inaspettatamente ad un cadavere o a parti di un corpo. Infine, l'ultimo gruppo include aggressione personale violenta, grave incidente, o gravi lesioni subiti da un membro della famiglia o da un amico stretto; oppure il venire a conoscenza di una malattia minacciosa per la vita di un proprio bambino.

Il disturbo può risultare particolarmente grave e prolungato quando l'evento stressante è ideato dall'uomo. La probabilità di sviluppare il PTSD può aumentare proporzionalmente all'intensità e con la prossimità fisica al fattore stressante.

7.7) PTSD e DSM-IV: un problema controverso

Il DSM-IV classifica i disturbi causati da eventi esterni in quattro categorie, in base alla gravità dell'evento, all'importanza della risposta individuale e alla durata delle conseguenze:

1. Disturbi dell'Adattamento
2. Disturbo Psicotico Breve con rilevante fattore di stress
3. Disturbo Acuto da Stress
4. Disturbo Post-traumatico da Stress

In realtà, i sintomi che una persona può sviluppare a seguito di un evento esterno vanno oltre quelli compresi all'interno di questi quattro disturbi. Ad esempio, i Disturbi Dissociativi pur essendo frequenti nelle situazioni traumatiche non vengono annoverati

in questa classificazione. Si rivela quindi auspicabile una descrizione più accurata delle risposte psichiche al trauma, differenziando sia gli eventi traumatici sia le vittime.

Tutto ciò potrebbe essere realizzato mediante la definizione di una nuova categoria di Disturbi dello Spettro Traumatico che comprenda il PTSD acuto e cronico, il Disturbo Dissociativo dell'Identità, i Disturbi di Conversione, i Disturbi dell'Adattamento, il Disturbo di Personalità Borderline e il Lutto Traumatico.

Infatti, oltre ai Disturbi Dissociativi, il trauma è strettamente legato al Disturbo di Personalità Borderline, ad alcolismo e abuso di sostanze, ai Disturbi Somatoformi e Alimentari, ai Disturbi d'Ansia e Depressione. Allo stesso modo è difficile inserire questi disturbi nello spettro traumatico in quanto, al contrario, alcuni pazienti potrebbero essere affetti da questo tipo di disturbi senza essere stati tuttavia vittime di traumi.

Frequente è dunque la presenza di comorbidità psichiatrica: lo stress traumatico può precipitare in una molteplicità di sintomi e condizioni e, in effetti, sono altissime le percentuali di pazienti con PTSD che soddisfano i criteri per almeno un altro disturbo psichiatrico.

Gli stessi sintomi che costituiscono i criteri diagnostici del PTSD si ritrovano in altri disturbi. Nella Depressione l'agitazione psicomotoria e la disperazione corrispondono rispettivamente all'iperattivazione e alla diminuzione delle prospettive per il futuro tipiche del PTSD. Altri sintomi in comune sono l'insonnia, la ridotta concentrazione e la sensazione di isolamento dagli altri, mentre l'unico sintomo caratteristico della Depressione che non fa parte dei criteri del PTSD è l'umore depresso, anche se è vero che spesso i pazienti affetti da PTSD sono depressi. Al contrario il trasalimento, l'allarme, i flashbacks e l'amnesia sono riscontrabili solo nel PTSD, mentre questi ultimi due sintomi sono presenti sia nel PTSD sia nei Disturbi Dissociativi persistenti.

E ancora, i flashbacks sono collegati sia al PTSD sia agli Attacchi di Panico.

Un'altra sovrapposizione si ha con il Disturbo di Personalità Borderline, caratterizzato da Disturbi dell'Identità che comportano reazioni dissociative che il paziente cerca di eliminare attraverso i comportamenti autolesivi.

È proprio la dissociazione, così spesso frequente sia come risposta acuta al trauma che come manifestazione del PTSD cronico, che induce a riflettere su uno dei problemi controversi riguardanti il trauma: tutti questi disturbi sono realmente separati? Oppure

fanno parte di uno spettro di disturbi psichiatrici? Appare più corretto rispondere affermativamente alla seconda domanda, considerandoli piuttosto come una serie di esiti psichiatrici che sono stati storicamente separati in disturbi distinti.

7.8) Un accenno al PTSD secondo l'ICD-10

Prima di tornare a parlare del rapporto tra PTSD e DSM-IV, si accenna brevemente alla classificazione dell'altro importante sistema diagnostico internazionale, l'ICD-10.

Esso fa rientrare le “Reazioni a Gravi Stress e Sindromi da Disadattamento” all'interno delle Sindromi Nevrotiche e specifica che “le sindromi incluse in questa sezione possono essere considerate come risposte inadeguate a gravi o persistenti fattori stressanti, in quanto essi interferiscono con i meccanismi di difesa e quindi comportano problemi nel funzionamento sociale”.

I disturbi causati da eventi esterni nell'ICD-10 sono classificati come segue:

1. Reazione Acuta da Stress
2. Sindrome Post-traumatica da Stress
3. Sindromi da Disadattamento
4. Altre reazioni a gravi stress
5. Reazione a Grave Stress non specificata

Ancora una volta le Sindromi Dissociative sono classificate a parte, nonostante vengano considerate “strettamente associate nel tempo con eventi traumatici, problemi insolubili o intollerabili o relazioni disturbate”.

7.9) Il PTSD secondo il DSM-IV: la diagnosi

Si è già affermato che i sintomi post-traumatici persistenti sono stati introdotti nel 1980 nella terza edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-III) come sintomi di un Disturbo d'Ansia chiamato Disturbo Post-traumatico da Stress (PTSD).

Il DSM-III-R descrive il PTSD come un Disturbo d'Ansia causato da un evento fuori dall'abituale esperienza umana e caratterizzato da sintomi di riesperienza (per esempio, incubi e flashbacks), evitamento e intorpidimento (evitamento della memoria, amnesia

psicogena) e aumentato arousal (difficoltà ad addormentarsi e allarme esagerato) che persistono per più di un mese dopo il trauma.

Il DSM-IV ha conservato i sintomi descritti nel DSM-III-R, ma ha modificato i criteri del trauma per includere le caratteristiche dell'evento traumatico e la percezione individuale di minaccia piuttosto che la rarità dell'evento. Il criterio rivisto della durata dei sintomi include i sottoinsiemi di disturbo "acuto" e "cronico" per descrivere il decorso della reazione.

Ecco quali sono i criteri diagnostici del DSM-IV per il PTSD:

A. La persona è stata esposta ad un evento traumatico nel quale erano presenti entrambe le caratteristiche seguenti:

- (1) minaccia all'integrità fisica propria o altrui
- (2) paura intensa, sentimento di impotenza o di orrore. Nota: nei bambini questo può essere espresso con comportamento disorganizzato o agitato.

B. L'evento traumatico viene rivissuto persistentemente in uno (o più) dei seguenti modi:

- (1) ricordi spiacevoli ricorrenti e intrusivi dell'evento, che includono immagini, pensieri o percezioni. Nota: nei bambini piccoli, può presentarsi il gioco ripetitivo in cui sono espressi temi o aspetti del trauma
- (2) sogni spiacevoli ricorrenti dell'evento. Nota: nei bambini, possono verificarsi sogni spaventosi senza un contenuto riconoscibile
- (3) agire o sentire come se l'evento traumatico si stesse ripresentando (include un senso di rivivere l'esperienza, illusioni, allucinazioni e episodi dissociativi di flashback, che includono quelli che si verificano quando si è intossicati). Nota: nei bambini piccoli, può verificarsi una riproduzione specifica del trauma
- (4) disagio psicologico intenso all'esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simbolizzano o assomigliano ad un aspetto dell'evento traumatico
- (5) reattività fisiologica all'esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simbolizzano o assomigliano ad un aspetto dell'evento traumatico.

C. Evitamento persistente degli stimoli associati con il trauma e attenuazione della reattività generale (assente prima del trauma) come indicato da tre (o più) dei seguenti:

- (1) sforzi per evitare pensieri, sensazioni, o conversazioni associati al trauma

- (2) sforzi per evitare attività, luoghi o persone che stimolano il ricordo del trauma
- (3) incapacità di ricordare un importante aspetto del trauma
- (4) riduzione marcata dell'interesse o partecipazione in attività significative
- (5) sentimenti di distacco o estraneamento dagli altri
- (6) affettività ridotta (per esempio, incapacità di avere sentimenti d'amore)
- (7) sentimenti di diminuzione delle prospettive future (non aspettarsi di avere una carriera, matrimonio, bambini o un corso della vita normale).

D. Sintomi persistenti di aumentato arousal (assente prima del trauma), come indicato da due (o più) dei seguenti:

- (1) difficoltà ad addormentarsi o insonnia
- (2) irritabilità o scoppi d'ira
- (3) difficoltà di concentrazione
- (4) ipervigilanza
- (5) esagerate risposte di allarme.

E. La durata del disturbo (sintomi dei criteri B, C, e D) è superiore a un mese.

F. Il disturbo causa difficoltà significative o menomazione nell'area sociale, occupazionale o in altre importanti aree del funzionamento.

Specificare se:

Acuto: se la durata dei sintomi è inferiore a tre mesi

Cronico: se la durata dei sintomi è di tre o più mesi

Specificare se:

Con inizio ritardato: se l'inizio dei sintomi è almeno sei mesi dopo l'evento stressante.

7.10) La sintomatologia del PTSD

In sostanza, il DSM-IV distingue tra di loro tre macrocategorie di sintomi del PTSD:

- Risperienza intrusiva del trauma
- Persistente evitamento degli stimoli associati al trauma e ottundimento della reattività generale
- Sintomi persistenti di aumentata eccitabilità

Riesperienza del trauma

L'intrusione è il ritorno improvviso alla coscienza di alcuni aspetti del trauma che si manifestano concretamente attraverso flashback o incubi notturni ripetitivi, vividi e immediati e che si esprimono anche su altri livelli, che vanno da stati affettivi e sensazioni somatiche a riproduzioni del trauma nelle azioni (questo vale soprattutto per i bambini più piccoli che ripetono il trauma nel gioco). Questi ricordi possono essere richiamati alle mente da semplici episodi che si verificano nella quotidianità e che hanno l'effetto di far ripiombare il soggetto indietro nel tempo, proprio come se la situazione traumatica del passato si fosse congelata.

Alcuni autori organizzano queste diverse forme di riesperienza del trauma lungo un continuum che le differenzia sulla base della distanza dall'esperienza traumatica e in cui ognuna di queste forme rappresenta progressivamente anche un più profondo, integrato e conscio "livello di conoscenza". Le diverse forme di ricordo del trauma vanno dalla non conoscenza a stati di fuga (in cui gli eventi sono rivissuti in uno stato alterato di coscienza); da frammenti di percezioni non assimilati che irrompono nella coscienza (senza un significato conscio o senza una relazione con esso) a fenomeni in cui il trauma è vissuto dal di fuori come conseguenza di un destino inevitabile; da una sua espressione parziale ed esitante ad una sua organizzazione sistematica. Queste varie forme non sono mutuamente esclusive.

I sintomi intrusivi hanno un duplice significato. Innanzi tutto, sono l'espressione del materiale passivamente subito e non elaborato: in questo senso il soggetto ripete automaticamente un modo di sentirsi. In secondo luogo, la vittima attivamente si induce quel rivivere nel tentativo di assumerne finalmente il controllo e la padronanza: in questo caso si ritira attivamente. Questa modalità di pensiero costituisce un tentativo fallimentare di curarsi che la mente fa. Fallimentare in quanto tutto ciò sfocia in un circolo vizioso: il soggetto cerca di attivare un contatto con l'evento, ma non ci riesce perché troppo doloroso, allora si allontana da queste sensazioni ed emozioni per non venirne sopraffatto, così prova ancora una volta a riprendere il contatto, ma fallisce e si barriera di nuovo, e così via. Questi sforzi per proteggersi che il soggetto compie non possono che condurre ad un esito sempre più negativo che comprende un restringimento della coscienza, un allontanarsi dal contatto con gli altri ed un impoverimento della vita.

E il paradosso dell'intrusione si inserisce proprio in questo punto: i sintomi intrusivi sono una caratteristica del PTSD e quindi vanno curati, ma per raggiungere questo obiettivo è necessario passare attraverso il rivivere l'esperienza, che si rivela indispensabile per affrontare il processo di elaborazione.

Evitamento e intorpidimento

Alla base dell'evitamento vi è la fuga dalla situazione che risulta essere troppo intensa da poter essere sopportata. La caratteristica principale del trauma è l'imprevedibilità: un incidente stradale, un disastro naturale o un abuso sessuale colpiscono la persona quando meno se l'aspetta, cogliendola alla sprovvista. L'evento traumatico fa esperire il mondo in modo diverso rispetto a come veniva sperimentato in precedenza: l'effetto è che il soggetto vedrà il mondo come un luogo insicuro di fronte al quale si sente inutile e impotente. Da questa impotenza e dai sintomi intrusivi il soggetto tenta di difendersi evitando ogni situazione, attività, luogo che possa riaccendere i ricordi, ma così facendo rischia di perdersi importanti occasioni e possibilità potenziali di aiuto e sostegno.

Un altro tipo di difesa consiste poi nel reprimere il ricordo, oppure dissociare, tenendosi in disparte rispetto alle sensazioni, ai pensieri e al significato delle associazioni. Sono queste alterazioni della coscienza alla base della ridotta reattività. Consapevoli delle loro difficoltà nel controllare le loro emozioni, le persone traumatizzate sembrano spendere le loro energie nell'evitare sensazioni interne angoscianti, invece di occuparsi delle loro esigenze di sviluppo. Inoltre, perdono piacere nelle faccende che prima davano loro un senso di soddisfazione. Il loro obnubilamento emozionale può essere espresso sotto forma di depressione, perdita di motivazione, reazioni psicosomatiche o stati dissociativi. Al contrario dei sintomi intrusivi che si presentano in risposta a stimoli esterni, l'intorpidimento è parte del funzionamento di base di questi pazienti. Questo sintomo è stato osservato nei bambini delle scuole elementari attaccati da un serpente, nei testimoni oculari di aggressione o morte dei genitori e nelle vittime di abuso fisico o sessuale. Essi diventano meno coinvolti nelle interazioni sociali di gioco e sono spesso introversi e isolati. Inoltre, dopo essere state traumatizzate, molte persone smettono di provare piacere nell'esplorazione e nel coinvolgimento in attività.

Aumento della reattività

Mentre le persone con PTSD cercano di evitare il ricordo del trauma, il loro corpo continua a reagire a stimoli fisici ed emotivi come se ci fosse una minaccia continua di pericolo. Tendono a esperire intensa paura, ansia, rabbia e panico anche in risposta a stimoli minori. Sia gli adulti sia i bambini, a causa di questo aumento della reattività, possono incontrare problemi del sonno, o perché non riescono ad addormentarsi, o perché temono di avere gli incubi. Molte persone riportano episodi di insonnia: si svegliano appena iniziano a sognare, per paura che questi sogni si trasformino in incubi associati al trauma. Sono anche esposti a manifestare ipervigilanza, risposte esagerate di allarme e agitazione.

7.11) La validità delle tre classi di sintomi del PTSD

Le tre principali classi in cui sono stati raggruppati i sintomi del PTSD sono state determinate da osservazioni cliniche piuttosto che da ricerche empiriche.

Uno studio del 1995 (Foa, Riggs e Gershuny), che si proponeva di valutare se gli elementi in ciascuna di queste classi fossero davvero legati, ha trovato una parziale conferma per questa divisione dei sintomi del PTSD. Quando i 17 sintomi sono stati studiati attraverso la media di un'analisi fattoriale, sono emerse tre classi (chiamate anche fattori), ma i sintomi in ciascuna classe non coincidevano esattamente con i sintomi delle classi del DSM-IV. Un'importante differenza è che nel DSM-IV i sintomi di evitamento (per esempio, sforzi per evitare pensieri associati al trauma) e i sintomi di intorpidimento (ad esempio, affettività ridotta, sentimenti di distacco dagli altri) sono raggruppati in un'unica classe. Nello studio di Foa, Riggs e Gershuny del 1995, invece, i sintomi di ottundimento e quelli di evitamento appartenevano a fattori differenti.

Così, sembra che l'intorpidimento e gli sforzi di evitamento possano rappresentare fenomeni separati e possano relazionarsi diversamente agli altri sintomi post-traumatici. Inoltre, i sintomi di intorpidimento distinguono meglio le vittime con PTSD da quelle senza PTSD, piuttosto che gli altri sintomi. Davvero poche vittime senza PTSD sviluppano sintomi di ottundimento. Al contrario, molte vittime che non soddisfano completamente i criteri per il PTSD presentano sintomi intrusivi, arousal e sforzi di

evitamento: ciò dimostra che la presenza del primo tipo di sintomi identifica meglio i pazienti con PTSD.

Questa scoperta è molto interessante perché, in accordo con il DSM-IV, una vittima può ricevere una diagnosi di PTSD senza avere alcun sintomo di intorpidimento.

Nello studio delle classi dei sintomi del PTSD, l'aumentata irritabilità/rabbia appartiene al fattore dell'intorpidimento, malgrado il fatto che nel DSM-IV è compresa nella classe dei sintomi di arousal. Questo suggerisce che la rabbia e l'ansia possono essere differenti sotto qualche aspetto. Riggs ha suggerito che la rabbia serve per inibire sentimenti di ansia nelle vittime aggredite. Così, come i sintomi di intorpidimento, la rabbia serve per proteggere il soggetto dalla continua ansia quando gli sforzi di evitamento falliscono questo compito.

Un altro studio, che conferma come i sintomi di intorpidimento siano la caratteristica preminente del PTSD, è stato condotto da un gruppo di studiosi, che intervistarono soldati israeliani un anno dopo il combattimento e usarono un'analisi fattoriale per accertare le classi di sintomi in questo gruppo. Come nello studio di Foa, è emersa una classe di intorpidimento psichico e, in questo studio, essa era più importante delle altre classi di sintomi. In essa sono inclusi il distacco dagli altri e dall'ambiente, intorpidimento nelle risposte, fuga mentale e distrazione. Questi risultati sottolineano ancora una volta la posizione preminente della dissociazione tra le conseguenze post-traumatiche.

7.12) Altre reazioni comuni al trauma

La diagnosi del PTSD proposta dal DSM-IV descrive succintamente le risposte di molte vittime alle aggressioni e ad altri traumi. In ogni modo, sono molto comuni altri tipi di reazione. Molti di questi sintomi devono trovare risposta nel trattamento del PTSD, ma molti altri richiedono un'attenzione particolare. Il terapeuta dovrebbe essere consapevole anche di queste reazioni al trauma allo scopo di accertarle, offrire un trattamento di esse quando è necessario e spiegare ai clienti cosa sta loro succedendo.

Infatti, le reazioni post-traumatiche sono numerose e varie. Possono includere fra gli altri, i sintomi del PTSD, ansia generalizzata, depressione, rabbia, reazioni dissociative, difficoltà sociali e sessuali, cambiamenti nella sensibilità psicofisiologica. È importante tenere a mente che le conseguenze post-traumatiche sono complicate e non avere una

visione limitata ai sintomi del PTSD. Comunque molto spesso, quando il PTSD è trattato con successo, anche le altre reazioni si dissolvono.

Impatto del trauma

Innanzitutto è indispensabile sottolineare come il trauma implichi conseguenze negative non soltanto per la vittima, ma anche per la sua famiglia. Il rapporto tra la vittima e il suo ambiente sociale e familiare è uno degli aspetti principali che rischia di logorarsi a causa dell'evento traumatico. L'impatto dell'evento, infatti, si riflette anche sui modelli di attaccamento della vittima, oltre che su quelli di significato, tra cui quelli di sicurezza del mondo, autostima, senso e valore della propria esistenza.

Nella maggior parte dei casi di abuso sessuale infantile il perpetratore delle violenze è il padre del bambino: la fonte del pericolo diventa, quindi, proprio la figura alla quale in genere ci si dovrebbe rivolgere per ricevere sicurezza e protezione. Ci si immagini cosa può comportare tutto ciò in termini di insicurezza, impotenza e terrore per il bambino, ma anche a livello dello sviluppo della sua personalità, che necessita di un legame sicuro con le figure di attaccamento e chiama in causa temi quali l'autonomia e l'identità.

Il trauma distrugge la certezza che uno può essere se stesso in relazione con gli altri perché viola l'integrità corporea della persona.

È proprio la violazione dell'integrità fisica alla base della vergogna che viene spesso sperimentata dalla persona, assieme al dubbio circa l'incapacità di mantenere il proprio punto di vista quando si è in relazione con gli altri.

E anche stavolta si fa strada il sentimento di colpa e d'inferiorità, ci si domanda se fosse stato possibile fare qualcosa per evitare il disastro, se non ci sia una sorta di responsabilità personale che ha permesso il tragico esito.

Tutti questi giudizi che le persone elaborano nei confronti di se stesse conducono a difficoltà enormi nel costruire una vita con un significato e delle relazioni interpersonali sicure. Questi problemi hanno un ruolo cruciale nell'impedire loro di vivere una vita soddisfacente.

Nasce inoltre la sensazione di incertezza sull'affidabilità e la prevedibilità degli altri, che spiega la sfiducia, la sospettosità, i problemi d'intimità e l'isolamento sociale.

L'impatto di un evento traumatico è evidentemente molto più vasto di quello che appare ad una prima iniziale valutazione. Può influenzare i programmi per il futuro, determinare condizioni dolorose persistenti, rabbia verso i responsabili, lunghi tempi d'attesa per il risarcimento, coinvolgimento in procedimenti giudiziari estenuanti, tanto per citare alcune delle conseguenze a lungo termine.

Appare di fondamentale importanza a questo punto il supporto che la famiglia e la rete sociale più estesa possono offrire alla vittima, supporto che non può e non deve limitarsi al conforto, ma che deve andare verso un atteggiamento di sincera comprensione e compassione.

Ansia

La reazione che compare più frequentemente, come è stato documentato, in seguito alla violenza sembra essere la paura intensa delle situazioni associate al trauma e un'ansia generale e diffusa, che è stata individuata in alcuni soggetti addirittura a 16 anni di distanza dal trauma. In uno studio di Veronen e Kilpatrick (1980), solo il 23% delle vittime non mostrava reazioni di paura un anno dopo l'esposizione al trauma.

Allo stesso modo, in un altro studio (Calhoun, 1982), anche se più in là nel tempo la paura delle vittime spariva, un anno dopo il trauma esse risultavano essere più ansiose e impaurite rispetto al gruppo di controllo non vittimizzato.

Depressione

Nonostante la depressione sia anch'essa una risposta comune al trauma, sembra essere meno persistente rispetto all'ansia (Atkeson, Calhoun, Resick ed Ellis, 1982; Frank e Stewart, 1984; Frank, Turner e Duffy, 1979; Kilpatrick, Veronen e Resick, 1979). In uno studio di Frank, su 34 vittime, 15 erano da moderatamente a severamente depresse immediatamente dopo il trauma. Di queste 15, una metà rispondeva ai criteri per un episodio di Depressione Maggiore. In un campione più ampio di vittime di violenza carnale, al 43% è stata diagnosticata la Depressione Maggiore (Frank e Stewart, 1984); comunque questi sintomi sparirono poco alla volta in tre mesi. In un confronto con il gruppo di controllo, è stato riscontrato che le vittime sono significativamente più depresse subito dopo l'aggressione, con alcune differenze 3-4 mesi dopo e nessuna differenza tra i gruppi individuati un anno dopo il trauma.

In relazione alla depressione, nelle vittime di aggressione devono essere valutati i pensieri e gli atti di tentato suicidio. La stima del numero delle vittime che ha considerato il suicidio in seguito al trauma va dal 2,9% al 50%: 2,9% entro il primo mese dal trauma, il 27% (Frank e Stewart,1984), e 50% di questi rispettivamente entro 1 anno ed entro 16 anni dal trauma. Dunque l'idea di suicidio è presente in una proporzione significativa di vittime e merita quindi una discussione approfondita.

Rabbia

La reazione di rabbia è stata ripetutamente osservata nelle vittime di aggressioni, altre vittime di crimini e veterani di guerra con PTSD (Woolfolk e Grady,1988). In uno studio prospettico, 116 vittime sono state confrontate con un gruppo di controllo in relazione alle variabili di rabbia ed espressione della rabbia (Riggs, Dancu, Gershuny, Greenberg e Foa, 1992). I risultati indicano che in generale le vittime erano più arrabbiate delle persone non vittimizzate. Certo alcune variabili, come l'uso delle armi e la risposta della vittima al trauma, sono predittori importanti della risposta di rabbia. In aggiunta, è stato scoperto che la collera elevata è un fattore di rischio per lo sviluppo del PTSD. Gli autori sostengono che la rabbia intensa può interferire con la modificazione della memoria traumatica inibendo le risposte di paura e permettendo alle vittime di evitare sentimenti di ansia. Così, le vittime che sono più inclini a sperimentare rabbia piuttosto che ansia non hanno l'opportunità di confrontarsi con le situazioni di paura e di avere un decremento della paura; gli spunti e le risposte della loro ansia rimangono uguali.

Le reazioni dissociative

La reazione dissociativa è un disturbo che colpisce le funzioni adeguatamente integrate di identità, memoria o coscienza. È abbastanza riconosciuto che la dissociazione nelle sue forme estreme può essere il risultato di un trauma (Putnam, 1985). Come una strategia di coping, psicologicamente, la dissociazione allontana l'individuo da un evento estremamente nocivo quando la fuga fisica appare impossibile.

Gabbard definisce la dissociazione come parte integrante della modalità a breve e a lungo termine che gli individui hanno per adattarsi ai traumi: “le difese dissociative

perseguono la duplice funzione di aiutare le vittime ad allontanarsi dall'evento traumatico nel suo accadere, mentre rimandano anche la necessaria rielaborazione che le collochi nel panorama dei rimanenti aspetti della loro vita...questi meccanismi mentali permettono alle vittime di compartimentalizzare l'esperienza così che essa non sia più accessibile alla coscienza, come se il trauma non fosse mai accaduto”.

L'aspetto maggiormente preoccupante di questo meccanismo di difesa è il fatto che le difese utilizzate da un soggetto durante il trauma diventano a poco a poco facenti parte del suo modo abituale di reagire ai momenti di difficoltà. Se la dissociazione è altamente funzionale durante l'evento traumatico, altrettanto disfunzionale diventa in altre situazioni. Può accadere che il soggetto ogni volta che si trova in difficoltà reagisca con difese dissociative che lo portano, a lungo andare, ad una sensazione di estraneamento dalla realtà rendendo inaccessibile a se stesso e agli altri il proprio mondo emotivo ed erigendo una vera e propria barriera fra sé e quanti lo circondano.

Attualmente, il ruolo della dissociazione nel causare il PTSD non è chiaro. È possibile che una tendenza a dissociare predisponga le persone traumatizzate a sviluppare il PTSD inibendo il processo emozionale del materiale traumatico. D'altro canto, i soggetti con PTSD possono tendere a dissociare come un meccanismo per far fronte alle immagini intrusive e alla paura. È stato proposto che il PTSD è infatti un disturbo che può rientrare tra i Disturbi d'Ansia e i Disturbi Dissociativi.

Problemi sociali

Gli effetti del trauma si ripercuotono anche sulla vita sociale di queste vittime, che diventa più ristretta, come più limitate sono le attività svolte durante il tempo libero e il funzionamento sul lavoro. Questi problemi del funzionamento sociale sembrano essere in relazione con l'evitamento legato alla paura degli stranieri ad uscire con nuove persone e il timore delle persone che camminano dietro alle spalle. Sono stati riportati anche problemi di coppia e familiari. Il grado di minaccia percepita al momento del trauma è inversamente proporzionale all'adattamento familiare (Frank, Turner e Stewart, 1980). Gli autori ritengono che le vittime delle aggressioni più brutali potrebbero essere considerate come meno colpevoli e conseguentemente possono ricevere più supporto dai loro familiari.

Problemi sessuali

Le difficoltà sessuali in seguito ad un abuso sessuale sono comuni: diminuzione della soddisfazione sessuale, disfunzione sessuale, paura del sesso, eccitabilità e desiderio ridotti. Il sesso viene praticato di meno e una buona percentuale riporta, anche dopo 4 settimane dall'abuso, un totale evitamento del sesso, visto che potrebbe scatenare flashback terrificanti. Comunque, non c'è differenza nella frequenza del sesso e dell'orgasmo e nella soddisfazione raggiunta con la masturbazione o l'espressione dell'affettività.

Aspetti psicosociali

La reazione del soggetto al trauma risente anche dell'atteggiamento che gli altri manifestano nei suoi confronti. Infatti, una risposta ostile o negativa può aggravare il danno e i sintomi, mentre un buon rapporto con l'ambiente sociale costituisce uno dei più importanti fattori protettivi.

Purtroppo i giudizi emessi dalla società non sono sempre benevoli e puntualizzano sulla possibilità che la vittima avrebbe potuto avere per poter prevenire quello che gli è successo, quindi contengono un giudizio basato sui concetti di responsabilità e di colpa. È un atteggiamento che potrebbe derivare dal fatto che in questo modo è possibile per gli spettatori allontanarsi psicologicamente dal trauma, allo scopo di preservare il senso della propria invulnerabilità. Per cui diventa facile incolpare la vittima perché indossava una gonna molto corta, per esempio, nel caso di un'aggressione sessuale. È questa una modalità di giudizio che spesso anche la vittima adotta quando, ripensando all'evento, tende ad incolparsi per non essere riuscita ad evitare e a controllare la situazione, anche quando è fuori discussione l'assenza di una sua responsabilità.

È più facile dunque provare sentimenti empatici per coloro che vengono colpiti improvvisamente da eventi inaspettati e con i quali ci si può identificare, rispetto a coloro che si considera abbiano contribuito, anche se indirettamente, al fatto traumatico. Allo stesso modo, vi è spesso la tendenza a mantenere una vicinanza emotiva con le vittime solo nel periodo post-traumatico iniziale, per poi criticarle in relazione alla loro incapacità di riprendersi psicologicamente dal trauma entro breve tempo. Infatti, ci si aspetta che queste persone abbiano un certo controllo che le porti a recuperare il proprio

equilibrio nel giro di pochi mesi al massimo. E se ciò non si verifica accade spesso che questa difficoltà venga scambiata per un escamotage che consenta loro di non prendersi le proprie responsabilità.

Non è da trascurare poi il fatto che davanti alle vittime le persone si sentono a disagio: altro fattore che può incrementare delle reazioni a catena nelle vittime che le portano a viverci come inadeguate.

7.13) Differenze culturali

Il PTSD è stato analizzato anche prendendo in considerazione le variabili culturali.

In particolare, alcuni autori ritengono che questo sia un disturbo che si presenta esclusivamente nelle popolazioni del Nord America e dell'Europa. Essi pongono l'accento sui diversi effetti che un trauma può scatenare in altre culture, come per esempio i sintomi psicosomatici. D'altronde è vero che le carestie e le guerre civili in altre parti del mondo hanno visto ben pochi soggetti sviluppare il PTSD.

Si deve sempre tener presente quindi che esistono delle differenze culturali nella manifestazione dei sintomi in seguito al trauma, che non coincidono dunque perfettamente con i criteri diagnostici del PTSD. Il quadro sintomatologico può variare da una cultura a un'altra a tal punto che la frequenza di PTSD può essere molto bassa in una gran quantità di persone gravemente traumatizzate. In ogni caso si assiste allo sviluppo di sindromi che coincidono con il PTSD, ma che presentano anche delle caratteristiche peculiari di una certa cultura.

Da una cultura all'altra cambia anche la definizione di evento traumatico, la percezione individuale dell'esperienza e della minaccia e la gestione delle emozioni che da esso scaturiscono. Chi ritiene che sulle azioni e sulle conseguenze si possa avere solo un minimo controllo, trarrà delle conclusioni diverse rispetto a chi focalizza l'attenzione sulla responsabilità individuale.

Certo è indiscutibile che nelle culture in grado di fornire stabilità familiare, sicurezza ambientale e supporto sociale sia meno elevato il rischio di sviluppare il PTSD.

E ancora più d'aiuto può essere l'incoraggiare la discussione aperta sul trauma, il rispetto dell'essere sopravvissuti, l'assenza di stigmatizzazione dell'essere una vittima e il considerare i problemi post-traumatici come problemi normali.

7.14) Il PTSD nei bambini vittime di violenza

Gli autori oggi concordano nel ritenere che le diverse forme di maltrattamento e di abuso sessuale siano veri e propri eventi traumatici che, a seconda dei casi, possono assumere le caratteristiche di traumi acuti o cronici e i cui effetti possono perdurare nel tempo e continuare a manifestarsi anche nell'adolescenza e nell'età adulta.

In generale, i traumi infantili sono caratterizzati quasi sempre da sintomi quali memorie intrusive e paure legate all'evento, cambiamenti di atteggiamento nei confronti delle persone, di alcuni aspetti della vita e del futuro e comportamenti ripetitivi tramite i quali viene rivissuta la situazione, come giochi e sogni ripetitivi, anche se questi ultimi è difficile che si manifestino nei bambini con un'età inferiore ai cinque anni.

Per quanto riguarda la prevalenza, le vittime di abuso sessuale presentano un Disturbo Post-traumatico da Stress nel 48-50% dei casi, mentre le percentuali sono più basse nei casi di maltrattamento fisico.

Se confrontati con il gruppo di controllo costituito da bambini non abusati, coloro che sono stati abusati sessualmente manifestano sintomi quali paure, ansietà e difficoltà di concentrazione. I bambini maltrattati fisicamente e abusati sessualmente mostrano sintomi di evitamento che non compaiono nei non abusati, mentre i sintomi di riesperienza del trauma colpiscono maggiormente le vittime di abuso, che si trovano ad agire comportamenti sessualmente inappropriati verso se stessi o verso gli altri.

Infine, nei soggetti con un disturbo acuto prevale uno stato di ansia e agitazione generalizzate, al contrario di quelli con disturbo cronico, il cui quadro sintomatico è simile a quello della depressione e del distanziamento.

Diversi sono i fattori di mediazione che possono essere strettamente associati allo sviluppo del Disturbo Post-traumatico da Stress in seguito ad abuso sessuale o maltrattamento fisico.

Un primo insieme di variabili cruciali appare la cronicità/temporaneità e la maggiore o minore gravità della violenza subita.

Nel maltrattamento fisico la probabilità di insorgenza di questo disturbo aumenta all'aumentare del numero di aggressori e della gravità del maltrattamento, mentre la sua durata sembra essere un fattore meno importante rispetto a quanta ne assume nei casi di abuso sessuale. Il disturbo inoltre sembra presentarsi con maggiore probabilità quando

l'abuso è perpetrato da un adulto affettivamente significativo, nella maggior parte dei casi un genitore, rispetto a quando la violenza viene esercitata da un estraneo.

In altri casi, le conseguenze più gravi si manifestano per la presenza di coercizione e violenza tramite le quali il bambino viene obbligato a compiere atti sessuali e per la consistenza dei sentimenti di colpa che invadono la vittima.

Anche la specificità delle esperienze pregresse è un fattore particolarmente significativo nel determinare conseguenze psicologiche negative: le risposte post-traumatiche sono più intense quando si è stati vittima di un evento traumatico, evento da cui deriva una fragilità che rende anche più vulnerabili a vittimizzazioni successive.

Considerata l'importanza del supporto familiare ai fini di una riduzione del disagio associato al trauma, alcuni studi sottolineano una relazione tra bassa qualità delle cure familiari e maggiore intensità dei sintomi, in particolare nel caso di una relazione madre-bambino caratterizzata da un attaccamento insicuro.

Per quanto riguarda l'età del bambino alcuni studi ipotizzano che il disturbo si presenta con una maggiore frequenza tra i bambini con un'età inferiore a sei anni, altri tra i bambini con un'età superiore ai dodici anni. Si tratta comunque di studi i cui risultati sono stati poi smentiti da approfondimenti successivi, almeno in modo parziale, come emerge, per esempio, dalle osservazioni di Goodwin, che considera piuttosto come i sintomi si manifestino diversamente a seconda dello stadio evolutivo dei soggetti.

7.15) PTSD acuto e cronico

La sintomatologia post-traumatica può non risolversi in un breve lasso di tempo e continuare a presentarsi per molti anni, anche se l'evento traumatico non si è più verificato.

In merito alla durata dei sintomi, il DSM-III distingueva tra PTSD acuto, in cui i sintomi comparivano entro sei mesi dal trauma, ma non duravano più di sei mesi e PTSD cronico o ritardato, in cui i sintomi si presentavano sei o più mesi dopo il trauma o duravano sei mesi o più.

Il DSM-III-R ha eliminato questa distinzione, che è stata poi reintrodotta dal DSM-IV con qualche modifica: il PTSD viene suddiviso in acuto, cronico e con inizio ritardato. Nel primo caso la durata dei sintomi è inferiore a tre mesi, nel secondo è uguale o

superiore a tre mesi, nel terzo l'inizio dei sintomi è almeno sei mesi dopo l'evento traumatico.

In alcune circostanze, quindi, ci si può aspettare con maggiore probabilità un recupero e una risoluzione dei sintomi post-traumatici; in altri casi il decorso cronico dei sintomi può comportare persino cambiamenti stabili nella personalità.

La caratteristica che meglio contraddistingue il PTSD acuto da quello cronico sembra essere la maggior presenza di sintomi di ansia e agitazione generalizzate nel primo, a fronte di una somiglianza con il profilo sintomatico della depressione tipica del PTSD cronico. In effetti è stato accertato che nei soggetti con un disturbo acuto prevalgono sintomi quali: incubi, sogni disturbanti, stress, difficoltà ad addormentarsi, ipervigilanza, reazioni esagerate di allarme, agitazione e ansia generalizzata. Le persone affette da un disturbo cronico, invece, presentano con maggior frequenza sintomi quali: distacco o estraneamento dagli altri, restrizione degli affetti, pessimismo nella progettazione futura, tristezza, infelicità ed episodi dissociativi.

7.16) Le conseguenze post-traumatiche a lungo termine

I problemi connessi al trauma possono dunque persistere nel tempo e manifestarsi nell'età adulta anche se il trauma è stato vissuto durante l'infanzia: si tratta di problemi che colpiscono molte aree dello sviluppo, che costituiscono quadri sintomatologici complessi e che possono compromettere il funzionamento del soggetto a diversi livelli. Sono disturbi tipici delle vittime di traumi prolungati e ripetuti, in cui la reazione del soggetto è inizialmente di sorpresa e, successivamente, di forte senso di orrore e di anticipazione, in cui possono verificarsi perdite di memoria difensive e comportamenti estremamente passivi e depressivi.

Sintetizzando, è possibile fare riferimento a quattro classi di disturbi a lungo termine che colpiscono gli adolescenti e gli adulti: la somatizzazione, le conseguenze dissociative, i disturbi nelle relazioni affettive e i cambiamenti nell'identità e nella struttura di personalità.

In primo luogo, l'ipervigilanza e l'ansia cronica possono tradursi in somatizzazioni gastrointestinali, addominali, nausea, tremori e cefalee. Essi sono maggiormente presenti nei casi di aggressione fisica e psicologica, quindi di maltrattamento e di abuso sessuale, in cui le vittime manifestano intensa timidezza, vergogna, preoccupazione e

disagi psicosomatici quali cefalee, mal di stomaco, disturbi del sonno, difficoltà nell'alimentazione, asma, ecc.

La dissociazione permette alle vittime di separare le esperienze traumatiche dallo stato di coscienza di ogni giorno, relegandole in una parte separata della coscienza, in modo da non pesare sul livello di consapevolezza quotidiano della persona.

I traumi prolungati inducono, inoltre, disturbi nelle relazioni affettive dovuti al carattere instabile del legame di attaccamento e caratterizzati dalla paura di venire abbandonati o di essere dominati e da un'oscillazione tra passività- sottomissione e furiose ribellioni. Tipica è anche la tendenza ad instaurare relazioni di dipendenza da adulti idealizzati.

Queste vittime sviluppano poi caratteristiche di personalità e cambiamenti nell'identità che innescano deformazioni nelle relazioni con gli altri, ma anche per quanto riguarda l'immagine corporea, l'immagine interiorizzata degli altri, i valori e gli ideali che forniscono un senso di coerenza, tutti aspetti che vengono distrutti dagli eventi traumatici. In alcuni casi, si avvia un'organizzazione del senso del Sé contaminato, confuso, colpevole e cattivo.

Tra le conseguenze a lungo termine del trauma vi è poi la vulnerabilità alla reiterazione dell'esperienza traumatica, che implica una propensione ad esporsi ai rischi e a nuove esperienze negative autoinflitte o perpetrate su altri. È ormai noto che la maggior parte di autori di reati sessuali sono stati a loro volta vittime dello stesso tipo di trauma.

La reiterazione può andare in questa direzione e portare, quindi, al coinvolgimento nell'abuso di altri sia nel ruolo di osservatori passivi, sia in quello di perpetratori oppure verso fenomeni di esposizione al rischio connesso all'assunzione di droghe, al suicidio o a gravi problemi alimentari.

7.17) PTSD complesso

L'analisi sugli effetti a lungo termine del trauma descrive bene come le persone che hanno sofferto di eventi traumatici multipli possono manifestare sintomi al di là del PTSD puro. L'ansia persistente, le fobie ed il panico non sono uguali a quelli dei disturbi d'ansia normali. I sintomi somatici, la depressione, il degrado della loro identità e della loro vita relazionale non sono gli stessi dei Disturbi Somatoformi, della Depressione comune e dei Disturbi di Personalità.

Per questi motivi, appare opportuno inserire questi soggetti in una diversa e particolare categoria di PTSD: il Disturbo da Stress Estremo (DESNOS) o Disturbo da Stress Post-traumatico Complesso.

Questo disturbo è definito da una costellazione di sintomi che risulta associata ad una traumatizzazione cronica, ovvero ad eventi traumatici che si verificano per tempi lunghi, mesi o anni (per esempio, guerra, violenza domestica e abusi infantili).

Nel caso del trauma cronico è importante comprendere la rilevanza del fatto che il contesto contiene un rischio implicito di pericolo anche quando non è in corso un evento traumatico reale; per esempio, nel caso di abuso sessuale intrafamiliare, il contesto della casa viene percepito come pericoloso anche negli intervalli tra gli episodi di abuso. La traumatizzazione cronica può essere dunque dannosa non solo per gli specifici incidenti traumatici ripetuti, ma anche per gli effetti del vivere in uno stato di costante pericolo. È anche questo uno dei fattori che permette di chiarire come le vittime possano sviluppare un disturbo come il PTSD complesso, caratterizzato da criteri diagnostici specifici rispetto al PTSD puro.

Il primo criterio comprende la compromissione della modulazione affettiva e i comportamenti impulsivi e si riferisce dunque alla difficoltà nel gestire le esperienze emotive. Si richiede che deve essere soddisfatto il criterio della regolazione affettività ed uno dei seguenti criteri: modulazione della rabbia, comportamenti auto-lesivi, pensieri suicidi, difficoltà nel regolare il coinvolgimento sessuale e tendenza eccessiva a correre rischi. I soggetti reagiscono con esagerate risposte di allarme a stimoli poco stressanti, faticano a calmarsi e spesso tendono ad utilizzare comportamenti auto-distruttivi per far fronte alle loro emozioni incontrollate, tra cui la rabbia, che viene controllata con grande difficoltà. Sono spesso presenti preoccupazioni riguardanti il sesso o difficoltà nel controllare gli impulsi sessuali o comportamenti ad alto rischio.

Il secondo criterio fa riferimento alle alterazioni dell'attenzione o della coscienza e in particolare alla presenza di amnesia o episodi dissociativi transitori e depersonalizzazione. Si è già parlato in precedenza della dissociazione quale meccanismo di difesa per contrastare emozioni troppo dolorose. Queste vittime sembrano "assentarsi" di frequente e chiudersi in se stesse qualora riaffiorino alla mente ricordi o emozioni legati al trauma.

Un'altra caratteristica è l'alterazione nella percezione di sé e la soddisfazione di almeno due tra i seguenti criteri: sentimenti d'inefficienza, sentirsi irrimediabilmente danneggiati, colpa e responsabilità, vergogna, sensazione che nessuno possa capire e minimizzazione. Queste persone possono essere convinte di essere state loro i responsabili del maltrattamento, causato da una qualche loro debolezza o cattiveria del carattere. Sviluppano spesso una visione negativa di loro stessi e si percepiscono come impotenti, incapaci, danneggiati e non desiderabili.

La compromissione delle relazioni con gli altri costituisce il quarto criterio diagnostico del DESNOS. Deve essere presente almeno l'incapacità a fidarsi, la rivittimizzazione o il vittimizzare gli altri. Le storie di questi soggetti sono ricche di relazioni disfunzionali. Gli ultimi due criteri sono la somatizzazione e le alterazioni nei sistemi di significato.

I Disturbi Somatici comprendono disturbi a carico del sistema gastro-intestinale, dolori cronici, sintomi cardio-respiratori, sintomi di conversione e sintomi sessuali (almeno due di questi). Le esperienze traumatiche hanno infatti un effetto a livello biologico che induce iperattività nel sistema nervoso autonomo, responsabile dell'insorgenza di disturbi psicosomatici.

Infine, le alterazioni nei sistemi di significato si traducono in sentimenti di sconforto e/o di mancanza di speranza oppure nella perdita di convinzioni precedentemente sostenute. Il mondo è visto in modo negativo, la vita senza un senso o uno scopo. È intaccata anche la capacità di programmare, di prendere decisioni o di agire in base alle proprie convinzioni.

Cap. 8: LE TERAPIE

8.1) L'intervento con i bambini

(www.aacap.org; by the "Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry", 37, 1998)

Da quando il PTSD è stato introdotto come categoria diagnostica nel DSM-III sono cresciuti anche gli studi sui bambini e sugli adolescenti, rispetto al possibile sviluppo del disturbo.

Questo ha reso necessario, per i clinici, la presenza di linee guida per la valutazione e il trattamento dei sintomi, poiché vi erano alcuni dibattiti e incertezze relative al tema in questione: ad esempio, per quanto riguarda il numero dei sintomi, vi sono bambini che presentano la quantità necessaria degli stessi per una diagnosi completa e altri, che presentano sintomi in modo parziale e questo è dovuto al tipo di criteri descritti dai manuali e ai livelli soglia necessari per la diagnosi; e ancora, ci si chiede se il disturbo rappresenta una reazione normale ad un evento stressante o è da classificare come un vero e proprio disturbo psichico.

Nonostante ciò, è comunque indispensabile offrire un certo tipo di trattamento ai bambini che presentano significativi sintomi del PTSD, anche se non soddisfano tutti i criteri del DSM.

Sono molte le scelte, a livello trattamentale, che il terapeuta può fare, anche se molti studi hanno dimostrato la migliore efficacia delle tecniche Cognitive - comportamentali, in particolare sui bambini abusati o sottoposti ad un singolo evento stressante., basate sulla discussione ed elaborazione del trauma o sulla desensibilizzazione attraverso l'esposizione graduata e ancora sulle tecniche di rilassamento.

Nonostante l'evidenza di grossi benefici dovuti a questo tipo di trattamento, molti terapeuti sono inclini al loro uso e suggeriscono la combinazione delle stesse con un lavoro d'elaborazione dei sentimenti o pensieri legati all'esperienza vissuta.

Un approccio diretto sul trauma non sempre è indicato per i bambini; parlare del trauma e ricordarlo, può avere conseguenze negative, in particolare nei soggetti che inizialmente non presentano sintomi, ma che li svilupperanno più tardi o in quelli che sono imbarazzati a discutere dell'argomento e mostrano quindi resistenze e difese psichiche.

In questi casi, sono più efficaci approcci indiretti, basati ad esempio sull'Arte Terapia o sulla Terapia del Gioco o ancora, è utile lavorare con storie, canzoni e altri strumenti creativi.

Qualsiasi sia il trattamento scelto, è essenziale che il terapeuta sappia come il bambino interpreta la sua esperienza: questo, perché i bimbi sono inclini a creare false attribuzioni (ad esempio, attribuirsi la colpa dell'accaduto) o assunzioni scorrette circa il trauma. Una volta fatto ciò, il terapeuta dovrebbe correggere le stesse idee permettendo al soggetto di vivere con minore sofferenza l'esperienza, di reagire in modo "normale" all'evento, di capire i pensieri e i sentimenti legati ad esso e le possibili credenze che le persone accanto a lui possono sviluppare circa il fatto.

Ci sono semplici approcci utilizzabili con i bambini per facilitare il lavoro: ad esempio, l'uso della terza persona, allo scopo di capire e di elaborare il trauma e non far sentire il bambino come protagonista, come colui che ha subito l'azione; o ancora l'uso di generalizzazioni o esagerazioni allo scopo di fargli capire l'assurdità o semplicità dell'evento da lui vissuto; ed infine, l'uso del disegno e del gioco di ruolo per meglio attribuire la responsabilità degli eventi alle persone giuste.

E' anche importante coinvolgere la famiglia nel trattamento: il supporto, che i genitori possono offrire al bambino, può ridurre la sintomatologia.

In generale, i genitori devono essere a conoscenza delle caratteristiche del disturbo, di come si manifesta a livello comportamentale nel bambino, al fine di non confonderlo con altri disagi, quali, ad esempio, l'ADHD, che può esprimersi con le stesse caratteristiche d'aggressività o di depressione del PTSD.

I genitori hanno già dei loro principi e valori legati agli eventi traumatici ed, in particolare, all'abuso ed è quindi utile indirizzare gli stessi in modo appropriato.

Un atteggiamento molto diffuso si verifica quando i genitori biasimano se stessi per l'accaduto in modo irrealistico ed esagerato; è utile, in questo caso, aiutarli ad identificare, esaminare e correggere le cognizioni errate circa l'evento.

Il terapeuta deve quindi offrire supporto, dare loro l'opportunità di condividere insieme i sentimenti, insegnarli ad approcciarsi e gestire meglio il bambino e fargli capire che loro non pensano che abbia commesso qualcosa di sbagliato e che la colpa sia sua.

Una delle terapie maggiormente applicate è, come detto, quella Cognitivo - comportamentale avente i primari scopi di individuare i cattivi comportamenti del bambino per poterlo aiutare e di limitare l'impatto del trauma sul bambino stesso.

Qualsiasi sia il trattamento scelto, si deve comunque iniziare quando il periodo di crisi acuta è stato superato. Infatti, non è possibile intraprendere nessun tipo di terapia se il bambino è ancora esposto all'evento traumatico o se è gravemente depresso o se recentemente ha messo in atto tentativi di suicidio o se sta vivendo gravi Disturbi d'Ansia con Attacchi di Panico.

8.2) L'importanza di educare

L'“educazione” è abbastanza utile, ma ha avuto poco successo: il suo scopo è di prevenire la violenza e l'esposizione dei bambini alla stessa, al fine di evitare lo sviluppo di disturbi psichici. Il ruolo dei media, a tal fine, è indicato per far capire ai genitori i bisogni del bambino e permettere loro di offrire nutrimento e cure, di assisterli nei loro problemi e per fornirgli modalità di coping efficaci per ridurre l'impatto dell'evento.

L'educazione dei genitori è importante nel trattamento anche per evitare al bimbo una seconda vittimizzazione, dovuta ad atteggiamenti o percezioni sbagliate dei genitori relative al trauma, il quale può così essere rivissuto, anche se ciò dipende dal tipo d'evento: ad esempio, vi sono eventi singoli o “acuti” come incidenti, disastri o procedure mediche ed eventi “cronici” come l'abuso sessuale.

La distinzione però non è così netta, perché un singolo evento può avere un decorso cronico se la ripetizione dello stesso in memoria sfocia in un circuito chiuso.

In aggiunta, i sintomi dipendono dal grado d'esposizione al trauma, il quale può essere un'esperienza diretta, osservata o vissuta per contagio, ma anche dal temperamento, dal livello di sviluppo del bambino o dal sesso (ad esempio, le femmine rispondono in modo passivo e i maschi con aggressività).

Per questi motivi, non si possono fare generalizzazioni rispetto al modo di predisporre un intervento, anche se i principi etici del professionista lo obbligano all'immediata protezione del bimbo, seguita da un trattamento calibrato sullo stesso, in aggiunta a misure a livello preventivo (ad esempio, un lavoro a livello d'arousal, sul senso d'efficacia o sulle attività di coping) (Schwarz, Perry, 1994).

8.3) L'importanza della famiglia

Oltre all'educazione dei genitori, una vera terapia a livello familiare è indicata se il trauma ha modificato e modifica tuttora, il funzionamento della famiglia. L'intervento include l'attenzione verso quei fattori che possono mediare, in modo positivo, le risposte al trauma del bambino o verso le possibili cure affettive che possono mancare a causa dell'evento.

Si dovrebbero ristabilire i ruoli, elaborare e superare gli eventuali conflitti o i sensi di colpa per l'idea di non essere in grado di occuparsi del proprio figlio.

Il tutto, perché può interferire con lo sviluppo psicologico del bambino o lo sviluppo della sua autonomia e del senso di competenza.

Si dovrebbe lavorare sulle capacità di resilienza del genitore, servendosi di terapie anche a livello individuale o della collaborazione di insegnanti (Schwarz, Perry, 1994).

8.4) Intervento generale

Poiché la valutazione e la diagnosi sono legate al successivo trattamento, entrambe dovrebbero continuare anche nel periodo adolescenziale, in quanto, a causa dei diversi cambiamenti di quest'età ed ai relativi compiti di sviluppo che devono essere affrontati, è utile controllare il dolore e le memorie del trauma o i diversi sintomi che possono riemergere alterando lo sviluppo (ad esempio, la dissociazione, la colpa, la depressione e la disorganizzazione).

I principi generali, che devono essere rispettati nel lavoro con i soggetti di qualsiasi età, sono quelli di avere un'etica professionale, di non essere intrusivi, ma empatici fornendo supporto, rinforzando le adeguate modalità di coping a livello individuale, familiare o di gruppo.

Quest'atteggiamento va assunto in ogni fase del trattamento: immediatamente dopo il trauma, il bambino può apparire evitante, rigido nei comportamenti, non responsivo, aggressivo e senza senso di controllo, può manifestare comportamenti regressivi; molti di questi sintomi possono essere una reazione normale di emergenza o una strategia di coping, anche se l'obiettivo terapeutico rimane comunque quello di attenuare il livello di arousal, permettere il controllo dell'ambiente circostante e le relative modificazioni,

dare un senso di efficacia e protezione. Il tutto può essere unito, come già detto, ad un trattamento a livello familiare o ad una Terapia Farmacologia.

L'assistenza dovrebbe essere mantenuta anche dopo due o più settimane dall'evento traumatico, in cui i sintomi di riesperienza dell'evento cominciano ad emergere e, se quest'attività risulta eccessiva e non sembra avere una risoluzione positiva, è utile intervenire assicurando il bimbo che l'evento non riaccadrà di nuovo, che riceverà sostegno e protezione in qualsiasi caso e si potrà affiancare a ciò un intervento educativo ai genitori rispetto alle possibili risposte al trauma messe in atto dal bambino. Quando l'alleanza è finalmente stabilita, il terapeuta può lavorare sulle memorie dell'evento rivissute nella relazione terapeutica: ad esempio, il bisogno di controllo, la paura della dipendenza e la passività.

A questo punto è proposto il vero trattamento, sia esso psicoanalitico, cognitivo o altro, anche se si deve ricordare che i pazienti adolescenti sono difficilmente inclini sia ad accettare il trattamento, che a stabilire l'alleanza e a ricevere aiuto e questo è dovuto al fatto che, oltre al trauma da elaborare, hanno il compito di costruire una loro identità e di differenziarsi e separarsi dalla famiglia, compiti non facilmente realizzabili nemmeno in condizioni "normali".

Un'indicazione, per il trattamento di soggetti di qualsiasi età, è quello di occuparsi primariamente del supporto ambientale, delle possibili conseguenze in termini di depressione, arousal, comportamenti aggressivi e di ricordarsi che il trauma può avere conseguenze fatali anche a livello neuronale o ormonale, il cui sviluppo può bloccarsi e dare luogo a comportamenti negativi, difficoltà di memoria, disturbi di apprendimento o di regolazione degli impulsi ed è quindi importante considerare l'interazione tra i fattori ambientali, neuro-biologici ed il comportamento nello sviluppo dei sintomi.

8.5) Valutazione dei trattamenti

I trattamenti più comuni per il PTSD sono stati selezionati e sottoposti a revisione per dimostrarne la validità empirica e l'utilità, anche se la ricerca su molti di questi è limitata e superflua, ad esempio per la "Marital Therapy" o per la "Inpatient Therapy". La valutazione dei trattamenti segue le linee guida create nel 1997 da "The Board of Directors of the International Society for Traumatic Stress Studies". Ogni tipo di trattamento è classificato su una scala a sei categorie in base al livello di evidenza

empirica e all'utilità clinica: dal livelli A, quello più valido, al livello F, in cui vi sono i nuovi trattamenti nati, senza quindi una base empirica alle spalle.

I risultati di queste ricerche sono stati pubblicati in un testo "*Effective treatments for PTSD*" (Foa, E.B., Keane, T.M., Friedman, M.J., 2000) in cui è riportata buona parte della letteratura clinica e di ricerca sul disturbo e sui relativi trattamenti e le linee guida per ogni tipo di terapia, in particolare per i bambini e gli adolescenti. Il testo è un eccellente risorsa che permette di paragonare i diversi tipi di terapia sulla base di evidenze empiriche e pratiche e di avere maggiori dettagli per la pratica senza uno specifico training alla base ("Child Maltreatment", vol.7, n.1, feb.2002, pag.95-6).

8.6) I principi delle terapie

<http://w.gigtfromwithin.org/html/articles.html>

Alcune ricerche hanno messo in luce come non vi siano abbastanza terapeuti nel mondo per tutte quelle vittime che sviluppano il PTSD, ma essi lavorano generalmente collaborando con i colleghi, in équipe, al fine di trattare al meglio il caso. Inoltre utilizzano un approccio multidisciplinare, basato sull'uso di tecniche terapeutiche diverse, che vanno a completarsi l'una con l'altra.

E' possibile dividerle in categorie generali per comprenderne il significato (anche se saranno spiegate meglio successivamente): nel primo gruppo sono incluse quelle tecniche che permettono di capire la sintomatologia del disturbo (ad esempio, le tecniche educative accennate sopra) o le leggi civili legate al fatto di aver commesso un reato; il secondo gruppo comprende le tecniche olistiche basate su attività fisiche, sulla spiritualità e sullo studio dell'umore, in cui il clinico offre concetti che rendono nuovo e diverso il cliente, il quale può far emergere abilità latenti; il terzo gruppo include metodi basati sul supporto sociale, come la Terapia di Gruppo o Familiare, allo scopo di sviluppare abilità sociali e ridurre i vissuti irrazionali; in ultimo, vi sono quelle tecniche, meglio classificate come terapie, che lavorano sull'elaborazione del dolore, l'eliminazione della paura e sui vissuti legati al trauma.

Ognuna di esse ha in comune tre principi fondamentali.

Il primo è il "*principio di normalità*", secondo cui i vissuti e i comportamenti legati al trauma sono una reazione normale, anche se possono apparire strani o incerti; la

spiegazione di ciò permette al paziente di partecipare al processo terapeutico, avendo capito cosa sta vivendo e ha vissuto.

Il secondo principio include i sentimenti di *“riesperienza, evitamento, sensibilità e biasimo di sé”*, che obbligano la relazione terapeutica ad essere collaborativa, sicura, al fine di far vivere al soggetto sentimenti di potenza e di controllo.

Il terzo rimanda all’ *“individualità”*, ricorda che ogni individuo risponde in modo unico all’evento stressante e che non c’è un modello standard di reazione allo stress.

In più, si dovrebbe sempre ricordare che il paziente agisce attivando meccanismi di difesa, che possono interferire con la terapia, ma che devono essere accettati dal clinico, il quale dovrebbe adottare un atteggiamento cognitivo aperto e flessibile, per facilitare il soggetto a raggiungere gli scopi della terapia e quindi superare il trauma.

8.7) Come si deve comportare il terapeuta

(<http://www.trauma-pages.com>)

Il PTSD è l’esito di diversi eventi stressanti come guerre o abusi fisici o sessuali, incidenti; ognuno di questi fatti ha in comune la caratteristica di essere un “trauma”, il quale, se non elaborato, sfocia in disturbi psicopatologici. Trovare le conseguenze dei traumi e gli eventuali trattamenti è stato uno dei principali obiettivi degli ultimi 120 anni.

Per quanto riguarda il trattamento, è molto difficile stabilire una relazione terapeutica, la così detta “alleanza”, con soggetti vittime di traumi, in quanto è difficile esplorare gli angoli oscuri delle loro menti, i loro affetti, le memorie, le percezioni sono alterate, è per loro difficile affrontare una seconda volta l’evento stressante ed, in genere, tendono a controllare ed a usare gli altri, a causa della scarsa fiducia nel mondo e della paura di essere traditi o rivittimizzati.

E’ importante il ruolo della memoria in queste persone, in quanto, poiché hanno difficoltà ad integrare l’esperienza vissuta, il trattamento dovrebbe essere mirato alla maggiore consapevolezza di ciò che è successo, senza però rivivere i sentimenti e i vissuti legati al trauma stesso, per poterlo integrare nella memoria con un significato diverso e per vivere gli eventi quotidiani in modo “normale”, non come continuazione o altro possibile trauma.

L'intervento clinico, in ogni caso, non deve considerare solo quest'aspetto, ma anche lo sviluppo bio-psico-sociale e l'impatto del trauma sulla maturazione e sullo sviluppo generale del bambino ed è anche utile coinvolgere parenti, amici o insegnanti.

Il terapeuta deve mantenere un atteggiamento empatico, neutrale, deve saper identificare le possibili risorse presenti sia nel bambino, che nella famiglia e avere un atteggiamento professionale dovuto all'esperienza e alla sua formazione clinica. Può anche servirsi della collaborazione e dell'aiuto di colleghi specializzati nel lavoro con i bambini traumatizzati; infatti, l'intervento risulta, in questi casi, più coordinato e ricco, poiché vi è un supporto a livello multidisciplinare, il quale si basa sull'uso di differenti tecniche terapeutiche.

8.8) La dipendenza

(<http://www.trauma-pages.com>)

Un aspetto particolare della relazione terapeutica è il concetto di “dipendenza”, un atteggiamento sviluppato soprattutto dai pazienti con disturbo cronico.

Il dibattito relativo a quest'argomento è vario. Certe culture danno molto valore all'indipendenza e svalutano la dipendenza, intesa come associata alla mancanza di carattere, all'infantilità, alla manipolazione e, quindi, connotata negativamente e considerata non socialmente accettabile.

Sono state rilevate differenze di genere rispetto a quest'atteggiamento: le femmine sarebbero più sensibili, avrebbero più bisogno di supporto sociale e quindi sono classificate come “dipendenti”; se ciò si riscontra anche nel maschio, è ulteriormente connotato negativamente.

L'unico tipo di terapia, che svaluta e patologizza quest'aspetto, è la “terapia a breve termine”, la quale promuove la totale indipendenza, per evitare le conseguenze che la dipendenza crea, ad esempio, lo sviluppo d'attaccamento insicuro, tipicamente associato ai bambini abusati.

Molti studi hanno però dimostrato che il supporto fornito dopo un trauma (quindi, implicitamente, la dipendenza da qualcuno) è essenziale per prevenire lo sviluppo d'ulteriori disturbi; ma molti bambini non lo ricevono, in quanto, la famiglia tende spesso a negare e minimizzare il fatto e i vissuti del bambino stesso e questo evolve in

un attaccamento insicuro associato ad una “indipendenza insicura”, che assume le forme di un’eccessiva dipendenza o un’eccessiva indipendenza.

Risolvere questi conflitti è un obiettivo della terapia, al fine di promuovere l’autonomia del soggetto in tutti i sensi.

C’è confusione rispetto al concetto di dipendenza, infatti, è spesso usato come sinonimo di simbiosi, d’attaccamento o di passività; ciò crea dubbi anche rispetto al tipo di trattamento, ci si chiede, infatti, se “gratificare” o no il paziente, sulla base dell’idea che la dipendenza che il bambino vive verso il genitore è la stessa che vive con il terapeuta, o meglio, è un’esagerazione della prima ed è per questo motivo che molti autori sottolineano come un certo grado di essa sia comunque necessario, in quanto, in caso di forte trauma può essere di sostegno e di protezione rispetto allo sviluppo di certi disagi, come la depressione o forme estreme di PTSD.

Molti autori considerano patologica la dipendenza e la pensano come legata a stadi infantili di sviluppo, in particolare se presenti nell’adolescenza, raggiunti tramite la “regressione”.

La dipendenza è uno degli aspetti della regressione, ma non sono sinonimi.

Il controllo della stessa, durante il trattamento, è fondamentale, in quanto molti la considerano in termini negativi, legata ad un possibile acting out e a resistenze o difese verso il lavoro analitico; ma non tutti, infatti, viene anche giudicata una componente necessaria per prevenire lo sviluppo di certi disagi (ad esempio, l’attaccamento insicuro) e, inoltre, non è sinonimo di passività o sottomissione, ma può essere dipendenza “attiva”.

Alcuni autori distinguono tra questa forma e quella “passiva”, evidenziando però l’associazione di entrambe a comportamenti di cooperazione e compliance nel trattamento e con lo sviluppo di comportamenti sociali di supporto e aiuto nei bambini verso i coetanei.

Queste due forme permettono di sviluppare un “attaccamento sicuro” e una “dipendenza sicura”, che portano all’autonomia del soggetto e alla sua sicurezza nell’età adulta, infatti, si afferma che la dipendenza sia la versione adulta dell’attaccamento infantile.

Particolare, nel rapporto terapeutico, è anche il concetto di “interdipendenza”, ossia la capacità d’essere autonomo e, nello stesso tempo, entrare in una relazione di reciproca

dipendenza con altri soggetti; è un concetto che implica mutualità ed è alla base dell'alleanza terapeutica.

La dipendenza, nei soggetti con disturbo cronico, è sia un bisogno sia un desiderio, che il soggetto percepiva in questo modo sia nel passato, al momento dell'evento traumatico quando ha vissuto la sensazione di non essere corrisposto nei suoi bisogni e desideri d'attaccamento e affettività, sia nel presente, a livello terapeutico, in quanto spera di trovare proprio qui qualcuno che risponda ai suddetti bisogni.

Entra così in gioco il concetto di dipendenza che il bambino sviluppa verso il terapeuta, al fine di scoprire e realizzare insieme a lui i suoi desideri.

Gli scopi della terapia sono dunque quello di fornire un senso di salvezza e supporto, poiché questi sentimenti mancano nel soggetto traumatizzato a causa dei vissuti di riesperienza che vive e quello di creare una base sicura nella terapia, per poi riviverla in altri rapporti nella vita quotidiana.

La dipendenza è quindi attivata quando una relazione appare minacciata e tende a sfociare in una vera separazione; serve quindi per evitarla.

Il terapeuta deve ricordarsi che mantenere una dipendenza patologica, senza le necessarie precauzioni (ad esempio, deve evitare il brusco distanziamento, la poca collaborazione ed empatia e i pregiudizi), può essere deleterio: può creare una forte spinta al suicidio o ad altri atti distruttivi relativi al sé, dando luogo ad un circolo chiuso, che incrementa il bisogno di dipendenza.

Non dobbiamo dimenticare il problema del controtransfert.

La posizione del terapeuta può essere diversa nella stessa terapia, anche se si dovrebbero assumere atteggiamenti standard. Il problema della dipendenza può creare confusione, affetto, speranze anche nel terapeuta, ma questi vissuti devono essere contenuti ed è una capacità che il terapeuta deve avere, in aggiunta a quella di saper rispettare i confini che lo separano dal cliente, in quanto, l'inconsistenza degli stessi alimenta la dipendenza.

I principi importanti per avere successo sono il controllo delle situazioni, che tendono a portare il terapeuta in direzioni lontane senza via d'uscita e la capacità di mantenere un equilibrio a livello di relazione, con umiltà e onestà; tutto al fine di non danneggiare ulteriormente il paziente.

Nel caso in cui il terapeuta avesse difficoltà in quest'area, è utile il supporto di colleghi e un lavoro di supervisione.

8.9) Le Tecniche Cognitive

Il trattamento cognitivo-comportamentale è risultato come quello più efficace nella cura del PTSD, in particolare per le vittime di violenza sessuale; il principio, di tipo comportamentale, su cui si basa è che i sintomi di riesperienza e d'arousal sono considerati come una risposta condizionata, elicitata da uno stimolo ambientale rinforzante che evoca paura (Foa, Riggs, Massie & Yarczower, 1995), non un singolo stimolo, ma un loro insieme. La risposta che deriva dal condizionamento diventa col tempo automatica. Quindi, il focus del trattamento non è, secondo quest'approccio, il trauma in sé, ma i comportamenti maladattivi che ne derivano (Foa & Kozak, 1986; Foa, Steketee & Rothbaum, 1989).

Le tecniche sono disposte lungo un continuum che va dal gruppo PE (Prolonger Exposer), al gruppo SIT (Stress Inoculation Training) (Kilpatrick, Veronen, Resick, 1982). In genere, si possono organizzare in tre differenti tipi di trattamento, in base al diverso uso di esse:

“*PE program*”, utile in particolare per quei pazienti caratterizzati da sintomi d'ansia ed evitamento e composto dalla “tecnica d'esposizione alle immagini”, l' “esposizione in vivo” e i “training di respirazione”; il *PE* descritto ora, accompagnato da *tecniche di ristrutturazione cognitiva*, usato per quei pazienti, non solo caratterizzati da sintomi d'ansia, ma anche da colpa, vergogna, paura; “*PE/SIT program*” in cui vi sono tutte le suddette tecniche in aggiunta ad altre, ad esempio, “fermare il pensiero”, “dialogo guidato con il sé”, esercizi di “rilassamento muscolare”, attività di “role-play” ed è utilizzato per quei pazienti che presentano un elevato arousal, sentono di perdere il controllo e sono dubbiosi circa le tecniche d'esposizione, anche se queste possono essere aggiunte quando il soggetto si sente pronto ad affrontarle.

Il programma standard consiste in nove sedute settimanali di 90 minuti ciascuna, ma la lunghezza della terapia può essere modificata in base ai bisogni del cliente e alle continue valutazioni fatte sulla sintomatologia. In genere, se dopo queste nove sedute, non vi è miglioramento, ne sono previste altre tre in aggiunta; si deve in ogni caso

capire perché il trattamento non è stato efficace e non ha aiutato il cliente (Foa, Cashman, Jaycox & Perry).

I pazienti con questo tipo di disturbo sono caratterizzati da tendenze d'evitamento, le quali possono interferire con l'applicazione della terapia in diversi modi: il cliente può rifiutarsi di confrontarsi ancora con sentimenti e pensieri legati al trauma; è importante assumere un atteggiamento empatico e facilitare il bambino ad affrontare di petto le memorie traumatiche, rimandandogli l'efficacia di quello che sta facendo e cercando d'essere più disponibili e supportivi anche rispetto al rinvio delle sedute, magari da parte della famiglia. Questi soggetti possono esprimere concetti irrealistici ed irrazionali, ed è quindi utile distinguere questi da credenze vere, senza categorizzare o dicotomizzare in modo eccessivo.

E' inoltre difficile modificare le percezioni del bambino in riferimento a certi eventi, quindi l'obiettivo è di fargli capire quali sono le situazioni da evitare e quali quelle da affrontare.

Gli atteggiamenti che il terapeuta dovrebbe assumere sono quelli d'essere attivo e direttivo, incoraggiando il soggetto a rispettare le istruzioni fornitegli, essere supportivo e sensibile rispetto ai suoi vissuti negativi e ricordare che il trattamento ha un tempo limitato e che il suo obiettivo è di alleviare i sintomi del disturbo, non di creare una nuova personalità o di risolvere problemi non legati al trauma.

Inizio del trattamento

Il trattamento comincia familiarizzando con il bambino e spiegando ad esso i presupposti e l'utilità della terapia, avendo ben presente, grazie ad altri colloqui fatti, le reazioni al trauma che ha subito e la sua valutazione diagnostica.

In questa sessione s'introduce la "tecnica della respirazione", che il soggetto può praticare quotidianamente, anche da solo o durante il trattamento.

Per quanto riguarda la raccolta d'informazioni circa il trauma, è utile discutere sui cambiamenti che la vita del soggetto ha subito a causa dello stesso e le situazioni che evita perché dolorose, al fine di trattarle durante l'esposizione in vivo.

Si dovrebbe rassicurare il cliente circa le emozioni che prova a riguardo, trasmettendogli che il terapeuta è lì per capirlo e per ridurre il suo disagio; certe domande possono essere rimandate o si può fare una breve pausa, se il soggetto si

mostra troppo attivato, in quanto sono i suoi desideri e i bisogni che devono essere rispettati, anche se abbiamo il dovere di chiarire cosa ci aspettiamo da lui.

Si devono prendere in considerazione tutte le possibili reazioni al trauma e i loro effetti sul cliente, attraverso un approccio interattivo.

Alla fine di questo primo approccio, è utile incoraggiare il cliente a ripensare quanto detto e motivarlo a continuare gli esercizi di respirazione se si sente ansioso.

L'ultima parte di questa sessione introduttiva serve anche per introdurre l'esposizione in vivo; ma procediamo con ordine.

Descrizione delle tecniche:

❖ Training di respirazione

Lo scopo è di alleviare l'ansia elicitata dalle emozioni relative alla discussione sul trauma. Il principio è che il ritmo del nostro respiro segue l'intensità dei nostri sentimenti, quindi, nel momento in cui siamo agitati, è utile calmarlo, al fine di calmare anche il nostro stato emotivo.

S'insegna al cliente ad inspirare in modo normale ed espirare lentamente, come se stesse scaricando pian piano le tensioni all'interno del suo corpo, attraverso il naso, concentrandosi sulla stessa respirazione. Il soggetto può, nel frattempo, espirare emettendo dei suoni o delle parole che preferisce come "calma", la quale va sussurrata lentamente. Se, nel momento dell'inspirazione, vi è iperventilazione, questa dovrebbe essere subito sedata in quanto legata a vissuti negativi; dobbiamo poi respirare piano usufruendo di poca aria o utilizzando pause tra i diversi respiri. Alla fine, si trattiene il respiro per pochi secondi, per poi liberarlo lentamente. Tutti i passaggi sono ripetuti più volte per un totale di 15 respiri. Il terapeuta dovrebbe controllare l'addome del paziente, al fine di monitorare il ritmo respiratorio, per poi dare l'assenso a svolgere queste attività anche da solo, per due volte al giorno.

❖ Esposizione in vivo

La tecnica si divide in fasi.

Presentazione: lo scopo è di focalizzarsi sulla paura di certe situazioni, sulle modalità di coping per evitare il disagio, sui pensieri, emozioni e memorie legati al trauma, per

capire le cause di queste reazioni (Mowrer, 1960). L'evitamento può essere considerata una reazione normale all'inizio, ma deve essere superata, ci si deve confrontare con le esperienze dolorose per eliminare il disagio legato ad esse; se ciò non avviene, il soggetto continuerà a credere che esse siano veramente pericolose, anche se non è vero: solo così i sintomi si ridurranno.

Abituazione: spiegarla al soggetto è la chiave per motivarlo a proseguire la terapia; è dovuta alla ripetuta esposizione a situazioni ansiose, che ormai non creano più quest'emozione, a causa dell'esposizione stessa. Lo scopo è di smettere di evitare le situazioni o le persone che suscitano vissuti negativi o che sono poco sicure.

Scala SUD (Unità soggettiva di disagio): è uno strumento che permette di valutare le situazioni che il soggetto vive e classificarle secondo un livello di "sicurezza", al fine di escludere da questa lista, chiamata "la gerarchia", quelle troppo insicure che potrebbero danneggiare ulteriormente il soggetto; se necessario, il clinico può proporre aggiustamenti della lista. In questa fase si spiega il funzionamento dello strumento.

Costruire la gerarchia: si elencano le situazioni, persone, luoghi legati al trauma, al fine di aiutare il soggetto a dosare il livello d'ansia che sperimenta nel momento in cui immagina di confrontarsi con essi. Si possono suggerire degli spunti di situazioni tipiche da loro evitate, ricordando al cliente che non necessariamente troverà quella da lui vissuta (Cooper & Clum, 1989; Keane, Fairbank, Caddell, Zimering, 1989).

I compiti a casa: è un passo svolto insieme al clinico, in cui si esamina la lista scritta e si decidono le situazioni che il soggetto è in grado di affrontare da solo, anche se alla fine del trattamento dovrebbe essere in grado di affrontarle tutte. In alcune di esse, il soggetto, specie se adolescente o bambino, potrebbe sentire il bisogno di essere accompagnato da un familiare, definito "coach", per meglio essere supportato e assistito. Il clinico deve, invece, aiutarlo a superare le situazioni che il soggetto non riesce ad affrontare.

Introdurre la procedura: inizia con la situazione che evoca moderati livelli d'ansia, per arrivare a quelle maggiormente ansiogene, allo scopo di desensibilizzare il soggetto che deve rimanere nella situazione per 30-45 minuti, immedesimandosi in essa, oppure fino al momento in cui la sua ansia non sia diminuita di almeno il 50%. Lo scopo è di concludere la seduta non pensando alla situazione come qualcosa da evitare; il soggetto deve essere a suo agio (Foa, Kozak, 1986; Foa, Rothbaum, Riggs, Murdock, 1991). Se il

livello d'ansia è eccessivo il soggetto può lasciare la situazione, anche se è molto importante che rimanga e la viva, fino a quando l'ansia si è sedata, perché se ciò non avviene e si lascia ugualmente il contesto emotivo, il soggetto rimarrà convinto che la situazione è veramente pericolosa e che qualcosa di spaventoso stia per accadergli; inoltre, la volta prossima che deciderà di affrontarla, vi saranno maggiori difficoltà.

Usi aggiuntivi alla procedura: a volte, si possono includere item che accompagnano la terapia, indicanti azioni da svolgere o altro, come salutare il soggetto che ci si trova di fronte, al fine di meglio vivere la situazione come reale.

❖ **Esposizione alle immagini**

Molti pazienti reagiscono a questa tecnica con esitazione, perciò, in accordo con il cliente, si può determinare il livello dei dettagli della narrazione, al fine di avere il controllo del processo; si deve calmare il soggetto, parlare delle sue emozioni, introdurre il training di respirazione, se necessario e rassicurarlo. La tecnica è divisa in fasi.

Presentazione del contenuto: il soggetto deve venire a contatto, tramite la sua immaginazione, con l'esperienza dolorosa, cercando di viverla pian piano con meno ansia, grazie al fatto di riuscire a convivere con essa, controllandola. Ricordare un episodio non è la stessa cosa di riviverlo: nel ricordo non ci sono né paura, né pericolo, né controllo, al contrario, nella riesperienza questi elementi sono presenti, con la possibilità di saper processare il trauma e viverlo senza paura e angoscia, avendo il controllo su di esso.

La procedura: il soggetto deve chiudere gli occhi, al fine di non distrarsi e rivivere il più realmente possibile le sue memorie, descrivendole nel momento in cui le vive "ora", non pensando a come le aveva vissute. Se il soggetto ha certe resistenze, il clinico dovrebbe aiutarlo a vivere l'immagine, monitorando il livello d'ansia, tramite la Scala SUD; questo va eseguito ogni 10 minuti e dopo un'ora d'esposizione, il soggetto apre gli occhi e fa un profondo respiro per narrare ciò che ha vissuto.

Il tutto viene audioregistrato per far risentire la narrazione al cliente, a casa, come "compito".

Si può incoraggiare il cliente durante le tecniche con frasi standard, non solo nei momenti negativi se l'ansia non cala, ma anche in quelli positivi, quando il soggetto è rilassato.

Si può chiedere al cliente qual è stata la situazione veramente più ansiogena, al fine di riproporla più volte, per raggiungere l'abituazione, fino a quando il livello d'ansia non è calato.

Molti soggetti sono inclini ad esprimere i loro sentimenti e possono piangere, spaventarsi eccessivamente; è compito del clinico rassicurarli, calmarli, dar loro un senso di sicurezza, farli narrare e liberare dalle suddette emozioni.

Alla fine della seduta si devono assegnare i compiti per casa, svolti con l'ausilio della registrazione, raccomandando di non esporli ad altre persone.

E' difficile per il clinico lavorare con le persone vittime di traumi, perché deve raggiungere un equilibrio tra le risposte empatiche per il dolore del cliente e la distanza professionale, che gli permette di rispondere ad esso in modo professionale; il clinico dovrebbe avere esperienza nel campo e se vive difficoltà dovrebbe parlarne a sua volta con un terapeuta o fermarsi per evitare il "burn out". A volte, invece, questi tipi di pazienti vivono in modo positivo il trauma, con dignità, in quanto dotati della capacità di resilienza e lavorare con loro sembra essere più facile.

❖ **Ristrutturazione cognitiva**

Questa tecnica è basata sulla "Teoria Cognitiva" di Beck (1976), secondo la quale le emozioni sono prodotte dall'interpretazione dell'evento, piuttosto che dallo stesso. Ogni emozione è associata a pensieri e credenze molto intensi, che possono creare disfunzioni (Clark, 1986). Lo scopo della terapia è di aiutare le persone a diventare consapevoli dei loro pensieri negativi e modificarli (Resick, Schnicke, 1992-3; McCann, Pearlman, 1990). Si dovrebbe distinguere tra "pensieri automatici negativi", che sono immagini prodotte dalla mente del soggetto durante una situazione emotiva e le "credenze disfunzionali", che sono assunzioni che il soggetto crea circa il mondo, sono interpretazioni negative degli eventi, che agiscono a livello inconscio. Il terapeuta si focalizza su entrambi questi elementi, al fine di modificarli.

Le credenze, che le persone affette da PTSD mostrano, sono quelle di vedersi come inadeguate o incompetenti, di generalizzare ogni evento e concepirlo come pericoloso,

di avere una visione negativa di sé, di interpretare i sintomi come persistenti anche se non lo sono e di credere che le altre persone lo incolpino per il trauma subito (Burns, 1980). Le vittime percepiscono il mondo come pericoloso e loro stesse come incapaci a farvi fronte: la terapia dovrebbe aiutare ad avere maggior controllo e a ridurre l'ansia. Il terapeuta dovrebbe lavorare insieme al soggetto discutendo dell'esperienza vissuta, del fatto che le reazioni al trauma non sono segni di pazzia, indagando sulle percezioni e reazioni dello stesso sia prima che dopo l'evento e assegnando i compiti, che consistono nella stesura di un diario giornaliero (Burns, 1980), in cui il cliente identifica le situazioni negative, le sue emozioni e credenze.

I pensieri automatici non sono consapevoli e devono diventare tali; inoltre, non necessariamente sono veri e sono difficili da identificare perché sfuggenti; si devono sostituire pensieri negativi con altri più funzionali, assumendo un atteggiamento più obiettivo e separando i sentimenti dai fatti e dalla realtà.

Il diario va inizialmente steso insieme, identificando le situazioni emotive, le emozioni e la loro intensità, le credenze associate e la loro lunghezza, le ipotesi che supportano o no le stesse e le credenze razionali, valutate anch'esse su una scala.

Sarebbe utile iniziare con esempi di situazioni non traumatiche, prima di procedere con le altre. Se il soggetto ha difficoltà ad identificare i pensieri negativi, si può chiedere di ricordare la più recente situazione che gli ha provocato ansia, di verbalizzarla e di identificare i pensieri automatici. Una volta fatto ciò, gli s'insegna a modificare le stesse credenze e riconoscerne gli errori e le cause. Si possono usare domande secondo il "Metodo Socratico" (Beck et al., 1985; Clark, 1986), per indagare il significato e la validità dei pensieri, il quale consiste in un discorso, una chiacchierata sulle credenze del cliente.

Per facilitare il lavoro, il terapeuta dovrebbe proporre un esempio che dimostri la procedura; lo stesso va usato per far capire gli scopi del diario.

La discussione deve essere interattiva, in particolare quando si presentano le possibili distorsioni cognitive, che devono essere identificate dal soggetto, come quelle da lui usate. Vi sono dei metodi per arrivare a questo scopo: esaminare il diario, identificando i temi ricorrenti o proporre domande in modo ripetitivo circa le credenze usate (Clark, 1989).

❖ **“Stop al pensiero” (Wolpe, 1958)**

Questa tecnica, come la successiva, sono usate nella procedura SIT. Lo scopo è di porre fine alle ruminazioni e ai pensieri ossessivi legati al trauma; è basata sull'uso della distrazione (Veronen & Kilpatrick, 1983). E' una tecnica che il soggetto può usare in qualsiasi momento gli sorga un pensiero, in sostituzione alla tecnica d'esposizioni alle immagini.

Se il soggetto ha un problema non deve evitarlo, ma affrontarlo, quindi questa tecnica non va usata in questi casi, ma solo se il soggetto pensa in un modo per lui negativo e improduttivo.

Il soggetto deve chiudere gli occhi, focalizzarsi su un pensiero per 30-40 secondi e alzare la mano quando l'ha ben chiaro in mente (inizialmente si comincia con pensieri non legati al trauma); il terapeuta grida “STOP” e contemporaneamente il cliente abbassa la mano; gli si chiede cosa è successo e di pronunciare la frase “ il pensiero se n'è andato”; si usano immagini alternative o distrattori, come un disegno, una canzone o un libro, al fine di eliminare il pensiero; si ripete la sequenza con la differenza che ora è il cliente a pronunciare la parola “STOP”; si ripete una seconda volta, pensando alla parola e ancora un'ultima volta con l'esperienza dolorosa.

Per i bambini è facile la confusione tra fermare il pensiero e fermare o reprimere le emozioni ad esso associate, che il trattamento sta invece cercando di elaborare: è dunque necessario porre particolare attenzione.

❖ **Guidare il dialogo con se stessi**

E' una procedura ideata da Meichenbaum (1974a, 1974b), in cui il terapeuta insegna al cliente come focalizzarsi sul suo dialogo interno, lo aiuta ad identificare i pensieri irrazionali in esso contenuti e a reprimerli e sostituirli con altri più positivi.

Per ogni passaggio vengono fatte domande o affermazioni diverse, al fine di capire questi dialoghi.

Le fasi sono: la preparazione all'evento stressante, il confronto con esso, con i sentimenti, il rinforzo di se stessi per far fronte allo stress. Gli scopi della terapia sono di determinare cosa è pericoloso, se è veramente accaduto, saper evitare i comportamenti negativi, arrivare ad un minimo di controllo degli atteggiamenti di critica verso il sé, saper usare rinforzi e strategie di coping efficaci.

E' utile anche trascrivere questi dialoghi al fine di meglio affrontare le difficoltà. Inoltre, sarebbe meglio cominciare da pensieri non direttamente legati al trauma.

❖ **Training di rilassamento**

Lo scopo di queste tecniche è di fornire ulteriori strumenti per alleviare l'ansia e la paura (Bernstein & Borkovec, 1973).

La prima di queste tecniche è quella di base, la più efficace e di solito viene appresa prima delle altre.

Profondo rilassamento muscolare: s'insegna al soggetto a discriminare tra "tensione" e "rilassamento", ed associare a quest'ultima delle parole, come ad esempio "calma".

Si possono affiancare le tecniche di respirazione, dopo aver rilassato ogni muscolo e il fatto di pensare ad un'immagine piacevole, concentrandosi su essa. Vi sono certi assunti da chiarire: il fatto che il rilassamento è un'abilità da praticare e che, in questo modo, diventerà un comportamento automatico, che è normale sperimentare cambiamenti a livello psicologico e fisico, che vi sono memorie intrusive che possono nascere, ma che sono da evitare rifocalizzando l'attenzione sui muscoli, che il soggetto può avere la sensazione di perdere il controllo e che può riaprire gli occhi per orientarsi, ma solo per pochi secondi, che si devono scegliere delle parole da associare allo stato di rilassamento e che il tutto può essere registrato per lo svolgimento dei compiti a casa, i quali verranno svolti due volte al giorno e saranno accompagnati da uno scritto in cui si elencano le difficoltà ad esso relative.

Il soggetto deve poi essere in grado di riconoscere lo stato di tensione dei propri muscoli e delle cause che l'hanno prodotto, differenziandolo dallo stato di relax.

Sono molti i muscoli che il soggetto dovrebbe rilassare, ma ci si focalizza su uno alla volta, partendo da quello più teso; è inizialmente il terapeuta che spiega i movimenti necessari al rilassamento illustrandoli sia verbalmente, che praticamente, in quanto il soggetto può sentirsi imbarazzato all'inizio e deve chiarire che 10 secondi sono dedicati alla tensione del muscolo e altri 30 per la fase di rilassamento.

Il soggetto può mostrare difficoltà quando gli si chiede di descrivere la scena piacevole; si possono allora fornire degli esempi, spiegando che la stessa deve essere immaginata come se reale, associando ad essa una respirazione tranquilla.

Pian piano il soggetto viene invitato a muovere un muscolo alla volta, per passare dallo stato di relax ad uno più vigile. Si chiede poi come ha vissuto l'esperienza.

La stanza per la terapia dovrebbe essere confortevole, con una scarsa illuminazione e silenziosa.

La registrazione della seduta può essere ascoltata a casa, poco prima di coricarsi, al fine di indurre un rilassamento profondo.

“Cue-controlled relaxation”: lo scopo è quello di insegnare al cliente ad identificare la tensione e ad usarla come indizio per incrementare gli esercizi di respirazione e il rilassamento del muscolo stesso, per almeno cinque minuti.

Rilassamento differenziale: s'insegna a rilassare specifici gruppi di muscoli, che non sono necessari per l'attività che il soggetto svolge in quel momento, anche se gli stessi sono in tensione. Il soggetto non è consapevole di usare questi inutili muscoli e deve assumerne la consapevolezza e imparare a rilassarli, utilizzando solo quelli necessari. Anche qui, se il soggetto non riesce ad identificarli, il clinico può aiutarlo (Bernstein & Borkovec, 1973).

❖ **Role play**

E' una tecnica che consiste nell'agire comportamenti e parole, in uno specifico contesto, con lo scopo di diminuire l'ansia, grazie alla ripetizione degli stessi. Generalmente si comincia con una situazione non direttamente legata al trauma, per poi affrontare invece lo stesso.

All'inizio è il terapeuta che interpreta il ruolo del cliente, dimostrando le abilità sociali e le capacità assertive (Resick, Jordan, Girelli, Hutter, Marhoefer-Dvorak, 1988) che dovrebbe avere e il cliente interpreta una terza persona; in un secondo tempo, si scambiano i ruoli.

Finita la seduta s'incoraggia il paziente a proporre critiche ed obiezioni rispetto alla performance, o a sottolineare aspetti positivi. Ogni seduta è ripetuta fino a quando i comportamenti del cliente gli permettono di vivere un minimo di soddisfazione e di placare l'ansia. E' utile insegnare al soggetto la differenza tra “comportamenti aggressivi”, usati allo scopo di denigrare gli altri ed offenderli, quelli “non assertivi o passivi”, rivolti al sé del soggetto rinchiuso nei suoi vissuti, perché impossibilitato ad esprimerli e quelli “assertivi”, che aiutano a comunicare con le altre persone ed

interagire (Veronen & Kilpatrick, 1983). Per ogni tipo di comportamento si dovrebbero fornire degli esempi. Lo scopo è quello di insegnare al cliente l'uso di comportamenti assertivi, per promuovere la comunicazione, in particolare nel caso in cui il soggetto adotta già da sé atteggiamenti non sociali o aggressivi.

❖ **Covert modeling**

E' molto simile alla precedente ed aiuta il soggetto ad affrontare il disagio provocato da certe situazioni, attraverso strategie di coping da lui immaginate, al fine di uscirne in modo positivo, con la speranza di viverle anche nella realtà.

Si comincia con la situazione meno ansiogena, incorporando in essa pensieri, sentimenti e comportamenti, s'immagina che ci sia qualcun altro nella scena, si verbalizzano le immagini e il modo in cui questa terza persona è riuscita ad affrontare la situazione. Si chiede poi al cliente di immaginare se stesso nella scena e di esplorare le sue abilità di coping. Si procede con la situazione legata al trauma. La prima sessione viene svolta dal terapeuta e presa come esempio dal cliente, che dovrà impegnarsi in un secondo tempo. Per meglio facilitare la seduta, s'invita il soggetto a chiudere gli occhi e a descrivere in dettaglio le azioni, per poi aprirli per discutere ulteriormente il tutto.

Possibili problemi

Evitamento: molte vittime non sono inclini ad esprimere i loro sentimenti, in particolare durante le tecniche di esposizione, a causa della poca fiducia che hanno verso il clinico, dei loro meccanismi di difesa basati sull'evitamento delle memorie e dal fatto che devono raccontare dei dettagli a volte imbarazzanti, specie se legati all'abuso.

Rischio reale: ci vuole una cura estrema nel selezionare le situazioni per l'esposizione, in quanto alcune di esse possono provocare attacchi di paura durante il trattamento. E' necessario rassicurare il cliente circa la "sicurezza" dell'ambiente in cui si trova ed evitare ulteriori contatti con l'immagine ansiogena.

Tolleranza all'esposizione: il soggetto deve sperimentare meno disagio alla fine di ogni seduta ed è quindi utile, se questo non si verifica, prolungare di 15 minuti la stessa. Si deve utilizzare un approccio graduale oppure proporre le tecniche SIT prima dell'esposizione.

Compliance: è importante che gli appuntamenti vengano rispettati, anche se si dovrebbe essere un pochino flessibili. Solo dopo il terzo appuntamento consecutivo rinviato, è opportuno interrompere la terapia. Vi possono essere dei problemi anche per ciò che riguarda l'esecuzione dei compiti: il soggetto può avere poco tempo a disposizione o altre ragioni, che vanno indagate dal terapeuta e risolte. Se non si trovano soluzioni, i compiti possono essere svolti in parte nel trattamento, ma se la compliance non riesce ad instaurarsi, è opportuno terminare la terapia, senza assumere un atteggiamento punitivo.

Scarsità di supporto: molte persone, in particolare i bambini, hanno bisogno di supporto anche da altre a livello affettivo. Se questo è assente, la terapia può risultrne danneggiata. A volte, la persona vicina al cliente non capisce i sintomi e il disagio creati dal PTSD o il suo trattamento e li svaluta: è utile, in questi casi, educare costoro a riguardo, attraverso il role play o il supporto di un gruppo, avente in comune il fatto di avere vissuto la stessa esperienza della vittima.

Quest'ultima può avere un eccessivo bisogno di supporto e dipende totalmente dal partner; è minaccioso per la terapia un atteggiamento di questo genere, perciò dobbiamo porci come punto di riferimento per la coppia.

Comorbidità: il PTSD è spesso associato ad altri disagi, ad esempio, l'abuso di droghe o alcool, i quali vengono assunti dalla vittima al fine di ridurre il dolore provato. L'uso di queste sostanze inibisce però anche il processo di elaborazione emotiva, perciò è necessario un periodo di 90 giorni di astinenza prima di cominciare il trattamento.

La Depressione è un altro possibile disturbo associato al PTSD e deve essere curata prima di questo, perché quelle gravi riducono l'abilità del cliente a beneficiare della Terapia Cognitivo comportamentale. I problemi del cliente sono prioritari; il più grave, il rischio di suicidio, deve essere monitorato accuratamente.

Sessioni aggiuntive

Si dovrebbe paragonare il punteggio del cliente alla scala valutativa del PTSD eseguito prima del trattamento con quello successivo: se non è migliorato di almeno il 70%, si prolunga la terapia di tre sessioni. Se invece si pensa che queste non siano utili in quel momento, si termina il trattamento discutendone insieme, posticipando le tre sedute in

un prossimo futuro, quando il soggetto si sente in grado di affrontarle, rimanendo comunque sempre un punto di riferimento per qualsiasi difficoltà.

Conclusione della terapia

E' un momento importante e delicato.

Il primo passo è quello di considerare tutte le tecniche utilizzate per accertarne il successo. Si discute su quali di esse sono piaciute al soggetto e quali sono state giudicate inutili.

E' importante ricevere un feedback dal cliente rispetto al trattamento, anche se negativo: in questo caso non si deve stare sulla difensiva o arrabbiarsi, ma è utile capire le ragioni di ciò che sta dicendo il paziente e quali altri trattamenti avrebbero potuto dare risultati migliori.

La discussione dovrebbe continuare sui sintomi del cliente, sulle abilità che ha sviluppato e sui possibili piani per il futuro: ad esempio, si potrebbero indicare le difficoltà che il soggetto incontrerà e i modi per affrontarle.

Il follow-up non dovrebbe essere frequente (ogni 3-6 mesi) e della durata di 1 anno dopo la conclusione della terapia.

E' importante porci come punto di riferimento a cui il soggetto può rivolgersi se vive delle difficoltà e incoraggiarlo ad incrementare le sue abilità. Salutare il cliente è appropriato se è stato lui a proporre il saluto e se ci sentiamo confortati da ciò.

Il clinico deve comunque mostrare rispetto, perché è importante per le vittime, specie quelle per quelle abusate.

Se la relazione terapeutica è diventata troppo intima, dobbiamo proporre al cliente di interromperla. E' importante aggiungere ai saluti frasi positive di incoraggiamento o ringraziamenti, rimandando al cliente il fatto che è stato piacevole lavorare con lui.

8.10) L'EMDR

L'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) è una procedura ideata da Francine Shapiro nel 1987, la quale notò quasi per caso che i suoi pensieri con un'elevata carica emotiva negativa sembravano scomparire grazie ad un rapido movimento degli occhi da una parte all'altra.

Inizialmente, c'era solo la tecnica della *desensibilizzazione*, la quale prevede che il soggetto si concentri su un particolare concernente le sue memorie traumatiche contemporaneamente muovendo rapidamente gli occhi da una parte all'altra, seguendo con lo sguardo le dita del terapeuta (EMD).

Successivamente, Shapiro introdusse la tecnica del *riprocessamento*. Ossia, dopo ciascuna sequenza della durata di circa 30 secondi, il soggetto doveva dire qualunque cosa fosse emersa dopo l'esposizione al ricordo: un'immagine, un pensiero, un'emozione o una sensazione fisica. La sequenza di lavoro successiva si sarebbe basata proprio su questo contenuto con l'obiettivo di cambiare lo stato cognitivo ed emotivo e di eliminare il contenuto negativo. Questa procedura viene ripetuta fino a che il cliente non prova più nessuna angoscia nel ricostruire il suo ricordo traumatico.

L'EMDR prevede otto fasi:

1. *Anamnesi e pianificazione*- prevede una valutazione clinica, una valutazione dei ricordi e una valutazione della capacità di tolleranza emotiva;
2. *Preparazione*- prevede una spiegazione della procedura, una pratica dei movimenti oculari, delle tecniche di rilassamento, la somministrazione della Scala SUD (Subjective Unit of Disturbance) che valuta quanto l'immagine del trauma causa un disturbo al paziente, la creazione di "un posto sicuro";
3. *Assessment*- prevede l'identificazione del ricordo, l'identificazione della cognizione negativa e di quella positiva, la somministrazione della scala VoC (Validity of Cognition), la valutazione delle emozioni e la scansione corporea (tecnica di rilassamento che permette di localizzare fisicamente le emozioni negative);
4. *Desensibilizzazione e riprocessamento*- in questa fase sono importanti le fasi di elaborazione e di desensibilizzazione (si ripropone la scala SUD) ed è importante non saltare nessuna informazione;
5. *Installazione della cognizione positiva*- prevede l'integrazione della cognizione positiva col ricordo bersaglio e la valutazione della cognizione con la VoC;
6. *Scansione corporea*- mira a tenere a mente il ricordo e la cognizione positiva e a ricercare le tensioni fisiche residue;

7. *Chiusura*- prevede delle tecniche di rilassamento e prevede l'utilizzo di un diario per riportare sensazioni e pensieri in relazione al trauma;
8. *Rivalutazione*- prevede una valutazione riguardante il materiale precedente e la valutazione di altro materiale da elaborare

Questa tecnica così innovativa ha subito suscitato un profondo scalpore, attirando molti consensi, ma anche diverse critiche. Molti studi hanno confermato come questa tecnica sia efficace nel trattamento delle memorie traumatiche, sia per gli adulti sia per i bambini.

Altri studi hanno mosso delle critiche verso questa tecnica. Innanzitutto, nell'EMDR molto raramente sono state utilizzate misurazioni standardizzate e quando sono state utilizzate, davano esiti negativi. In secondo luogo, ulteriori ricerche non hanno confermato la convinzione di Shapiro che una singola sessione sia efficace nel desensibilizzare le memorie degli eventi traumatici e nel cambiare la valutazione cognitiva del soggetto. Alcuni rifiutano le basi teoriche dell'EMDR, altri interpretano lo sforzo del movimento oculare come una pratica punitiva e il cliente sarebbe indotto a seguire il terapeuta per evitare questa sofferenza.

Questa procedura inoltre diventa particolarmente preoccupante se praticata su bambini traumatizzati, specialmente se l'evento traumatico perdura da molto tempo o concerne un abuso. Molti poi si sono interrogati sul rischio che l'esperienza dell'EMDR possa indurre delle esperienze dissociative.

8.11) La Psicoterapia

La tecnica

Nella Psicoanalisi classica paziente e terapeuta si incontrano quattro o cinque volte alla settimana per un periodo che va, generalmente, da un minimo di due anni fino a sette o più. Nella Psicoterapia Psicodinamica gli incontri si tengono una volta o due alla settimana, le sessioni durano da 45 a 50 minuti.

La Psicoterapia Psicodinamica è primariamente una Terapia Espressiva che ha come obiettivo primario quello di aumentare la comprensione da parte del paziente dei

contenuti inconsci, diminuire i sintomi, aumentare la comprensione di sé, aumentare la forza dell'Io, l'integrità intrapsichica e la capacità di coping.

Quando impatta contro esperienze devastanti, la mente mobilita le difese. Le prime difese contro il trauma costituiscono uno sforzo per tenere sotto controllo le memorie traumatiche attraverso la ripetizione e, paradossalmente, sono al tempo stesso uno sforzo per evitare le memorie stesse. Queste difese possono anche essere utilizzate nel corso di lutti e disturbi da stress acuto. In alcuni di questi casi le difese possono avere successo e quindi può essere raggiunto un nuovo equilibrio. Nei casi di PTSD l'equilibrio non può essere ristabilito perché il processo adattivo stesso è stato distrutto. Le difese sono intrappolate dalle impressioni traumatiche che hanno dunque fallito il loro compito di difesa. Tutto ciò che ne deriva viene simbolicamente rappresentato come simbolo.

La decisione di intraprendere una Terapia Psicodinamica e la scelta della modalità dipende dalle caratteristiche del paziente, dalla presenza di difese psicologiche maladattive, dalla focalizzazione sul problema e dagli scopi del paziente. Inoltre, devono essere presenti una forte motivazione, una sofferenza significativa, una capacità di regressione al servizio dell'ego, la tolleranza alla frustrazione, la determinazione, la capacità di stabilire delle relazioni durature, la capacità di controllo. I pazienti lacunosi in queste abilità beneficeranno maggiormente di una terapia più supportiva.

Le controindicazioni alle terapie espressive riguardano: un'eccessiva debolezza dell'Io, crisi acute, scarsa tolleranza dell'ansia e/o alla frustrazione, la limitazione del controllo degli impulsi, una scarsa intelligenza o una disfunzione organica a livello cognitivo, la difficoltà di auto-osservazione e la scarsa capacità a costruire un'alleanza terapeutica.

Oggi esistono diverse tecniche di psicoterapia, con varianti diverse a seconda dei pazienti.

In particolare, per quanto riguarda il PTSD sembra essere particolarmente efficace la **Psicoterapia Interpersonale (IPT)**. E' un trattamento dalla durata limitata, di solito classificata insieme alle Terapie Psicodinamiche/Espressive. Il terapeuta espleta una funzione di esplorazione e focalizza l'intervento sulle relazioni interpersonali del paziente, piuttosto che sul transfert.

L'IPT nasce come trattamento per le persone affette da Depressione Maggiore, ma ultimamente è stata adattata anche agli altri tipi di disturbi. Poiché il trauma

interpersonale può portare al PTSD e il PTSD è associato ad una disfunzione del funzionamento interpersonale, è stato ipotizzato che questa terapia fosse particolarmente adatta per le persone con PTSD. Questo approccio, infatti, aiuta i sopravvissuti a trovare nuovi modi di concepire e di comportarsi nelle relazioni interpersonali e questo può portare ad una riduzione dei sintomi del disturbo.

Il trattamento psicodinamico ha come obiettivo quello di ristabilire il normale meccanismo di adattamento, trasformando i contenuti inconsci in consci, integrando l'evento traumatico, l'alieno, l'inaccettabile, l'incomprensibile, ciò che terrorizza.

Questo può essere realizzato solo esplorando il significato psicologico di un evento traumatico, passando al setaccio desideri, fantasie, paure e difese che suscita.

Per la buona riuscita di un trattamento psicoanalitico è fondamentale la relazione terapeutica che deve basarsi su lealtà e fiducia.

Interventi psicoterapeutici

Questi interventi agiscono in particolare su due aspetti del PTSD: da una parte agiscono sul decondizionamento dell'ansia, dall'altra sugli effetti pervasivi che il trauma può avere sulla concezione di se stessi e del mondo. Per questo scopo viene utilizzata una combinazione di procedure per modificare le credenze della persona e per sviluppare un sistema cognitivo che possa permettere alla persona di continuare a mettere in atto strategie di coping.

1. *Stabilizzazione*- il paziente è aiutato a creare una sempre maggiore stabilità e un maggiore senso di sicurezza nella vita di tutti i giorni, comprendendo il supporto sociale, le strategie per controllare i sintomi e le memorie intrusive;
2. *Identificazione delle sensazioni attraverso la verbalizzazione degli stati somatici*- è stato dimostrato come nei soggetti con PTSD la funzione delle emozioni viene alterata. In queste persone, infatti, il livello di attivazione è così elevato da mettere la persona in una situazione di costante allerta. Incapaci di neutralizzare gli affetti in senso adattivo, le persone traumatizzate tendono a vivere i loro affetti come stati somatici, tendono dunque a somatizzare.

Dunque, in una prospettiva psicoanalitica il terapeuta deve essere in grado di riconoscere le intrusioni disorganizzanti del paziente come fallimento dell'integrazione dell'evento traumatico e lavorare su di esse favorendo un

processo di integrazione che possa fornirgli una prospettiva in cui la sofferenza abbia un significato e sia sopportabile, traducendo la sua esperienza in una forma comunicabile, attraverso le parole, i pensieri e le sensazioni.

La capacità del paziente di ri-esperire il trauma è un momento assolutamente imprescindibile al fine di riuscire a lavorare attraverso la propria esperienza emozionale.

3. *Decondizionamento delle memorie traumatiche e risposte-* consiste fondamentalmente in due momenti: il controllo dell'attivazione delle memorie traumatiche e la correzione delle credenze sbagliate circa il trauma. Il paziente, infatti, in un contesto protetto, di fronte ad un terapeuta di cui si fida è maggiormente disposto a portare a galla i ricordi riguardanti l'evento traumatico. Al fine di ridurre l'ansia sono necessarie due modalità da adottare durante il trattamento. Per modificare la memoria della paura connessa al trauma è necessario che questa paura sia effettivamente esperita dal soggetto, ma per creare una nuova struttura basata sulla non-paura devono essere eliminate quelle informazioni che possono evocare una paura eccessiva nel paziente. Quindi durante il trattamento è necessario esporre il paziente ad una situazione che contenga elementi sufficientemente simili a quella traumatica al fine di attivarli, ma tali elementi non devono essere eccessivamente forti in quanto bloccherebbero il paziente e non lo aiuterebbero a cambiare. Questo tipo di tecnica prevede però dei punti critici. Innanzitutto, l'eccessivo arousal potrebbe interferire con l'acquisizione di nuove informazioni. Inoltre, la paura e il disagio legate al riemergere dell'evento traumatico possono portare il paziente all'evitamento.
4. *Ristrutturazione degli schemi relativi al trauma della realtà interna ed esterna-* lo scopo di tale fase è quello di lavorare sulle percezioni dei pazienti riguardo se stessi e il mondo esterno. Noi organizziamo il mondo in base alla nostra personale teoria della realtà, che per gran parte è inconscia. La soluzione adattiva ad un'esperienza stressante consiste nella modificazione, o quantomeno nell'aggiustamento, della concezione di sé e degli altri. Per riuscire a far fronte ad un'esperienza stressante è necessario riuscire a considerarla come un singolo, terribile evento, che si è verificato in un momento e in un luogo precisi. Inoltre,

bisogna tenere presente che le esperienze traumatiche non sono semplicemente processate dagli attuali schemi mentali, ma queste attivano anche concetti di sé e tipi di relazioni latenti, che si sono formati molto presto nella vita. Quando il trauma attiva questi precoci schemi di sé, questi coesisteranno e competeranno con schemi più maturi spiegando la relazione causa-effetto in riferimento al trauma. Spesso questi schemi mentali vanno a determinare l'organizzazione psicologica dell'esperienza traumatica.

5. *Esposizione alle esperienze restitutive*- i pazienti hanno bisogno di esporsi attivamente a quelle esperienze che possono dargli sensazioni di piacere, come, per esempio, delle attività sportive o delle attività artistiche. Questo permette alle persone traumatizzate di compiere esperienze gratificanti.

Evidenze empiriche dimostrano che le reazioni emotive dei genitori all'evento traumatico e il supporto genitoriale sono dei mediatori importanti per la sintomatologia del PTSD ed è per questo che sempre più frequentemente i genitori sono invitati a partecipare al trattamento psicoterapeutico. Infatti, aiutare i genitori a far fronte alle proprie personali emozioni legate al trauma può essere utile per renderli più responsivi nei confronti del bambino e delle sue esigenze.

8.12) Il Trattamento Farmacologico

Il PTSD è un disturbo complesso che causa profonde alterazioni in diversi sistemi psicobiologici riguardanti tra gli altri il coping, l'adattamento e la sopravvivenza. Le possibili anomalie psicobiologiche associate al trauma sono le seguenti:

- ❖ *Iperattività adrenergica*- sembra essere associata all' iperarousal, alla riesperienza, ai sintomi di panico/ansia e probabilmente associato alla rabbia/aggressività e alla dissociazione.

Il meccanismo adrenergico, inoltre, giocherebbe un ruolo chiave nel processamento delle memorie traumatiche.

Gli antidepressivi triciclici (TCAs) e gli inibitori della monoamminossidasi (MAOIs) possono ridurre l'attività adrenergica attraverso un meccanismo indiretto.

- ❖ *Feedback negativo aumentato dall'asse ipotalamico-pituitario-adrenocorticale (HPA)*- è un'alterazione fondata non legata ad una specifica anormalità clinica. Secondo alcune ipotesi, questo sarebbe associato con una scarsa tolleranza allo stress rilevato nei pazienti con PTSD, ma per il momento rimane solo un'ipotesi non validamente supportata. I farmaci che agiscono sia sul sistema adrenergico, sia su quello serotonergico normalizzerebbero il funzionamento del HPA.
- ❖ *Disregolazione oppioide*- questa sarebbe associata ad un torpore psichico. In uno studio è emerso che gli antagonisti narcotici riducono il torpore in alcuni pazienti, ma, in altri, produrrebbero un aumento dei sintomi legati alla ri-esperienza e all'iperarousal.
- ❖ *Elevati livelli del fattore di rilascio di corticotropina (CRF)*- probabilmente è la più importante anormalità determinata dal PTSD. Il CFR può essere inibito da specifici farmaci inibitori.
- ❖ *Sensibilizzazione e l'attivazione*- risultano quando, in seguito ad una ripetuta esposizione al medesimo stimolo, produce una progressiva intensificazione della risposta neurofisiologica, comportamentale o psicobiologica. Agenti anticonvulsivi come la carbamazepina e valproato sono stati suggeriti come trattamenti specifici del PTSD a causa delle loro proprietà inibenti l'eccitazione.
- ❖ *Disregolazione glutamatergica*- è stata considerata eziologicamente come la responsabile della dissociazione e delle anormalità nel processamento delle informazioni e della memoria associate al PTSD. Il trattamento prevede degli anticonvulsivi che regolano la trasmissione glutamatergica.
- ❖ *Disregolazione serotonergica*- questa causerebbe torpore, ri-esperienza, iperarousal, scarsa modulazione nelle risposte allo stress e sintomi associati, quali: rabbia, aggressività, impulsività, depressione, ansia/panico, pensieri ossessivi, dipendenza e abuso di sostanze. Un possibile trattamento prevede un recupero degli inibitori selettivi per la serotonina (SSRIs).
- ❖ *Aumento dell'attività della tiroide*- questa solitamente causa un iperarousal. Viene consigliato un antagonista beta-adrenergico, come il propranololo per migliorare i sintomi legati a questa anormalità.

La terapia

La Terapia Farmacologia sembra comportare un miglioramento dei sintomi legati al PTSD, sembra essere efficace nella comorbidità con altri disturbi e, infine, sembra ridurre i sintomi associati che interferiscono con la psicoterapia e con la vita quotidiana.

Inoltre, essa è in grado di ridurre ansia, depressione, insonnia, angoscia e senso di torpore spesso causati dalle memorie traumatiche. Molti sono i pazienti che traggono benefici da questo tipo di trattamento.

Le tecniche

Le più diffuse tecniche di farmacoterapia prevedono le seguenti fasi:

1. Selezionare i farmaci la cui azione porti ad una normalizzazione delle anomalie psicobiologiche associate ad uno specifico disturbo;
2. scegliere il più appropriato agente terapeutico basandosi su una comprovata efficacia contro uno specifico sintomo o classe di sintomi e/o un disturbo che prevede comorbidità;
3. monitorare e aggiustare il dosaggio al fine di ottimizzare l'efficacia terapeutica;
4. riconoscere quando c'è un'adeguata prova terapeutica di uno specifico farmaco al fine di integrare il trattamento con un altro farmaco o passare ad un altro agente farmacologico.

E' da tenere presente la frequente sovrapposizione tra i sintomi del PTSD, quelli della Depressione e altri Disturbi d'Ansia. Inoltre, il PTSD è in comorbidità con altri disturbi psichiatrici (Depressione Maggiore, Disturbi di Panico). E' per tutti questi motivi che il trattamento farmacologico del PTSD è uno tra i più consigliabili. I costi di questo tipo di trattamento sono difficilmente paragonabili a quelli di una psicoterapia, in quanto dipende della durata, dal costo dei farmaci stessi e da molti altri fattori. Una difficoltà legata a questo tipo di trattamento dipende da un uso scorretto di tali farmaci da parte dei pazienti.

Come già detto il PTSD è spesso associato ad almeno un altro disturbo psichiatrico, spesso è anche associato a sintomi distruttivi (impulsività, labilità dell'umore, irritabilità, aggressività e condotte suicidarie). Alcuni farmaci hanno il vantaggio di migliorare questi disturbi o i sintomi associati.

I trattamenti

❖ *Gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRIs)*

Questa categoria è costituita da fluoxetina, sertraline, paroxetina, fluvoxamina.

Molti studiosi sono concordi nell'affermare che SSRIs è in grado di ridurre i sintomi legati al senso di torpore causato dal PTSD. E' stato, infatti, dimostrato da alcune ricerche come i sintomi quali ri-esperienza, evitamento/torpore, iperarousal causati dal PTSD sono significativamente ridotti dal trattamento SSRIs.

Il trattamento SSRIs comporta altri vantaggi: migliora i disturbi correlati al PTSD, come la Depressione, il Panico, il Disturbo Ossessivo-Compulsivo, riduce l'abuso di alcol. Questo trattamento, inoltre, è clinicamente significativo in quanto molti sintomi associati al PTSD come rabbia, impulsività, intenti suicidari, umore depresso, sintomi di panico, pensieri ossessivi, comportamenti associati all'abuso o alla dipendenza di alcol o droghe sono mediati dai meccanismi serotoninergici.

Questo tipo di trattamento ha però delle controindicazioni. Causa, infatti, disturbi gastrointestinali, disfunzioni sessuali, insonnia e agitazione.

❖ *Agenti antiadrenergici: propranololo, clonidina, guanfacina*

In diversi studi (Friedman & Southwick, 1995) è emerso, dalla somministrazione della clonidina, una significativa riduzione di molti sintomi legati al PTSD come incubi notturni, memorie intrusive, ipervigilanza, insonnia, reazioni di trasalimento, scoppi d'ira. Inoltre, sono stati riportati miglioramenti nella concentrazione e nell'umore. Non è raro, però, che pazienti trattati con questo farmaco, dopo un iniziale miglioramento, sviluppino una tolleranza e ripresentando di conseguenza i sintomi del PTSD.

Altri studi hanno previsto la somministrazione di propranololo a bambini con PTSD abusati fisicamente o sessualmente. E' stata dimostrata una riduzione della ri-esperienza e dell'arousal.

❖ *Gli inibitori della monoaminossidasi (MAOIs)*

E' stato dimostrato che il trattamento MAOIs produce un miglioramento significativo in seguito alla riduzione dei sintomi legati alla riesperienza, come memorie intrusive, incubi e falashback. Sono stati riscontrati miglioramenti anche per quanto riguarda l'insonnia. Non sono invece emersi miglioramenti significativi nell'evitamento/torpore, nell'iperarousal e dai sintomi di ansia/panico determinati dal PTSD.

❖ *Gli antidepressivi triciclici (TCAs)*

Anche il trattamento TCAs sembra avere effetti positivi nel miglioramento dei sintomi legati alla ri-esperienza e dei sintomi evitanti, ma non ai livelli del trattamento MAOIs. Inoltre, questo tipo di trattamento ha maggiori controindicazioni.

❖ *Le benzodiazepine*

I pazienti trattati con benzodiazepine dimostrano una riduzione dell'insonnia, dell'ansia e dell'irritabilità, ma non mostrano significativi miglioramenti nei sintomi di riesperienza, di evitamento o di torpore. Inoltre, questo tipo di trattamento non può essere somministrato ai pazienti con dipendenza da alcol o da droghe. Questo tipo di trattamento non sembra dunque uno dei migliori per curare il PTSD.

❖ *Gli anticonvulsivi*

Questo tipo di trattamento ha un'azione rilassante. La carbamazepina sembra ridurre i sintomi di ri-esperienza e d'arousal, mentre la valproate sembra produrre una riduzione nei sintomi d'evitamento/torpore e d'arousal (Friedman & Southwick, 1995).

❖ *Gli antipsicotici*

Attualmente questo tipo di trattamento si effettua solo su quei pazienti che non hanno risposto positivamente agli altri tipi di trattamento e che presentano sintomi psicotici. Alcuni studi di Dillard, Bendfeldt & Jernigan (1993) e Hamner (1996) mostrano come pazienti che presentano sintomi come paranoia/ipervigilanza, aggressività, isolamento sociale, allucinazioni legate al trauma e che sono refrattari ai trattamenti di SSRIs, antiadrenergici e altri trattamenti descritti precedentemente sono in grado di rispondere agli agenti antipsicotici come la tioridazina e la clozapina.

8.13) Il Debriefing Psicologico (PD)

Il PD è largamente usato per il trattamento dei maggiori eventi traumatici. Il PD viene inizialmente considerato come un intervento di gruppo, parte di un approccio sistematico e complesso per gestire le situazioni traumatiche (Mitchell and Everly, 1995). Questi autori, infatti, considerano il PD un intervento semistrutturato in una situazione di crisi con lo scopo di prevenire o ridurre indesiderate conseguenze psicologiche dell'evento traumatico, promuovendo il processamento emozionale attraverso la normalizzazione delle reazioni e la preparazione alle esperienze future. L'obiettivo di questo trattamento è di prendere in considerazione le impressioni e le

reazioni del qui ed ora della vittima, poco dopo l'evento traumatico. In quest'approccio, viene evitato ogni tipo d'etichettamento e si fa invece leva sull'idea che sono persone normali, che hanno vissuto un'esperienza anormale.

Dyregrow (1998) ha descritto il PD suddividendolo in sette fasi:

1. Introduzione

Colui che conduce la seduta spiega che lo scopo dell'incontro è di considerare, discutere le reazioni al trauma dei partecipanti e cercare di individuare i metodi per prevenire eventuali problemi futuri. Ci sono tre regole principali in questa fase. La prima riguarda i partecipanti, i quali non hanno alcun obbligo di parlare, tranne che per mostrare il motivo per cui sono lì e qual è la loro implicazione nell'evento traumatico. La seconda regola riguarda la confidenza, che viene enfatizzata all'interno del gruppo e i membri s'impegnano a non divulgarla all'esterno. Infine, il focus della discussione è sulle impressioni e reazioni dei partecipanti.

2. Aspettative e i fatti

L'esperienza traumatica viene raccontata nei minimi dettagli senza focalizzarsi su pensieri, impressioni e reazioni emotive. I partecipanti sono incoraggiati a raccontare le loro aspettative: si aspettavano quello che è accaduto? Questa domanda permette di focalizzare gli individui sulle loro esperienze, al momento dell'evento traumatico e può aiutarli a capire perché hanno reagito in quel determinato modo. Questo è particolarmente importante in certe situazioni, per esempio, con i bambini maltrattati che possono ingigantire l'intensità di una situazione traumatica.

3. Pensieri e impressioni

Dopo che sono stati descritti i fatti, vengono elicitati pensieri e impressioni da alcune domande come ad esempio: "Quali sono stati i tuoi pensieri quando hai realizzato che eri stato ferito? Che cosa hai fatto?". Queste informazioni sono molto importanti per costruire un quadro di ciò che è accaduto, per mettere le reazioni individuali in una prospettiva e, infine, per aiutare a fare un'integrazione delle esperienze traumatiche. Per riprodurre in modo più verosimile l'evento traumatico viene chiesto di esprimere anche le impressioni sensoriali.

4. Reazioni emotive

Questa di solito è la fase più lunga del PD. La prima domanda riguarda i pensieri e le impressioni. Il conduttore della seduta cerca di aiutare le persone ad abbandonarsi alle

proprie emozioni con domande riguardanti le reazioni più frequenti durante il trauma, come paura, frustrazione, impotenza, rabbia, colpa, ansia e depressione.

5. Normalizzazione

Dopo che le reazioni emotive sono state espresse il conduttore cerca di facilitare la loro accettazione, sottolineando che queste emozioni sono assolutamente normali e comprensibili. Se si tratta di un gruppo queste emozioni vengono condivise. Inoltre, il conduttore descrive i sintomi più comuni che possono sperimentare in futuro: pensieri e immagini intrusivi, reazioni di stress quando si ricorda ciò che è successo, sforzi per evitare pensieri e sensazioni, distacco dagli altri, perdita d'interesse riguardo cose che una volta si facevano volentieri, umore ansioso e depresso, disturbi del sonno, incubi, irritabilità, vergogna, colpa, rabbia, ipervigilanza e reazioni di trasalimento.

6. Programmazioni future/coping

Questa fase permette al conduttore di focalizzarsi su come trattare i sintomi, che potrebbero insorgere e tentare di mobilitare i meccanismi di supporto interno (meccanismi di coping) ed esterno (famiglia e amici). L'enfasi è sull'importanza di discutere le proprie sensazioni con la famiglia e gli amici.

7. Disimpegno

Vengono distribuiti opuscoli riguardo le normali reazioni e come far fronte ad esse.

Ai partecipanti viene consigliato di cercare futuri supporti terapeutici se i sintomi psicologici non diminuiscono entro 4-6 settimane o se aumentano, se è in corso la perdita di funzioni o difficoltà a livello familiare od occupazionale, se subentrano altri cambiamenti nella propria personalità.

Questo è un tipo di PD, ma ce n'è un'infinita varietà, ognuno con caratteristiche diverse. Recentemente il PD è stato anche utilizzato come un intervento singolo, che prevedeva cioè un singolo incontro e individuale.

E' stato dimostrato che un singolo intervento di PD non può prevenire lo sviluppo di difficoltà psicologiche legate al trauma, ma comunque viene considerato un buon intervento.

Il Debriefing è particolarmente indicato per vittime di traumi, sopravvissuti, coloro che hanno prestato il primo soccorso in situazioni raccapriccianti.

Sono emerse però anche parecchie critiche a proposito del trattamento PD. Alcuni hanno ipotizzato che l'intensa ri-esposizione può ri-traumatizzare alcuni soggetti che

non hanno avuto a disposizione un adeguato lasso di tempo per “metabolizzare” il trauma. Altri sostengono la pericolosità di raccontare in pubblico la propria esperienza traumatica e la pericolosità di ascoltare altri racconti traumatici che potrebbero portare alla ri-sensibilizzazione.

8.14) Il Ricovero come terapia

Storicamente la correlazione tra esperienze traumatiche e le seguenti difficoltà psichiatriche, per molto tempo, non sono state riconosciute. Alcuni studi (Kessler, Sonnega, Broment, Hughes, Nelson -1995) hanno dimostrato che soggetti con PTSD sviluppano tre o più disturbi psichiatrici almeno otto volte più frequentemente degli altri. Nonostante questo, i lavoratori nel campo della salute mentale non hanno una preparazione specifica per il trattamento delle reazioni post-traumatiche ed è per questo che molto spesso questi professionisti non sono in grado di identificare l’eziologia traumatica nelle condizioni cliniche del paziente.

Negli anni '70 e '80 si sono sviluppate unità speciali per il trattamento di pazienti ospedalizzati con PTSD attorno ad una nuova filosofia di trattamento, in cui il paziente non è visto come patologico, ma come una persona con una normale risposta ad uno stress anormale, costruendo col paziente una cornice cognitiva coerente per comprendere le conseguenze generali e le risposte psicopatologiche che originano dall’esperienza traumatica.

Molti programmi basati sul trauma sono di medio- lungo termine (mediamente 30 giorni per i pazienti negli ospedali e 90 giorni o più per i veterani di guerra), dopodiché c’è il trattamento di gruppo e quello individuale che si focalizza specificatamente sull’esperienza traumatica passata. In aggiunta, sono previste altre terapie riabilitative, familiari e ambientali.

Questo tipo di trattamento prevede diversi elementi. Innanzitutto, il riconoscimento che i sintomi associati al PTSD cronico sono complicati, in comorbilità con altre condizioni psichiatriche. E’ un trattamento che dà primaria importanza all’esperienza traumatica.

In secondo luogo, c’è uno sviluppo dei modelli di trattamento che sono più orientati verso altre questioni, rispetto alla traumatizzazione e i sintomi del PTSD, comprendenti le relazioni oggettuali e le questioni relative all’attaccamento.

Lo sviluppo di un trattamento post-traumatico *phase-oriented* è progressivo e sequenziale. In questo modello viene data la priorità alla gestione della crisi e alla sua risoluzione, all'educazione del paziente riguardo al trauma e la risposta umana al trauma, all'educazione e alla costruzione della competenze per l'autogestione di sintomi, alla stabilizzazione di sintomi e alla psicofarmacologia. L'obiettivo di lavorare sulle memorie traumatiche è di solito perseguito quando i sintomi post-traumatici continuano senza diminuire e/o quando la mancanza di risoluzione contribuisce alla difficoltà del paziente di stabilire e mantenere una salvezza personale. Nel modello *phase-oriented* un severo scompenso e/o il rischio di un imminente danno verso gli altri o proveniente dagli altri sono le principali ragioni per intraprendere il trattamento dei pazienti ospedalizzati.

Un trattamento specifico include:

1. un assessment generale;
2. la riduzione dei sintomi di PTSD (intrusività, torpore/dissociazione, iperarousal);
3. la riduzione d'altri sintomi legati al PTSD che possono comunque interferire con il benessere della persona;
4. l'identificazione e la stabilizzazione di condizioni di comorbidità e di sintomi;
5. la stabilizzazione e/o la soluzione di rischi di suicidio, d'impulsi omicidi o di qualsiasi altra situazione di crisi;
6. il miglioramento di difficoltà legate alla personalità;
7. la risoluzione di difficoltà sociali causate da una problematicità a livello interpersonale;
8. il miglioramento del funzionamento e la riduzione dei principali sintomi;
9. il miglioramento di specifiche aree di disagio;
10. l'adempimento dei programmi e la prevenzione di ricadute.

Attualmente la maggior parte dei trattamenti hanno una lunghezza moderata che varia dalle due alle sei settimane. Alcune osservazioni cliniche hanno dimostrato che i trattamenti dalla durata media (4-6 settimane) sono più efficaci sia di quelli molto corti (al massimo due settimane) sia di quelli molto lunghi (più di sei settimane). I programmi dalla durata molto breve sono normalmente *crisis-oriented*, cioè mirano a ridurre gli effetti imminenti prodotti dalla crisi e lavorano con l'obiettivo di ridurre il

livello di sofferenza acuta del paziente attraverso l'uso d'interventi di crisi, terapia intensiva, psicofarmacologia insieme ad un'educazione mirata, al problem-solving e a programmi di salvezza. Ovviamente, i trattamenti a lungo termine hanno obiettivi più ambiziosi: migliorare le competenze personali, il funzionamento personale, familiare, sociale, risolvere i sintomi psichiatrici, risolvere cognizioni e credenze disfunzionali o irrazionali associati al trauma.

L'ospedalizzazione è controindicata se il paziente soffre di psicosi o di significative menomazioni personali e/o sociali. Nemmeno i soggetti con intenti suicidari, che abusano di sostanze o che presentano Disturbi Alimentari sono buoni candidati per questo tipo di trattamento. E' importante valutare l'abilità e la disponibilità dei soggetti a partecipare volontariamente a questo trattamento. Molti programmi di questo tipo prevedono una parziale ospedalizzazione, programmi di trattamento giornaliero, programmi di riabilitazione residenziale e un trattamento intensivo dei soggetti non ricoverati al fine di dare una continuità alle cure e una sicurezza definitiva a questi pazienti.

Negli ultimi dieci anni è stato pubblicato un gran numero di descrizioni di programmi di pazienti con PTSD ricoverati. Diversi studi sottolineano la novità e la rarità di questo trattamento che lo distingue da tutti gli altri tipi. Questo modello di trattamento multimodale è sostenuto da un team multidisciplinare (psichiatri, infermieri, psicologi, operatori sociali, counselors, arte terapeuti). In questi programmi sono fatti molti sforzi per fornire un luogo terapeutico che sia fisicamente ed emotivamente sicuro. Sono state poste delle aspettative molto chiare nei confronti dei pazienti e dei loro comportamenti. Gli atti di violenza verso se stessi o verso gli altri non sono ammessi. Se si dovessero verificare delle violazioni nel setting terapeutico queste devono essere fermate per tempo e con ferma decisione, per non compromettere l'equilibrio del gruppo e del team terapeutico. I pazienti devono assumersi le loro responsabilità riguardo i loro comportamenti e devono cercare di sostituire le esperienze compulsive e autodistruttive con abilità di coping più sofisticate. Inoltre, in questi programmi si lavora sulla sicurezza sociale. Ai pazienti vengono spiegati i comportamenti sociali disfunzionali che sono considerati associati alla traumatizzazione (difficoltà d'interazione, i ruoli di vittima, vittimizzatore, soccorritore, spettatore) e vengono insegnati loro nuovi modi, più assertivi e funzionali di interagire con gli altri.

In sintesi, possiamo affermare che la struttura di tale programma è la seguente: l'ambiente scelto è sicuro, non autoritario, è rispettoso del paziente, incoraggia il miglioramento personale e la responsabilità comune, un trattamento collaborativo e un'aperta comunicazione da paziente a paziente e da paziente allo staff. In alcuni programmi i membri dello staff sono essi stessi sopravvissuti a traumi e questo dà maggiore credibilità ai pazienti che si sentono maggiormente compresi.

Possiamo affermare che il trattamento dei pazienti ospedalizzati è una parte di vitale importanza all'interno di un continuum di cure più complesso e articolato. Il trattamento di questi pazienti è visto come una "meta-terapia". Il trattamento dei pazienti con PTSD ospedalizzati integra una prospettiva post-traumatica con varie modalità terapeutiche che si sono dimostrate efficaci in un trattamento pianificato condotto in un ambiente protetto. La complessa natura di questo trattamento può dare l'opportunità ai pazienti con PTSD di acquisire nuove conoscenze e nuove abilità.

8.15) La Riabilitazione Psicosociale

Le tecniche di Riabilitazione Psicosociale sono particolarmente indicate per il trattamento di Disturbi Post-traumatici da Stress negli adulti.

I servizi di Riabilitazione Psicosociale si basano su tecniche e interventi per persone con gravi disturbi mentali. Questi servizi definiscono la Riabilitazione Psicosociale come una serie d'interventi aventi lo scopo di migliorare le competenze nella vita quotidiana delle persone, promuovere un'interazione sociale con la famiglia e con gli amici, evitare la sofferenza e promuovere il benessere, incluso il trattamento di dipendenza da sostanze.

Prenderemo qui in considerazione sette modelli di Riabilitazione Psicosociale comunemente usati nel trattamento di persone con un grave disturbo mentale causato dal PTSD.

1. Servizi di riabilitazione per la salute fisica e per l'educazione psicosociale

Quando il clinico e il cliente giungono alla conclusione che quest'ultimo sia sufficientemente stabile e disponibile, il clinico indirizza il paziente verso i servizi di Riabilitazione Psicosociale, i quali provvedono a fare una diagnosi del disturbo, comunicare informazioni circa la cura del PTSD (scopi, benefici, rischi), comunicare

informazioni riguardo altre Terapie Psicosociali e Comportamentali, fare dei programmi di socializzazione (social skills training).

Le tecniche d'educazione alla salute fisica possono essere aggiunte al programma di trattamento quando terapeuta e paziente concludono che quest'ultimo continua ad assumere comportamenti ad alto rischio (come abuso di sostanze) e quando si ritiene che il paziente sia in grado di partecipare ad un processo d'educazione, che fornisca un training all'evitamento del danno e alla promozione di comportamenti che mirano al benessere della persona.

2. Tecniche di self-care e d'abilità riguardanti l'indipendenza

Quando il clinico e il cliente concludono che quest'ultimo è deficitario rispetto alla capacità di prendersi cura di sé o non possiede le adeguate capacità per condurre una vita autonoma in casa o in comunità può essere preso in considerazione questo tipo di tecnica. I clienti hanno identificato i problemi e i conseguenti obiettivi da raggiungere: la cura personale e l'igiene, la gestione dei soldi, la voglia di fare shopping e di cucinare, la capacità di utilizzare i mezzi di trasporto.

3. Tecniche di supporto domiciliare

Durante il corso del trattamento è probabile che il clinico e il paziente si rendano conto che quest'ultimo ha problemi rispetto all'ambiente in cui vive. Questi problemi possono essere molteplici: il cliente può essere senza una casa o può avere difficoltà a trovare un posto stabile e sicuro per abitare oppure può essere totalmente insoddisfatto della sua abitazione attuale. Frequentemente l'incapacità di mantenere un domicilio è determinata dai sintomi del PTSD (i sintomi d'evitamento che producono interferenze con la socializzazione).

4. Tecniche di riabilitazione sociale per il supporto familiare

Molto spesso i clinici che trattano pazienti con PTSD scoprono che un cliente riporta, come un problema non di poco conto, le difficoltà relative alle relazioni familiari. Le Tecniche Psicoeducative, per migliorare il supporto familiare, sono attuate con i pazienti che sono coscienti del problema, sono d'accordo con il coinvolgimento familiare e concedono al clinico il permesso di contattare i membri della famiglia per ottenere il loro consenso a partecipare. Una volta ottenuto il consenso di tutti possono essere applicate diverse tecniche, dai moduli psico-educativi per informare la famiglia del paziente circa il PTSD, alle tecniche per coinvolgere la famiglia più direttamente nel

trattamento. Ovviamente, una gravissima controindicazione sussiste se uno o più membri della famiglia sono i perpetratori e il paziente è stato traumatizzato proprio dai suoi familiari. In questo caso, è necessario un intervento terapeutico, come una terapia familiare, con personale altamente qualificato ed esperto.

5. Il training alle abilità sociali

Quando sia il terapeuta sia il paziente ritengono che i sintomi associati al PTSD gli causino un isolamento dagli altri e l'evitamento d'interazioni sociali potenzialmente soddisfacenti, dovrebbe essere preso in considerazione il training alle abilità sociali. I tipi d'intervento prevedono discussioni in gruppi di supporto per migliorare la socializzazione, la gestione dei sintomi, gruppi ricreativi, gruppi di problem-solving. Dimostrata l'efficacia di queste tecniche nel ridurre l'isolamento sociale di persone con gravi disturbi mentali come la Schizofrenia, tecniche simili sono state adattate anche ai pazienti con PTSD.

6. Tecniche di riabilitazione vocazionale

Le Tecniche di Riabilitazione Vocazionale possono essere concettualizzate come graduate lungo un continuum di riabilitazione, che procede da un gruppo di lavoro in un setting altamente strutturato ad un lavoro transizionale, creato appositamente per le persone in fase di riabilitazione. La finalità è di iniziare o incrementare un lavoro di responsabilizzazione in ospedale, per arrivare ad un più complesso impiego (supportato) in cui i pazienti sono assegnati a lavori di competizione con stipendi competitivi e provvisti di uno speciale supporto per rimanere al lavoro. Questo tipo di tecniche può essere prontamente adatto per correggere non solo il danneggiamento sociale e vocazionale associato al PTSD, ma anche ai primi sintomi di tale disturbo. La riabilitazione vocazionale richiede che le persone con PTSD siano coinvolte in attività produttive, solitamente retribuite, con la finalità di offrire al paziente la possibilità di riguadagnare la padronanza almeno dell'ambiente lavorativo. Alcuni programmi di lavoro cercano di ridurre l'evitamento sociale enfatizzando la condivisione e le attività di gruppo.

7. Case Management

Il *Case Management* è indicato quando è evidente che la persona con PTSD non può individuare, né usufruire dei servizi (come un supporto nell'impiego, nell'abitazione, nell'educazione, un training delle abilità sociali, i servizi d'educazione familiare).

Questa tecnica è anche indicata quando il paziente è sottoposto a frequenti ospedalizzazioni, in quanto non segue il trattamento previsto, non usufruisce dei servizi o non è in grado di gestire la complessità di ricevere l'offerta di diversi servizi provenienti da diverse agenzie.

Il *Case Management* può variare da un semplice caso, limitato a collegare il cliente che ne ha bisogno con i servizi, ad un caso più complesso, in cui un clinico ben preparato insegna al cliente, a casa sua, le competenze per la riabilitazione psicosociale.

Sono stati condotti molti studi che validano empiricamente il *Case Management* su persone con disturbi mentali severi e su pazienti con Sindrome Post-traumatica da Stress. I risultati sostengono che sia più efficace il *Case Management* intensivo rispetto a quello semplice. Questo tipo di tecnica riduce l'ospedalizzazione per le persone affette da sintomi gravi. Inoltre, fornisce una maggiore stabilità per quanto concerne l'abitazione e sembra anche migliorare il funzionamento sociale.

8.16) L'Ipnosi

Il fenomeno ipnotico è descritto da secoli, ma lo sviluppo sistematico di tale fenomeno, da un punto di vista clinico e di ricerca, incomincia dal XIX secolo. Nel campo della sintomatologia post-traumatica le Tecniche Ipnotiche sono state usate per il trattamento psicologico delle Nevrosi Traumatiche, delle Nevrosi da Combattimento e, recentemente, dei sintomi di PTSD e la sintomatologia dissociativa.

L'Ipnosi è stata definita come una procedura durante la quale un professionista suggerisce al paziente di cambiare le sensazioni, le percezioni, i pensieri o i comportamenti. Il contesto ipnotico è generalmente stabilito da una procedura d'introduzione (Kirsch, 1994). La procedura ipnotica può portare ad uno stato di concentrazione focalizzata, con una relativa sospensione della consapevolezza periferica e ad un'accresciuta sensibilità per le suggestioni.

La tecnica

L'Ipnosi consiste nel concentrarsi su comportamenti ed esperienze proposte dal terapeuta. Secondo l'Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility (Shor & Orne, 1962), l'introduzione prevede un primo stadio in cui si stabilisce il rapporto e si spiega brevemente la procedura ipnotica. Dopodiché il terapeuta conta da 1 a 20 per

approfondire l'esperienza ipnotica. Lo stadio seguente consiste nel dare una specifica suggestione d'altre situazioni, comportamenti, cognizioni. L'Hypnotic Induction Profile (HIP) richiede circa un minuto e consiste nel movimento degli occhi verso l'alto, chiudendoli molto lentamente, facendo un respiro profondo, sperimentando una situazione di fluttuazione.

Sempre Kirsch rileva che l'Ipnosi non è un tipo di terapia come può essere la Psicoanalisi o quella Comportamentale; è invece una procedura che può essere usata per facilitare la terapia.

La letteratura contiene solo un caso di Terapia Ipnotica con pazienti affetti da PTSD che sia stato validato e controllato (Brom, Kleber, & Defares, 1989). Questo studio dimostra che l'Ipnosi diminuisce significativamente l'intrusione e i sintomi d'evitamento.

Le Tecniche Ipnotiche possono essere facilmente integrate con diversi approcci al trattamento delle sindromi di PTSD. Queste tecniche possono essere utilizzate nei seguenti modi:

- ❖ Nella fase iniziale l'Ipnosi può essere utilizzata per stabilizzare il paziente, fornendogli tecniche per aumentare il rilassamento e per indurre uno stato di calma al di fuori del contesto terapeutico. Suggestioni più specifiche possono essere usate, ad esempio, per aumentare la forza dell'Io, per dare un senso di sicurezza, per contenere le memorie traumatiche e per ridurre, o almeno controllare meglio, sintomi quali ansia e incubi. Inoltre, l'Ipnosi può essere utilizzata poiché rafforza la relazione paziente-terapeuta, che può poi essere impiegata per scopi terapeutici.
- ❖ In secondo luogo, le Tecniche Ipnotiche possono essere usate per aiutare l'andamento, per controllare l'investigazione, l'integrazione e la risoluzione delle memorie traumatiche. In questo contesto, il paziente impara a modulare la distanza emotiva e cognitiva dal materiale traumatico e integrare meglio le memorie traumatiche.
- ❖ Infine, l'obiettivo del terzo stadio prevede il raggiungimento di un'integrazione maggiormente adattiva dell'esperienza traumatica nella vita del paziente, mantenendo delle risposte di coping maggiormente adeguate, promuovendo uno sviluppo personale.

Le Tecniche Ipnotiche possono essere d'aiuto nel fornire strategie per focalizzare intenzionalmente l'attenzione o spostarla se necessario.

Fase 1: stabilizzazione e riduzione dei sintomi

In questa fase, l'obiettivo è di stabilizzare e alleviare i sintomi del paziente e aumentare la padronanza di sé. La suggestione ipnotica può essere usata per indurre rilassatezza, in modo tale che i pazienti sono in grado di esperire uno stato di calma e di serenità e imparare a mantenere questo stato anche fuori dal contesto terapeutico. Suggestioni specifiche possono essere indirizzate a sintomi associati al PTSD, compresi l'ansia, il dolore fisico, lo sconforto e i disturbi del sonno.

Fase 2: trattamento delle memorie traumatiche

Dopo avere costruito una buon'alleanza terapeutica, si lavora sulle memorie traumatiche. Bisogna però tenere in considerazione che, esporre i pazienti a stimoli o ricordi traumatici, richiede un'attenzione particolare. Coloro che usano questa tecnica devono tenere presente che i soggetti con PTSD sono altamente ipnotizzabili; il terapeuta deve dunque evitare domande suggestive o fuorvianti o commenti che elicitano nuove informazioni. Allo stesso tempo, i pazienti devono essere aiutati a raggiungere un processamento controllato dei ricordi mantenendo uno stato di sicurezza. Un adeguato recupero ipnotico dei ricordi riguarda l'uso di tecniche, che promuovono livelli fisici di rilassatezza e un senso di controllo cognitivo ed emotivo. L'Ipnosi, dunque, può essere utilizzata per facilitare il lavoro terapeutico delle memorie traumatiche. Poiché queste producono sensazioni d'impotenza, il paziente può attribuirsi suggestioni e immagini appropriate, al fine di generare esperienze di forza del Sé, protezione e competenza.

Questa fase comprende diverse tecniche:

- *Rilassamento*: si usa per facilitare il lavoro successivo.
- *Tecniche proiettive*: in questa tecnica, il paziente proietta immagini, sensazioni e pensieri lontano da sé in uno schermo immaginario. Queste tecniche sembrano facilitare il processo di separazione dei ricordi da sensazioni fisiche di dolore.
- *Ristrutturazione*: al paziente è chiesto di dividere ipoteticamente in due lo schermo e di proiettare nella parte sinistra le immagini del materiale su cui i

pazienti vorrebbero lavorare, ad esempio, le memorie del trauma, mentre sulla parte destra dovrebbero immaginare qualcosa che hanno fatto al fine di proteggere qualcun altro. L'obiettivo è di facilitare la ristrutturazione delle memorie traumatiche per renderle più sopportabili.

- *Regressione del tempo*: il terapeuta suggerisce al paziente di andare indietro nel tempo ad un Sé precedente. Questa procedura può aiutare il paziente a comprendere l'origine di una lunga e dimenticata sintomatologia fisica. Questo potrebbe aiutare a ricordare le memorie dissociate.
- *Affect bridge*: questa tecnica è particolarmente utile quando i pazienti presentano sintomi fobici. Dopo aver raggiunto uno stato di rilassatezza fisica ed emotiva al paziente è suggerito di ritornare al momento in cui hanno provato per la prima volta sensazioni negative, come, ad esempio, essere impauriti. Gli individui altamente ipnotizzabili, spesso, rispondono narrando le esperienze passate associate con le sensazioni di paura attuali e il terapeuta può aiutare i pazienti a capire tali associazioni rispetto alle attuali risposte inappropriate, come le fobie.
- *Contenimento della memoria immaginaria*: in questa tecnica le immagini sono usate per contenere le parti delle memorie irrisolte fino a che il paziente è in grado di compiere un lavoro successivo.

Fase 3: la riabilitazione e la reintegrazione della personalità

La terza fase ha come obiettivo principale quello di mantenere i risultati ottenuti nelle due precedenti fasi, raggiungendo l'integrazione dell'evento traumatico in un senso adattivo del Sé e del mondo, aumentando lo sviluppo personale e relazionale.

Il modello eight-process per trattare il PTSD

1. *Il confronto*: è importante confrontare i ricordi traumatici direttamente, invece di evitarli.
2. *La confessione*: è importante permettere al paziente di sfogarsi riguardo fatti ed emozioni imbarazzanti o dolorosi.
3. *Consolazione*: il terapeuta deve essere sufficientemente empatico, per fornire un appropriato supporto per le esperienze dolorose portate dal paziente.

4. *Esperienza consapevole*: il terapeuta deve essere in grado di rendere più consapevoli quegli aspetti del trauma che il paziente può avere dissociato.
5. *Condensazione*: è importante trovare un'immagine che condensi un aspetto cruciale dell'esperienza traumatica, poiché permette di dare a quest'esperienza una forma concreta e quindi più facilmente gestibile.
6. *Concentrazione*: un'intensa concentrazione permette di contenere l'effetto delle esperienze traumatiche.
7. *Controllo*: questa procedura permette al paziente di avere un forte senso di controllo e padronanza.
8. *Congruenza*: l'obiettivo è di raggiungere una buona integrazione dei ricordi, dell'immagine di sé, del senso del mondo. Con questa tecnica il paziente crea un'immagine del tipo di persona che spera di diventare in futuro, facilitando l'integrazione tra il vecchio Sé e il Sé emergente. Altri obiettivi sono di eliminare le reazioni dissociative e promuovere lo sviluppo di un senso di reintegrazione in una vita sana e normale.

Ci sono delle evidenze empiriche che sottolineano l'efficacia delle Tecniche Ipnotiche per il trattamento del PTSD, ma, prima di intraprendere questa procedura, bisogna dissipare le false credenze circa la natura dell'Ipnosi; a tal fine, sarebbe raccomandabile un questionario che valuti le credenze e le convinzioni del paziente sull'Ipnosi. Brom e colleghi sottolineano l'importanza dell'Ipnosi nel trattamento del PTSD. Tuttavia, la tecnica ipnotica non è esente da alcune controindicazioni. In alcuni casi i pazienti sono refrattari alla tecnica ipnotica, altri sono riluttanti per motivi religiosi o per altre ragioni, altri possono porre delle resistenze magari per dei preconcetti. In tutti questi casi, dunque, è meglio non applicare questa tecnica.

8.17) La Terapia Familiare e di Coppia

Questa terapia nasce sia dalla constatazione di molti clinici dell'importante ruolo che hanno le relazioni familiari e di coppia nell'affrontare gli eventi traumatici, sia dalla constatazione che l'evento traumatico e i suoi effetti possono colpire anche le famiglie e i partners delle persone direttamente esposte al trauma.

Questo tipo d'intervento si focalizza sia sul disturbo risultante dall'esposizione al trauma, sia dalla manifestazione post-traumatica dei sintomi di ciascun membro della famiglia. L'intervento deve focalizzarsi più sulla diminuzione dell'angoscia all'interno della relazione o della famiglia, che sulla riduzione di un particolare sintomo individuale.

Nel caso di esperienze traumatiche, il partner o la famiglia rappresentano una fonte importante di supporto sociale ed è per questo che tali trattamenti si pongono l'obiettivo di migliorare il supporto che la famiglia può fornire al paziente. Essi si basano su approcci educativi e su training di competenze.

I trattamenti sistemici si focalizzano sulla famiglia o sulle relazioni delle persone che presentano il disturbo; al contrario, i trattamenti di supporto si focalizzano sui sintomi dell'individuo che ha esperito il trauma.

Approcci trattamentali sistemici

Ci sono casi in cui il trauma è esperito dall'intera famiglia (disastri naturali, incidenti stradali, omicidio di un membro della famiglia). In altri casi, invece, il trauma è esperito solo da un componente, ma, è stato empiricamente dimostrato, che l'effetto del trauma si estende su tutta la famiglia.

Per definizione, questo tipo di trattamento è basato sulle risposte del sistema familiare all'evento traumatico, piuttosto che sul trattamento sintomatico del singolo individuo. I risultati sono valutati in base al miglioramento del funzionamento familiare, in primis in base al miglioramento della comunicazione e la riduzione del conflitto. Sono quindi proposti due tipi di strategie: la prima è una Terapia Familiare, basata sulla riduzione del conflitto e la promozione della comunicazione e una Terapia di Coppia basata sull'aiuto alla comunicazione diadica, riducendo il conflitto tra i partners.

Approcci trattamentali supportivi

Il primo sostegno fornito ad una coppia o ad una famiglia per la Terapia Supportiva è il riconoscimento che queste persone sono indispensabili per il supporto sociale della persona traumatizzata.

La descrizione più dettagliata riguardo la Terapia Supportiva di coppia in caso di trauma è quella del "Programma Koach", sviluppato in Israele (Solomon, Bleich, Shoham,

Nardi, & Kotler, 1992a). Questo progetto prevede un trattamento abbastanza lungo e complesso con una varietà di approcci terapeutici. La parte interessante riguarda il coinvolgimento nel trattamento delle mogli dei veterani. Queste erano invitate a frequentare due sessioni prima dell'inizio del trattamento dei loro mariti. Nella prima sessione, alle mogli era permesso discutere circa le difficoltà che hanno riscontrato in seguito alla sintomatologia post-traumatica dei coniugi. La seconda sessione prevedeva una discussione sui sintomi post-traumatici e l'informazione sugli aspetti comportamentali e cognitivi relativi ai sintomi di PTSD. Durante la prima settimana di trattamento, le mogli erano invitate ad un lavoro di gruppo, in cui le abilità cognitive di coping erano usate per rinforzare il comportamento positivo del marito e venivano insegnate le abilità comunicative. Durante la seconda settimana, le mogli e il resto della famiglia partecipavano all'incontro per il quale i veterani si erano impegnati ad organizzare attività ricreative. Nelle ultime due settimane, i veterani e le loro consorti partecipano a gruppi formati da tre coppie allo scopo di condividere problemi comuni, migliorando la comunicazione e le capacità di problem-solving e incoraggiando i veterani a considerare la partner come risorsa di supporto. Anche per questo trattamento l'efficacia non è stata provata.

Interventi familiari

La prima descrizione dettagliata di una Terapia Familiare Sistemica con i sopravvissuti ad un trauma appartiene a Figley (1983,1985,1986,1988,1989,1995). Questo programma ha come obiettivo quello di potenziare la famiglia per imparare dalla loro dura prova e per essere più preparati a fronteggiare le future avversità. Il terapeuta lavora per promuovere quelle competenze che possono condurre ad un effettivo scambio di informazioni, al problem-solving e alla risoluzione del conflitto.

Figley distingue 5 fasi di Terapia Familiare con le famiglie traumatizzate:

1. l'impegno verso gli obiettivi terapeutici;
2. l'inquadramento del problema;
3. il re-inquadramento del problema;
4. lo sviluppo di una teoria adeguata;
5. la chiusura e la disponibilità.

Questa terapia è relativamente breve e il terapeuta svolge il ruolo principale di facilitatore, incoraggiando i membri della famiglia a sviluppare e definire le proprie competenze per entrare in contatto con la situazione traumatica. Il successo di questa terapia è misurata, non solo col miglioramento del funzionamento attuale della famiglia, ma anche nella capacità della stessa di far fronte adeguatamente anche alle difficoltà future.

La prima fase prevede la costruzione del rapporto di fiducia tra paziente e terapeuta. La seconda fase punta sull'identificazione delle difficoltà familiari in relazione al trauma. Di seguito, il terapeuta lavora per aumentare le abilità di supporto e di comunicazione, per favorire lo scambio delle idee e una maggiore apertura. La famiglia poi lavora sui ricordi associati al trauma. I membri della famiglia sono tenuti a condividere le loro reazioni per cominciare a sviluppare una visione comune del trauma. Infine, le prospettive individuali vengono messe insieme per formare una teoria unica, in modo tale che tutti possano essere d'accordo su ciò che è successo e su come affrontare un simile evento in futuro.

E' consigliato affiancare questa tecnica ad altre tecniche più incentrate sui sintomi del PTSD.

Sono stati in seguito sviluppati molti altri approcci con caratteristiche differenti, pur mantenendo intatti i punti principali.

Interventi di coppia

Anche per questa tecnica sono stati proposti diversi interventi, ma attualmente, solo due sono stati pubblicati dettagliatamente: uno è lo studio di Johnson, Feldman, & Lubin (1995), l'altro è quello di Johnson (1996); Johnson & Williams-Keeler (1998).

Il primo presenta un approccio trattamentale che si focalizza sui pattern di interazione di coppia, che normalmente sussistono tra le famiglie dei veterani del Vietnam. Johnson e colleghi hanno scoperto che le famiglie di questi assumevano un pattern di comportamenti che gli autori hanno definito "interazioni critiche". L'interazione è un conflitto ripetuto che è associato ai ricordi traumatici. Le interazioni critiche sono definite come una sequenza di eventi. In particolare, il conflitto di coppia aumenta le emozioni stressanti e porta i veterani a focalizzare la loro attenzione su un parallelo

evento del Vietnam. Le sensazioni più comuni tra i partners sono: rabbia, paura, impotenza. Il trattamento prevede i seguenti scopi:

1. discutere con la coppia a proposito dei loro processi interattivi;
2. far notare la connessione con l'esperienza traumatica dei veterani;
3. permettere al veterano e alla sua compagna di non incolpare gli altri;
4. promuovere il problem-solving e la comunicazione.

Attualmente non c'è nessuno studio che esamini l'efficacia di tale approccio terapeutico. Questo tipo di trattamento sembra particolarmente concentrarsi sul disturbo associato ai sintomi post-traumatici.

Il secondo studio rappresenta un tentativo di applicare un programma di trattamento per approfondire i disturbi di coppia nelle situazioni in cui un membro della coppia ha esperito un trauma. La tecnica applicata è quella della Terapia di Coppia focalizzata sulle emozioni (EFT). Il trattamento è abbastanza breve (12-20 sessioni) e focalizzato sul riprocessamento delle risposte emozionali che organizzano il comportamento di attaccamento.

L'EFT è stata suddivisa in 9 fasi: le prime quattro rappresentano la fase di stabilizzazione del trattamento (assessment, identificazione dei pattern di interazione, identificazione delle sensazioni latenti, etichettamento delle interazioni negative come problema). Le fasi 5, 6 e 7 riflettono lo stadio di costruzione delle capacità durante il trattamento dei sopravvissuti al trauma (riconoscere la paura nelle relazioni, l'accettazione di questa nel partner, l'incontro dei bisogni). Infine, lo stadio 8 prevede lo sviluppo di nuove modalità di coping e lo stadio 9 l'integrazione di nuovi pattern nella relazione. Anche per questo tipo di trattamento non ci sono ancora validi studi che ne provino l'efficacia.

Questo approccio sembra essere efficace nel ridurre lo stress di coppia, anche nel contesto del trauma, infatti, il supporto fornito dal partner può aiutare a ridurre i sintomi del PTSD.

8.18) Le Terapie Creative

Le Terapie Creative nascono negli anni '40, quando un numero di psicoterapeuti e artisti incominciarono a collaborare per il trattamento di clienti gravemente disturbati. Il

punto di forza di questo tipo di terapie è che, anziché basarsi sulla comunicazione verbale, che per i soggetti disturbati rappresenta una difficoltà, si basa su forme di comunicazione non verbale. Oggi ci sono tanti tipi di Terapie Creative, facenti parte della National Coalition of Arts Therapy Associations (NCATA).

L'applicazione delle Terapie Creative

- ❖ *Tipo di trauma*: le Terapie Creative sono state utilizzate con tutti i tipi di trauma;
- ❖ *Tipo di disturbo*: l'esperienza clinica sostiene che le Terapie Creative sono particolarmente d'aiuto per i soggetti con un trauma acuto, particolarmente per i bambini e soprattutto nella fase di accesso ai ricordi del loro trauma o del loro abuso. Le Terapie Creative sono state utilizzate con i pazienti con PTSD per concentrarsi sulle sensazioni di demoralizzazione e di impotenza.
- ❖ *Disturbi associati*: le Terapie Creative sono state utilizzate per migliorare le condizioni di depressione e di abuso di sostanze;
- ❖ *Problemi psicosociali*: queste tecniche sono state applicate nel caso di problemi di ritiro sociale, di relazioni di coppia e nel caso di problemi relativi alle competenze nella comunicazione interpersonale.

Le tecniche creative sono utilizzate per concentrarsi sia sui sintomi del PTSD, sia sui disturbi ad esso associati.

I metodi basati sull'esposizione si concentrano sui sintomi di ri-esperienza e di evitamento, mentre i metodi basati sul rilassamento puntano sui sintomi di iperarousal.

I metodi di interazione di gruppo hanno l'obiettivo di migliorare le relazioni interpersonali, le competenze comunicative e le condizioni legate all'agorafobia.

I metodi basati sulla creatività hanno l'obiettivo di aumentare la stima di sé e ridurre la vergogna causata dalla vittimizzazione. Gli aspetti molteplici delle Terapie Creative le porta ad avere una vasta serie di obiettivi.

L'intervento terapeutico

L'efficacia della Terapie Creative non è stata dimostrata da ricerche empiriche.

Coloro che lavorano in questo ambito sottolineano l'importanza della forma non-verbale (aspetti cinestetici, immagini e ricordi) che porterebbe un miglioramento al senso di impotenza.

In primo luogo, il mezzo simbolico dell'arte fornisce un accesso al sistema della memoria implicita, in quanto gli schemi cinestetico-visuali sono processati dall'emisfero non dominante del cervello. Sembra possibile che l'esperienza traumatica e gli schemi distorti ad essa associati siano immagazzinati nella forma non-verbale. Avendo così accesso agli schemi relativi al trauma, le Terapie Creative possono aumentare l'impatto dei processi terapeutici, come la desensibilizzazione, il reframing cognitivo e l'abituazione.

In secondo luogo, l'utilizzo di metodi artistici possono avere degli effetti nel dominio psicosociale. Bloom (1997) ha riconosciuto l'importanza di queste tecniche nei pazienti con PTSD, in quanto forniscono uno spazio in cui esplorare le sensazioni e una strada per mantenere la salute e l'equilibrio, giocando un ruolo fondamentale nel cambiamento intrapsichico e interpersonale. Le Terapie Creative possono migliorare l'autostima del paziente, la speranza e il comportamento prosociale, ridurre le sensazioni di colpa e vergogna attraverso l'associazione del materiale traumatico ad una modalità di espressione più adattiva ed accettabile.

Accanto a queste componenti creative e non-verbali peculiari di questa tecnica, le Terapie Creative si basano anche su processi terapeutici comuni ad altri trattamenti, come ad esempio, il rilassamento, l'esposizione alle memorie traumatiche, gli interventi cognitivi, la pratica di scrivere, di tenere un diario.

Spesso sono identificate tre popolazioni come le maggiori beneficiarie di queste terapie: i bambini, i pazienti traumatizzati che hanno difficoltà a esprimere le loro sensazioni verbalmente e i clienti con una forte tendenza all'uso dell'intellettualizzazione come meccanismo di difesa.

Per quanto riguarda i bambini, che sono spesso incapaci di portare avanti una discussione astratta riguardante la loro esperienza personale, il coinvolgimento nel gioco è l'unico modo per accedere a queste esperienze.

Per quanto riguarda la seconda categoria, sappiamo bene che è piuttosto comune per le persone con PTSD avere difficoltà a spiegare a parole la loro esperienza traumatica. Molto probabilmente l'uso della comunicazione non verbale mette in grado il paziente

di accedere e, successivamente, di processare in modo più soddisfacente i suoi ricordi traumatici. Infine, è stato rilevato che queste tecniche possono aiutare le persone con una forte intellettualizzazione, in quanto l'espressione creativa porta ad una soddisfazione, attraverso la composizione di poemi, la pittura, la musica, la recitazione; in questo modo possono accedere ad una piena espressione emozionale della loro storia traumatica.

In tutti questi casi, questi pazienti hanno la possibilità di "dare voce" alla loro frustrazione che non sarebbero in grado di esprimere verbalmente. Molto probabilmente per queste persone la verbalizzazione e/o l'intellettualizzazione è servita per mantenere la distanza dal materiale traumatico.

La tecnica

Sebbene ci siano diversi tipi di tecniche, ognuna con la sua procedura, possono essere rintracciate della linee guida generali.

Innanzitutto, la persona, la famiglia, il gruppo cominciano a discutere a proposito dei loro problemi. Dopodiché, invece di esplorare questi problemi ad un livello verbale, il terapeuta guida il cliente o i clienti all'uso di una sorta di medium artistico, che può essere la pittura, la danza, la musica, la recitazione, leggere o inventare poesie come modalità di lavoro sulle problematiche del cliente. Spesso il terapeuta conduce il cliente attraverso esercizi di rilassamento al fine di aiutarlo a prepararsi per il lavoro. Di solito questi esercizi permettono al terapeuta di capire l'umore del paziente e il suo livello d'ansia.

La parte principale di questa sessione è spesa nel partecipare a queste attività artistiche; il terapeuta può prendere parte o meno a queste tecniche.

A volte si agisce direttamente sul problema, ad esempio, se il soggetto è stato abusato dal padre si può fare un role-play, in cui il terapeuta rappresenta il padre; altre volte, il paziente semplicemente disegna o canta e le questioni legate al trauma sono affrontate dal terapeuta così come esse emergono. Spesso il terapeuta lascia al paziente lo spazio per esprimere le sue emozioni, le sue sensazioni e i significati che emergono dal lavoro artistico. Altre volte è il terapeuta che esorta il paziente a compiere delle esplorazioni circa il lavoro che sta facendo. La concretizzazione delle problematiche del paziente nella forma artistica, che serve come uno strumento distanziante, permette al paziente di

riflettere sul suo comportamento nelle situazioni della vita reale. Molto spesso i terapeuti, fanno notare i possibili significati per chiarire quelli vaghi, non sviluppati o i temi evidenti nel loro lavoro. Nel fare questo ogni professionista è guidato dal suo orientamento di riferimento, che può essere psicoanalitico o cognitivo-comportamentale.

Un trattamento di questo genere può essere molto breve (6/8 settimane) quando il paziente riesce a focalizzare in poco tempo il problema, diversamente può anche durare parecchi anni.

La scelta di una tecnica artistica piuttosto che un'altra dipende dalle preferenze del paziente.

Gli studi clinici indicano che il miglioramento riguarda principalmente i sintomi primari del PTSD e un miglioramento clinico globale.

Perché un trattamento di questo genere possa essere realizzato sono indispensabili tre premesse:

1. la presenza di un terapeuta adeguatamente preparato;
2. il consenso del paziente;
3. la terapia è condotta congiuntamente con altri trattamenti.

8.19) La Terapia di Gruppo

La Terapia di Gruppo può servire come un primo trattamento per i sintomi del PTSD quando il gruppo è specificatamente costituito con questo intento. La caratteristica principale di questa tecnica è l'attenzione verso il quadro sintomatologico degli individui nel contesto del loro funzionamento psicosociale [...] (Johnson and Lubin, 1998).

Terapia Individuale vs Terapia di Gruppo

La Terapia Individuale è indicata quando è necessario un esame dettagliato e quando il recupero dei ricordi perduti deve essere condotto in un contesto di protezione e all'interno di una relazione di fiducia.

Durante un trattamento individuale il rinvio ad un trattamento di gruppo è indicato nelle seguenti circostanze:

1. il lavoro sul trauma minaccia di sopraffare l'obiettivo originale del trattamento individuale;
2. il paziente desidera un'esperienza più focalizzata in profondità rispetto al trauma;
3. il paziente desidera avere un ricordo più completo del suo evento traumatico;
4. il paziente sente il bisogno di combattere l'isolamento sociale, la sensazione di vergogna, l'autodeprecazione associata al trauma;
5. il paziente vuole riparare le relazioni interpersonali interrotte a causa di un evento traumatico.

Molti clinici prendono in considerazione il trattamento di Psicoterapia di Gruppo. La Psicoterapia di Gruppo legata al trauma condivide molte qualità con la terapia di gruppo in generale, compresi il supporto e l'empatia, l'obiettivo di sviluppare un Io osservante, la capacità di aiutare gli altri, l'importanza del feed-back dei pari (Courtosis, 1988; Yalom, 1985). Il carattere distintivo di questo trattamento risiede nella capacità del soggetto di narrare la sua esperienza traumatica e nella convalida di questa narrazione da parte degli altri membri del gruppo. La comprensione e l'identificazione con gli altri che hanno a loro volta provato esperienze simili può mitigare il senso di vergogna associata al segreto.

Inoltre, il trattamento di gruppo permette di vedere *in vivo* come l'esperienza traumatica interferisce con le relazioni interpersonali.

La Terapia di Gruppo può essere un supporto al trattamento individuale, come il trattamento principale: dipende dalla severità dei sintomi presentata dal paziente.

Come costituire un gruppo psicoterapico per pazienti traumatizzati

La scelta di un modello di intervento è in funzione della popolazione, dell'orientamento teorico e dello stadio del trattamento.

Per quanto riguarda la **popolazione**, il terapeuta deve considerare, allo stesso tempo, il grado di similarità e di diversità tra i membri. I pazienti traumatizzati si sentono maggiormente vicini a coloro che hanno fatto lo stesso tipo di esperienza. All'inizio bisogna aspettarsi che i membri del gruppo misureranno la loro esperienza traumatica con quella degli altri. La diversità nella gravità dell'esperienza, i fattori di protezione che possono essere intervenuti, la qualità del supporto ricevuto e il livello di

funzionamento anteriore all'esperienza traumatica contribuiscono a definire il grado della risposta disadattiva.

Tutto questo sarà materiale di lavoro per il prossimo incontro. Fondamentale resta comunque che il gruppo abbia degli elementi comuni a partire dai quali esplorare le differenze.

Per quanto concerne l'**approccio teorico** del trattamento di gruppo, bisogna sottolineare che ce ne sono di differenti: psicoeducativo, cognitivo-comportamentale e trauma-focused.

I gruppi ad orientamento *psicoeducativo* sono altamente strutturati e particolarmente indicati per nei primi stadi di trattamento. Essi informano i pazienti sulla sintomatologia del PTSD, sul decorso della malattia e sul tipo di trattamento a disposizione.

Un trattamento di tipo *cognitivo-comportamentale* si focalizza sul cambiamento dei comportamenti negativi, sull'insegnamento e sulla pratica di nuove abilità.

Un approccio *psicodinamico* promuove un coping adattivo attraverso la comprensione e la risoluzione di un conflitto legato al trauma.

I gruppi *trauma-focused* hanno l'esplicito obiettivo di esaminare il trauma e di dare ad ogni membro del gruppo l'opportunità di ricostruire la storia di quello che è successo.

Per quanto riguarda **gli stadi del trattamento**, la terapia di un trauma acuto può prevedere l'esigenza di cure mediche accanto ad una breve Psicoterapia Supportiva, che dovrebbe indurre una sorta di catarsi, cioè un graduale abbandono delle emozioni causate dal trauma.

I gruppi con un trauma cronico, invece, utilizzano sia tecniche supportive, sia tecniche esplorative. L'approccio esplorativo è meglio tollerato dopo che è passato un certo periodo dall'evento traumatico. In questi casi il terapeuta aiuta i pazienti a diventare consapevoli di come la loro sfiducia li porti ad evitare le relazioni con gli altri.

La Psicoterapia di Gruppo per i sintomi da PTSD

Il gruppo è estremamente rilevante per gli individui traumatizzati, a causa dell'esperienza di isolamento e separazione dai comuni supporti che caratterizzano il trauma. Il gruppo è come una sorta di testimone societario, simbolico dell'esperienza di ogni vittima. Nei primi tempi del trattamento sono molto comuni i vissuti di isolamento, sfiducia e vergogna. Capire di non essere gli unici ad aver sperimentato quel tipo di

esperienza sembra essere di fondamentale importanza, in questo modo il peso, che il paziente ha portato con sé fino a quel momento, sembra alleggerirsi.

Molti clinici sono concordi nell'affermare che il primo scopo del trattamento è di migliorare l'adattamento sociale e interpersonale; altrettanto fondamentale per il paziente è un ambiente omogeneo in cui questi possa sperimentare un senso di sicurezza garantita dal contatto con altre persone che hanno avuto le medesime esperienze. L'omogeneità aiuta a mantenere l'attenzione sul trauma e favorisce il ricordo dei dettagli (Scurfield, 1993). Altri autori, però, sottolineano gli aspetti negativi relativi all'omogeneità del gruppo. Il paziente potrebbe attaccarsi eccessivamente alla sua identità di vittima, ritardando così l'adattamento al mondo normale (Brende, 1983; Van der Kolk, 1987). Un gruppo caratterizzato da persone che hanno avuto la stessa esperienza traumatica può portare ad un'alienazione sia dalla famiglia, sia, più in generale, dalla società (Johnson, Feldman, Southwick, & Charney, 1994; van der Kolk, 1997).

Date queste considerazioni, alcuni autori hanno proposto modelli di trattamento che progrediscono da stadi omogenei a quelli eterogenei. Ad esempio, Herman, ha proposto un modello a tre stadi. Il primo stadio riguarda un *gruppo crisis-oriented*, il secondo prevede un *gruppo basato sul trauma a breve termine*, il terzo un *gruppo basato sulla relazione* che non è specifico per le vittime di un trauma.

Lo stadio 1 si focalizza sulla stabilizzazione della sicurezza e della cura di sé, incoraggia le discussioni e fornisce al paziente una cornice cognitiva per ogni evento traumatico del paziente.

Lo stadio 2 è concettualizzato come un intervento limitato nel tempo e focalizzato sul trauma con gli obiettivi specifici di creare una narrazione dell'evento traumatico, il recupero dei ricordi perduti e l'inizio di esperienze affettive appropriate.

Lo stadio 3 ha un focus interpersonale, raggiunto attraverso una Psicoterapia di Gruppo a lungo termine.

I primi trattamenti di gruppo relativi al PTSD riguardavano i gruppi di supporto per i sopravvissuti, come i veterani del Vietnam.

Terapia Cognitiva di Processamento (CPT)

E' stata sviluppata da Patricia Resick ed è stata applicata alle vittime di violenza sessuale. E' insieme una terapia espositiva, una terapia di informazione-processamento e un supporto di gruppo. I ricordi dell'esperienza traumatica vengono elicitati, le emozioni vengono generate e le cognizioni difettose vengono identificate.

La CPT è basata sulla nozione che i sintomi emergono dal conflitto tra uno schema principale e quello traumatico. Al fine di ridurre la sintomatologia vengono subito attivati i ricordi, di solito attraverso una Terapia di Esposizione. Successivamente deve essere dato modo al conflitto tra questi due schemi di essere esperito e processato. La CPT focalizza il suo intervento sugli "stuck points", letteralmente i punti bloccati, cioè le aree di processamento incompleto e sulle false cognizioni dell'evento.

Il modello CPT è stato testato in diversi studi empirici, i quali hanno mostrato consistenti effetti positivi sui sintomi del PTSD; la CPT può dunque essere considerata come un intervento promettente nel trattamento delle violenze sessuali.

Struttura e contenuto delle sessioni di gruppo

Questo trattamento prevede 12 sessioni di 90 minuti. Solitamente ciascun gruppo è formato dai 4 ai 9 componenti con due co-terapeuti. Ai soggetti viene data una spiegazione cognitiva sulle reazioni alla violenza sessuale in un contesto educativo. Ai soggetti viene chiesto di scrivere a proposito del loro trauma. Vengono identificati gli "stuck points" e successivamente vengono confrontati con una lista di 12 domande. Lo scopo è di far sorgere in queste persone delle domande circa la veridicità del loro modo di vedere le cose relativamente al loro trauma. A questo punto il terapeuta propone una lista di 7 pattern di pensieri disfunzionali e chiede ai pazienti di trovare degli esempi nei loro racconti.

I temi delle sessioni della CPT sono:

1. fase di introduzione e di educazione;
2. significato dell'evento;
3. identificazione di pensieri e sentimenti;
4. ricordo della violenza;
5. identificazione degli "stuck points";
6. domande provocatorie;

7. pattern di pensieri disfunzionali;
8. sicurezza;
9. fiducia;
10. potere e controllo;
11. stima;
12. intimità, significato dell'evento e chiusura.

La fase finale della terapia si concentra su come la violenza è andata ad intaccare 5 aree principali: sicurezza, fiducia, potere, stima e intimità. Ogni settimana vengono assegnati dei compiti a casa che vengono poi ripresi la settimana successiva.

Resick nota che il gruppo ha il vantaggio di fornire delle opportunità di supporto, di conferma, una adeguata pressione sociale per portare a termine i compiti a casa e la credibilità di un feed-back da parte degli altri sopravvissuti alla violenza.

Un rischio della Terapia di Gruppo è quello di una seconda traumatizzazione, dovendo il soggetto raccontare la propria esperienza traumatica e dovendo ascoltare quelle degli altri.

Il modello CPT è stato testato empiricamente da alcuni studi che hanno testimoniato l'effetto positivo sui sintomi del PTSD. In particolare, lo studio di Resick et al. (1988) dimostra che l'intervento CPT è promettente per le vittime di violenza sessuale. Inoltre, è stato rilevato che l'efficacia del gruppo è equivalente a quella di un trattamento individuale.

Terapia di Gruppo Interattiva e Psicoeducazionale (IPGT)

E' una Terapia di Gruppo di 16 settimane, limitata nel tempo, creata appositamente per pazienti traumatizzati con PTSD e in particolare per le donne che sono state ripetutamente traumatizzate da abusi sia nell'infanzia, sia nell'età adulta.

L'IPGT si può utilizzare prima, durante o dopo una Psicoterapia Supportiva individuale. Molti clienti traggono beneficio dall'affrontare poi in Terapia Individuale i contenuti che emergono nella Terapia di Gruppo.

A differenza della CPT, il modello IGPT enfatizza l'apprendimento interpersonale all'interno del gruppo. Inoltre, la tecnica IGPT si concentra di più sui tratti non danneggiati della persona, quindi non associati al trauma.

Gli obiettivi della tecnica IGPT sono:

1. educare il paziente su come la loro esperienza traumatica abbia inciso sulle loro vite e abbia provocato una ricognizione delle loro idee e sentimenti riguardo se stessi;
2. facilitare la differenziazione tra la malattia del paziente e i suoi tratti non danneggiati;
3. ridurre i sintomi del PTSD.

I pazienti sono incoraggiati a utilizzare le loro risorse personali, come l'intelletto, il coraggio, la perseveranza, l'umanità. La relazione terapeuta-paziente dovrebbe essere in grado di andare oltre le rigide difese del paziente e la sfiducia negli altri. Solitamente è preferibile che il paziente abbia raggiunto un certo grado di sicurezza e di distanza cognitiva dalla loro esperienza prima di partecipare alla IGPT. Questo obiettivo di solito è raggiunto attraverso una Terapia Individuale.

In base al modello IGPT, la formazione dei sintomi di PTSD si fonda sull'idea che ciò che sta alla base delle false convinzioni, che supportano comportamenti e pensieri evitanti, è una mancanza di differenziazione. Una risposta differenziata consiste nel fare una parziale distinzione tra sentimenti, idee o eventi in modo che uno possa simultaneamente riconoscere sia le similarità sia le differenze. Infatti, come diceva Reisick, il pattern di pensieri disfunzionali (esagerazione, minimizzazione, ipersemplicificazione o ipergeneralizzazione) sono esempi di un fallimento nella differenziazione di una risposta all'ambiente. Sarebbe, dunque, proprio questa mancanza di differenziazione a causare i sintomi che stanno alla base del PTSD. Molto probabilmente questa incapacità di differenziazione può essere dovuta all'alterazione avvenuta durante l'evento traumatico, più in particolare sarebbe collegata alla paura. Un evento traumatico è caratterizzato da una lotta da parte della vittima al fine di mantenere una personale autonomia e integrità. Forse è proprio a causa di questa lotta, persa, che la paura è legata all'autonomia.

Il trattamento si pone l'obiettivo di identificare, e successivamente differenziare, lo schema relativo al trauma, dalle cognizioni, dalle risposte affettive, dagli stati comportamentali. Quando questa capacità di differenziare è raggiunta, il paziente è in grado di attivare più risorse per trattare la propria malattia e per indirizzarle verso la propria vita futura.

Nella tecnica IGPT il processo di differenziazione del sé dalla malattia è compiuto attraverso tre modalità.

Innanzitutto, il terapeuta sottolinea le differenze tra l'esperienza di queste persone, le storie del trauma e il contesto sociale. Un trattamento di gruppo coinvolge persone con differenti tipi di storie traumatiche, che facilitano questo processo. Paradossalmente il riconoscimento della diversità sottolinea la similarità dei componenti del gruppo alle condizioni di vita normale, piuttosto che al ruolo di vittima.

In secondo luogo, il terapeuta cerca di fare emergere le risorse di cui il paziente dispone e che possono essere rivalorizzate. Molte vittime dicono che l'evento traumatico ha portato via tutto, tranne i loro sintomi (Herman, 1992). Invece, il terapeuta deve far capire al paziente che ha preservato molte funzioni, come l'intelligenza, lo humour e la creatività.

Infine, il terapeuta confronta direttamente le risposte ipergeneralizzate dei pazienti durante la ricostruzione del materiale traumatico all'interno della relazione di gruppo.

Struttura e contenuto delle sessioni di gruppo

Fase 1: l'obiettivo è quello di esplorare gli effetti del trauma sull'immagine di Sé di ciascun paziente, come vergogna e confusione di identità. In questa fase ciascun membro del gruppo esamina l'evento traumatico, riceve feedback e supporto sia dagli altri membri del gruppo, sia dal terapeuta. Questa fase prevede anche l'esposizione al materiale traumatico all'interno del setting gruppale supportivo.

Fase 2: l'obiettivo è quello di esplorare gli effetti del trauma su ciascuna relazione interpersonale e le relative difficoltà rispetto alla fiducia, all'intimità, alla dipendenza, alla sessualità. Il setting gruppale fornisce un ambiente naturale in cui è rivelata la costellazione di credenze e stili interpersonali di ciascuno.

Fase 3: l'obiettivo è quello di esplorare le vie di significato nella vita di ognuno, trauma a parte e ricominciare a entrare in contatto col mondo. In questa fase vengono esplorate le strategie di coping.

Ciascuna sessione dura 90 minuti e incomincia con una mini lettura psicoeducativa, seguita da una discussione interattiva; la sessione finisce con una breve conclusione. Al

termine di ogni fase vengono distribuiti degli opuscoli contenenti una serie di letture e vengono anche assegnati i compiti per ogni sessione.

La tecnica IPGT viene indirizzata verso i sintomi tipici del PTSD:

- ❖ *Evitamento*: l'IPGT induce ad una apertura relativamente alle storie traumatiche, facendo un costante riferimento ad esse. E' stato dimostrato che, riuscendo a raccontare l'esperienza traumatica all'inizio del trattamento, i soggetti si sentivano più sollevati e più motivati a continuare.
 - ❖ *Riesperienza*: i sintomi relativi alla ri-esperienza sono trattati attraverso la correzione degli schemi relativi al trauma quando questi emergono. Il momento in cui un membro del gruppo consente agli altri di entrare nel suo mondo privato è proprio il momento in cui gli schemi traumatici sono più soggetti al cambiamento.
 - ❖ *Iperarousal*: i sintomi di iperarousal sono presi in considerazione attraverso l'uso di metodi cognitivi distanzianti e attraverso il supporto di gruppo.
- L'IPGT usa tali tecniche in un format educativo per supportare la comprensione intellettuale del PTSD come una malattia separata dalla sua motivazione, dalla sua personalità, dalla sua storia. Istruzioni formali relative al trauma permettono di stabilire un limite tra la malattia e il sé.

La tecnica IPGT fornisce una certa dose di sicurezza e controllo che permette ai soggetti di portare avanti il processo terapeutico.

Uno studio di Lubin et al. (1998) sostiene che IPGT è efficace, innanzi tutto, perché porta ad una riduzione dei sintomi, in secondo luogo, perché diminuisce i livelli di altri tipi di disturbi psichiatrici. I risultati si sono dimostrati incoraggianti.

La tecnica IPGT è stata estesa anche ad altri tipi di popolazione: veterani di guerra, donne che abusano di sostanze, persone con malattie mentali croniche, maschi abusati, soggetti con Disturbi della Personalità.

8.20) La Terapia di Gruppo per i Bambini

I genitori di un bambino traumatizzato spesso sono incapaci di trattare il trauma e considerano l'evento traumatico inaccettabile. Il fatto che gli adulti di riferimento non sappiano trattare il trauma in modo costruttivo porta il bambino ad un blocco dello

sviluppo psicologico. Il gruppo offre un modello per la restaurazione di un ideale, una sorta di famiglia “curante” costituita da adulti empatici e da altri bambini che accettano e capiscono il vissuto degli altri. Questa sorta di “gruppo-famiglia” rappresenta per questi bambini un contesto di cura in cui sarà loro concesso di verbalizzare la storia della loro esperienza.

Molti bambini trovano il gruppo un ambiente naturale in cui giocare, crescere ed esprimere la loro fisicità. Purtroppo, però, c’è una scarsissima letteratura in relazione a questo argomento.

Gruppi a breve termine focalizzati sul trauma

I bambini traumatizzati traggono un notevole beneficio dalla frequentazione di questi gruppi.

C’è da tenere presente una sostanziale differenza rispetto agli adulti nei pattern e negli stili comunicativi. Pynoos e Nader (1988) hanno osservato che i bambini in età scolare non esprimono frequentemente a parole i loro stati d’animo, le loro emozioni, di conseguenza è facile sottostimare l’intensità delle loro sensazioni. Poiché i bambini non utilizzano le parole per esprimersi, il terapeuta usa delle tecniche, come il gioco, l’espressione artistica e il confronto con gli altri bambini del gruppo come stimolo per esternare pensieri, sentimenti e fantasie.

Il racconto delle storie dei bambini

Quando ai bambini viene data la possibilità di raccontare le loro storie all’interno del gruppo, possono condividere ciò che vogliono della loro storia, cioè possono scegliere di raccontare tutto nei dettagli o di omettere delle parti che non si sentono di rivelare. Gli altri bimbi funzionano un po’ come “cassa di risonanza”, nel senso che possono capire pienamente gli altri in quanto hanno vissuto più o meno la stessa esperienza. Paradossalmente, udendo se stessi raccontare la loro storia davanti agli altri è come se i bambini acquisissero una certa distanza dall’evento accaduto e una certa oggettività. Al tempo stesso, tutto questo fornisce anche una certa dose di senso di controllo: sono loro, infatti, che decidono quando e come raccontare la loro storia. A poco a poco le fantasie e le convinzioni erronee del bambino, grazie al terapeuta e ai pari, vanno scemando. All’interno del contesto sicuro del gruppo il bambino incomincia a enucleare l’evento

traumatico rispetto alla sua vita in generale, a distinguere le emozioni e le sensazioni legate al trauma come distinte da quelle della persona come tale e questo significa riuscire a prendere una maggiore distanza dall'evento traumatico. Quando i bambini condividono col gruppo le loro esperienze o ascoltano quelle degli altri viene abbattuta la convinzione, finora estremamente radicata, di essere gli unici a provare quelle devastanti emozioni. In questo modo viene a crearsi un primo ponte verso il gruppo, verso gli altri, verso il mondo esterno. In questo modo inizia l'identificazione col gruppo e da qui può incominciare il percorso terapeutico. All'interno del gruppo, il significato del trauma e le sensazioni ad esso legato sono riconosciute a diversi livelli ed è questo che crea un'esperienza curativa.

8.21) Efficacia delle terapie

Tecniche di esposizione: sono le più efficaci, nessun altro tipo di trattamento ha avuto gli stessi risultati di questo, anche se è in dubbio la validità di quelle basate sulla Desensibilizzazione Sistemica (Tecniche di Esposizione accompagnate dal rilassamento muscolare), la quale non ha ricevuto forti supporti, ad eccezione che per i veterani di guerra, a causa delle condizioni di controllo non adatte e dei falsi positivi individuati nella fase diagnostica.

Queste tecniche presentano certe difficoltà anche con quei pazienti che sperimentano elevati livelli di paura e colpa (Pitman, 1991; Foa, Riggs, Massie, Yarczower, 1995; Litz, 1992).

L'efficacia del trattamento dipende dal fatto che le strutture psicopatologiche legate al timore, alla colpa, ecc. siano attivate (Foa, Kozak, 1986).

I meccanismi coinvolti nel processo e dimostrati sperimentalmente, sono i seguenti (Foa, Kozak, 1986; Kozak, Foa, Steketee, 1988; Foa, Riggs, Massie, Yarczower, 1995d): l'abituazione riduce l'ansia associata alle memorie traumatiche, confrontarsi con gli stimoli paurosi blocca i rinforzi negativi connessi alla diminuzione della paura, il setting è vissuto come luogo sicuro, quindi si differenziano le situazioni pericolose dalle altre e non si concepisce più il mondo come una minaccia, si impara a non viverci come pazzi o senza controllo, avendo una valutazione maggiormente positiva su di sé, in più, poiché le memorie traumatiche sono disorganizzate, si è notato come la

ripetizione del trauma possa integrarle coerentemente negli schemi mnestici (Foa, Riggs, 1993; Foa, Molnar, Cashman, 1995b).

Molti studi sono stati condotti da questi autori: Resick, Schnicke, 1993; Fairbank, Gross, Kean, 1983; Johnson, Gilmore, Shenoy, 1982; Keane, Kaloupek, 1982; Keane, Fairbank, Caddell, Zimering, 1989; Wolpe, 1958; Frank, 1988; Schindler, 1980; Wolff, 1977; Brom, 1989; Bowen, Lambert, 1986; Peniston, 1986; Frank, Steward, 1983-4; Turner, 1979; Becker, Abel, 1981; Foa, Meadows, 1997; Foa, Rothbaum, Molnar, 1995e; Foa, 1989b; Cooper, Clum, 1989; Kean, 1989; Boudewyns, Hyer, 1990; Boudewyns, Hhyer, Woods, Harrison, McCranie, 1990; Thompson, Charlton, Kerry, Lee, Turner, 1995.

SIT: è una tecnica la cui efficacia è stata dimostrata in riferimento alla popolazione femminile, affetta da PTSD; per il resto del campione non si sono riscontrati risultati particolarmente positivi.

Molti studi sono stati condotti da: Suinn, 1974; Foa, Kozak, 1986; Beck, Emery, Greenberg, 1985; Kilpatrick, Veronen, 1984; Blanchard, Abel, 1976; Hickling, Sison, Vanderploeg, 1986; Kilpatrick, Veronen, Resick, 1982; Resick, Jordan, Girelli, Hutter, Marhoefer-Dvorak, 1988; Foa, Meadows, 1997; Butler, Fennell, Robson, Gelder, 1991; Mattick, Peters, Clarke, 1989.

Ristrutturazione cognitiva: utile per le vittime di sesso femminile vittime di abuso sessuale, che a differenza di altre, ad esempio i veterani del Vietnam, presentano problemi meno cronici e meno complessi e risolvibili con un singolo trattamento; per questi ultimi invece è più raccomandato un trattamento combinato.

Tecniche di rilassamento: non hanno ricevuto nessuna valutazione positiva; gli studi indicano la scarsa efficacia per i soggetti affetti da PTSD e solo per i sintomi di elevato arousal si sono notati certi benefici, in quanto, esercitare un certo controllo su di essi, permette di avere una migliore immagine di sé e di tollerare maggiormente le memorie traumatiche.

Approccio combinato (SIT, PE): nonostante sia stata dimostrata la sua efficacia per il disturbo PTSD, non risulta comunque migliore rispetto ai singoli approcci; inoltre è abbastanza complicato da gestire ed impegna molto più tempo.

Molti studi sono stati condotti da: Foa, Meadows, 1997; Resick, Schnicke, 1992; Frank, 1988; McCann, Pearlman, 1990; Foa, Riggs, Dancu, Rothbaum, 1993a; Stern, Marks, 1973.

Role play e training all'assertività: particolarmente utili per le vittime di sesso femminile.

Una nota da tenere in considerazione è che molte di queste tecniche sono utili anche per ridurre la sintomatologia di problemi associati al PTSD, come ad esempio la Depressione; inoltre, gli studi sulla loro efficacia non hanno dato risultati univoci, in quanto sono molte le variabili da includere in una ricerca ed è molto difficile controllare a livello empirico le situazioni in esame; molte ricerche sono quindi anche incomplete.

Cap. 9: CONCLUSIONI

Dai colloqui e dai test eseguiti dalla psicologa che per prima ha accolto e valutato la bambina emerge quanto segue.

Elena è apparsa una bambina sveglia e vivace.

La relazione con l'altro, a volte, è desiderata e cercata, altre, è temuta ed allontanata.

Questi movimenti difensivi di allontanamento sono stati osservati sia in fase di colloquio sia durante la presentazione del materiale proiettivo, che è sembrato avere in lei una certa risonanza.

Per quanto sia apparsa una bambina intelligente e dotata di risorse, sia intellettive sia emotive, Elena è molto bisognosa di conferme e di rassicurazioni, a fronte di un'immagine interiorizzata di sé non positiva.

Un profondo senso di inadeguatezza unito ad intensi sensi di colpa sono emersi sia in fase di colloquio sia durante i test.

In momenti diversi ha mostrato un'attitudine e il bisogno di tenere la situazione sotto il proprio controllo.

È stata, infine, rilevata una certa ansia nella bambina, non sempre gestibile, né regolabile.

Colpiscono, inoltre, alcuni dei contenuti di risposta del test di Rorschach che sembrano rimandare a vissuti di deterioramento e di morte.

La bambina è stata rivista da una seconda psicologa, per un'ulteriore conferma della sua situazioni psichica.

Dai suoi incontri, in particolare dall'esame psichico, si può dedurre quanto segue.

Elena si presenta a questi nuovi appuntamenti con un atteggiamento disponibile, curata ed attenta alla situazione, capace di comprendere velocemente il significato della circostanza e di adeguarsi serenamente al colloquio, senza i timori che mostrava negli altri incontri, forse perché, non essendo per lei una situazione nuova, non ha sentito il bisogno di difendersene e di prenderne le distanze.

Anche in questo contesto valutativo, si riesce a cogliere subito la buona intelligenza della bambina, dotata di competenze linguistiche adeguate e di buoni strumenti di narrazione ed espressione dei propri pensieri.

La buona narrazione, unita ad un pensiero maturo, permette di comprendere la sua vita in campagna, nei suoi ritmi quotidiani personali e familiari, nelle abitudini del padre,

che in qualche circostanza beveva più del dovuto, nella condivisione di tempo e di giochi con le amicizie scolastiche.

La bambina colloca, inoltre, se stessa e gli avvenimenti in una dimensione spazio-tempo adeguata e chiara, tale da indicare una buona capacità rievocativa dei fatti ed una buona memoria recente e remota: si ricorda il giorno e il momento in cui è successo il fatto e descrive molto precisamente il luogo in cui viveva e altri eventi da lei vissuti nel suo paese.

Grazie alle buone risorse cognitive è possibile comprendere i vissuti della bambina relativi ai fatti in esame ed i pensieri da lei stessa elaborati, a seguito della decisione della madre di trasferirsi in città.

Elena ben trasmette la sofferenza e la rabbia per i comportamenti del padre e, nello stesso tempo, la nostalgia per la terra di origine, per le sue amicizie (“Ci sono tutti i miei compagni e una mia amica, vicina di casa, eravamo come sorelle, stavamo tutto il giorno insieme!”) ed, in fondo, anche per il padre stesso, nei confronti del quale vive un naturale sentimento ambivalente, fra la delusione per un vissuto di tradimento ed un naturale legame affettivo con lui.

Questi elementi erano già emersi anche nei primi colloqui, quindi sono fortemente presenti, ricorrenti e radicati nella bambina.

Così riesce serenamente ad ammettere che le piacerebbe rivederlo, aggiungendo che potrebbe perdonarlo se lui chiedesse scusa (“Ha fatto una cosa sbagliata, che non doveva fare e deve chiedere scusa a tutta la sua famiglia!”), in un inconscio tentativo di risolvere anche gli intensi sensi di colpa per averlo accusato, alla ricerca di una giustificazione che le permetta di ricercare una causa del perché di tali comportamenti (“Quella mattina aveva una strana faccia!”).

Elena, inoltre, assume tipici atteggiamenti regressivi, quando accenna alla figura del padre, indicanti un bisogno interno di essere accudita e protetta, davanti a rievocazioni per lei dolorose: “Quando lo racconto mi viene un po’ da piangere!”, sostiene riferendosi all’audizione svolta.

La regressione è un meccanismo di difesa frequentemente utilizzato dalle vittime di abuso allo scopo di abbandonare quella “pseudomaturità” mostrata prima dell’evento, che in molti casi porta a subire lo stesso, a causa di una confusione di ruoli che si viene

a creare tra padre e figlia: la vera personalità della minore emerge proprio in questo modo, ritornando ad essere la “bambina” bisognosa delle cure necessarie.

Dall’esame psichico di Elena non si rilevano elementi clinici indicativi di un possibile disturbo del pensiero o della coscienza, né tratti personologici che possano indicare esigenze istrioniche e protagonistiche di personalità.

Al contrario, Elena è una bambina sagace, consapevole della necessità di aver dovuto pagare con un prezzo molto elevato il bisogno di protezione, tanto da ritenere che il trasferimento dalla campagna, forse non così traumatico per la propria madre (“Lei adesso è vicina alla sua famiglia, può vedere il suo papà tutti i giorni.”), ha rappresentato, invece, per lei un’intensa sofferenza.

Nonostante questo, ribadisce l’utilità di tale scelta e trasmette la speranza che le scuse del padre possano rappresentare anche un rientro nel suo paese di origine.

Integrando tutte queste considerazioni con le precedenti valutazioni della bambina, allo scopo di confermare l’ipotesi della presenza di un *quadro post-traumatico*, si può certamente affermare che le verbalizzazioni, che hanno accompagnato la somministrazione dei test, risultano altamente significative dello stato psicologico di Elena e delle difficoltà incontrate ad avvicinare immagini emotivamente disturbanti.

La bambina ha trasmesso velocemente un vissuto di inadeguatezza, l’incapacità di riconoscersi qualità positive e il pensiero ricorrente di essere una bambina “sporca e che sporca”.

Le difficoltà a restare seduta durante la somministrazione dei test risulta nuovamente indice del tentativo di allontanare da sé il materiale proposto, nonostante l’apparente disponibilità.

Il fatto che la bambina termini comunque la prova indica che le sue risorse intellettive e cognitive, sicuramente buone e la sua capacità di tolleranza alle frustrazioni e allo stress, le hanno permesso di reggere la forte angoscia.

Inoltre, durante i test, Elena ha mostrato una profonda insicurezza ed un intenso bisogno di essere rassicurata (ad esempio, dice spesso “Non ho capito bene la domanda!”, per evitare di dire cose sbagliate e per avere un feedback positivo dalla psicologa), uniti ad un atteggiamento di ipervigilanza, che le impone di controllare cosa scrive la testista.

Si sono inoltre rilevati atteggiamenti di facile stancabilità, in antitesi alla buona intelligenza della bambina e alla tenuta mostrata nel colloquio, indice della fatica incontrata ad avvicinare i propri vissuti.

Dai test si conferma la buona intelligenza della bambina e l'assenza di elementi che indichino un qualsiasi disturbo psichico che comprometta le sue capacità di analisi delle circostanze, in un rapporto di realtà sano e ben mantenuto ed una capacità di narrazione valida e chiara.

Sono significativi però alcuni elementi direttamente collegabili ad una rievocazione traumatica, quali "un personaggio che subisce ed un personaggio che promuove e determina il subire dell'altro" (identificabili nella vittima di abuso e nell'abusatore), così come la presenza nel test di Rorschach di "animali brutti e spaventosi".

La valutazione complessiva della situazione psichica attuale della bambina riporta direttamente ad un profilo clinico di "*Disturbo Post-traumatico da Stress*", i cui elementi principali possono essere identificati in:

- Stato di vigilanza eccessiva
- Bisogno di tenere tutto sotto controllo
- Vissuti di inadeguatezza con un'immagine di sé non positiva
- Vissuti di insicurezza
- Sensi di colpa
- Immagini minacciose che compaiono nel materiale testistico
- Vissuti di deterioramento e di morte (tipici indicatori post-traumatici).

Elena è responsabile e matura, capace di narrare, rievocare e percepire i fatti in modo congruo e lineare, tenuto conto dell'imbarazzo, della paura e dei sensi di colpa di chi è consapevole delle conseguenze di una denuncia: non è un passo da compiere facilmente, infatti, la conseguenza più comune dell'abuso è proprio quella di tener nascosto il fatto, perché percepito, o spesso fatto percepire dall'abusatore, come un "segreto" oppure perché dissociato dalla memoria o rimosso al fine di non doverne subire l'impatto emotivo.

Così, se da un lato, la bambina non rinnega quanto da lei sostenuto, dall'altro, cerca dentro di sé una soluzione che le permetta di riprendere una relazione con il padre e,

soprattutto, con la sua terra (vedi il fatto che il padre ammetta di aver compiuto tali comportamenti e si scusi).

Nonostante però sia consapevole del fatto che aver reso pubblici i comportamenti del padre le ha imposto un dolorosissimo trasferimento, di cui ancora oggi si percepisce la sofferenza, poiché a tratti vissuto come uno sradicamento improvviso, si conferma ancora oggi la necessità di tale scelta della madre, a sua tutela, unico punto di riferimento a lei rimasto e fattore protettivo che può aiutarla a superare tutte le difficili conseguenze del fatto.

INDICE

CAP.1: LA STORIA	1
CAP.2: RELAZIONE PSICODIAGNOSTICA DI ELENA	5
CAP. 3: IL TEST DI RORSCHACH	9
3.1) Introduzione.....	9
3.2) Somministrazione	9
3.3) Localizzazioni	11
3.4) Determinanti.....	12
3.5) Formule	13
3.6) Contenuti.....	14
3.7) Fenomeni particolari.....	16
3.8) I meccanismi di difesa	18
3.9) Quadri clinici	19
3.10) Interpretazione simbolica del contenuto	20
4.1) Introduzione.....	21
4.2) Presentazione	21
4.3) Elementi di valutazione.....	23
4.4) Applicazione del test ed elementi diagnostici di Elena.....	24
4.5) In conclusione	34
CAP.5: I TEST GRAFICI.....	36
5.1) Il disegno a tema libero.....	36
5.2) I disegni dei sentimenti: la paura, al tristezza, la gioia.....	37
5.3) Il disegno di una figura umana	41
CAP. 6: I VISSUTI DI SRADICAMENTO	43

CAP. 7: ANALISI STORICA DELLA NOSOGRAFIA DEL PTSD	48
7.1) Sviluppo del concetto di Disturbo Post-traumatico da Stress	48
7.2) Storia del Disturbo Post-traumatico da Stress	49
7.3) La causa del PTSD: trauma o vulnerabilità?	50
7.4) Fattori di rischio	52
7.5) Fattori protettivi.....	53
7.6) Eventi traumatici.....	55
7.7) PTSD e DSM-IV: un problema controverso.....	56
7.8) Un accenno al PTSD secondo l'ICD-10	58
7.9) Il PTSD secondo il DSM-IV: la diagnosi.....	58
7.10) La sintomatologia del PTSD.....	60
Riesperienza del trauma	61
Evitamento e intorpidimento	62
Aumento della reattività	63
7.11) La validità delle tre classi di sintomi del PTSD.....	63
7.12) Altre reazioni comuni al trauma.....	64
Impatto del trauma.....	65
ANSIA	66
Depressione	66
Rabbia.....	67
Le reazioni dissociative	67
Problemi sociali.....	68
Problemi sessuali	69
Aspetti psicosociali.....	69
7.13) Differenze culturali	70
7.14) Il PTSD nei bambini vittime di violenza	71

7.15) PTSD acuto e cronico.....	72
7.16) Le conseguenze post-traumatiche a lungo termine	73
7.17) PTSD complesso	74
CAP. 8: LE TERAPIE	77
8.1) L'intervento con i bambini.....	77
8.2) L'importanza di educare	79
8.3) L'importanza della famiglia.....	80
8.4) Intervento generale	80
8.5) Valutazione dei trattamenti.....	81
8.6) I principi delle terapie	82
8.7) Come si deve comportare il terapeuta	83
8.8) La dipendenza	84
8.9) Le Tecniche Cognitive.....	87
8.10) L'EMDR	99
8.11) La Psicoterapia	101
8.12) Il Trattamento Farmacologico	105
8.13) Il Debriefing Psicologico (PD)	109
8.14) Il Ricovero come terapia.....	112
8.15) La Riabilitazione Psicosociale	115
8.16) L'Ipnosi	118
8.17) La Terapia Familiare e di Coppia	122
8.18) Le Terapie Creative	126
8.19) La Terapia di Gruppo.....	130
8.20) La Terapia di Gruppo per i Bambini	138
8.21) Efficacia delle terapie.....	140
CAP. 9: CONCLUSIONI.....	143

ALLEGATO NUMERO 2: IL TEST DI BLACKY PICTURES..... 151

ALLEGATO NUMERO 3: I TEST GRAFICI..... 151

BIBLIOGRAFIA 151

ALLEGATO NUMERO 1: PROTOCOLLO DEL TEST DI RORSCHACH

ALLEGATO NUMERO 2: IL TEST DI BLACKY PICTURES

ALLEGATO NUMERO 3: I TEST GRAFICI

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA:

Atkeson, B. Calhoun, K., Resick, P., & Ellis, E. (1982). Victims of rape: repeated assessment of depressive symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 96-102.

Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.

Beck, A.T., Emery, G., & Greenberg, R.L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*. New York: Basic Books.

Becker, J.V., & Abel, G.G. (1981). Behavioral treatment of victims of sexual assault. In S.M. Turner, K.S. Calhoun, & H.E. Adams (Eds.), *Handbook of clinical behavior therapy* (pp. 347-379). New York: Wiley.

Bernstein, D.A. & Borkovec, T.D. (1973). *Progressive relaxation training*. Champaign, IL: Research Press.

Blanchard, E.B., & Abel, G.G. (1976). An experimental case study of the biofeedback treatment of a rape induced psychophysiological cardiovascular disorder. *Behavior Therapy*, 7, 113-119.

Bloom, S. (1997). *Creating sanctuary*. New York: Routledge.

Boudewyns, P.A., & Hyer, L. (1990). Psychological response to combat memories and preliminary treatment outcome in Vietnam veterans PTSD patients treated with direct therapeutic exposure. *Behavior Therapy*, 21, 63-87.

Boudewyns, P.A., Hyer, L. Woods, M.G., Harrison, W.R., & McCranie, E. (1990). PTSD among Vietnam veterans: an early look at treatment outcome using direct therapeutic exposure. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 359-368.

Bowen, G.R., & Lambert, J.A. (1986). Systematic desensitization therapy with post-traumatic stress disorder cases. In C.R. Figley (Ed.), *Trauma and its wake* (vol. 2, pp. 280-291). New York: Brunner/Mazel.

Brende, J. (1983), Van der Kolk (1987). The psychodynamic view of character pathology in Vietnam combat veterans. *Bullettin of the Menninger Clinic*, 47, 193-216.

Brom, D., Kleber, R. J., & Defares, P.B. (1989). Brief psychotherapy for post-traumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 607-612.

Bruno, D., Roccia, C. (2005). *Maltrattamento e trauma: aspetti clinici, intervento, normative*. Torino.

Burns, D.D. (1980). *Feeling good: the new mood therapy*. New York: Morrow.

Butler, G., Fennell, M., Robson, P. & Gelder, M. (1991). Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 167-175.

Calhoun, K.S., Atkeson, B.M., & Resick, P.A. (1982). A longitudinal examination of fear reactions in victims of rape. *Journal of Counseling Psychology*, 29, 655-661.

Castellazzi, V.L. (2004). *Il test di Rorschach: manuale di siglatura e di interpretazione psicoanalitica*. LAS. Roma.

Clark, D.M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 461-470.

Clark, D.M. (1989). Anxiety states: panic and generalized anxiety. In K. Hawton, P. Salkovskis, J. Kirk, & D.M. Clark (Eds.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: a practical guide*. Oxford: Oxford University Press.

Cooper, N.A. & Clum, G.A. (1989). Imaginal flooding as a supplementary treatment for PTSD in combat veterans: a controlled study. *Behavior Therapy*, 20, 381-391.

Curtosis, C. (1988). *Healing the incest wound: Adults survivor in therapy*. New York: Basic Books.

De Ajuriaguerra, J., Marcelli, D. *Psicopatologia del bambino*. Ed. italiana a cura di Guareschi Cazzuolo A. Masson. Milano, 1987.

Dettore, D., Fuligni, C. (1999). *L'abuso sessuale sui minori. Valutazione e terapia delle vittime e dei responsabili*. McGraw-Hill. Milano.

Dillard, M. L., Bendfeldt, F., & Jernigan, P., Hamner. (1993). Use of thioridazine in post-traumatic stress disorder. *Southern Medical Journal*, 86, 1276-1278.

Dyregrow, A. (1998). Psychological debriefing – an effective method? *Traumatology*, 4(2).

DSM, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

Fairbank, J.A., Gross, R.T. & Keane, T.M. (1983). Treatment of posttraumatic stress disorder: evaluation of outcome with a behavioral code. *Behavior Modification*, 7, 557-568.

Ferraris, A.O., (2001). *Il significato del disegno infantile*. Bollati Boringhieri.

Figley, C. R. (1983). Catastrophes: An overview of family reactions. In C.R. Figley & H.I. McCubbin (Eds.), *Stress and the family: Volume II. Coping with catastrophe* (pp.3-20). New York: Brunner/Mazel.

Figley, C. R. (1985). From victim to survivor: Social responsibility in the wake of catastrophe. In C.R. Figley (Ed.), *Trauma and its wake: The study and treatment of PTSD* (pp. 398-415). New York: Brunner/Mazel.

Figley, C. R. (1986). Traumatic stress: The role of the family and social support system. In C.R. Figley (Ed.), *Trauma and its wake: Volume II. The study and the treatment of post-traumatic disorder* (pp.39-54). New York: Brunner/Mazel.

Figley, C. R. (1988). A five-phase treatment of post-traumatic stress disorder in families. *Journal of Traumatic Stress, 1* (1), 127-141.

Figley, C. R. (1989). *Helping traumatized families*. San Francisco: Jossey-Bass.

Figley, C. R. (Ed.). (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Brunner/Mazel.

Foa, E.B., Cashman, L., Jaycox, L.H., & Perry, K. (in press). The validation of a self-report measure of PTSD: The PTSD Diagnostic Scale (PDS). *Psychological Assessment*.

Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J. (2000) *Effective Treatments for PTSD. Practice Guidelines from the International Society for traumatic Stress Studies*. The Guilford Press. New York, London.

Foa, E.B., & Kozak, M.J. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.

Foa, E.B., & Meadows, E.A. (1997). Psychosocial treatments for post-traumatic stress disorder: a critical review. In J. Spence, J.M. Darley, & D.J. Foss (Eds.), *Annual review of psychology* (vol. 48, pp. 449-480). Palo Alto, CA: Annual Reviews.

Foa, E.B., Molnar, C., & Cashman, L. (1995b). Change in rape narratives during exposure therapy for PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 8(4), 675-690.

Foa, E.B., & Riggs, D.S. (1993). Post-traumatic stress disorder in rape victims. In J. Oldham, M.B. Riba, & A. Tasman (Eds.), *American Psychiatric Press review of psychiatry* (vol. 12, pp. 273-303). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Foa, E.B., Riggs, D.S., Dancu, C.V., & Rothbaum, B.O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 459-473.

Foa, E.B., Riggs, D.S., & Gershuny, B.S. (1995c). Arousal, numbing, and intrusion: symptom structure of PTSD following assault. *American Journal of Psychiatry*, 152(1), 116-120.

Foa, E.B., Riggs, D.S., Massie, E.D., & Yarczower, M. (1995d). The impact of fear activation and anger on the efficacy of exposure treatment for PTSD. *Behavior Therapy*, 26, 487-499.

Foa, E.B., Rothbaum, B.O., & Molnar, C. (1995e). Cognitive-behavioral therapy of post-traumatic stress disorder. In M.J. Friedman, D.S. Charney, & A.Y. Deutch (Eds.), *Neurobiological and clinical consequences of stress: from normal adaptation to post-traumatic stress disorder* (pp-483-494). New York: Lippincott-Raven.

Foa, E.B., Rothbaum, B.O., Riggs, D., & Murdock, T. (1991b). Treatment of post-traumatic stress disorder in rape victims: a comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 715-723.

Foa, E.B., Steketee, G., & Rothbaum, B.O. (1989b). Behavioural/cognitive conceptualization of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20, 155-176.

Frank, E., Anderson, B., Stewart, B.D., Dancu, C., Hughes, C., & West, D. (1988). Efficacy of cognitive behavior therapy and systematic desensitization in the treatment of rape trauma. *Behavior Therapy*, 19, 403-420.

Frank, E., & Stewart, B.D. (1983). Treatment of depressed rape victims: an approach to stress-induced symptomatology. In P.J. Clayton, & J.E. Barrett (Eds.), *Treatment of depression: old controversies and new approaches*. New York: Raven Press.

Frank, E., & Stewart, B.D. (1984). Depressive symptoms in rape victims. *Journal of Affective Disorders*, 1, 269-277.

Frank, E., Turner, S.M., & Duffy, B. (1979). Depressive symptoms in rape victims. *Journal of Affective Disorders*, 1, 269-277.

Frank, E., Turner, S.M., & Stewart, B. (1980). Initial response to rape: the impact of factors within the rape situation. *Journal of Behavioral Assessment*, 62, 39-53.

Friedman, M. J., & Southwick, S., M. (1995). Towards pharmacotherapy for PTSD. In M. J. Friedman, D. S. Charney, & A. Y. Deutch (Eds.), *Neurobiological and clinical consequences of stress: From normal adaption to PTSD* (pp. 465-481). Philadelphia: Lippincott-Raven.

Hamner, M. B. (1996). Clozapine treatment for a veteran with comorbid psychosis and PTSD [Letter]. *American Journal of Psychiatry*, 153, 841.

Herman, J. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.

Hickling, E.J., Sison, G.F.P., & Vanderploeg, R.D. (1986). Treatment of posttraumatic stress disorder with relaxation and biofeedback training. *Biofeedback and Self-Regulation*, 11, 125-134.

ICD-10, International Classification of Diseases.

Johnson, S.M.(1996). *The practice of emotionally focused marital therapy: Creating connection*. New York: Brunner/Mazel.

Johnson, D. R., Feldman, S. C., & Lubin, H. (1995). Critical interaction therapy: Couples therapy in combat-related posttraumatic stress disorder. *Family Process*, 34, 401-412.

Johnson,D., Feldman,S., Southwick,S.,& Charney,D. (1994), Van der Kolk (1997). The concept of the second generation program in the treatment of post-traumatic stress disorder among Vietnam veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 7, 217-236.

Johnson, C.H., Gilmore, J.D., & Shenoy, R.Z. (1982). Use of a feeding procedure in the treatment of a stress-related anxiety disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 13, 235-237.

Johnson, S.M., & Williams- Keeler, L. (1998). Creating healing relationship for couples deling with trauma: The use of emotionally focused marital therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 24, 25-40.

Keane, T.M., Fairbank, J.A., Caddell, J.M., & Zimering, R.T. (1989). Implosive (flooding) therapy reduces symptoms of PTSD in Vietnam combat veterans. *Behavior Therapy*, 20, 245-260.

Keane, T.M., & Kaloupek, D.G. (1982). Imaginal flooding in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 138-140.

Kessler, R., Sonnega A., Broment E., Hughes M., & Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.

Kilpatrick, D.G. & Veronen, L.J. (1984). Treatment for rape-related problems: crisis intervention is not enough. In L. Cohen, W. Claiborn, & G. Specter (Eds.), *Crisis intervention* (2nd ed.) New York: Human Sciences Press.

Kilpatrick, D.G., Veronen, L.J., & Resick, P.A. (1979a). assessment of the aftermath of rape: changing patterns of fear. *Journal of Behavioral Assessment*, 1, 133-148.

Kilpatrick, D.G., Veronen, L.J., & Resick, P.A. (1982). Psychological sequelae to rape: assessment and treatment strategies. In D.M. Dolays & R.L. Meredith (Eds.), *Behavioral medicine: assessment and treatment strategies* (pp. 473-497). New York: Plenum Press.

Kirsch, I. (1994). Defining hypnosis for the public. *Contemporary hypnosis*, 11, 142-143.

Kozak, M.J., Foa, E.B., & Steketee, G. (1988). Process and outcome of exposure treatment with obsessive-compulsives: psychophysiological indicators of emotional processing. *Behavior Therapy*, 19, 157-169.

Litz, B.T. (1992). Emotional numbing in combat-related post-traumatic stress disorder: a critical review and reformulation. *Clinical Psychology Review*, 12(4), 417-432.

Livolsi, M. (1965). Un nuovo modello di interpretazione dell'integrazione degli immigrati. Estratto da *Studi di Sociologia*. Anno 3, Fasc.3, Luglio-Settembre.

Lubin, H., Loris, M., Burt, J., & Johnson, D. (1998). Efficacy of psychoeducational group therapy in reducing symptoms of posttraumatic stress disorder among multi-traumatized women. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1172-1177.

Maggioni, M. (2005). *Tecniche di intervento in situazioni traumatiche*. Milano.

Marcelli, D., Bracconier, A. *Psicopatologia dell'adolescente*. Ed. italiana a cura di Ammaniti M., Novellato A. Masson. Milano, 1989.

Mattick, R.P, Peters, L., & Clarke, J.C. (1989). Exposure and cognitive restructuring for social phobia: a controlled study. *Behavior Therapy*, 20, 3-23.

McCann, I.L., & Pearlman, L.A. (1990). *Psychological trauma and the adult survivor: theory, therapy and transformation*. New York: Brunner/Mazel.

Meichenbaum, D. (1974a). self-instructional methods. In F.H. Kanfer & A.P. Goldstein (Eds.), *Helping people change*. Elmsford, NY: Pergamon Press.

Meinchenbaum, D. (1974b). *Cognitive behavior modification*. Morristown, NJ: General Learning Press.

Mitchell, J. T., & Everly, G. S. (1995). Critical incidents stress debriefing: *An operations manual for the prevention of traumatic stress among emergency services and disaster workers*. Ellicot City, MD: Chevron.

Mowrer, O.A. (1960). *Learning theory and behavior*. New York: Wiley.

Peniston, E.G. (1986). EMG biofeedback-assisted desensitization treatment for Vietnam combat veterans post-traumatic stress disorder. *Clinical Biofeedback and Health*, 9, 35-41.

Pitnam, R.K., Orr, S.P., Lowenhagen, M.J., Macklin, M.L., & Altman, B. (1991). Pre-Vietnam contents of post-traumatic stress disorder veterans' service medical and personnel records. *Comprehensive Psychiatry*, 32(5), 416-422.

Pynoos, R., S., & Nader, K. (1988). Psychological first aid and treatment approach to children exposed to community violence: Research implications. *Journal of Traumatic Stress*, 1 (4), 445-473.

Putnam, F.W. (1985). Dissociation as a response to extreme trauma. In R.P. Kluft (Ed.), *Childhood antecedents of multiple personality* (pp. 65-97). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Quadrio, A., Ravaccia, F. (1967). La difficoltà di integrazione scolastica degli alunni immigrati nelle scuole milanesi. Estratto da *Contributi dell'Istituto di Psicologia*, vol.29. Milano.

Resick, P., Jordan, C., Girelli, S., Hutter, C., & Marhoefer-Dvorak, S. (1988). A comparative outcome study of behavioral group therapy for sexual assault victims. *Behavior Therapy*, 19, 385-401.

Resick, P.A., & Schnicke, M.K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 748-756.

Resick, P.A., & Schnicke, M.K. (1993). *Cognitive processing therapy for rape victims: a treatment manual*. Newbury Park, CA: Sage.

Riggs, D.S., Dancu, C.V., Gershuny, B.S., Greenberg, D., & Foa, E.B. (1992). Anger and post-traumatic stress disorder in female crime victims. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 613-625.

Schindler, F.E. (1980). Treatment by systematic desensitization of a recurring nightmare of a real life trauma. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 11, 53-54.

Scurfield, R.M. (1993). Treatment of post-traumatic stress disorder among Vietnam veterans. In J.P. Wilson & B. Raphael (Eds.), *International handbook of traumatic stress syndromes* (pp.879-888). New York: Plenum Press.

Shor, R., E., & Orne, E., C. (1962). *Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility. Manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Solomon, Z., Bleich, A., Shoham, S., Nardi, C., & Kotler, M. (1992a). The „Koach“ project for treatment of combat-related PTSD: Rationale, aims, and methodology. *Journal of Traumatic Stress, 5* (2), 175-193.

Stern, R.S., & Marks, I.M. (1973). Brief and prolonged flooding: a comparison in agoraphobic patients. *Archives of General Psychiatry, 28*, 270-276.

Sugarman, A., (1999). *Vittime di abuso. L'impatto emotivo del trauma sul bambino e sull'adulto*. Centro Scientifico Editore.

Suinn, R. (1974). Anxiety management training for general anxiety. In R. Suinn & R. Weigel (Eds.), *The innovative therapy: critical and creative contributions*. New York: Harper and Row.

Schwarz, Perry. (1994). The post traumatic response in children and adolescent. *Psychiatric Clinic, North America, 17* (2), pp. 311-326.

Thompson, J.A., Charlton, P.F.C., Kerry, R., Lee, D., & Turner, S.W. (1995). An open trial of exposure therapy based on deconditioning for post-traumatic stress disorder. *British Journal of Clinical Psychology, 34*, 407-416.

Turner, S.M. (1979). *Systematic desensitization of fears and anxiety in rape victims*. Paper presented at the Annual Convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy, San Francisco.

Veronen, L.J., & Kilpatrick, D.G. (1980). Self-reported fears of rape victims: a preliminary investigation. *Behavior Modification*, 4, 383-396.

Veronen, L.J., & Kilpatrick, D.G. (1983). Stress management for rape victims. In D. Meichenbaum & M.E. Jaremko (Eds.), *Stress reduction and prevention* (pp. 341-374). New York: Plenum Press.

Wolff, R. (1977). Systematic desensitization and negative practice to alter the after-effects of a rape attempt. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 8, 423-425.

Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press.

Woolfolk, R.L., & Grady, D.A. (1988). Combat-related posttraumatic stress disorder: patterns of symptomatology in help-seeking Vietnam veterans. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 107-111.

Yalom, I. (1985). *The theory and practice of group psychotherapy* (3rd ed.). New York: Basic Books.

Siti internet:

www.aacap.org

<http://w.giftfromwithin.org/html/articles.html>

<http://www.trauma-pages.com>

Articoli e riviste:

“Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry”, 37, 1998.

“Child Maltreatment”, vol.7, n.1, Feb. 2002, p. 95/96.