

UNIVERSITÀ PONTIFICIA SALESIANA

Facoltà di Scienze dell'Educazione

Curricolo di Psicologia Clinica e di Comunità

**I DISTURBI POST-TRAUMATICI ALLA LUCE DELLA TEORIA DI
ONNO VAN DER HART.**

Analisi di un caso clinico

Tesi di Licenza

Studente: Gianluca FOSCHI

Professoressa: Maria Luisa DE LUCA

Roma, 2011 – 2012

INTRODUZIONE

“Sognavamo nelle notti feroci, sogni densi e violenti, sognati con anima e corpo: tornare; mangiare; raccontare. Finchè suonava breve sommesso il comando dell'alba: <<Wastwàc>>; e si spezzava in petto il cuore.

Ora abbiamo ritrovato la casa, il nostro ventre è sazio, abbiamo finito di raccontare. È tempo. Presto udremo ancora il comando straniero <<Wastwàc>>”
(Levi, 1989, 155).

Così scriveva Primo Levi nel suo lavoro “La Tregua” dove narra del suo viaggio di ritorno a casa, passando per un Europa travagliata dalla guerra, con il peso di quelle tremende immagini, pensieri, sentimenti provati all'interno del campo di sterminio di Auschwitz; da un'immagine vivida e lucida di ciò che vuol dire trauma.

Ciò che si prefigge di fare questo lavoro è indagare i concetti di trauma e disturbi post-traumatici alla luce di una teoria in particolare, quella della Dissociazione Strutturale della Personalità, teorizzata da Onno Van Der Hart e collaboratori. È una teoria abbastanza recente in ambito scientifico e affronta il trauma, la sua concettualizzazione e il suo trattamento in maniera differente rispetto agli altri approcci, integrando in sé modelli terapeutici diversi per la cura dei soggetti traumatizzati; in particolare, le teorie dell'apprendimento, sistemiche, cognitive, dello sviluppo affettivo, dell'attaccamento, psicodinamiche e delle relazioni oggettuali, tutte queste hanno ispirato e delineato la teoria in esame e tutte hanno contribuito all'idea guida di tale teorizzazione e cioè che l'essenza della traumatizzazione sia rappresentata dalla dissociazione strutturale della personalità.

Il concetto di dissociazione si rifà a quello originale formulato da Pierre Janet, considerato uno degli psichiatri e pensatori più determinanti degli ultimi due secoli (Nemiah, 1989, 1527). La dissociazione strutturale viene vista come un'organizzazione nella quale differenti sottosistemi psicobiologici della personalità sono indebitamente rigidi e chiusi l'uno rispetto all'altro. Queste caratteristiche portano a una mancanza di coerenza e coordinamento all'interno della personalità del sopravvissuto ad un trauma nella sua globalità.

La novità costitutiva di questa lettura teorica è l'integrazione della teoria della dissociazione strutturale della personalità con la psicologia dell'azione di Janet e dopo la lunga esperienza clinica degli autori con pazienti traumatizzati, lo sviluppo di un modello di intervento a più fasi centrato sull'identificazione e il trattamento della dissociazione strutturale. La terapia ha l'obiettivo di aumentare la capacità del paziente di adattarsi all'ambiente, per affrontare i compiti della vita quotidiana e i fantasmi legati ai ricordi traumatici non elaborati.

È una concettualizzazione teorica nuova e quindi in continuo sviluppo, che utilizza gli utilissimi apporti provenienti dall'esperienza clinica degli studiosi. È stata definita dagli stessi autori euristica, da essa si possono derivare molte ipotesi da confutare e testare, la teoria, per esempio, suggerisce i modi in cui le azioni mentali e comportamentali dei sopravvissuti cambino con il tipo di parte dissociativa che esercita il controllo esecutivo, un fatto che è in gran parte sfuggito all'attenzione degli studi sullo stress traumatico (Van Der Hart et al. 2011, 3).

Nel primo capitolo del lavoro si affronterà una panoramica degli aspetti inerenti ai fenomeni post traumatici, in particolare analizzando i disturbi conseguenti a traumi, a partire dalle categorie diagnostiche inserite nel DSM-IV-TR e continuando l'approfondimento con quelle non ufficiali. Saranno poi oggetto di riflessione le prospettive future relative al DSM, essendo prossimi alla pubblicazione della quinta edizione del manuale. L'ultima parte del capitolo è dedicata al concetto di trauma e ad un suo breve inquadramento storico e teorico; saranno poi oggetto di interesse concetti importanti per un percorso di sviluppo individuale dopo il trauma, quello di crescita post-traumatica e quello di vulnerabilità.

Nel secondo capitolo si affronterà l'analisi della concettualizzazione teorica sulla dissociazione strutturale della personalità di Onno Van Der Hart, Ellert R. S. Nijenhuis e Kathy Steele e il modello di trattamento "phase oriented" scaturito da questa. Sarà chiarito il termine dissociazione, analizzando le origini del termine e i maggiori inquadramenti teorici. Successivamente si passerà all'analisi dell'importante contributo teorico di Pierre Janet alla costruzione della teoria in analisi, elencando gli importanti studi del famoso psichiatra francese, importante per i suoi studi sulla dissociazione. Infine si passerà

all'analisi dei tre gradi di dissociazione strutturale della personalità teorizzati da Van Der Hart e i suoi collaboratori, cercando di rileggere il Disturbo da Stress Post-Traumatico e il Disturbo Dissociativo dell'Identità alla luce della teoria di riferimento. Successivamente sarà possibile tracciare le linee di intervento, riportando il modello "phase oriented", dalla valutazione sino alle fasi finali del trattamento.

Nel terzo e ultimo capitolo si intenderà applicare all'analisi di un caso ciò che sarà analizzato teoricamente nei capitoli precedenti. Si intende quindi leggere il caso specifico alla luce della teoria della dissociazione strutturale della personalità. Quest'ultimo capitolo quindi, avrà un taglio applicativo rispetto a quelli precedenti, in questo modo sarà possibile riflettere sull'utilità del modello presentato, enucleandone i punti di forza e quelli di debolezza. Infine si intende presentare un progetto di prevenzione per la popolazione capace di allenare i cittadini ad affrontare con più risorse individuali i possibili eventi traumatici. In questo modo sarà possibile avere una panoramica ampia su come poter affrontare il trauma e i suoi esiti, dalla concettualizzazione teorica, al trattamento post-traumatico sino alla prevenzione dell'impatto di questo sulla popolazione.

Capitolo primo

I FENOMENI POST-TRAUMATICI

Il primo capitolo intende affrontare una breve panoramica degli aspetti inerenti ai fenomeni post-traumatici, in particolare analizzando i disturbi conseguenti a traumi, a partire dalle categorie diagnostiche inserite nel DSM-IV-TR e continuando l'approfondimento con quelle non ufficiali. Sarà preso in considerazione il Disturbo da Stress Post-traumatico (DPTS), valutato, in ambito scientifico, il disturbo statisticamente più rilevante a seguito di un evento traumatico. Oltre alle categorizzazioni in uso nella pratica clinica quotidiana sul DPTS, saranno oggetto di riflessione le prospettive future relative al DSM, essendo prossimi alla pubblicazione della quinta edizione, che si prevede apporti cambiamenti significativi rispetto a quella precedente.

L'ultima parte del capitolo è dedicata alla trattazione e all'approfondimento del concetto di trauma e ad un suo breve inquadramento storico e teorico, saranno presi in esame i fattori di crescita post-traumatica e quelli di vulnerabilità, fondamentali per la comprensione del possibile impatto del trauma nel percorso di sviluppo dell'individuo.

1. Il Disturbo da Stress Post-Traumatico: classificazione attuale e nuove proposte.

Dopo un evento traumatico, di qualsiasi genere, ripetuto nel tempo o singolo, l'essere umano vive degli stati che perturbano il suo normale senso di realtà. Questi possono durare da poche ore a giorni e in alcuni casi anche anni. Nella storia della Psicotraumatologia, il disturbo post-traumatico più studiato e per il quale sono presenti innumerevoli ricerche è il Disturbo da Stress Post-Traumatico. Esso è stato il prototipo dei disturbi post-traumatici e come tale riassume al suo interno una serie di concetti e spunti teorici della massima importanza, l'approfondimento dei quali apre un varco sulla gran parte della fenomenologia post-traumatica. (Giannantonio, 2009, 6).

Il DPTS come noi oggi lo conosciamo è stato formulato nel 1980 con il DSM III ma questo non vuol dire che in ambito scientifico e clinico non venisse utilizzato anche prima del 1980, ne sono una prova concetti simili utilizzati in psicologia nel secolo precedente, come

quello di Nevrosi Post-Traumatica di Oppenheim (1892), o quello utilizzato da Kraepelin nel suo Trattato di Psichiatria del 1896 di Nevrosi da spavento; che viene descritta in questo modo:

“Un quadro morboso composto da svariate manifestazioni nervose e psichiche che si sviluppa in seguito a gravi emozioni, spavento subitaneo, grande paura, e quindi viene osservato in seguito ad infortuni e lesioni specialmente dopo incendi, esplosioni, accidenti ferroviari, terremoti, fulmini, scariche elettriche, ecc. [...] Si sviluppa in soggetti sani in seguito ad un accidente che ha prodotto al massimo un transitorio disturbo della coscienza, si sviluppa gradatamente, dopo qualche settimana o anche mese, uno stato che è caratterizzato psichicamente da depressione con tristezza e con timore ansioso di genere diversissimo. Inoltre vi ha diminuzione della capacità di resistenza somatica ed emotiva e della capacità ad ogni fatica. Il loro processo ideativo è uniforme e lento, si aggira essenzialmente sull'accidente intervenuto, che talvolta viene descritto con grande flusso di parole. [...] Gli infermi non si possono più liberare dell'impressione dell'accidente subito e a causa di questo si sentono lesi in gravissimo modo nel loro stato di salute. Non sono più come prima, sono stanche e spossati, malinconici nell'animo, non possono più lavorare e osservano con grandissima attenzione tutto ciò che viene nel loro organismo, tutto ciò che sembra in rapporto con la loro malattia.” (Kraepelin, 1907, 586-587).

È sorprendente come già ai primi del 900 fosse possibile rintracciare alcuni sintomi che oggi vengono ripresi, ampliati e specificati nel DSM, come analizzeremo di seguito.

Per questo si è ritenuto interessante conoscere più dettagliatamente questo disturbo, iniziando dalla sua classificazione attuale all'interno del DSM - IV - TR.

1.1. Il Disturbo da Stress Post-Traumatico secondo il DSM - IV - TR¹.

Il DPTS come noi oggi lo conosciamo è stato inserito nel DSM per la prima volta nella terza edizione (DSM III) nel 1980. Questo disturbo, come anche i Disturbi dell'Adattamento, rappresentano delle eccezioni all'interno del DSM IV, tale sistema nosografico intende infatti mantenere una posizione definita ateorica, acausale, limitata alla descrizione sintomatologica dei disturbi, essi vengono pertanto caratterizzati dal tipo, natura e decorso dei sintomi e non sulla base delle loro cause, peraltro difficili da

¹ La versione italiana del DSM traduce “Disturbo Post-Traumatico da Stress”, denominazione quindi ufficiale in Italia, ma nel testo verrà utilizzata la traduzione più corretta di Disturbo da Stress Post-Traumatica

riconoscere nella maggior parte dei disturbi psichiatrici. (Pazzagli, 1999, 2294). Da ciò è possibile intuire immediatamente una caratteristica fondamentale per quanto riguarda il DPTS e cioè, il prendere in considerazione la causa o le cause che ha generato l'evento singolo o ripetuto, che è possibile ed anzi devono essere rilevate per poter diagnosticare il disturbo. Per il clinico che segue la categorizzazione del DSM, quella relativa al DPTS è tra le poche diagnosi ad essere guidate dal riconoscimento di un preciso agente causale, l'evento della vita, anche se certamente la patogenesi deve valutare il ruolo della variabilità della reazione individuale, il significato soggettivo dell'evento e i meccanismi di risposta psicologica ad esso; è da tenere in considerazione quindi, sia la causa oggettiva patogenetica che la risposta soggettiva dell'individuo coinvolto. C'è uno spostamento della domanda da "che cosa non va in questa persona?" a "che cosa è accaduto a questa persona?"(Lingiardi, 2004, 132).

Per quanto riguarda l'epidemiologia del DPTS, la sua identificazione ha permesso di individuare e caratterizzare la sofferenza di molti pazienti reduci da esperienze traumatiche, aprendo così la strada a importanti ricerche epidemiologiche, dalle quali è emerso che la maggioranza degli individui del mondo occidentale sperimenta almeno una volta nella vita un evento potenzialmente traumatico e che fino a una su quattro delle persone esposte al trauma ha probabilità di sviluppare un DPTS (Hidalgo – Davidson, 2000, 8).

Il DPTS nel DSM - IV - TR, è inserito nel primo asse, quello inerente ai disturbi clinici e alle altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica, all'interno dei disturbi d'ansia; questa collocazione ha suscitato e suscita ancora dubbi, tra i quali uno dei più importanti è che il sintomo dell'ansia è solo uno dei tanti nella costellazione del DPTS. Il DPTS, come da criteri del DSM riportati nella tabella 1, sorge in seguito all'esposizione a eventi stressanti di gravità oggettiva estrema, con minaccia per l'integrità fisica propria o di altri. È caratterizzato da sintomi tipici quali, intensa angoscia e paura, orrore, evitamento persistente del trauma e di stimoli o ricordi ad esso associati, ricordi, incubi e sogni angosciosi, persistenza della tendenza a rivivere il trauma, persistenza di ipervigilanza, compromissione delle funzionalità psicosociale e lavorativa del soggetto (Pazzagli, 1999, 2307). Ne sono descritti tre tipi, per modalità di insorgenza e durata. *Acuto*, quando la

durata dei sintomi e inferiore ai tre mesi. *Cronico*, quando i sintomi durano da tre mesi o più. *Ad esordio tardivo*, questa specificazione indica che sono trascorsi almeno sei mesi tra l'evento e l'esordio dei sintomi. (APA, 2000, 499).

La caratteristica essenziale del Disturbo da Stress Post-Traumatico è lo sviluppo di sintomi tipici che seguono l'esposizione ad un fattore traumatico estremo che implica l'esperienza personale diretta di un evento che causa o può comportare morte o lesioni gravi o altre minacce all'integrità fisica; o la presenza di un evento che comporta morte o lesioni o altre minacce all'integrità fisica di un'altra persona; o il venire a conoscenza della morte violenta o inaspettata, di grave danno o minaccia di morte o lesioni sopportate da un membro della famiglia o da altre persone con cui è in stretta relazione. (Ibidem, 497). È proprio questa la caratteristica che rappresenta la causa d'insorgenza del disturbo.

In sintesi possiamo dire che il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, rintraccia l'eziopatogenesi del DPTS in cause esterne all'individuo, che tali cause sono essenziali per la diagnosi e che senza le quali non è possibile valutare il Disturbo da Stress Post-Traumatico.

È opportuno sottolineare la differenza diagnostica tra DPTS e Disturbo dell'Adattamento (DA), con il quale il Disturbo da Stress Post-Traumatico condivide l'eccezionalità della ricerca in fattori esterni all'individuo delle cause scatenanti lo stato di stress. La caratteristica fondamentale del DA è una risposta psicologica ad uno o più fattori stressanti identificabili che conducono allo sviluppo di sintomi emotivi o comportamentali clinicamente significativi (APA, 2007, 723), mentre per il DPTS lo stress deve essere di natura estrema e da una specifica costellazione di sintomi, al contrario nel DA l'evento stressante può essere di qualsiasi livello di gravità e può comprendere un'ampia gamma di possibili sintomi. L'utilizzo dei criteri per il DA, quindi, può essere appropriata sia per le situazioni in cui gli eventi stressanti estremi non soddisfano i criteri per il DPTS, sia per le situazioni in cui il quadro sintomatologico del Disturbo da Stress Post-Traumatico si manifesta in risposta ad un evento stressante non estremo.

In sintesi, secondo il DSM, sono rintracciabili quattro aree specifiche per il DPTS e cioè:

1. paura intensa e sensazione di essere inerme e vulnerabile;
2. riattualizzazione dell'evento traumatico;

3. evitamento degli stimoli associati con il trauma e ottundimento della reattività generale;
4. sintomi costanti dell'aumento dell'arousal. (Lingiardi, 2004, 133).

Nella tabella 1 sono riportati i criteri diagnostici per il Disturbo da Stress Post-Traumatico secondo il DSM - IV - TR:

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

1. la persona ha vissuto, ha assistito o si è confrontata con un evento o con eventi che hanno implicato morte, o minaccia di morte, o gravi lesioni, o minaccia all'integrità fisica propria o di altri.
2. la risposta della persona comprendeva paura intensa, sentimenti 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 comprendono immagini, pensieri o percezioni. **Nota** nei bambini piccoli si possono manifestare giochi ripetitivi in cui vengono espressi temi o aspetti riguardanti il trauma.
2. sogni spiacevoli ricorrenti dell'evento. **Nota** nei bambini possono essere presenti sogni spaventosi senza un contenuto riconoscibile.
3. agire o sentire come se l'evento traumatico si stesse ripresentando (ciò include sensazioni di rivivere l'esperienza, illusioni, allucinazioni, ed episodi dissociativi di flashback, compresi quelli che si manifestano al risveglio o in stato di intossicazione). **Nota** nei bambini piccoli possono manifestarsi rappresentazioni ripetitive specifiche del trauma.
4. disagio psicologico intenso all'esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simboleggiano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento traumatico.
5. reattività fisiologica o esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simboleggiano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento traumatico.

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

1. sforzi per evitare pensieri, sensazioni o conversazioni associate con il trauma.
2. sforzi per evitare attività, luoghi o persone che evocano ricordi del trauma.
3. incapacità di ricordare qualche aspetto importante del trauma.
4. riduzione marcata dell'interesse o della partecipazione ad attività significative.
5. sentimenti di distacco o di estraneità verso gli altri.
6. affettività ridotta (per es., incapacità di provare sentimenti di amore).

7. sentimenti di diminuzione delle prospettive future (per es., aspettarsi di non poter avere una carriera, un matrimonio o dei figli o una normale durata della vita).

D. Sintomi persistenti di aumento dell'arousal (non presenti prima del trauma), come indicato da almeno due dei seguenti elementi:

1. difficoltà ad addormentarsi o a mantenere il sonno.
2. irritabilità o scoppi di collera.
3. difficoltà a concentrarsi.
4. ipervigilanza.
5. esagerate risposte di allarme.

E. La durata del disturbo (sintomi ai criteri B, C e D) è superiore ad 1 mese

F. Il disturbo causa disagio clinicamente significativo o menomazione nel funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti.

Specificare se:

acuto: se la durata dei sintomi è inferiore a 3 mesi

cronico: se la durata dei sintomi è 3 mesi o più.

Specificare se:

ad esordio ritardato: se l'esordio dei sintomi avviene almeno 6 mesi dopo l'evento stressante.

Tabella 1 – Disturbo da Stress Post-Traumatico – (APA, 2000, 502-503)

Come è possibile notare dalla tabella, vengono presentati dei criteri aggiuntivi per la diagnosi del DPTS nei bambini, a causa della loro immaturità a livello psichico, fisico ed emotivo, che li portano a vivere determinate esperienze stressanti in maniera differente rispetto a quelle di un adulto. Ad esempio, i bambini piccoli rivivono le esperienze stressanti passate con modalità di riattualizzazione diverse, il trauma può essere rivissuto attraverso un gioco ripetitivo, ad esempio un bambino vittima di abuso sessuale può ripetutamente mettere in scena atti sessuali mentre gioca con i suoi bambolotti. Per i bambini può essere difficile riferire una riduzione nei loro interessi ed attività, per questo ci si deve affidare a dei resoconti forniti dalle persone più prossime al fanciullo come i genitori, gli insegnanti e altri osservatori.

1.2. Prospettive future per i disturbi post-traumatici nel DSM V

Nel sito dell'American Psychiatric Association, la data per l'uscita della nuova edizione del DSM è prevista per maggio 2013 (APA, 2012), si prevedono molte revisioni e modifiche rispetto all'edizione attuale, il dibattito scientifico su tali modifiche è tutt'ora aperto e molto acceso, oltre all'analisi dei possibili cambiamenti per i disturbi post-traumatici è essenziale avere una panoramica sulle revisioni generali al manuale, esponendo i punti di forza e quelli di debolezza.

Negli anni passati le critiche più severe al DSM includevano la rigidità della classificazione categoriale, con criteri di inclusione ed esclusione, in grado di individuare con precisione e praticità le diverse patologie, da quanto risulta dal sito ufficiale del DSM V (www.dsm5.org) la parola d'ordine attuale sembrerebbe quella di classificazione dimensionale, cioè una nuova visione della patologia, vista non come qualcosa di nettamente distinto dalla normalità, bensì come uno dei poli di un continuum tra normalità e patologia. Il cambiamento prospettato è stato oggetto di molte ricerche che supportano l'attuale variazione di assetto teorico del DSM, interessante è quella condotta da Krueger e collaboratori su un campione di circa 8000 soggetti che suggerisce la possibilità di ricondurre diverse patologie di Asse I e Asse II essenzialmente a due dimensioni di base L'esteriorizzazione e l'interiorizzazione² (Krueger, 1999, 924). Tra le prospettive future c'è anche quella di integrare i 18 principali modelli esistenti di valutazione dimensionale della personalità in un unico modello gerarchico a 4 livelli: il primo livello considererebbe i due fattori internalizzante ed esternalizzante; il secondo terrebbe in considerazione 4 o 5 ampi domini di del funzionamento della personalità, tra i quali la regolazione emotiva Vs. instabilità emotiva – coartazione Vs. impulsività – estroversione VS. introversione – antagonismo Vs. arrendevolezza; al terzo livello andrebbero collocati i sotto-fattori delle dimensioni del secondo livello; infine al quarto livello andrebbero collocati i tratti più vicini ai comportamenti manifesti, cioè quelli più simili agli attuali criteri del DSM

² indicano i fattori esogeni ed endogeni del disturbo, di natura sociale, biologica e psicologica. In ambito socio psicologico il termine si riferisce all'adozione da parte di un individuo di valori atteggiamenti e modelli di comportamento in vigore nel suo gruppo sociale (Galimberti, 1994, 503). L'interiorizzazione è un concetto importante del pensiero europeo del XX secolo, per autori come Freud, Janet, Baldwin è un elemento fondamentale della loro struttura teorica.

(Lingiardi, 2009, 201). Questa sarebbe veramente una grande rivoluzione in ambiente psicologico e psichiatrico, che comporterebbe un cambio di visione che non tutti sono pronti a fare, l'abbandonare una sistema categoriale ampiamente e lungamente utilizzato dalla maggioranza dei clinici e l'affidarsi ad un nuovo sistema di tipo dimensionale ha suscitato critiche ed approvazioni. Una delle tante questioni sollevate da chi critica la nuova possibile impostazione dimensionale del DSM V riguarda il come riuscire ad integrare le misure solitamente utilizzate per valutare condizioni di "normalità", come le capacità di adattamento, il problem solving, la resilienza, in uno strumento il cui scopo è quello di valutare personalità "sub-normali", cioè a funzionamento ridotto, soggetti con un disturbo che determina disagio nella normale conduzione di vita, quindi una questione che mette in discussione, di per sé, tutta l'essenza del DSM; quasi a dire: come può uno strumento che si chiama Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, che quindi si riferisce direttamente ed esplicitamente al costrutto di "disturbo", contenere e valutare delle misure di normalità (Bowins, 2010, 154).

Per quanto riguardo i disturbi post-traumatici, si prevedono una serie di cambiamenti importanti e sostanziali, come la creazione di una sezione specifica per questi e la suddivisione del DPTS in fasce d'età. Nel DSM V verrà proposta difatti, una nuova sezione denominata Trauma and Stressor Related Disorder,³ (APA, 2012) che in italiano si dovrebbe tradurre Disturbi Correlati a Trauma e a Fattori Stressanti. In questa sezione sarebbero raggruppate patologie e disturbi che nel DSM IV erano inseriti nei disturbi d'ansia, come il Disturbo da Stress Acuto, il Disturbo da Stress Post-Traumatico; fanno parte della sezione: Reactive Attachment Disorder, Disinhibited Social Engagement Disorder, Acute Stress Disorder, Post-Traumatic Stress Disorder, Adjustment Disorder e Trauma or Stressor Related Disorder Not Elsewhere Classified. Rispetto al DPTS, numerose sono le proposte di cambiamento, tra cui la creazione di un sottotipo espressamente indicato per l'infanzia e l'adolescenza, che terrà in considerazione criteri specifici per la fascia d'età indicata, Inoltre si ipotizzano cambiamenti rispetto ad alcuni parametri necessari alla diagnosi di DPTS.

³ Da un nuovo controllo effettuato sul sito ufficiale dell'APA (www.dsm5.org) in data 3-giugno-2012, per quanto riguarda la sezione sui disturbi post-traumatici, sono presenti ulteriori modifiche, soprattutto riguardanti il DPTS.

Nel criterio A del DPTS nell'attuale versione del DSM, si dà la definizione di evento traumatico, nella nuova edizione si cercherà di fare una migliore distinzione tra eventi che possono essere definiti traumatici e altri considerati angoscianti ma che non superano la soglia del trauma, verrà mantenuto il criterio A1, mentre sarà eliminato il criterio A2, giudicato poco utile dalla commissione di ricerca per il DSM-V dell'APA (Friedman, 2011, 753). Rispetto al criterio B, che indica in che modo viene rivissuto il trauma, tra i 5 punti, che indicano in che modo questo viene rivissuto, il punto tre specificherà ed amplierà la spiegazione relativa ai flashback sottolineando la natura dissociativa di questi. Interessanti sono anche le modifiche al criterio C, nel DSM V sarà diviso in criterio C e criterio D, il C sarà chiamato "Avoidance Behavior" (comportamenti di evitamento) e dei sette criteri presenti nella IV versione saranno tenuti solo i primi due, cioè gli sforzi per evitare i pensieri ricorrenti legati al trauma e gli sforzi per evitare i luoghi, le situazioni o le persone che ricordano il trauma, questo perché secondo Brewin e collaboratori, i criteri C3 al C7, erano simili con quelli di altri disturbi, come la Depressione e quindi poco specifici per una diagnosi precisa (Ibidem, 758). Il criterio D invece sarà totalmente cambiato e prenderà il nome di "negative alterations in cognitions and mood" cioè alterazioni negative nella cognizione e nell'umore e il criterio D del DSM-IV, diventerà il criterio E della nuova versione, cioè tutti quegli eventi che manifestano un aumento dell'arousal, che prima si trovavano nel criterio D slitteranno nel criterio E, mentre nel D saranno collocati i nuovi elementi per discriminare le alterazioni nella cognizione e nell'umore. La durata del disturbo, verrà spostata nei criteri F. La Commissione dell'APA ha poi deciso di eliminare la specificazione di DPTS acuto o cronico, poiché non erano state corroborate da prove scientifiche per il loro mantenimento all'interno del DSM - V. La tabella 2 riporta come dovrebbe presentarsi il nuovo inquadramento diagnostico del Disturbo da Stress Post-Traumatico:

<p>A. The person was exposed to one or more of the following event(s): death or threatened death, actual or threatened serious injury, or actual or threatened sexual violation, in one or more of the following ways:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Experiencing the event(s) him/herself 2. Witnessing, in person, the event(s) as they occurred to others 3. Learning that the event(s) occurred to a close relative or close friend; in such cases, the actual or threatened death must have been violent or accidental 4. Experiencing repeated or extreme exposure to aversive details of the event(s) (e.g., first responders collecting body parts; police officers repeatedly exposed to details of child abuse); this does not
--

apply to exposure through electronic media, television, movies, or pictures, unless this exposure is work related.

B. Intrusion symptoms that are associated with the traumatic event(s) (that began after the traumatic event(s)), as evidenced by 1 or more of the following:

1. Spontaneous or cued recurrent, involuntary, and intrusive distressing memories of the traumatic event(s). **Note:** In children, repetitive play may occur in which themes or aspects of the traumatic event(s) are expressed.
2. Recurrent distressing dreams in which the content and/or affect of the dream is related to the event(s). **Note:** In children, there may be frightening dreams without recognizable content.
3. Dissociative reactions (e.g., flashbacks) in which the individual feels or acts as if the traumatic event(s) were recurring (Such reactions may occur on a continuum, with the most extreme expression being a complete loss of awareness of present surroundings.) **Note:** In children, trauma-specific reenactment may occur in play.
4. Intense or prolonged psychological distress at exposure to internal or external cues that symbolize or resemble an aspect of the traumatic event(s)
5. Marked physiological reactions to reminders of the traumatic event(s)

C. Persistent avoidance of stimuli associated with the traumatic event(s) (that began after the traumatic event(s)), as evidenced by efforts to avoid 1 or more of the following:

1. Avoids internal reminders (thoughts, feelings, or physical sensations) that arouse recollections of the traumatic event(s)
2. Avoids external reminders (people, places, conversations, activities, objects, situations) that arouse recollections of the traumatic event(s).

D. Negative alterations in cognitions and mood that are associated with the traumatic event(s) (that began or worsened after the traumatic event(s)), as evidenced by 3 or more of the following: **Note:** In children, as evidenced by 2 or more of the following:

1. Inability to remember an important aspect of the traumatic event(s) (typically dissociative amnesia; not due to head injury, alcohol, or drugs).
2. Persistent and exaggerated negative expectations about one's self, others, or the world (e.g., "I am bad," "no one can be trusted," "I've lost my soul forever," "my whole nervous system is permanently ruined," "the world is completely dangerous").
3. Persistent distorted blame of self or others about the cause or consequences of the traumatic event(s)
4. Pervasive negative emotional state -- for example: fear, horror, anger, guilt, or shame
5. Markedly diminished interest or participation in significant activities.
6. Feeling of detachment or estrangement from others.
7. Persistent inability to experience positive emotions (e.g., unable to have loving feelings, psychic numbing)

E. Alterations in arousal and reactivity that are associated with the traumatic event(s) (that began or worsened after the traumatic event(s)), as evidenced by 3 or more of the following: **Note:** In children, as evidenced by 2 or more of the following:****

1. Irritable or aggressive behavior
2. Reckless or self-destructive behavior
3. Hypervigilance
4. Exaggerated startle response

5. Problems with concentration
6. Sleep disturbance -- for example, difficulty falling or staying asleep, or restless sleep.

F. Duration of the disturbance (symptoms in Criteria B, C, D and E) is more than one month.

G. The disturbance causes clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning.

H. The disturbance is not due to the direct physiological effects of a substance (e.g., medication or alcohol) or a general medical condition (e.g., traumatic brain injury, coma).

Specify if:

With Delayed Onset: if diagnostic threshold is not exceeded until 6 months or more after the event(s) (although onset of some symptoms may occur sooner than this).

Tabella 2 - Disturbo da Stress Post-Traumatico DSM V - (APA, www.dsm5.org, 5-03-2012) ⁴

Molto importante è anche l'introduzione nel nuovo DSM di un sottotipo di DPTS dedicato esclusivamente all'infanzia, fino ai sei anni, (Il Post-Traumatic Stress Disorder in Preschool children.) Questo è stato integrato dopo una revisione degli studi durata più di quindici anni, dove si sono evidenziate delle difficoltà di diagnosi per l'infanzia con i criteri del DPTS nel DSM - IV. I criteri proposti sono in parte simili a quelli degli adulti, una delle particolarità risiede nel fatto che il DPTS potrà essere diagnosticato prima dei 6 anni di età, Inoltre, un altro elemento caratterizzante sarà l'inclusione del criterio relativo al disagio clinicamente significativo o alle menomazioni nei rapporti con i genitori, fratelli o coetanei e altri caregivers e di disagio in ambiente scolastico. (Scheeringa, 2011, 776), in quanto nell'età indicata, il funzionamento sociale del soggetto risiede nel contesto familiare e delle relazioni con altri caregivers, e l'ambiente "lavorativo" è dato da quello scolastico. Nella tabella 3 sono presentati i criteri che saranno nel DSM V per quanto riguarda il Disturbo da Stress Post-Traumatico nell'età prescolare, sottotipo del DPTS:

⁴ Da un ulteriore controllo in data 3-giugno-2012 sul sito ufficiale dell'APA (www.dsm5.org), rispetto al DPTS, sono stati inseriti alcuni sottotipi: il Post-Traumatic Stress Disorder in Preschool Children, prima inserito in una tabella a parte; e il PTSD – With Prominent Dissociative (Depersonalization/Derealization) Symptoms.

A. In children (less than age 6 years), exposure to one or more of the following events: death or threatened death, actual or threatened serious injury, or actual or threatened sexual violation, in one or more of the following ways:

1. directly experiencing the event(s)
2. witnessing, in person, the event(s) as they occurred to others, especially primary caregivers (Note: Witnessing does not include events that are witnessed only in electronic media, television, movies or pictures.)
3. learning that the traumatic event(s) occurred to a parent or caregiving figure;

B. Presence of one or more intrusion symptoms associated with the traumatic event(s) , beginning after the traumatic event(s) occurred:

1. spontaneous or cued recurrent, involuntary, and intrusive distressing memories of the traumatic event(s) (Note: spontaneous and intrusive memories may not necessarily appear distressing and may be expressed as play reenactment.)
2. recurrent distressing dreams in which the content and/or affect of the dream is related to the traumatic event(s) (Note: it may not be possible to ascertain that the frightening content is related to the traumatic event.)
3. dissociative reactions in which the child feels or acts as if the traumatic event(s) were recurring, (such reactions may occur on a continuum with the most extreme expression being a complete loss of awareness of present surroundings). Such trauma-specific re-enactment may occur in play.
4. intense or prolonged psychological distress at exposure to internal or external cues that symbolize or resemble an aspect of the traumatic event(s)
5. marked physiological reactions to reminders of the traumatic event(s)

One item from criterion C or D below:

C. Persistent avoidance of stimuli associated with the traumatic event, beginning after the traumatic event occurred, as evidenced by avoidance or efforts to avoid:

1. activities, places, or physical reminders that arouse recollections of the traumatic event
2. people, conversations, or interpersonal situations that arouse recollections of the traumatic event.

D. Negative alterations in cognitions and mood associated with the traumatic event, beginning or worsening after the traumatic event occurred, as evidenced by one or more of the following:

1. markedly diminished interest or participation in significant activities, including constriction of play

2. socially withdrawn behavior
3. persistent reduction in expression of positive emotions

E. Alterations in arousal and reactivity associated with the traumatic event, beginning or worsening after the traumatic event occurred, as evidenced by two or more of the following:

1. irritable, angry, or aggressive behavior, including extreme temper tantrums
2. hypervigilance
3. exaggerated startle response
4. problems with concentration
5. sleep disturbance (e.g., difficulty falling or staying asleep or restless sleep)

F. Duration of the disturbance (Criteria B, C, D and E) is more than 1 month.

G. The disturbance causes clinically significant distress or impairment in relationships with parents, siblings, peers, or other caregivers or with school behavior.

H. The disturbance is not attributable to another medical condition.

Note: An individual can be diagnosed with both the Preschool and Dissociative Subtypes if criteria for both are met.

Tabella 3 – Sottotipo Disturbo da Stress Post-Traumatico nell'età prescolare – (APA, www.dsm5.org, 03-06-2012)

Ciò che si cerca di fare nella nuova versione del DSM, è prendere in considerazione un più ampio spettro di disturbi post-traumatici, cercando di includere e specificare il più possibile tutte le sfumature tenendo conto dell'età, perché come ormai è confermato da molte ricerche, l'impatto di un trauma è diverso rispetto all'età dei soggetti coinvolti e in base alla perpetuazione di questo nel tempo, più il trauma si ripete periodicamente nell'arco della vita, più questo destabilizza e aggrava il quadro diagnostico del soggetto.

È la necessità di includere anche quei traumi ripetuti lungo l'arco della vita e quindi cronicizzati che hanno visto l'apertura del DSM – V verso le classificazioni non ufficiali dei disturbi post-traumatici, che danno una descrizione dettagliata rispetto alle differenze tra DPTS e DPTS complesso. Il Disturbo da Stress Post Traumatico, quindi, è solo una

piccola parte rispetto allo spettro completo degli esiti traumatologici. La ricerca scientifica, negli ultimi venti anni ha ampliato notevolmente le conoscenze sui disturbi post-traumatici, specificando le cause a breve e a lungo termine, il seguente sottoparagrafo intende analizzare tali novità cogliendo collegamenti e similitudini con i sistemi di classificazione tradizionali.

1.3. Categorie diagnostiche non ufficiali

Il clinico non utilizza solamente le categorie diagnostiche ufficiali, che il più delle volte potrebbero risultare troppo restrittive e riduttive rispetto alla complessità dell'essere umano. L'opportunità di utilizzare altre categorie diagnostiche, dette non ufficiali, può portare ad una migliore chiarezza teorica e pratica per la diagnosi ampliando il quadro conoscitivo del soggetto e specificando alcuni vissuti tralasciati nelle categorizzazioni ufficiali.

Uno di questi disturbi, studiato da Herman nel 1992, è il Disturbo da Stress Post-Traumatico Complesso (DPTSc). Secondo la studiosa questo dovrebbe essere il quadro clinico che compare nelle vittime con trauma complesso. Per trauma complesso, si intende eventi traumatici multipli ripetuti nel tempo, da distinguere, quindi, rispetto a quelli singoli (come incidenti stradali, episodi isolati di violenza, terremoti e altre catastrofi naturali) e sono tipicamente di tipo interpersonale. L'effetto del trauma complesso è particolarmente grave se esso si verifica durante il periodo di maturazione della personalità (Liotti-Farina, 2011, 22). L'aspetto più caratteristico di questa diagnosi è l'inclusione nel concetto di DPTS di caratteristiche tradizionalmente associate all'Asse II del DSM. Oltre ai normali sintomi del DPTS, possono essere presenti: dissociazione, somatizzazione, instabilità affettiva, disturbi dell'identità e dei confini della personalità, comportamenti autolesionistici, comportamento sessuale impulsivo e a rischio, difficoltà nella modulazione della rabbia e degli affetti in generale, coinvolgimento cronico in relazioni disfunzionali e frustranti, tendenza alla rivittimizzazione (Van der Kolk et al., 2005, 394). È possibile capire quanto siano più intrusivi gli esiti patologici del DPTSc rispetto a quelli del DPTS inserito nel DSM, potendo, questi, inibire lo sviluppo ottimale del sistema comportamentale dell'attaccamento e della modulazione delle emozioni. Come esposto nel

paragrafo precedente, sembra che questi studi siano stati recepiti dalla quinta edizione del DSM, integrando criteri temporali di esposizione all'evento traumatico e specificando un DPTS per l'età evolutiva, in grado di valutare l'impatto dell'esperienza traumatica sui bambini. Ciò che ha spinto la commissione per il DSM-IV del 1994 a non inserire il DPTSc nel manuale è stata la sua differente inquadratura diagnostica rispetto allo stesso DPTS. Il Disturbo da Stress Post-traumatico Complesso non può essere considerato tra i disturbi d'ansia, come, in base alle recenti evidenze cliniche e scientifiche neanche il DPTS, ma la sua collocazione ottimale sarebbe stata tra i disturbi dissociativi, di somatizzazione o tra i disturbi di personalità. Alcuni studiosi, hanno anche osservato che il DPTSc, può essere concepito come una variante del Disturbo Borderline di Personalità (DBP), aggravato da una più ampia presenza di sintomi dissociativi e somatoformi. In effetti è già da tempo noto che una percentuale elevata di pazienti con diagnosi DBP riferisce storie di sviluppo traumatiche e sintomi dissociativi più evidenti rispetto ad altri pazienti con la stessa diagnosi ma senza storie traumatiche. Sarebbe quindi logico pensare che la diagnosi da DPTSc si adatti bene a questo sottogruppo di pazienti, modificando però il nome del disturbo in modo da evidenziare l'appartenenza all'Asse II e non all'Asse I. È proprio per questo che un gruppo di ricercatori canadesi ha suggerito di inserire il quadro clinico del DPTSc fra i Disturbi di Personalità con il nome di Disturbo Post-Traumatico di Personalità (Liotti-Farina, 2011, 23). Tali indicazioni, sono state accolte in parte dalla commissione per il DSM-V creando un'apposita categoria diagnostica post-traumatica (Trauma and Stressor Correlated Disorder), con l'idea di creare uno spettro dei possibili esiti traumatici, ma tralasciando la possibilità di creare un Disturbo Post-Traumatico di Personalità.

Nella pratica clinica è stato possibile osservare che in molti casi il soggetto in terapia, nonostante avesse diagnosticato un DPTS, non fosse in presenza di tutti i criteri necessari presenti nel DSM-IV. Ciò ha reso necessario l'utilizzo di un'ulteriore nomenclatura diagnostica, il DPTS sottosoglia, che non soddisfa completamente i requisiti richiesti dall'attuale diagnosi con DSM, in particolare si evidenzia la necessità di poter diagnosticare il disturbo anche in assenza del soddisfacimento del criterio D Del DSM-IV, ovvero la presenza persistente di aumento dell'arousal. Alcuni ricercatori, hanno svolto

uno studio su 146 persone traumatizzate, confrontandole con un gruppo di controllo di 75 persone per capire come fosse possibile soffrire di un Disturbo da Stress Post-traumatico anche senza dover accettare tutti i criteri del DSM IV (Schutzwohl – Maerker, 1999, 155). Con la ricerca, svolta su 146 prigionieri politici della Repubblica Democratica Tedesca o Germania dell'est, si è potuto notare che un 23% del campione clinico presentava un DPTS sotto soglia (Ibidem, 159) veniva cioè rispettato il criterio F del DSM, inerente al disagio clinicamente significativo nel funzionamento sociale e lavorativo, senza la presenza di sintomi persistenti di aumento dell'arousal, criterio D. Alla stessa stregua persone che originariamente hanno sviluppato un DPTS, in relazione ad un evento traumatico possono, con il passare del tempo, giungere ad un miglioramento del loro quadro clinico e non soddisfare più i criteri richiesti per la diagnosi di DPTS, ma nondimeno trovarsi in condizioni psicologicamente disturbanti, in questi casi si parla di DPTS in remissione parziale, quando cioè alcune caratteristiche, identificabili con i criteri del DSM-IV per il DPTS, sarebbero presenti nella fase iniziale del disturbo ma, con il passare del tempo, la persona le ridimensiona o le supera. È possibile rintracciare tre caratteristiche principali per questi tipi di DPTS e sono:

1. sono presenti sintomi intrusivi e di evitamento/attenuazione della reattività generale, ma i sintomi di iperattivazione sono assenti o poco rilevanti.
2. sono presenti sintomi di evitamento/attenuazione della reattività generale e di iperattivazione, ma non sono intrusivi. Talvolta può capitare che circostanze esterne critiche o che in qualche modo siano ricollegabili agli eventi traumatici originari, riattivino modalità intrusive di ripresentificazione dei ricordi, ma non tali da soddisfare il criterio del DSM IV.
3. non sono presenti almeno tre sintomi di evitamento/attenuazione della reattività generale e quindi non si può individuare una diagnosi di DPTS secondo il DSM IV. (Giannantonio, 2009, 23).

Come verrà analizzato nel secondo capitolo, i disturbi descritti in precedenza sono solo una parte dell'ampio spettro psicotraumatologico. Numerosi studi svolti soprattutto in Olanda,

dimostrano che sono frequenti i casi di fenomeni dissociativi, anche intensi, che è possibile vivere a seguito di un evento traumatico. Non è raro dopo esperienze che procurano uno stress estremo “viversi fuori dal proprio corpo”, “vedersi compiere azioni dall’esterno”, autorevoli studiosi come Van der Hart, Nijenhuis e altri collaboratori, hanno approfondito il concetto di dissociazione all’interno del trauma, concettualizzandolo come sintomo prevalente nell’eziologia post-traumatica e sviluppando un modello teorico e di intervento che sarà oggetto del secondo capitolo.

Di importanza clinica, ma molto spesso di difficile collegamento con l’esperienza traumatica sono i disturbi somatoformi, cioè l’insieme di sintomi fisici che molto spesso fanno pensare ad una condizione medica generale quando in realtà non sono giustificati da essa. Tra questi possiamo ricordare i disturbi sessuali, disturbi uro-ginecologici (che possono essere correlati con fenomeni di abuso sessuale fisico ed emotivo in età infantile), i disturbi dell’alimentazione: in una ricerca di Van Gerko e collaboratori è stato possibile studiare come l’abuso sessuale sia un marker di patologia alimentare e sembra essere maggiormente rappresentata dalla bulimia, nei disturbi dell’immagine corporea e talvolta in presenza di condotte di eliminazione (Van Gerko, et al. In Giannantonio, 2009, 26).

2. Panoramica teorica sul trauma e i disturbi post-traumatici

In questo secondo paragrafo verranno affrontate e analizzate le definizioni teoriche di trauma. Per un buon intervento è fondamentale avere una buona teoria della mente alle spalle, che sappia indicare gli aspetti generali e specifici di un fenomeno per poterlo poi affrontare in modo adeguato e poter creare un piano di intervento anche in situazioni di emergenza. Quello che intende fare il paragrafo è dare al lettore una panoramica delle maggiori definizioni teoriche di trauma, della sua inquadratura psicopatologica e delle modalità possibili di intervento. Inoltre è utile sottolineare la presenza di varie tipologie di trauma e la loro influenza sull’individuo, a diversi livelli d’intensità, tenendo sempre conto delle risposte soggettive della vittima. Sarà esposto l’elenco relativo allo spettro dei principali disturbi post-traumatici, dividendoli in breve termine e lungo termine.

1.1. Le tipologie del trauma.

La ricerca epidemiologica indica che la percentuale di popolazione generale che nella vita andrà incontro a esperienze traumatiche è piuttosto elevata variando, a seconda delle ricerche e dei campioni indagati, dal 40% al 75% della popolazione (Berliner-Briere, in Giannantnio, 2009, 37). Questo può far capire la vastità delle esperienze che possono essere definite traumatiche e la necessità di doverle suddividere in base all'evento e alla sua durata nel tempo. Non esiste una classificazione ufficiale di possibili eventi traumatici, poiché è indispensabile rendere sempre conto delle risposte soggettive degli individui coinvolti, in quanto rispetto al grado di vulnerabilità individuale e alla resilienza un evento può essere traumatico per un soggetto ma non per un altro. Con questo non si intende affermare che nessuna esperienza è definibile come traumatica o al contrario tutte le esperienze che provocano stress sono traumatiche, ma bisogna sottolineare l'importanza del come viene vissuta tale esperienza della persona. Per fare un esempio, un incidente stradale può essere fattore di trauma per un individuo coinvolto e non per gli altri.

Lenore Terr divide le esperienze traumatiche in Tipo I e Tipo II, la studiosa ha investigato l'impatto del trauma sull'infanzia, arrivando alla classificazione di questi due tipi più un tipo misto A e B. Per trauma di Tipo I si intendono episodi di solito causati da eventi circoscritti e inaspettati, in questa categoria rientrano la maggior parte dei disturbi da stress post-traumatici, che generalmente soddisfano i criteri di ripetizione, evitamento e ipervigilanza previsti dal DSM - III - TR, le conseguenze di un trauma singolo e circoscritto includono: ricordi completi e dettagliati impressi nella mente, premonizioni (rielaborazioni retrospettive, rivalutazioni cognitive, ragionamenti e cambiamenti di opinione), dispercezione e precezioni erronee del tempo. I traumi di Tipo I non sembrano produrre la negazione massiccia, l'intorpidimento o i problemi di personalità che caratterizzano invece i disturbi di Tipo II (Terr, 1991, 15).

I traumi di Tipo II derivano invece da prolungate o ripetute esposizioni a circostanze esterne estreme. Il primo episodio traumatico crea sorpresa e shock alla vittima, ma il succedersi degli altri crea un senso di anticipazione che mobilita una serie di imponenti tentativi di proteggere la mente e di preservare il sé. Le difese e le strategie di coping usate

nei disturbi di Tipo II sono diniego massiccio, rimozione, dissociazione e ipnosi autoindotte, identificazioni con l'aggressore e aggressione rivolta verso il sé, spesso producono profondi cambiamenti caratteriali nei bambini. Anche se il fanciullo che ha subito traumi ripetuti può non manifestare un vero e proprio disturbo di personalità prima della tarda adolescenza o della prima età adulta, gravi problemi di personalità possono emergere anche prima dei 5 anni di età. (Ibidem, 17).

Una tipologia di divisione degli eventi potenzialmente traumatici utilizzata in ambito medico e psicologico, suddivide gli eventi in tre gruppi: il primo si riferisce ad azioni umane volontarie, sono i casi di danno creato dall'uomo di natura intenzionale o dolosa e frequentemente nati con l'intento di nuocere, come la guerra, la violenza, i crimini e il terrorismo, ne è un esempio l'attacco terroristico al World Trade Center di New York dell'11 settembre 2001. Di questo gruppo fanno parte anche gli atti di abuso come ad esempio l'abuso sessuale, l'abuso fisico, l'abuso psicologico ed emotivo. Sinteticamente, ciò che accumuna questi eventi, è la volontarietà dell'atto doloso o violento dell'uomo, in grado di poter generare traumi agli individui coinvolti.

Fanno parte del secondo gruppo azioni umane involontarie. Ciò significa che anche se è stato provocato un danno, esso non è dovuto a un intento deliberato. L'evento traumatico accade a causa di un errore umano, di una macchina o di un sistema di procedure progettati dall'uomo, ad esempio fa parte di questa seconda classe il disastro di Chernobyl avvenuto il 26 aprile del 1986, o l'ultimo incidente marittimo del Costa Concordia avvenuto il 13 gennaio 2012.

Del terzo gruppo di eventi potenzialmente traumatici, fanno parte i disastri naturali. Generalmente avvengono senza che l'uomo possa in alcun modo intervenire (Herbert-Didonna, 2006, 29-32). Ne sono un esempio i terremoti, come quello de L'Aquila del 6 aprile 2009, o il caso del tremendo sisma in Giappone che oltre a causare lo tsunami dell'11 marzo 2011, ha poi scatenato il peggior incidente nucleare dai tempi di Chernobyl, a Fukushima.

Questa non potrà essere una lista completa e specifica di tutti i possibili eventi traumatici, ma da una descrizione chiara, intuitiva e veloce, per un inquadramento funzionale degli eventi, utilizzata a livello internazionale nell'ambito del primo soccorso. Cercando di

sintetizzare e collegare le due tipologie di classificazione degli eventi potenzialmente traumatici, quella teorizzata da Lenore Terr e quest'ultima, fanno parte del Tipo I gli eventi dolosi, quelli involontari provocati dall'uomo e i disastri naturali. Fanno parte del Tipo II gli abusi fisici, sessuali, emotivi prolungati nel tempo, come riassunto nella tabella 4:

Trauma Tipo I	Trauma Tipo II
<p>Condizioni traumatiche conseguenti ad un evento singolo, inatteso. Cui seguono meccanismi di evitamento e aumento dell'eccitabilità</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disastri naturali: terremoti, carestie, alluvioni; - Azioni umane involontarie: disastro di Chernobyl; - Azioni dolose dell'uomo (evento singolo): attacco terroristico World Trade Centre 	<p>Ripetuta esposizione a eventi traumatici: inizialmente c'è sorpresa cui segue un penoso senso di attesa, anticipazione. Il soggetto tenta di proteggersi attraverso il diniego, la rimozione, la dissociazione, identificazione con l'aggressore, autoaggressione.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abusi fisici, sessuali, emotivi (prolungati nel tempo); - Azioni dolose dell'uomo (ripetute nel tempo): guerre

Tabella 4 –prospetto riassuntivo delle tipologie di classificazione degli eventi traumatici.

1.2. Le principali definizioni teoriche del trauma.

Il concetto di trauma è stato studiato da molti nell'arco della storia della psicologia, lo sviluppo e la ricerca in questo ambito, dai primi del 900 ad oggi è stata notevole. Attorno alla definizione di che cosa considerare traumatico si è sviluppato un dibattito storico tra chi accentua il ruolo giocato dagli eventi della realtà esterna e chi enfatizza quello svolto da uno specifico assetto intrapsichico (Lingiardi, 2004, 117). La definizione stessa del termine, trauma, è complesso; il suo difficile inquadramento concettuale risulta anche dal suo essere stato mutuato dall'ambito medico, secondo il quale l'organo traumatizzato è quello che riporta una lesione ad opera di un oggetto esterno, che ne inficia il normale funzionamento (Zennaro, 2011, 347).

Per un buon inquadramento teorico in ambito psicologico è essenziale vedere, quindi, le diverse eccezioni del termine, poiché non esiste una sola definizione di trauma. Interessante è la definizione data da Herman e cioè “il trauma psichico è il dolore degli impotenti. Nel momento del trauma la vittima è resa inerme da una forza soverchiante.” (Herman, 2005, 51). È importante il concetto di impotenza, poiché anche se il trauma ha caratteristiche di oggettiva gravità è sempre definito in rapporto alle capacità del soggetto di sostenerne le conseguenze.

Il vocabolario di lingua italiana nel presentare questo termine dice: lesione determinata da una causa violenta, anche nel campo psichico. (Zingarelli, 1988, 2042). Sicuramente non può essere una definizione completa per quanto riguarda il nostro ambito. Molto esaustiva invece è la spiegazione del termine data da Giannantonio, spiega il trauma come un'esperienza di particolare gravità che compromette il senso di stabilità, continuità fisica e psichica di una persona (Giannantonio, 2009, 1). Il DSM IV, come visto in precedenza, definisce trauma “L'esposizione a un fattore traumatico estremo che implica l'esperienza personale diretta di un evento che causa o può comportare morte o lesioni gravi o altre minacce all'integrità fisica; o la presenza ad un evento che comporta la morte, lesioni o altre minacce all'integrità fisica di altre persone; o il venire a conoscenza della morte violenta e inaspettata, di grave danno o minaccia di morte sopportate da un familiare o da altra persona con cui è in stretta relazione” (APA, 2007, 497). La definizione data nel DSM può essere giudicata restrittiva, poiché privilegia una lettura prevalentemente oggettiva degli eventi traumatici, ma se così non fosse si rischierebbe di etichettare come trauma qualunque evento negativo accada all'essere umano, facendo perdere ogni utilità al concetto stesso. Quando parliamo di trauma, parliamo di un evento esterno violento, unico e tale da costituirsi in sé quale agente patogeno o piuttosto di un insieme di microtraumi relazionali, ripetuti e poco evidenti, che si accumulano silenziosamente nel corso del processo di sviluppo.

Come è possibile notare il concetto di trauma in letteratura è molto vasto, ci sono modelli e teorie diverse ed è impossibile adottare un termine unico, possiamo dunque considerare il termine trauma come un termine-ombrello, necessario ma non sufficiente. (Lingiardi, 2004, 124).

I primi riferimenti scientifici sulle conseguenze di vita soverchianti possono essere rintracciati negli scritti di Janet, il filosofo, psichiatra francese, il quale lavoro è essenziale per la comprensione e il trattamento dei disturbi legati al trauma, oggetto questo, di esame del secondo capitolo e Charcot. Charcot fu l'ideatore del termine Isteria traumatica, dovuta ad una forte fonte di shock. All'epoca erano numerosi gli incidenti ferroviari, in seguito ai quali si verificavano delle paralisi, ossia delle lesioni organiche del sistema nervoso. A volte però, si verificava una paralisi anche in assenza di un trauma organico, Charcot dimostrò che le paralisi isteriche post-traumatiche erano dovute ad uno shock psichico. In altri termini è l'idea che provoca la paralisi e quindi l'isteria traumatica, come lo stesso autore afferma:

“l'influenza del traumatismo sulla produzione delle paralisi e delle contratture è ben nota. Non vi ha nessun rapporto fra la violenza del traumatismo e il grado del disturbo motorio che gli tien dietro. Il fattore essenziale è l'emozione, lo shock morale che accompagna la violenza. La paralisi che compare dopo i traumatismi non compare immediatamente dopo lo shock, ma soltanto dopo un tempo più o meno lungo, dopo un periodo di incubazione o di meditazione, di auto-suggestione, durante il quale l'idea di impotenza dell'arto ferito, ingigantisce e si impone alla mente dell'ammalato” (Charcot, 1897, 517).

Per provare ciò l'autore indusse uno stato di ipnosi in un soggetto e attraverso la suggestione procurò delle paralisi che fece poi regredire. Con questo espediente, Charcot provò che il trauma induce uno stato ipnotico durante il quale opera l'autosuggestione. Sulla base di questi studi precedenti Freud nel 1925 definì traumatica una situazione d'impotenza. Rimaneggiò più volte le sue teorie sul trauma concependo due diverse visioni di questo, connesse e due diverse fase del suo pensiero

Fu tra i primi ad attribuire ai traumi infantili il ruolo di causa nella patogenesi di alcuni disturbi mentali. In un primo tempo Freud scompose l'azione del trauma in due momenti una prima detta di seduzione, dove il bambino subisce un tentativo sessuale da parte di un adulto, un secondo momento, in età puberale dove c'è una rievocazione di quella esperienza e da qui i sintomi nevrotici, come lo stesso Freud scrive nel 1896:

“Devo i miei risultati all’impiego di un nuovo metodo di psicoanalisi, al procedimento esplorativo di Josef Breuer[...] Per mezzo di tale procedimento si risale dai sintomi isterici fino alla loro origine, che viene in tutti i casi trovata in un episodio di vita sessuale del soggetto, idoneo a suscitare un’emozione penosa[...] si tratta ancora di un ricordo relativo alla vita sessuale, ma che presenta due caratteri di estrema importanza. L’episodio di cui il soggetto ha conservato il ricordo inconscio è un’esperienza precoce di rapporti sessuali, con conseguente irritazione degli organi genitali, come conseguenza di un’aggressione sessuale effettuata da un’altra persona e inoltre il periodo nel quale tale funesto avvenimento si è svolto è quello dell’infanzia, cioè quello che va fino agli otto-dieci anni, prima che il bambino sia arrivato alla maturità sessuale. [...] Grazie al cambiamento operato dalla pubertà, il ricordo svilupperà una potenza che era del tutto assente nell’episodio originario: il ricordo agirà come se fosse un episodio attuale. Si ha quindi, per così dire, l’azione postuma di un trauma sessuale” (Freud, 1896, 299).

Sulla base di Charcot e Janet, Breuer e Freud pensavano che qualcosa diventi traumatico perché si dissocia e rimane al di fuori della consapevolezza attiva. (Van Der Kolk – McFarlane, 2007, 68).

Successivamente nell’elaborazione della sua teoria, detta della seduzione, viene ipotizzato che non ci sia stato un reale evento traumatico ma una fantasia incestuosa di tipo edipico, da qui il termine di trauma fantastico:

“non essendo ancora in grado a quel tempo di distinguere con sicurezza le illusioni mnestiche degli isterici sulla loro infanzia dalle rievocazioni di fatti reali, ho scoperto in seguito che parecchie di queste fantasie di seduzione si risolvono in tentativi di difesa dal ricordo di una propria attività sessuale. [...] così, questi cessarono di apparire filiazione diretta di ricordi rimossi relativi a episodi sessuali dell’infanzia; fra i sintomi e le impressioni infantili erano ora inserite le fantasie del malato. [...] Con una tale correzione, i traumi sessuali infantili furono in certo modo sostituiti da un infantilismo della sessualità” (Freud, 1905, 221).

Gli studi sulle esperienze traumatiche vennero ripresi da Freud durante la Prima Guerra Mondiale e vennero concettualizzati due modelli distinti di trauma, il primo era il modello

della situazione insopportabile; l'altro era il modello dell'impulso inaccettabile, in cui è possibile produrre i sintomi per mezzo dell'immobilizzazione dei meccanismi di difesa. (Ibidem, 69). Questa seconda nozione compare nella letteratura freudiana per quanto riguarda la nozione di coazione a ripetere.

Molto importanti furono gli studi portati avanti da Abram Kardiner, psichiatra statunitense, che cominciò la sua carriera curando reduci di guerra, e tentò nel 1923, di fondare una teoria delle nevrosi di guerra, basandosi sulle teorie psicoanalitiche precedenti. Fu uno dei primi a definire il concetto di disturbo da stress post-traumatico, notando che, chi era colpito da nevrosi traumatica diveniva guardingo e sensibile ad ogni minaccia dell'ambiente constatando che, oltre ad alterazione fisiologiche, nel trauma si avevano anche alterazioni della coscienza di sé in relazione al mondo.

Secondo diversi autori, come, Winnicott, Fairbairn, Balint, Sullivan e Bowlby, l'insorgenza del trauma è da ravvisare non soltanto in esperienze sessuali reali o fantastiche che siano, ma viene attribuito valore traumatico alle forme precoci di perdita o agli assetti patologici e fallimentari della cura del bambino (Lingiardi, 2004, 119). Le concettualizzazioni teoriche più moderne spostano la causa del vissuto traumatico dall'esperienza interna legata all'inconscio, alle importanti relazioni con l'esterno e con le figure di accudimento. In questo senso importanti sono gli studi di Stern, che vede il trauma come un evento che origina da interazioni reali, egli considera la vita mentale come frutto di una co-creazione di un dialogo continuo con le menti degli altri, che l'autore chiama matrice intersoggettiva. (Zennaro, 2011, 349). Come lo stesso Stern dice:

[...] il bambino per un periodo iniziale non si presta a spiegazioni di natura dinamica: la prima infanzia esulerebbe dal campo degli eventi psicodinamicamente determinati, in quanto l'esperienza del bambino non è il prodotto di tentativi di risolvere i conflitti attraverso l'alterazione della realtà. Questo punto di vista è molto più vicino alle teorie di Kohut e Bowlby, secondo i quali la patologia preedipica è dovuta più a carenze o a eventi reali che a conflitti nel senso psicodinamico. (Stern, 1987, 256).

Inoltre sempre secondo Stern, il trauma può originare dal fallimento della sintonizzazione affettiva del sistema caregiver-bambino. La sintonizzazione affettiva consiste

nell'esecuzione di comportamenti che esprimono la qualità di un sentimento condiviso, senza tuttavia, imitarne l'esatta espressione comportamentale (Ibidem, 151). Quindi è una vera e propria "danza emotiva" dove si instaura intimità, sicurezza, calore e comprensione. Alterazioni all'interno di questo processo possono creare quindi le condizioni per una continuità traumatica.

La definizione che danno Onno Van Der Hart e i suoi collaboratori al termine trauma e traumatizzazione si ispira agli studi precedenti, qui citati, soprattutto al lavoro svolto da Janet; gli autori utilizzano il termine trauma, non riferendosi ad un evento, ma a quegli individui che hanno sviluppato una sindrome post-traumatica e una forma di dissociazione strutturale più o meno grave. Il grado di traumatizzazione di un individuo, quindi, dipende da due fattori interagenti: le caratteristiche oggettive dell'evento traumatico e quelle soggettive che determinano l'energia psichica e l'efficienza mentale dell'individuo stesso (Van Der Hart et al. 2011, 29).

1.3. i principali disturbi post-traumatici.

Come espresso nei paragrafi precedenti, il Disturbo da Stress Post-Traumatico è, dal dopo guerra ad oggi, il disturbo più studiato in psicotraumatologia, ma non per questo è da considerare l'unica possibile patologia a seguito di eventi traumatici. Lo stesso DSM – IV, prevede la possibilità di diagnosticare diversi disturbi post-traumatici.

Il Disturbo Acuto da Stress (ASD), è essenzialmente simile al DPTS, eccetto per il tempo di permanenza che lo caratterizza. La caratteristica essenziale di questo disturbo è lo sviluppo di sintomi dissociativi, ansia o aumento di arousal, sintomi intrusivi e di evitamento, Il disturbo deve manifestarsi entro quattro settimane dall'evento al quale risulta connesso e deve durare da un minimo di due giorni ad un massimo di quattro settimane (Giannantonio, 2009, 15). Ciò che differenzia essenzialmente il DPTS dal'ASD è la durata dei sintomi, infatti dal momento che questi perdurano nel tempo, superando quindi le quattro settimane massime indicate dal DSM, bisognerebbe prendere in considerazione una diagnosi di DPTS, statisticamente non è raro che un primo referto di ASD si tramuti,

successivamente, in Disturbo da Stress Post-Traumatico. Nella tabella 5 vengono riportati i criteri diagnostici per il Disturbo da Stress Acuto:

- A) la persona è stata esposta ad un evento traumatico in cui erano presenti entrambi i seguenti elementi:
1. la persona ha vissuto, ha assistito o si è confrontata con un evento o con eventi che hanno comportato la morte, o una minaccia per la vita, o una grave lesione, o una minaccia all'integrità fisica propria o altrui;
 2. fra le reazioni della persona ci sono state paure intense, senso di impotenza o orrore.
- B) Durante o dopo l'esperienza dell'evento stressante, l'individuo presenta tre (o più) dei seguenti sintomi dissociativi:
1. sensazione soggettiva di insensibilità, distacco o assenza di reattività emozionali;
 2. riduzione della consapevolezza dell'ambiente circostante (per es. rimanere storditi);
 3. de-realizzazione;
 4. depersonalizzazione;
 5. amnesia dissociativa (cioè incapacità di ricordare qualche aspetto importante del trauma).
- C) L'evento traumatico viene persistentemente rivissuto in almeno uno dei seguenti modi: immagini, pensieri, sogni, illusioni, flashback persistenti o sensazioni di rivivere l'esperienza; oppure disagio all'esposizione a ciò che ricorda l'evento traumatico.
- D) Marcato evitamento degli stimoli che evocano ricordi del trauma (per es. pensieri, sensazioni, conversazioni, attività, luoghi, persone).
- E) Sintomi marcati di ansia o di aumento di arousal. (per es. difficoltà a dormire, irritabilità, scarsa capacità di concentrazione, ipervigilanza, risposte di allarme esagerate, irrequietezza motoria).
- F) Il disturbo causa disagio clinicamente significativo o menomazione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti dell'individuo, oppure compromettere la capacità dell'individuo di eseguire compiti fondamentali, come ottenere l'assistenza necessaria o mobilitare le risorse personali riferendo ai familiari l'esperienza traumatica.
- G) Il disturbo dura al minimo 2 giorni e al massimo 4 settimane e si manifesta entro 4 settimane dall'evento traumatico.
- H) Il disturbo non è dovuto agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (per, es. una droga di abuso, un farmaco) o di una condizione medica generale, non è meglio giustificato da un disturbo psicotico breve e non rappresenta semplicemente l'esacerbazione di un disturbo preesistente di Asse I o Asse II.

Tabella 5 – Disturbo Acuto da Stress – (APA, 2007, 506).

Fa parte dello spettro dei possibili disturbi post-traumatici il Disturbo Psicotico Breve, la caratteristica essenziale di questo disturbo è un'alterazione che comporta l'improvvisa insorgenza di almeno uno dei seguenti sintomi positivi psicotici: deliri, allucinazioni, eloquio disorganizzato, o comportamento grossolanamente disorganizzato o catatonico. Un episodio del disturbo dura almeno un giorno ma meno di un mese, con successivo pieno ritorno da parte del soggetto al livello premorbo di funzionamento (APA, 2007, 359). La specificazione con rilevante fattore di stress, va annotata se i sintomi psicotici si sviluppano poco dopo e apparentemente in risposta a uno o più eventi che provocherebbero, singolarmente o insieme, significativi segni di sofferenza nella maggior parte delle persone in simili circostanze e culture.

Un'ultima probabile traiettoria post-traumatica è rappresentata dal Disturbo dell'Adattamento (DA), cioè, lo sviluppo di sintomi, di solito transitori, emotivi e comportamentali, successivi all'esposizione a uno o più eventi stressanti chiaramente identificabili. Tali sintomi, piuttosto comuni, devono svilupparsi entro 3 mesi dall'esposizione all'evento o agli eventi stressanti e devono risolversi entro 6 mesi dalla cessazione del fattore stressante o delle sue conseguenze. Se di fronte ad un evento traumatico non si sviluppa una completa sintomatologia di DPTS, dev'essere valutata la diagnosi di disturbo dell'adattamento (Giannantonio, 2009, 18). La consistenza e l'ampiezza degli esiti post-traumatici è una realtà che ha spinto la commissione esaminatrice del DSM – V a rivedere e organizzare la sistemazione di tali disturbi all'interno del manuale, raggruppandoli all'interno di una specifica categoria diagnostica.

3. Gli esiti temporali del trauma e la crescita post-traumatica.

Il trauma è causa di una serie di esiti dolorosi e disadattanti per l'individuo, questi vengono divisi in breve e lungo termine, dove rispettivamente i primi sono quelli visibili da subito dopo l'evento traumatico sino a pochi giorni dopo, e i secondi sono quelli visibili in un lasso di tempo più ampio, mesi e in alcune circostanze anni. Questo paragrafo, intende analizzare tali esiti, prendendo successivamente in esame (tenendo conto delle variabili

bio-psico-sociali individuali), due concetti essenziali per la crescita post-traumatica e per la reazione adattiva allo stress estremo, quello di resilienza e quello di vulnerabilità.

1.1. Esiti a breve termine.

I soggetti vittime di esperienze catastrofiche sono spesso in preda di alcune reazioni intense e soverchianti, queste mutano nel tempo e possono essere individuate e classificate. Il modello creato da Young (2004) spiega quali sono i comportamenti del gruppo durante episodio critici e traumatizzanti per la comunità, in un periodo di tempo compreso fra l'esordio dell'evento e i 18-36 mesi successivi, questo si compone di quattro fasi e sono:

1. *fase eroica*, in questo periodo la comunità canalizza livelli elevati di energia nelle attività di salvataggio, aiuto, accoglienza. Dura da qualche ora a qualche giorno.
2. *fase della luna di miele*, caratterizzata generalmente dall'ottimismo della comunità, si assiste all'afflusso delle risorse, all'attenzione dei media, alle visite dei vip. I superstiti cominceranno a pensare che la loro casa, la loro comunità, verrà ristabilita in poco tempo e senza complicazioni.
3. *fase di disillusione*, generalmente dopo tre settimane l'attenzione dei media cala, l'invio di risorse stenta, e l'attenzione delle persone non coinvolte scema. La fatica, le varie esperienze negative, la consapevolezza di tutto ciò, fa sì che le persone provino un senso di disillusione per il ritorno ad una vita normale. In questa fase si intensificano i sintomi connessi allo stress post-traumatico e diminuiscono sempre di più le speranze. È una fase molto rischiosa per l'insorgenza di psicopatologie.
4. *fase di ristabilizzazione*, le basi gettate nei mesi prima, cominciano a produrre cambiamenti osservabili, vengono istituiti programmi a lungo termine per le persone coinvolte nella calamità, e la maggioranza delle persone torna ad un funzionamento psichico premorboso. In generale gli individui riescono a recuperare entro 6 mesi, ma ne possono passare anche 18-36. Il riacutizzarsi delle ferite traumatiche si potrà avere in occasioni di commemorazioni e anniversari della catastrofe (Young, 2004, 34).

Questo modello, viene definito dallo stesso autore trasversale, poiché prende in considerazione tutte le possibili fasi comportamentali delle vittime, da subito dopo l'evento, a breve termine, sino a 3 anni di distanza e quindi a lungo termine. Volendolo dividere possiamo dire che le prime due fasi, cioè la fase eroica e quella della luna di miele, appartengono agli esiti a breve termine. La fase della disillusione, è di confine tra gli esiti a lungo e breve termine poiché gli appartengono delle reazioni che sono visibili poche settimane dopo l'evento e quindi categorizzabili tra gli esiti a breve termine, e alcuni comportamenti psicopatologici, categorizzabili tra quelli a lungo termine. Infine la quarta fase e cioè quella della riabilitazione con il ritorno ad esiti di normotipia è possibile inserirlo tra gli esiti a lungo termine.

A seguito di un evento traumatico, il soggetto coinvolto è in balia di alcune sensazioni e sentimenti che lo portano a vivere situazioni sgradevoli. I fattori implicati nello sviluppo e nel mantenimento dei disturbi post-traumatici sono i seguenti: tipo di evento stressante, variabili relative alla vittima, risposta soggettiva all'evento stressante, supporto e risorse sociali. (Giannantonio, 2005, 31).

L'incontro tra questi fattori può generare alcuni tipi di risposte post-traumatiche, una classificazione ci aiuta a riconoscerle. Esistono essenzialmente tre categorie che presentano aree di sovrapposizione e sono:

1. disturbi psicologici e psichiatrici;
2. distress psicologici, o sintomi di disagio psicologico non classificabile in nessun disturbo;
3. comportamenti a rischio di salute, come il consumo eccessivo da alcool e droghe (Pietrantonio – Prati, 2009, 80).

Come accennato in precedenza, possono esserci delle aree di sovrapposizione, poiché alcuni sintomi o distress possono essere dei fattori predisponenti per alcuni disturbi patologici, così come comportamenti a rischio per la salute possono essere facili predittori di disturbi a lungo termine.

Fanno parte dei distress o sintomi di disagio psicologico non classificabili in nessun disturbo, tutte quelle emozioni negative provate a seguito di eventi traumatici che però non sono classificati in nessun disturbo. Fanno parte dei comportamenti a rischio, le condotte

che possono provocare danni ulteriori alla persona, come un forte consumo di alcool, di droghe e di rapporti sessuali occasionali non protetti (Ibidem, 82).

Tra i disturbi a breve termine, troviamo sicuramente i distress non classificabili in nessun disturbo, cioè dei sintomi di disagio psicologico, che si manifestano tramite l'esperienza di emozioni negative (Ibidem, 81). Un esempio di queste emozioni può essere la paura, la tristezza, la rabbia. Possono nascere dei problemi di insonnia a seguito di eventi catastrofici, questo perché i livelli di ansia aumentano portando a veri e propri disturbi d'ansia o semplicemente non si prende sonno poiché si ha paura di un ripetersi dell'evento disastroso.

I sintomi di stress peritraumatico, cioè quei sintomi che compaiono immediatamente dopo un evento catastrofico estremo possono consistere in reazioni sufficientemente intense da causare una menomazione significativa sul piano dell'orientamento nella realtà, della comunicazione, delle relazioni, delle attività di tempo libero e di cura di sé o delle attività lavorative o scolastiche. (Young, 2004, 35). Esempi di queste reazioni possono essere episodi di attacco di panico, problemi connessi all'abuso di sostanze, ritiro sociale. Le persone che maggiormente sperimentano stress peritraumatico estremo sono quelle coinvolte in prima persona nel disastro, coloro che hanno subito perdite o coloro che hanno subito già perdite importanti poco prima dell'evento traumatico, questi soggetti sono definiti a rischio e quindi necessitano di maggiori controlli ed esami diagnostici, poiché Questo tipo di stress può essere la causa del sorgere di disturbi psicopatologici di lunga durata, molto destabilizzanti per la persona. Non è da dimenticare per gli esiti a breve termine il Disturbo da Stress Acuto, descritto in precedenza, ma che è possibile annoverare tra i disturbi post-traumatici temporaneamente più vicini all'evento.

Numerose sono le ricerche che si sono occupate degli effetti a medio e lungo termine dei traumi sullo sviluppo di disturbi psichiatrici, in particolare il Disturbo Post-Traumatico da Stress, fobie specifiche e disturbi dell'umore, ma sono solo pochi gli studi che si sono occupati di indagare la reazione immediata e la sintomatologia a breve termine in risposta a gravi eventi traumatici come per esempio dopo un terremoto. È stato proprio questo l'obiettivo di alcuni ricercatori psicologi come Di Giuseppe, Di Pietro, Del Sordo, Corsi, Piotti, Colavecchio (2009), che hanno voluto indagare gli effetti del trauma sullo sviluppo

di sintomi psicopatologici a sei settimane dal terremoto dell'Abruzzo del 6 aprile. Il campione da loro considerato è di 74 soggetti al momento della rilevazione erano temporaneamente alloggiati in hotel e campeggi del comune di Giulianova (TE). I soggetti si sono rivolti spontaneamente o sono stati segnalati da terzi all'Unità Locale dell'Emergenza Psicologica (ULEP), affiancata per sette settimane dai volontari della SIPEM. I dati sono stati ottenuti attraverso schede di triage, ne sono state raccolte 94. Dai risultati emersi, l'età media dei soggetti in esame è stata di 41 anni, delle 74 persone valutate, il 37,8% presentavano problematiche psicologiche preesistenti, di cui il 17% seguivano un trattamento psico-farmacologico. La distribuzione dei quadri psicopatologici, nel campione di riferimento è stata così rappresentata: il 16,2% presentava disturbi dell'umore e/o disturbi d'ansia, il 5,4% un disturbo dell'area psicotica, il 5,4% altri disturbi appartenenti all'Asse I, il 2,7% disturbi appartenenti all'Asse II, mentre l'8,1% presentava delle rilevanti problematiche di tipo relazionale.

Rispetto alla sintomatologia reattiva al trauma, si è rilevato che il 75% delle persone manifestava in prevalenza sintomi collegati all'ansia, il 31% riportava sintomi depressivi, il 19% entrambe i sintomi (depressione, ansia). Sintomi di evitamento e ostilità erano presenti in circa il 19% del campione, mentre il 7% aveva accusato sintomi dissociativi o veri e propri episodi di scempenso psicotico.

Dall'analisi delle correlazioni è emerso che tra le variabili socio demografiche considerate, l'età è significativamente correlata ai sintomi depressivi.

Per quanto riguarda le caratteristiche del trauma, le analisi mostrano come la presenza di lutti in familiari di primo grado correli positivamente con i sintomi depressivi.

In sintesi si può dire che i sintomi ansiosi e depressivi che emergono in risposta ad un trauma di grosse dimensioni predicono in misura maggiore l'innalzamento dell'indice di gravità del quadro post-traumatico.

1.2. Esiti a lungo termine.

Molti degli studi condotti sui disturbi a lungo termine causati da forti traumi, sono nati in ambienti militari, soprattutto dopo la fine della seconda guerra mondiale, con il ritorno di migliaia di soldati traumatizzati dalle scene orribili di cui erano stati testimoni. La prima

diagnosi per questi soldati fu il Combat Stress Reaction (CSR), cioè, reazione allo stress da combattimento. Questi soldati, sperimentavano sintomi e sofferenze simili a quelli che vengono richieste per diagnosticare il DPTS. Da studi condotti in ambienti militari, da psichiatri, le vittime di CSR, di ritorno dalla guerra del Libano del 1982, accusavano maggiori problemi di minor resa lavorativa, disagi nell'ambito familiare e nella sfera sessuale. Infine le vittime hanno riportato tassi elevati di disturbi somatici e di comportamenti potenzialmente dannosi per la salute. (Van Der Kolk - McFarlane, 2007, 118).

Tra le molte ricerche svolte sugli esiti a lungo termine, una molto interessante è quella condotta da Favaro e collaboratori (2004), che ha studiato gli effetti sulla salute mentale della popolazione a seguito del disastro del Vajont a distanza di 36 anni dall'accaduto, si è potuto notare che, su un campione di 39 sopravvissuti al cataclisma, il 21% dei soggetti soffriva di DPTS, il 15% mostrava una condizione di depressione maggiore e il 42 % degli intervistati soffriva di fobie specifiche legate al disastro; per esempio fobia dell'acqua.

Come è possibile notare, quindi, il DPTS è un possibile esito a lungo termine, la sua percentuale nei sopravvissuti è molto elevata, anche se, da come viene rilevato in questa ricerca, non è quello maggiormente presente, infatti le fobie specifiche sembrano essere i disturbi prevalenti sul lungo termine. Lo sviluppo di una paura irrazionale nei confronti di un elemento o più, presenti al momento della traumatizzazione rappresentano il campione maggiore nella ricerca. Il DSM - IV, per quanto riguarda le fobie, le divide in due tipi, la Fobia Specifica e la Fobia Sociale, e si trovano inseriti tra i Disturbi d'Ansia nel Asse I. la caratteristica essenziale della fobia specifica è la paura marcata e persistente di oggetti o situazioni chiaramente discernibili, circoscritte, l'esposizione allo stimolo fobico provoca quasi invariabilmente un'immediata risposta ansiosa, questa risposta, può prendere la forma di un attacco di panico (APA, 2007, 476). Le fobie specifiche prevedono poi dei sottotipi, in modo da specificare la fonte che genera fobia, sempre il DSM ne individua cinque e sono: fobie di tipo animale, fobie di tipo ambiente naturale, fobie di tipo sanguinazioni-ferite, fobie di tipo situazionale e fobie di altro tipo, cioè quando la paura viene scaturita da altri tipi di fonti. Qui di seguito riporto la tabella 6 relativa alla Fobia Specifica:

A. Paura marcata e persistente, eccessiva o irragionevole, provocata dalla presenza o dall'attesa di un oggetto o situazione specifici. (per es. volare, altezze, animali, ricevere un'iniezione, vedere il sangue).

B. L'esposizione allo stimolo fobico quasi invariabilmente provoca una risposta ansiosa immediata, che può prendere forma di attacco di panico situazionale o sensibile alla situazione. **Nota** nei bambini l'ansia può essere espressa piangendo, con scoppi d'ira, con l'irrigidimento o con l'aggrapparsi a qualcuno.

C. La persona riconosce che la paura è eccessiva o irragionevole. **Nota** nei bambini questa caratteristica può essere assente.

D. La situazione (le situazioni) fobica viene evitata oppure sopportata con intensa ansia o disagio.

E. L'evitamento, l'ansia anticipatoria o il disagio nella situazione (situazioni) temuta interferiscono in modo significativo con la normale routine della persona, con il funzionamento lavorativo (o scolastico), o con le attività o le reazioni sociali, oppure è presente disagio marcato per il fatto di avere la fobia.

F. Negli individui al di sotto di 18 anni la durata è di almeno 6 mesi.

G. l'Ansia, gli Attacchi di Panico o l'evitamento fobico associati con l'oggetto o situazione specifici non sono meglio giustificati da un altro disturbo mentale, come il Disturbo Ossessivo-Compulsivo (per es. paura dello sporco in un individuo con ossessioni di contaminazione), Disturbo da Stress Post-Traumatico (per es. evitamento degli stimoli associati con un grave evento stressante), Disturbo d'Ansia di Separazione (per es. evitamento della scuola), Fobia Sociale (per es. evitamento delle situazioni sociali per paura di rimanere imbarazzati), Disturbo di Panico con Agorafobia o Agorafobia senza anamnesi di Disturbo di Panico.

Specificare il tipo:

tipo animali

tipo ambienti naturali (per es. altezze, temporali, acqua)

tipo sangue-iniezioni-ferite

tipo situazionale (per es. aeroplani, ascensori, luoghi chiusi)

altro tipo (per es. paura di soffocare, vomitare o contrarre una malattia; nei bambini paura dei rumori forti o dei personaggi in maschera.)

Tabella 6 – Fobia Specifica – (APA, 2007, 482).

Il DPTS dunque è solo uno dei possibili esiti degli eventi traumatici, le ricerche svolte ci mostrano un quadro sintomatologico post-traumatico molto più ampio e complesso e anche le statistiche mostrano come una piccola percentuale degli individui soffrirà di DPTS, rispetto agli altri, sul lungo termine. Tutto ciò fa intuire l'importanza della ricerca e di approfonditi studi in ambito post-traumatico, in grado di far luce ulteriormente sulle dinamiche psichiche e sulla possibilità di intervenire in maniera rapida su queste, anche attraverso opportuni progetti di prevenzione.

1.3. Vulnerabilità, Resilienza e Crescita Post-Traumatica.

I concetti di vulnerabilità e resilienza, sono utili per poter capire l'impatto di un evento traumatico sulla psiche di una persona, rispettivamente possono essere considerati i punti deboli e la forza tipica di chi ha molti fattori protettivi di fronte al trauma e al suo superamento. Tutti gli essere umani hanno vulnerabilità e punti di forza, da queste si può partire per un percorso di crescita post-traumatica, cioè riuscire a trasformare i punti di debolezza in capacità volte a migliorare lo stile di vita. In sintesi quindi possiamo dire che come prima accennato, la vulnerabilità e la resilienza nelle esperienze stressanti sono fattori che mediano l'impatto allo stress e influenzano il tipo e la gravità del disturbo. Questi fattori possono influenzare non solo le reazioni all'esperienza, ma anche il processo di recupero.

La vulnerabilità ad uno stress indica quanto un soggetto può essere vittima di un evento traumatico. Questo grado varia da specifiche caratteristiche personali e sociali, può essere vista come il risultato o di eventi della storia personale, come traumi, shock, incidenti, o da handicap biologici. (Stanulovic, 2005, 83). I fattori di vulnerabilità possono essere classificati in due categorie di massima, i fattori individuali e i fattori ambientali.

I fattori individuali sono riferiti, ad esempio, all'età del soggetto, bambini molto piccoli possono non capire il significato di un evento, sono però molto vulnerabili alle conseguenze che questo provoca, in caso di grandi disastri, ad esempio, mancanza di acqua, cibo, risorse primarie. Le reazioni emotive dei genitori, in particolare, hanno grandi ripercussioni sui bambini piccoli. Un genitore gravemente traumatizzato da un evento avrà un figlio che reagirà in misura intensa allo stesso evento. Un altro fattore individuale importante per quanto riguarda la vulnerabilità è dato dal sesso, da recenti studi si è potuto notare che le bambine presentano reazioni emotive più intense rispetto ai maschi. Ciò può essere dato dal fatto che le bambine sono generalmente più inclini ad esprimere emozioni. (Ibidem, 84).

Il locus of control è un altro fattore fortemente determinante la vulnerabilità. Soggetti con locus of control interno recuperano più facilmente di altri con locus of control esterno. Altri fattori individuali importanti sono l'autostima, precedenti esperienze stressanti, si ritiene che la reiterata traumatizzazione, soprattutto in un lasso di tempo limitato, accresca la vulnerabilità (Ibidem).

Infine individui con handicap o ammalati, sono più vulnerabili rispetto ad altri, poiché le loro strategie di coping sono già fortemente utilizzate per far fronte alla disabilità.

La vulnerabilità, è anche data da fattori ambientali, come ad esempio, le caratteristiche dell'evento, si fa riferimento alla sua gravità, durata, ricorrenza. La qualità e la quantità con la quale l'individuo è stato esposto all'evento, è un fattore che determina la vulnerabilità maggiore o minore. Molto importante poi è anche la valutazione che il soggetto stesso fa del disastro, anche qui molto importante è l'età della persona. Individui più maturi possono riuscire a valutare in maniera più chiara ciò che è avvenuto, riuscendo a distinguere quali possono essere le sue colpe e quali no. I bambini questo non lo possono fare e quindi tendono a attribuire la colpa dell'accaduto a loro stessi, aggravando in questo modo il quadro patologico.

Si suole dividere i fattori di vulnerabilità in tre grandi categorie ciascuna poi con sottocategorie, queste sono fattori biologici, psicologici e interpersonali. Per quanto riguarda i primi, cioè quelli biologici, si dividono in tre sottocategorie, predisposizione genetica alla vulnerabilità, predisposizione biologica non genetica e alterazioni biologiche

seguenti a precedenti esposizioni a trauma (Carlson-Dalenberg, 2000, 16). Secondo alcune ricerche, i fattori genetici spiegherebbero dal 13% al 34% della varianza in gemelli reduci dal Vietnam con DPTS, attraverso una più generica predisposizione all'ansia e più marcatamente attraverso i comportamenti di evitamento (True-Lyons, in Giannantonio, 2009, 41).

Tra le strutture del SNC coinvolte nell'elaborazione delle esperienze emotive, l'ippocampo sembra svolgere un ruolo rilevante, in conseguenza della sua vulnerabilità a stress ricorrenti ed elevati. Nello specifico, stress traumatici provocano una riduzione volumetrica della porzione ippocampale sinistra. Gli effetti della diminuzione ippocampale riguardano un difetto nella codifica e nell'immagazzinamento della memoria esplicita concernente le informazioni spaziali, temporali e semantiche (Zennaro, 2011, 355).

I fattori psicologici che possono portare ad una vulnerabilità soggettiva ad eventi traumatici, sono molteplici e la loro interazione complicata. È possibile dare una suddivisione concettuale tra questi, suddividendoli in:

1. *fattori di rischio psicologico di esposizione a situazione traumatiche* e tra questi rientra ad esempio, la maggiore esposizione degli uomini a eventi potenzialmente traumatici.
2. *fattori di rischio psicologico di reazione nei confronti di situazioni traumatiche*, questi possono essere interamente suddivisi in due grandi categorie, quelli pertinenti all'evento traumatico (gravità del tipo di trauma, associata alla gravità della sintomatologia) e quelli relativi all'individuo che ha sperimentato l'evento, come ad esempio traumi precedenti, disturbi psicologici e psichiatrici precedenti, caratteristiche di personalità (Giannantonio, 2009, 47).

Interessante è come disturbi psicologici e psichiatrici precedenti possano portare ad una possibile insorgenza quattro volte superiore per il DPTS. L'aver avuto più disturbi, specialmente negli uomini, aumenta ancora di più il rischio di DPTS (Kessler, et al., in Giannantonio, 2009, 47).

Ma come la vulnerabilità può abbassare le difese di un soggetto di fronte ad eventi critici, un altro possibile esito di questo indica la capacità di fargli fronte, la resilienza. Il termine resilienza deriva dalla scienza dei materiali, e indica la proprietà che alcuni di questi hanno

di conservare la propria struttura o di riacquisire la loro forma originale, anche quando vengono schiacciati o deformati. In ambito psicologico ha un significato molto simile, rivela un comportamento di chi ha voglia di intraprendere, di combattere, di mettere in campo tutte le proprie energie per non lasciarsi annientare. È un processo di riadattamento di fronte ad avversità, traumi, tragedie e significative fonti di stress. (Ferraris, 2003, 18). La resilienza viene vista come un processo di integrazione tra fattori di rischio e di protezione, quindi la resilienza presuppone due elementi, i fattori di rischio che sono variabili presenti ad ogni livello di interazione dell'individuo, come abbiamo visto in precedenza, in grado di predire i successivi problemi psicosociali e l'adattamento. I tre fattori fondamentali per la resilienza sono le capacità cognitive, il temperamento e l'integrazione sociale (Garmezy – Masten, 1986, 507). È ormai universalmente riconosciuto che bambini dotati di un elevato grado d'intelligenza hanno maggiori probabilità di resilienza. Per quanto riguarda il temperamento, spesso i bambini resilienti sono visti come più solari, o percepiti dai genitori come bambini facili, questi possono essere protetti per caratteristiche temperamentali da depressioni o stress. Anche le interazioni sociali hanno un grande influsso sulla resilienza, ad esempio, per i bambini, la presenza di almeno un adulto capace di fornire sostegno all'interno o all'esterno della famiglia è fondamentale (ibidem).

Un compito dei genitori o comunque delle figure di attaccamento vicino al fanciullo è quello di favorire la resilienza, attraverso le loro cure offrono un posto in cui ci si possa sentire capiti, sicuri e protetti. Tutto questo comporta l'adattamento, cioè il processo continuo che ha luogo nel bambino di tollerare, gestire o alleviare efficacemente le conseguenze psicologiche, fisiologiche, comportamentali e sociali dell'esperienza stressante, con l'ottenimento di una comprensione adeguata dell'esperienza e delle susseguenti reazioni, questi fattori protettivi, fondamentali per il bambino, creano una base sicura sulla quale la resilienza avrà buone possibilità di essere una caratteristica del fanciullo. (Stanulovic, 2005, 95). Sin da piccoli quindi è importante dotare il bambino di strategie in grado di poter fronteggiare situazioni stressanti, in modo da poterle poi utilizzare anche in età adulta.

Secondo dati di ricerca, le dimensioni psicosociali che aiutano gli individui adulti a superare positivamente eventi potenzialmente traumatici sono tre, le risorse personali

precedenti l'evento, le risorse processuali (come risponde all'evento), e le risorse socio ambientali (in che contesto si trova) (Pietrantonio-Prati, 2009, 96). Tra le risorse personali sono presenti quelli che sono definiti i tratti individuali. Le persone che tendono a valutarsi in maniera più positiva e a regolare flessibilmente le emozioni sono quelle che mostrano più resilienza. Per quanto riguarda le risorse processuali, si fa capo a quelle che sono definite le strategie di coping, la credenza circa la capacità di saper gestire o esercitare qualche forma di controllo sull'evento avverso. C'è un'attribuzione di un "senso" entro il quale poter collocare positivamente l'evento potenzialmente traumatico. Fra le risorse socio ambientali è innegabile l'aiuto che può dare una fitta e salda rete sociale intorno all'individuo, si fa capo all'importanza del sostegno sociale. La resilienza è anche connessa alla qualità del rapporto con il gruppo di appartenenza e con la società. È proprio l'identificazione con il proprio gruppo sociale di appartenenza che crea quella sicurezza e quella difesa contro gli stress.

Tutto questo ci introduce un concetto molto importante, che viene usato per la prima volta, così come noi lo conosciamo, nel 1996 da Tedeschi e Calhoun, la crescita post-traumatica, questo termine descrive l'esperienza di accrescimento negli individui traumatizzati in alcune aree, in un certo senso migliorando anche alcune caratteristiche presenti anche prima. L'individuo non è solo sopravvissuto, ma la sua esperienza l'ha cambiato. La crescita post-traumatica, non è un semplice ritorno ad uno stato di normotipia, è un'esperienza di accrescimento, per alcune persone molto profonda (Tedeschi-Calhoun, 2004, 4). Questo concetto, in realtà, è stato anticipato da molti autori, primo tra tutti Frankl, con la ricerca di senso, diceva che la sofferenza obbliga le persone a trovare un significato nella vita e questa ricerca può trasformare una tragedia in un trionfo. Prima ancora anche Nietzsche nel suo famoso libro "Al di là del bene e del male" scrive il famoso aforisma "tutto ciò che non uccide fortifica". È però dagli anni 80 che si è cercato di studiare in maniera sempre più rigorosa i cambiamenti positivi esperiti dopo un evento potenzialmente traumatico (Pietrantonio-Prati, 2009, 98). Tornando agli studi di Tedeschi e Calhoun, essi hanno evidenziato tre principali aree di crescita post-traumatica: la percezione di sé, le relazioni interpersonali e la filosofia di vita. La percezione di sé migliora in meglio, poiché non sentendosi più vittime, ma persone che hanno superato una grandissima difficoltà,

affrontano la vita con più positività ed ottimismo. Sentirsi in questo modo può aumentare la fiducia in sé stessi e una migliore valutazione delle capacità di fronteggiare le difficoltà.

Nelle relazioni interpersonali, la persona stringe nuove relazioni, rinsalda quelle vecchie, rompe quelle infruttuose, sente più intensamente la vicinanza affettiva con qualcuno importante. L'esperienza provata può aumentare l'espressione di emozioni, l'accettazione di un aiuto, l'empatia o l'altruismo per altri che vivono simili situazioni (Ibidem, 99). Ne sono un esempio le associazioni che nascono a seguito di eventi traumatici, come le associazioni delle donne vittime di abuso, gruppi di auto sostegno per i familiari di vittime della strada, ecc.

Infine, un evento traumatico può cambiare le priorità della vita di un soggetto, la propria filosofia di vita, i propri obiettivi.

In letteratura lo strumento più utilizzato per misurare la crescita post-traumatica è il Posttraumatic Growth Inventory (PGI) sempre di Tedeschi e Calhoun, tradotto e adattato in italiano da Prati e Pietrantonio. Questo a differenza della teoria ha portato ad una concezione multidimensionale della crescita post-traumatica, attraverso le ricerche si sono evidenziate cinque categorie:

1. cambiamenti nelle relazioni interpersonali;
2. nuove possibilità;
3. forza personale nei confronti degli ostacoli della vita;
4. cambiamenti nella spiritualità;
5. apprezzamento per la vita (Ibidem, 100)

Ritengo, ad ogni modo, doveroso sottolineare che, non tutte le persone che hanno affrontato eventi potenzialmente traumatici esperiscano cambiamenti positivi. Come già sopra detto, influiscono anche altri fattori di ordine personale, sociale e biologico. Il percorso post-traumatico, quindi, è qualcosa di estremamente variabile e complesso, l'intreccio di più fattori esterni, interni darà il via ad un cammino del tutto soggettivo e individuale, dove il soggetto in prima persona, supportato da esperti e persone vicine, sceglierà le traiettorie future.

Riflessioni conclusive

Lo scopo di questo primo capitolo è stato quello di fornire una panoramica sullo spettro dei disturbi post-traumatici, soffermandomi sul Disturbo da Stress Post-Traumatico, come disturbo principalmente oggetto di ricerche.

Molte e strutturali sono poi le modifiche che apporterà il DSM V alle definizioni di questi disturbi, in tal modo sono state approfondite tali modifiche, come la creazione di una categoria sui disturbi traumatici e stress correlati, la creazione di un quadro diagnostico per l'età prescolare.

In questa panoramica si sono poi mostrate le maggiori definizioni teoriche circa il trauma, un concetto molto studiato in Psicologia, arrivando alla definizione che viene data dagli autori della teoria della dissociazione strutturale della personalità.

Infine dopo aver elencato quali possono essere i possibili esiti patologici del trauma a lungo e a breve termine, ci si è soffermati sui concetti di vulnerabilità e resilienza, come fattori che possono incentivare o rallentare la crescita post-traumatica. Tutto questo servirà da cornice per il prossimo capitolo: i concetti analizzati ora sono fondamentali per introdurre la lettura teorica di Onno Van Der Hart e collaboratori, uno studioso olandese che da anni lavora nel campo della ricerca traumatologica, egli approfondisce e amplia il concetto di dissociazione strutturale della personalità, già individuata e studiata da Janet, apportando interessanti cambiamenti anche sul piano del trattamento.

Capitolo secondo

I DISTURBI POST-TRAUMATICI ALLA LUCE DELLA CONCETTUALIZZAZIONE TEORICA DI ONNO VAN DER HART

Questo capitolo intende affrontare i disturbi post-traumatici così come li concettualizza Onno Van Der Hart, uno studioso Olandese da anni nel campo della ricerca psicotraumatologica. Insegna Psicologia dei traumi cronici presso il dipartimento di Psicologia Clinica dell'Università di Utrecht, in Olanda. È psicologo e psicoterapeuta presso il Sinai Center for Mental Health di Amsterdam e Past President dell'International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS).

Lui insieme ai suoi collaboratori e ricercatori, ha coniato il termine di Dissociazione Strutturale della Personalità, integrandola con gli studi della Psicologia dell'Azione di Janet. Quello che ne scaturisce è un modello teorico improntato all'azione per la cura e il trattamento della traumatizzazione cronica, utile anche per i soggetti coinvolti in eventi traumatici singoli e quindi non complessi. Hanno sviluppato un modello di trattamento Phase-oriented (con fasi gradualì), che si focalizza sull'identificazione e sul trattamento della dissociazione strutturale e delle azioni mentali e comportamentali di tipo disadattivo a essa correlate. L'obiettivo terapeutico complessivo è quello di aumentare le capacità integrative dei soggetti traumatizzati, che loro definiscono "livello mentale", cioè il miglior livello di tendenze all'azione che un individuo può raggiungere in un dato momento.

Nella presentazioni di tale teoria, prima di tutto, sarà chiarito il termine dissociazione, che come vedremo è stato concettualizzato in termini molto differenti nel corso della storia e delle varie correnti teoriche di riferimento, quindi saranno analizzate le sue origini e gli sviluppi più recenti. In seguito verranno ripresi alcuni dei maggiori disturbi post-traumatici per leggerli alla luce della teoria della Dissociazione Strutturale della Personalità, riportando il Disturbo Dissociativo dell'identità e confrontandolo con quello inserito nel DSM - IV - TR. Infine tratterò le linee di intervento così come teorizzate da Onno Va Der

Hart, riportando il suo modello Phase-oriented, dalla valutazione sino alle fasi finali del trattamento.

1. La Dissociazione Strutturale nel trauma. Origini e sviluppi.

Questo paragrafo intende chiarire alcuni concetti importanti per la teoria della Dissociazione Strutturale della Personalità. Verrà Tracciata una linea storica di questo concetto, individuandone le origini e i suoi sviluppi più recenti. Di seguito sarà introdotta la Psicologia dell’Azione di Janet (1859-1947), il filosofo, psichiatra e psicologo francese considerato come “uno degli psichiatri e pensatori più determinanti degli ultimi due secoli”(Nemiah, 1989, 1527).

Infine verrà analizzata la teoria di Van Der Hart⁵, descrivendo tutti i tipi di dissociazione strutturale della personalità da lui descritti, cioè, quella primaria, quella secondaria e quella terziaria.

1.1. Cenni storici e origini del concetto.

Il concetto di dissociazione e quello di trauma, nella psicopatologia, sono andati quasi sempre di pari passo, in quanto il trauma attiva arcaici meccanismi di difesa dalle minacce ambientali (immobilità tonica o freezing prima e immobilità cataplettica⁶ dopo le reazioni di attacco-fuga) che provocano il distacco dall’usuale esperienza di sé e del mondo esterno e conseguenti sintomi dissociativi. Questo distacco implica una brusca sospensione nell’esercizio delle normali capacità di riflessione e mentalizzazione e quindi un ostacolo all’integrazione dell’evento traumatico nella continuità della vita psichica (Liotti-Farina, 2011, 37). È anche questo che ha spinto Van Der Hart e collaboratori a vedere il concetto di dissociazione come chiave per comprendere i processi di traumatizzazione.

La maggior parte degli studiosi, fa risalire la nascita del concetto di dissociazioni a Jean Martin Charcot (1887) e Pierre Janet (1889). Ma molto importante per questo campo di

⁵ Nel testo, per comodità sarà citato solo il nome di Onno Van Der Hart, ma si intende, con questo, citare anche i suoi collaboratori: Ellert R.S. Nijenhuis e Kathy Steele.

⁶ L’immobilità tonica, molto studiata negli animali, descrive il fenomeno di immobilità a seguito di un evento spaventoso; è caratterizzata da una profonda immobilità fisica, accompagnata da ipertono muscolare. L’immobilità cataplettica, successiva ad eventi traumatici o spaventosi, prevede perdita del tono muscolare e debolezza, sino alla completa atonia muscolare nei casi più gravi.

studio è anche John Hughlings Jackson (1835-1911), che vedeva la mente come un'organizzazione gerarchica di strutture e funzioni mentali, che interagivano a livelli anatomo-funzionali sempre più complessi e in coordinazione tra loro. Al livello più basso erano presenti le funzioni più semplici e automatiche, come i riflessi, le percezioni semplici e le reazioni automatiche. A un livello più elevato c'erano le funzioni della vita di relazione, che si integrano con le funzioni del livello inferiore organizzandole e asservendole agli scopi sociali sempre più complessi determinati dalla storia dell'evoluzione della specie. Al livello più alto la mente rappresentava se stessa integrando le attività delle sue componenti inferiori. Rappresentando se stessa, la mente produce ciò che chiamiamo coscienza, che per Jackson costituiva dunque il livello più alto della capacità integrativa della mente (Ibidem). Per lo studioso, la psicopatologia dissociativa consiste nella dissoluzione funzionale della capacità integratrice dei livelli superiori, ovvero della coscienza.

Lo stesso Freud, insieme all'amico e collega Breuer, agli inizi dei suoi studi tratta il tema della dissociazione, soprattutto nei suoi scritti "Studi sull'Isteria" (1892-1895). I temi della dissociazione e della duplice natura della coscienza, rivestono un ruolo centrale nei suoi primi scritti. Nel "Studi sull'isteria" egli afferma:

“Quando abbiamo elencato le condizioni che, secondo la nostra esperienza, sono decisive perché da traumi psichici si sviluppino fenomeni isterici, abbiamo già dovuto parlare di stati anormali della coscienza in cui tali rappresentazioni patogene hanno origine e abbiamo già dovuto rilevare il fatto che il ricordo del trauma psichico agente non è ritrovabile nella normale memoria del malato, bensì nella sua memoria durante l'ipnosi. Ora, quanto più abbiamo continuato ad occuparci di questo fenomeno, tanto più sicura è divenuta la nostra convinzione che quella scissione della coscienza così sorprendente nei noti casi classici di Double coscienze [coscienza doppia], esiste in stato rudimentale in ogni isteria e che la tendenza a tale dissociazione e quindi al manifestarsi di stati anormali della coscienza, che chiameremo "ipnoidi". È il fenomeno basilare di tale nevrosi. [...] questi stati ipnoidi, per quanto diversi possano essere, concordano tutti fra loro e con l'ipnosi in un punto: le rappresentazioni in essi affioranti sono molto intense, ma sono tagliate fuori dai rapporti associativi con il rimanente contenuto della coscienza. Fra di loro questi stati ipnoidi sono

associabili e il loro contenuto rappresentativo può anche raggiungere per tale via i più diversi gradi di organizzazione psichica” (Breuer-Freud, 1892, 182-183).

Queste affermazioni sulla dissociazione rientrano anche nella sua prima Teoria della Seduzione, successivamente abbandonata, dove si parlava apertamente di predisposizioni a stati alterati di coscienza e di forme di dissociazione e scissione dell’Io nelle vittime di traumi sessuali infantili, fenomeni oggi, tutti comprovati dalla ricerca scientifica. Dallo scritto riportato si possono anche notare dei punti di contatto con la teoria della Dissociazione strutturale di Van Der Hart, soprattutto quando afferma che questi stati ipnoidi possono raggiungere una loro organizzazione stratificata. Ciò è simile al concetto, che verrà esposto in seguito, di “Personalità apparentemente normale” e “Personalità emotiva” nella dissociazione, dove questi due piani sono organizzati ed in comunicazione, dando vita ai tre tipi di dissociazione della personalità.

In Freud, ancora, si parla, quindi, di un’alternanza di diverse esperienze di coscienza. Ciò non significa che un gruppo di associazioni sia cosciente e un altro sia inconscio; significa piuttosto che si tratta di stati dell’Io indipendenti e mutualmente esclusivi, non disponibili a essere associati l’un l’altro, che si avvicendano a seconda dello stato emotivo del paziente, della stimolazione di ricordi traumatici e della particolare configurazione transfert-controllotransfert in un dato momento (Williams, 2009, 413). L’abbandono da parte di Freud della Teoria della Seduzione, nel settembre del 1897, relegò, per la psicoanalisi, queste prime concettualizzazioni teoriche e cliniche sulla dissociazione, in una sfera secondaria.

Un contemporaneo di Freud che in tutta la sua vita si occupò prevalentemente della dissociazione, venendo riconosciuto come uno dei padri di questo campo di studi è stato Pierre Janet (1859-1947), filosofo, psichiatra e psicologo francese. Janet descrisse dettagliatamente l’effetto frammentante e disorganizzante delle esperienze traumatiche sullo sviluppo affettivo e cognitivo dell’individuo. (Van Der Kolk-Van Der Hart, 1989, 1530). La teoria generale di Janet, sostanzialmente è uguale a quella di Jackson, al quale si ispira per il suo lavoro. Anche lui pone al vertice dell’organizzazione mentale la coscienza, alla quale spettavano funzioni integratrici. L’autore considerava tre aspetti fondamentali della funzione integratrice della coscienza, ed erano:

1. *la sintesi personale*, ovvero la capacità di creare un'organizzazione coerente delle memorie e dell'esperienze di sé che permette di sperimentare un sentimento d'identità costante.
2. *la presentificazione*, ovvero la capacità attiva della mente di concentrarsi sul presente senza vagare tra le memorie del passato confondendole con il momento presente.
3. *la funzione di realtà*, che consiste nella capacità della mente di agire sulla realtà modificandola consapevolmente secondo gli scopi dell'individuo. Per Janet la funzione di realtà implica una profonda consapevolezza degli stati d'animo e delle convinzioni proprie e altrui. Inoltre, essa esprime la capacità libera dell'individuo di autodeterminarsi (Liotti-Farina, 2011, 39).

Secondo Janet, la psicopatologia post-traumatica consisteva nella “desagregation”, cioè la dissociazione, conseguente alla progressiva dissoluzione delle funzioni di coscienza ad iniziare dalla funzione di realtà per poi estendersi alla presentificazione e alla sintesi personale.

Nel lavoro con i suoi pazienti, lo psicologo francese, si accorse che, le memorie delle esperienze traumatiche se ripetute durante lo sviluppo, possono unirsi al di fuori della coscienza, formando vere e proprie personalità secondarie dissociate fra loro, ma capaci di riemergere improvvisamente nella coscienza alternandosi (Ibidem). Quindi egli fu anche un pioniere per lo studio del Disturbo Dissociativo dell'Identità. Molte delle sue idee e soprattutto quelle della Psicologia dell'Azione verranno riprese e sviluppate da Onno Van Der Hart nella sua teoria della Dissociazione Strutturale della Personalità.

Molti anni più tardi un altro studioso si occupò di dissociazione, Ernest Ropiquied Hilgard (1904-2001) che creò una nuova teoria, basandosi sui dati di Janet, chiamata Neodissociativa. La sua concezione di base era quella che la mente non è dotata di un solo polo di controllo delle azioni e della consapevolezza, ma piuttosto di diversi livelli che in peculiari condizioni possono mostrare la loro molteplicità. Hilgard, nel suo libro “*Divided consciousness*” (1986) scrive che l'unità della coscienza è illusoria (Hilgard, 1986, 1). Quello che ha inteso fare con il concetto di neodissociazione è di riproporre le teorie janettiane usando quello che gli psicologi hanno imparato dallo studio dell'elaborazione

dell'informazione, dall'attenzione divisa e delle funzioni del cervello (Ibidem, 13). Cioè si avvale delle tecniche neuropsicologiche per avvalorare le tesi di Janet. Interessante è l'idea dell'ipotesi collaterale, cioè l'esistenza di livelli separabili di attività cosciente, come a capacità di comunicare ad altri esperienza in uno stato di vigilanza alterato. L'importanza della teoria Neodissociazionista per la clinica del trauma e della dissociazione, e delle ricerche neuropsicologiche che la suffragano, sta nell'aver fornito sostegno scientifico ai ricercatori e ai clinici che in quegli anni, mostrando rinnovato interesse per i disturbi-post-traumatici e dissociativi, tornavano ad utilizzare le fino ad allora dimenticate teorie janettiane (Liotti-Farina, 2011, 42).

Queste in sintesi sono le basi teoriche che hanno poi portato alla formazione del concetto di dissociazione come noi oggi lo conosciamo e come è stato ampiamente studiato da Onno Van Der Hart e collaboratori, di seguito saranno trattate nel particolare le sue concettualizzazioni teoriche.

1.2. La Psicologia dell'Azione di Janet e l'integrazione con la dissociazione strutturale

Come accennato nei paragrafi precedenti, l'opera di Janet per quanto riguarda la dissociazione è un punto fondamentale per tutti i ricercatori nel campo della psicopatologia post-traumatica. Le sue idee sulle tendenze all'azione sono di grande aiuto e di estrema praticità per comprendere la difficile condizione dei sopravvissuti a traumi. Ciò che dice sulla dissociazione strutturale (*Desagregation psychologique*) è tutt'oggi un cardine: in presenza di tale patologia, le funzioni mentali non si dissolvono interamente, continuano a sussistere, ciò che si dissolve è la personalità, il sistema di raggruppamento delle differenti funzioni intorno alla stessa personalità (Janet, 1907, 332). Per l'autore, la dissociazione è: "un fenomeno che si verifica nella nostra coscienza, come risultato di una doppia impressione sui nostri sensi e che si traduce con l'espressione: vedo una luce, sento una puntura" (Janet, 1930, 305). Nel suo primo libro "L'automatisme Psychologique" Janet introduce la sua teoria sulla dissociazione e sulle funzioni mentali e la loro struttura. Nel presentare il suo modello della mente, l'autore distingue due differenti vie di funzionamento mentale: attività che preservano e riproducono il passato e attività dirette

alla sintesi e alla creazione (integrazione) nel presente. Normalmente le azioni umane sono date da un'integrazione di queste due vie che sono interdipendenti; riuniscono più fenomeni sotto un nuovo fenomeno, differente dai singoli elementi, e in ogni momento della vita queste attività sono necessarie per mantenere un equilibrio organico nei cambiamenti (Van Der Hart – Friedman, 1989, 5). Secondo Janet è la capacità di integrazione, che unisce un ampio spettro di fenomeni psicobiologici all'interno della personalità, a caratterizzare la salute mentale ed è proprio questo ottimo funzionamento mentale che integra passato e presente, necessario per superare eventi scioccanti, a evitare che le persone sviluppino una dissociazione strutturale in seguito a trauma.

Secondo la Psicologia dell'Azione, tutti i comportamenti, tranne quelli riflessi, sono guidati da una moltitudine di azioni mentali, Janet delineò vari livelli di tendenza all'azione, li distinse in tre categorie e definì in questo modo una gerarchia delle tendenze all'azione. Questa gerarchia è molto utile nella pratica clinica, poiché aiuta paziente e terapeuta a comprendere quali azioni necessitino miglioramento e quali siano già a un buon livello (Van Der Hart et al., 2011, 17). Qualunque sia il livello di tendenza all'azione, essi hanno degli stadi di attivazione e sono: latenza, pianificazione, inizio, esecuzione, completamento. Nei soggetti traumatizzati il più delle volte c'è un blocco ad uno di questi stadi che portano l'individuo a non condurre l'azione a termine creando disagio e quindi la dissociazione dell'azione bloccata. Il miglior livello di tendenze all'azione che si può raggiungere in un dato momento è detto livello mentale, questo include due fattori in relazione dinamica tra loro: l'energia mentale e fisica a disposizione e l'efficienza mentale, che Janet chiamava tensione psicologica. Il livello mentale, quindi, indica l'abilità a focalizzare e utilizzare in modo efficiente qualsiasi energia mentale a disposizione in un dato momento (Ibidem, 18). La gerarchia ideata da Janet prevede 3 stadi con altrettanti sottosistemi, questi sono: tendenza all'azione a basso livello di funzionamento, tendenze all'azione a livello di funzionamento intermedio e tendenze all'azione ad alto livello di funzionamento, più una tendenza all'azione è complessa, più sono articolati i cicli di azione percettivo-motori coinvolti. Questi livelli, che costituiscono la personalità, crescono con l'età e con l'esperienza e la stratificazione è adattiva perché molte volte abbiamo bisogno anche di tendenza all'azione di livello inferiore, in questo modo i vari livelli non hanno maggior o

minore valore, ma sono adattabili e tutte utili rispetto alla situazione che l'individuo deve affrontare. Riporto schematicamente la tabella 7 dove viene presentata la gerarchia delle tendenze all'azione:

<p>tendenze all'azione ad alto livello di funzionamento</p> <p>tendenze all'azione graduali</p> <p>tendenze all'azione sperimentali</p> <p>tendenze all'azione riflessive e prolungate</p>
<p>Tendenze all'azione a livello di funzionamento intermedio</p> <p>Tendenze all'azione riflessive</p> <p>Tendenze all'azione preriflessive</p>
<p>Tendenze all'azione a basso livello di funzionamento</p> <p>Tendenze all'azione simboliche di base</p> <p>Tendenze all'azione sociopersonali a carattere presimbolico</p> <p>Tendenze all'azione di regolazione presimbolica</p> <p>Riflessi di base</p>

Tabella 7 – Gerarchia delle tendenze all'azione – (Van Der Hart, et al., 2011, 185).

Le tendenze all'azione a basso funzionamento sono le più semplici. Richiedono comportamenti automatici e primari che noi, come esseri umani condividiamo con altri mammiferi. Di solito sono tutti a funzionamento preverbale e servono per raggiungere scopi a breve termine. Le tendenze all'azione intermedie, implicano l'uso di simboli, tra cui anche il linguaggio. Alcune azioni intermedie sono preriflessive e si basano su convinzioni impulsive, altre sono più riflessive e possono mettere a tacere quelle preriflessive con azioni più adattive e pensate. Le tendenze all'azione di livello superiore richiedono la capacità di mettere in atto lunghe stringhe di tendenze all'azione che servono per raggiungere obiettivi nel lungo periodo, l'abilità di scegliere queste azioni in modo deliberato e sistematico è la capacità di personificare e presentificare la nostra esistenza ad

un livello alto. Le tendenze di livello superiore, includono azioni mentali che generano astrazioni come idee morali, scientifiche e filosofiche, così come idee sul relativismo. Comprendono anche le azioni che sviluppano modelli riflessivi generali di sé, del mondo e di sé in relazione al mondo, che al loro culmine conducono alla presentificazione dell'intera vita. A questo livello, la presentificazione può essere descritta anche come la generazione di modelli del sé e del mondo in scale temporali che vanno oltre l'esistenza dell'individuo (Van Der Hart, et al. 2011, 197).

Proprio per questa sua teorizzazione sulla dissociazione, Janet considerava il trauma come un'incapacità dell'individuo di integrare l'evento nella memoria e per questo il suo trattamento prevedeva il riportare alla mente e l'integrare le memorie traumatiche all'interno della totalità della persona. Egli divideva le risposte al trauma in tre fasi: la prima, consisteva in un misto di reazioni dissociative (isteriche), ruminazione ossessiva e agitazione generalizzata dovuta dall'evento traumatico. La seconda fase consisteva in un mix di sintomi isterici, ossessivi e ansiosi e spesso una difficoltà a ricordare le cause dei sintomi traumatici. La terza e ultima fase si caratterizzava da quello che i moderni autori chiamano declino post-traumatico, e includono disturbi somatoformi, depersonalizzazione, depressione, apatia e ritiro sociale (Van Der Hart et al. 1989, 2). Anche il trattamento dei disturbi post-traumatici, per Janet, era suddiviso in fasi, la prima prevedeva la stabilizzazione e la riduzione dei sintomi, attraverso il riposo, l'isolamento, una semplificazione dello stile di vita e l'ipnosi, utilizzata per la stabilizzazione dei sintomi.

La seconda fase prevedeva una modificazione delle memorie traumatiche, attraverso una esplorazione di queste, utilizzando l'ipnosi e la produzione delle fantasie e dei sogni. Successivamente si procedeva alla neutralizzazione di queste memorie, sempre attraverso l'ipnosi e un processo a step dove veniva rivissuta e verbalizzata la memoria traumatica, molto simile alla moderna desensibilizzazione sistematica utilizzata per le fobie.

La terza fase prevedeva una reintegrazione della personalità e la riabilitazione. Usando metodi educativi e anche farmaci da lui preparati, Janet su questo punto diceva, "i sedativi, come i bromuri e gli stimolanti sono dei mali necessari" (Ibidem, 8). Egli, per quanto riguarda la tendenza all'azione dei traumatizzati, parlava di fobia dell'azione: i

sopravvissuti non sono capaci di completare in modo efficace particolari azioni, che quindi evitano (Janet, 1919, 192).

Questi concetti sono utili per la teorizzazione di Onno Van Der Hart: le componenti della Psicologia dell’Azione, sopra esposte, sono rintracciabili nella teoria della dissociazione strutturale della personalità che nel prossimo paragrafo verrà analizzata nella sua tripartizione, cioè nelle varie forme, da quella meno grave, o dissociazione primaria della personalità, a quella più grave, o dissociazione terziaria della personalità.

1.3. La dissociazione strutturale primaria, secondaria e terziaria della personalità

Per comprendere la natura del trauma non si può prescindere dalla dissociazione. Nell’ambito della psicologia dinamica statunitense ed olandese, il concetto di dissociazione non viene utilizzato semplicemente per indicare i sintomi classificati nel DSM - IV - TR ma, in modo più ampio, per riferirsi ai processi mentali che contribuiscono ad articolare la struttura della soggettività nelle sue uniche e assolutamente individuali modalità di costruzione del significato dell’esperienza personale. La dissociazione è quindi un processo psichico adattivo che permette l’esperienza dell’autenticità grazie all’immersione profonda in particolari stati del sé temporaneamente isolati dalle associazioni con le molteplici altre possibili esperienze di sé. Come difesa la dissociazione diviene patologica nella misura in cui essa limita proattivamente e spesso preclude, la capacità di contenere e riflettere sui differenti stati della mente all’interno di un’esperienza unitaria di “sentirmi me stesso”, o *me-ness* (Bromberg, 2007, 10). Paradossalmente quindi, ciò che vuole fare la dissociazione è mantenere un senso di continuità, coerenza e integrità della persona traumatizzata, in modo da evitare la dissoluzione traumatica. Questo perché, come sottolineano anche Van Der Hart e collaboratori, le parti dissociate sono comunque spicchi di un’unica personalità, la differenza di gravità nella dissociazione è data dal grado di complessità e di emancipazione delle parti della personalità (Van Der Hart et al. 2011, 36). Nel loro lavoro, parlano di parti dissociate della persona, esse costituiscono nel loro insieme una loro unità, hanno autoconsapevolezza, mostrano un senso di sé quantomeno rudimentale, e sono più complesse di un singolo stato psicobiologico.

Le divisioni dissociative non avvengono solo tra azioni mentali, come lo sperimentare sensazioni o affetti, ma innanzitutto tra le due maggiori categorie di sistemi psicobiologici su cui è fondata la personalità. La prima categoria riguarda sistemi che sono primariamente finalizzati ad avvicinarsi a stimoli piacevoli nella vita quotidiana, come il cibo e la compagnia altrui. La seconda categoria di sistemi riguarda l'evitamento o la fuga dagli stimoli avversivi, come per esempio vari tipi di minaccia (ibidem, 11). In questo modo l'uomo riesce a distinguere quali sono le esperienze utili al proprio accrescimento e quali quelle dannose per lui, potendo riflettere e scegliere rispetto alle risposte comportamentali, emotive e fisiche più adatte in ogni circostanza. Queste categorie vengono chiamate dall'autore "*sistemi d'azione*", ognuno coinvolge particolari predisposizioni innate ad agire secondo modalità dotate di scopo. All'interno di questi sistemi d'azione sono inserite anche le tendenze all'azione teorizzate da Janet, trattate nel paragrafo precedente. I sistemi d'azione, quindi, guidano e regolano le tendenze ad agire, queste in individui traumatizzati e quindi, molto probabilmente, con una bassa efficienza mentale, non potranno funzionare perfettamente, o almeno la stessa tendenza all'azione può spingere a obiettivi discrepanti tra loro. Già di per sé le tendenze all'azione possono assolvere vari compiti: posso correre per piacere di fare attività all'area aperta o per fuggire di qualcosa o qualcuno. Nel caso di soggetti traumatizzati queste possono essere vissute in maniera discrepante, ad esempio vivere la corsa mentre si sta facendo sport come una fuga da qualcosa di pericoloso.

Van Der Hart, influenzato anche dagli studi di Charles Samuel Myers sui reduci della Prima Guerra Mondiale, teorizzò che in persone traumatizzate c'era l'esistenza e l'alternanza di parti della personalità, una parte venne chiamata Apparently Normal Personality (ANP) e cioè Personalità Apparentemente Normale, un'altra Emotional Personality (EP) e cioè Personalità Emotiva. I sopravvissuti con ANP, sono fissati nel cercare di portare avanti una vita normale, sono cioè guidati da sistemi d'azione finalizzati alla vita quotidiana (per esempio esplorazione, accudimento, attaccamento) e nel contempo evitano le memorie traumatiche. Come EP, sono fissati in sistemi d'azione (per esempio difesa, sessualità) o sottosistemi (per esempio, ipervigilanza, attacco, fuga) che erano attivati al tempo della traumatizzazione. È possibile riprendere l'esempio fatto prima della corsa e vedere come viene vissuto in un soggetto con una dissociazione strutturale tra ANP

ed EP. Ad esempio, mentre l'ANP si attiva mentre sto correndo per sport, quindi mette in atto una serie di sistemi d'azione finalizzati alla corsa di carattere fisico e psicologico, oltre che biologico, l'EP vive la corsa come un mezzo di fuga da un pericolo. Dunque il rischio consiste nel fatto che l'azione di ANP (come il correre) può riattivare i ricordi traumatici in EP e gli atti a essi legati, meccanismo che può essere piuttosto disadattivo nel tempo presente (Van Der Hart et al. 2011, 41).

La cosiddetta parte emotiva della personalità è ampiamente impegnata nella difesa da gravi minacce all'integrità del corpo, ma può anche essere coinvolta in altre risposte relative al trauma. La parte apparentemente normale della personalità, garantisce lo svolgimento adeguato delle attività quotidiane. Come ANP, i sopravvissuti a un trauma sono più o meno distaccati dalle esperienze traumatiche, hanno un certo grado di amnesia o di depersonalizzazione rispetto all'esperienza traumatica e più in generale rispetto alla loro affettività. ANP e EP costituiscono parti diverse della personalità di chi è sopravvissuto ad un trauma, più specificatamente sono sistemi psicobiologici diversi non sufficientemente integrati, ciascuno dei quali è dotato del proprio senso di sé, per quanto sia rudimentale nel caso della EP. Le parti dissociate possono essere molto semplici (EP) o altamente complesse (ANP). Alcune contengono un unico sistema d'azione, mentre altre sono combinazioni complesse di diversi stati (Nijenhuis-Den Boer in Zennaro, 2011, 354).

Questa divisione all'interno della personalità tra ANP ed EP è molto importante per i differenti gradi di dissociazione strutturale; sono proprio il loro uso e la loro integrazione, (i vari sistemi d'azione messi in atto), che determinano le differenze tra dissociazione strutturale primaria, secondaria e terziaria della personalità.

1.3.1. la Dissociazione Strutturale Primaria della Personalità

La Dissociazione Strutturale Primaria della Personalità, è la forma più semplice della dissociazione, che può avvenire all'interno di un individuo traumatizzato. Prevede una singola parte apparentemente normale ANP e una singola parte emozionale EP. L'autore associa questo tipo di dissociazione alle traumatizzazioni singole, quelle cioè, avvenute una sola volta nella vita, come potrebbe essere un terremoto, e viene anche associato al Disturbo da Stress Post-Traumatico semplice descritto nel DSM-IV. In questa

dissociazione primaria, di solito, l'ANP è quella che prevale, ad esclusione di quello che è stato dissociato all'interno dell'EP. L'efficienza mentale in ANP è di solito abbastanza alta, maggiore dell'efficienza di EP, ma sicuramente inferiore al livello sviluppato dalla persona prima della traumatizzazione, poiché le azioni incomplete collegate al trauma abbassano il livello mentale. Si parla, quindi, di tendenze all'azione incomplete, non riescono a concludere tutto il ciclo teorizzato da Janet e cioè, latenza, pianificazione, inizio, esecuzione e completamento. Il compito più difficile dell'ANP nella dissociazione primaria è quello di integrare varie tendenze all'azione, soprattutto se sono associate ad eventi traumatici e quindi all'interno dell'EP.

Come precedentemente detto, l'EP, nella dissociazione primaria, invece, è bloccata nella memorie traumatiche, i sistemi d'azione e i sottosistemi sono tutti impegnati nella difesa fisica del soggetto traumatizzato, egli è dominato dalle memorie traumatiche, poiché non riesce ad integrare il presente nella sua interezza. In questo modo si presenta un involontario e rigido restringimento del campo della coscienza, principalmente focalizzato sulle minacce legate all'esperienza di traumatizzazione. Il sopravvissuto come EP può essere spaventato, arrabbiato, disperato, disgustato o provare vergogna, non riesce a realizzare che l'evento traumatico è terminato (Van Der Hart et al. 2011, 58). Le tendenze all'azione sono completate solo quando l'individuo realizza che l'evento traumatizzante è finito. Ci sono molti modi in cui le due parti dissociate della personalità possono integrarsi ed entrare in relazione, anche se questo avviene il più delle volte in maniere non consapevoli per l'individuo coinvolto. La relazione centrale tra ANP ed EP riguarda l'evitamento della realizzazione, in primis della realizzazione delle esperienze traumatiche (Ibidem, 61). Ci sono modalità differenti in cui EP può pervadere la vita quotidiana condotta dalla ANP, questo comunque provocherà sempre un senso di disagio profondo nel soggetto che non saprà darsi una spiegazione dell'accaduto. Talora la personalità apparentemente normale può essere disattivata del tutto dalla personalità emotiva, ma questo episodio sfocerà in un fenomeno di amnesia per l'accaduto, Questa situazione viene definita cambio di stato (switch). Più spesso si può verificare un'intrusione parziale di EP, questo episodio non verrà dimenticato, ma il soggetto in ANP proverà sensazioni sgradevoli di obbligo, dovere, inconsapevolezza delle azioni svolte. Molto spesso l'EP

potrebbe avere pieno potere negli incubi traumatici, ma al risveglio ANP non ricorderà nulla del materiale onirico.

Questa che abbiamo visto è la forma più semplice di dissociazione, conseguente, il più delle volte, a un trauma singolo. In generale possiamo dire che più sono gravi le forme di traumatizzazione, più i sintomi dissociativi sono disagiati. Quindi per coloro che hanno subito abusi dall'infanzia o per coloro che hanno una traumatizzazione cronica, questa prima forma di dissociazione non analizza e descrive le sensazioni provate.

1.3.2. La Dissociazione Strutturale Secondaria della Personalità

Nella dissociazione secondaria della personalità, siamo in presenza di un ampio spettro di complessità. La forma più semplice di questa prevede due EP, di solito una vive l'esperienza e l'altra l'osserva, mentre l'ANP raggruppa tutto il funzionamento nella vita quotidiana della personalità. Si possono anche raggiungere forme in cui siano presenti più di due EP, in relazione tra loro, soprattutto quando il trauma proviene dall'infanzia ed è stato perpetrato per tutto l'arco della crescita infantile. In sintesi si può dire che la dissociazione strutturale della personalità secondaria prevede una ANP e due o più EP in relazione tra loro. In questo caso, il compito di svolgere la vita quotidiana di ANP risulta molto difficile, poiché, l'efficienza mentale che nella forma primaria era abbastanza alta, ora deve tenere a bada e cercare di non farsi invadere da più EP. Una traumatizzazione cronica avvenuta nell'infanzia è in grado di interferire con ANP perché i suoi effetti pervadono i domini di diversi sistemi d'azione di vita quotidiana, ad esempio anche il mangiare a tavola con i genitori in questi casi può attivare sistemi d'azione bloccati nel momento traumatico dell'EP. Esistono diverse opportunità di intrusione delle EP, nella dissociazione secondaria, poiché un numero maggiore di EP rendono l'individuo più vulnerabile ad un spettro più ampio di stimoli riattivanti.

La dissociazione strutturale secondaria, si può anche attivare in seguito ad una traumatizzazione acuta, che riattiva antiche EP con vecchi ricordi traumatici, quindi mescolandosi danno vita ad una dissociazione secondaria, in questi casi si parla di stati emotivi doppi (Janet, 1919). Dal momento che sono presenti più EP, queste, in un certo senso, prevalgono sulla singola ANP e si possono strutturare in vario modo. Ad esempio

due EP possono vivere e ricordare uno stesso trauma, una parte ricorda gli odori, i suoni, l'altra rivive l'evento traumatico, senza riuscire a sentire suoni o odori, in questo caso si parla di dissociazione parallela (Van Der Hart et al. 2011, 75). Questa è la forma base di dissociazione parallela, dove c'è un EP che rivive il trauma dal punto di vista esperienziale ed una dal punto di vista sensoriale (come un osservatore esterno). Un altro tipo di dissociazioni secondarie sono quelle sequenziali, dove le EP vivono momenti concatenati dell'evento traumatico, come ad esempio una parte ricorda l'evento, l'altra l'attimo subito dopo questo. Questi due tipi di dissociazione sia nella secondaria che in quella terziaria, possono combinarsi, nella ricerca è stato visto che questo accade soprattutto nei casi di abuso sessuale infantile (Van Der Hart, et al. 2011, 79).

1.3.3. La Dissociazione Strutturale Terziaria della Personalità

Ben più complesso è il discorso per l'ultimo livello di dissociazione teorizzato dall'autore olandese. La dissociazione terziaria è il livello più grave di dissociazione della personalità ed è tipica di molti casi di Disturbo Dissociativo dell'Identità (DID). Quest'ultimo tipo, coinvolge più di una parte emozionale della personalità, EP, insieme a più parti apparentemente normali, ANP. In questi casi, quindi, i sistemi d'azione della vita quotidiana, come l'esplorazione, l'attaccamento, l'accudimento e la sessualità, sono divise tra varie ANP. Del disturbo dissociativo parleremo in seguito, e vedremo anche come la dissociazione terziaria interviene in queste, per ora mi limiterò a descrivere il funzionamento di questo terzo livello.

In questo grado più complesso di dissociazione, le parti dissociate hanno due qualità importanti, il grado di emancipazione e quello di elaborazione. La prima riguarda il livello di separazione e autonomia che una parte dissociata ha sviluppato rispetto alle altre. L'elaborazione è il grado di complessità, estensione delle idee e funzione nel tempo che una parte dissociata può raggiungere (Janet, 1907, 102). Sono caratteristiche importanti, poiché, in questo modo, si può misurare quanto una parte funziona in maniera autonoma e invasiva rispetto alle altre e che grado di capacità invalidanti ha nei confronti della persona. Per quanto riguarda l'emancipazione, il grado di consapevolezza individuale è variabile, alcune hanno una consapevolezza depersonalizzata di essere parte di una più ampia

personalità: “so di essere parte di lui, anche se non mi sembra” (Van Der Hart et al. 2011, 84), altre realizzano ciò solo vagamente e alcune si ritengono come una persona completamente separata.

L’elaborazione, come detto in precedenza, indica la complessità del repertorio di azioni a disposizione di una parte dissociata. Interazioni ripetute di parti dissociate con altre persone o tra loro stesse ampliano la loro storia di vita e il loro repertorio di azioni mentali (Ibidem). Quindi più una parte dissociata viene utilizzata con regolarità e ha contatti sia con la realtà esterna all’individuo che con quella interna, più acquista capacità di interazione e d’azione. È molto interessante la sistematizzazione che propone Braun riguardo al concetto di elaborazione. Egli suggerisce che è possibile rintracciare un continuum per l’elaborazione, ad un estremo c’è un EP limitata che contiene una piccola parte di un’esperienza traumatica, all’altro estremo ci sono EP più complesse. Il primo tipo di EP, viene descritto come un frammento che possiede solo un set minimo di schemi di risposta agli stimoli, una minima storia di vita e un range limitato di emozioni e affetti ma ha consapevolezza e conoscenza di un breve periodo di tempo (Braun, 1986, 13).

Le combinazioni tra ANP ed EP nella dissociazione terziaria, sono molto difficili da individuare, in molti casi, sono virtualmente indistinguibili l’una dall’altra. I pazienti che presentano questo grado di dissociazione sono i più complessi nel trattamento, poiché il loro livello mentale è molto basso e i sistemi difensivi sono costantemente in azione. Quindi per questi pazienti anche la vita quotidiana è spaventosa e sovrachante, portando ad un disagio individuale notevole. Nella letteratura, sono stati descritti varie parti dissociate della personalità, che sono poi state associate al DID, esse includono: parti “host” (o padrone di casa), di solito sono le ANP che funzionano maggiormente rispetto alle altre. Parti infantili della personalità (bambini), sono tra le EP più frequentemente riscontrabili nei casi di abuso cronico infantile, il focus di attenzione in queste parti della personalità è in genere limitato a segnali di minaccia o di attaccamento, per questo il terapeuta può essere visto come potenziale aggressore o come fonte di conforto. Esistono poi parti protettive e di aiuto (aiutanti e protettori), esistono varie tipologie di queste EP, tutte comunque potenzialmente lesive per l’individuo, poiché cercando di proteggere un EP aumentano la dissociazione con l’ANP; infine ci sono le EP che imitano l’aggressore. Le

potenziali parti che può prendere un'EP sono molte, e sono tutte state riscontrate nella pratica clinica e nella ricerca, possono convivere tra di loro e portare anche a disturbi in comorbidità che aggravano il quadro diagnostico del soggetto coinvolto.

Dopo aver chiarito l'impostazione teorica dell'autore sulla dissociazione strutturale della personalità, è possibile affrontare più da vicino i disturbi legati al trauma, sempre analizzandoli alla luce della teorizzazione di Onno Van Der Hart e dei suoi collaboratori.

2. Alcuni disturbi post-traumatici alla luce della dissociazione strutturale della personalità

Come visto nel paragrafo precedente, la dissociazione strutturale della personalità porta con sé una serie di sintomi che vanno dai meno gravi, nella dissociazione primaria, ai più gravi, in quella terziaria. È interessante vedere come l'autore preso in esame, considera i sintomi dissociativi descritti nel DSM - IV e come li ricolleggi alla sua teorizzazione. In questo paragrafo si intende chiarire quali siano i sintomi legati alla dissociazione, un quadro diagnostico in continuo ampliamento e studio. Saranno descritti quali sono gli aspetti critici che rendono così complessa una chiara diagnosi di dissociazione della personalità. successivamente verranno presi nuovamente in considerazione il Disturbo da Stress Post-Traumatico, sia semplice che complesso e saranno riletti alla luce della teoria e dei sintomi dissociativi individuati da Onno Van Der Hart.

Infine si presenterà una lettura teorica del Disturbo Dissociativo dell'Identità, sempre secondo la visione della dissociazione strutturale della personalità mettendola a confronto con quello descritto nel DSM - IV - TR.

1.1. I sintomi post-traumatici e la confusione diagnostica sui sintomi dissociativi

Chi è vittima di eventi traumatici, singoli o ripetuti, può vivere una ampia gamma di sintomi post-traumatici. Molti autori di spicco nel campo degli studi sul trauma sostengono che la costellazione dei sintomi presenti nei pazienti traumatizzati non dipende da eventuali diagnosi di comorbidità, ma riflette l'ampio spettro degli effetti somatici, cognitivi, affettivi, comportamentali del trauma psicologico che sfociano in una probabile configurazione di

sindromi post-traumatiche con una sintomatologia complessa e articolata (Bremner et al. 1998, 366).

In psicotraumatologia, il concetto di dissociazione è inserito tra i tanti sintomi relativi agli stati post-traumatici. Nella dissociazione strutturale, come visto nel precedente paragrafo, la dissociazione può essere nascosta da altri disturbi come quello della dipendenza da sostanze o delle difficoltà nell'ambito relazionale; in questo modo molti terapeuti possono non diagnosticare così facilmente una dissociazione. In letteratura esistono idee diverse riguardo a quali sintomi devono essere considerati dissociativi. La confusione è generata principalmente da tre ordini di problemi:

1. sommare al concetto di dissociazione i sintomi dovuti ad alterazione della coscienza;
2. relegare la diagnosi di dissociazione strutturale di personalità all'unica diagnosi di DID;
3. avere difficoltà a determinare se un sintomo di patologia indichi una dissociazione strutturale o meno, cioè è difficile determinare se un determinato sintomo è segno di dissociazione o espressione di un altro disturbo (Van Der Hart et al. 2011, 100).

In base a le problematiche elencate, si è sentito il bisogno, sia nel campo della ricerca traumatologica, che in quello dell'intervento su pazienti traumatizzati, di dare ordine ai vari sintomi dissociativi. A questo proposito, importanti sono stati gli studi della Steinberg, ai quali si ispira anche Onno Van Der Hart. La psichiatra, nota per le sue ricerche alla Yale University, negli Stati Uniti, ha individuato l'esistenza di cinque sintomi fondamentali, questi, in misura diversa e in un ampio numero rilevante dei casi, vengono sperimentati in seguito all'esposizione ad un trauma. Quindi la dissociazione è, come teorizzato anche da Van Der Hart, nella maggioranza dei casi presente dopo eventi traumatici, saranno l'esposizione temporale e la ripetitività dell'evento a determinarne la gravità. I cinque sintomi fondamentali, secondo la Steinberg, sono:

1. *amnesia*, cioè l'incapacità di ricordare uno specifico e significativo periodo di tempo trascorso.

2. *depersonalizzazione*, una sensazione di distacco da se stessi o un guardare a se stessi come farebbe una persona esterna.
3. *derealizzazione*, una sensazione di distacco dall'ambiente o una sensazione per cui l'ambiente sembra irreali o estraneo.
4. *confusione dell'identità*, è una sensazione di incertezza, perplessità o conflitto su chi si è.
5. *alterazione dell'identità*, è un cambiamento nel ruolo e nell'identità della persona, accompagnato da cambiamenti comportamentali osservabili dagli altri, come parlare con una voce diversa o usare nomi diversi (Steinberg-Schnall, 2006, 35).

Van Der Hart e i suoi collaboratori, riprendendo la divisione in cinque sintomi fondamentali per la dissociazione, li hanno ulteriormente elaborati ed adattati alla teoria della dissociazione strutturale della personalità. Una divisione, molto utilizzata nella diagnosi psicopatologica, per la descrizione dei sintomi schizofrenici è quella di dividerli in sintomi positivi e sintomi negativi. Storicamente era così anche per la dissociazione, ma negli ultimi venti anni si è persa questa divisione, dando molta più importanza ai sintomi negativi, come quelli della perdita di azione mentali, tipo percezione, emozioni e ricordi. I sintomi negativi della dissociazione denotano fenomeni mentali o fisici che non sono accessibili da tutte le componenti della personalità ma sono disponibili per altre e, dunque, i sintomi non sono un'espressione di perdite assolute, come una totale amnesia, perché, se così fosse, questo interesserebbe la personalità nella sua interezza e non solo alcune parti (Van Der Hart et al. 2011, 101). I sintomi positivi, invece, sono descritti come fenomeni mentali, corporei, o comportamentali che intrudono e interrompono una o più parti della personalità e rappresentano diverse caratteristiche della personalità. Tali sintomi includono i ricordi disponibili, le voci interne, le intenzioni, le percezioni, le cognizioni e i comportamenti (Ibidem).

Oltre ad essere sia positivi che negativi, i sintomi dissociativi possono essere psicologici, cioè tutti quelli che inficiano o disturbano manifestazioni mentali e somatoformi, cioè quelli che interessano fenomeni corporei. Più precisamente, i sintomi dissociativi somatoformi, designano quei criteri che fenomenologicamente coinvolgono il corpo (Nijenhuis, 2007, 30).

Se per molti studiosi i sintomi psicologici sono qualcosa di scontato, non tutti danno uguale importanza ai sintomi che si manifestano sotto forma di perdita di funzioni somatiche, al contrario di ciò che Janet chiaramente afferma nei suoi scritti (Janet, 1930). Questa divisione, tuttavia, non è da intendere come netta separazione mente-corpo, è semplicemente un modo per categorizzare ed individuare i sintomi dissociativi in modo chiaro, non dimenticando che queste categorie si riferiscono egualmente ed in maniera unitaria all'essere umano come persona unica, indivisibile. Schematicamente si riporta nella Tabella 8 la categorizzazione fenomenologica dei sintomi dissociativi creata da Van Der Hart e collaboratori:

	sintomi dissociativi psicologici	Sintomi dissociativi somatoformi
Sintomi dissociativi negativi	<p><i>Perdita di memoria:</i> amnesia dissociativa.</p> <p><i>Depersonalizzazione:</i> implica una divisione tra una parte che vive e un'altra che osserva l'esperienza.</p> <p><i>Perdita delle sensazioni emotive:</i> anestesia emotiva</p> <p><i>Perdita dei tratti caratteristici del carattere</i></p>	<p><i>Perdita delle sensazioni fisiche:</i> anestesia (di tutte le modalità sensoriali).</p> <p><i>Perdita di sensibilità al dolore:</i> analgesia.</p> <p><i>Perdita di atti motori:</i> per esempio incapacità a muoversi, di parlare, di digerire.</p>
Sintomi dissociativi positivi	<p><i>Sintomi intrusivi (schneideriani):</i> come sentire voci, emozioni, pensieri ed idee fasulli.</p> <p><i>Sintomi di riesperienza traumatica:</i> come percezioni uditive e visive, tati emotivi, idee.</p> <p><i>Sintomi di alternanza tra</i></p>	<p><i>Sintomi intrusivi somatoformi:</i> per esempio sensazioni e movimenti del corpo non controllati, come tic o pseudo convulsioni.</p> <p><i>Sintomi di riesperienza traumatica:</i> come per esempio degli specifici movimenti e sensazioni</p>

	<i>parti dissociative di personalità.</i> <i>Sintomi di psicosi dissociativa: per esempio un disturbo che implichi un'attivazione a lungo termine di una parte dissociativa psicotica.</i>	legati al trauma. <i>Sintomi di alternanza somatica tra parti dissociative della personalità.</i> <i>Sintomi somatoformi della psicosi dissociativa.</i>
--	---	--

Tabella 8 – categorizzazione fenomenologica dei sintomi dissociativi – (Van Der Hart et al. 2011, 110)

Come visibile nella tabella, sono presenti tutti i cinque sintomi fondamentali individuati dalla Steinberg, ma sono stati divisi e ampliati seguendo la teoria della dissociazione strutturale della personalità e specificando i sintomi dissociativi somatoformi. In sintesi, possiamo dire che con questa proposta di classificazione attenta e dettagliata, che utilizza la valenza dei sintomi positivi e negativi, può rendere più facile la comprensione e l'individuazione di questi e quindi l'attuazione di un più preciso e veloce trattamento.

1.2. Il Disturbo da Stress Post-Traumatico

E' possibile rintracciare la presenza della dissociazione, di qualsiasi grado essa sia, in molti, se non in tutti, i disturbi post-traumatici presenti nel DSM, ma non solo, questa è presente anche in disturbi diversi da quelli comunemente riconosciuti come post-traumatici. Si riscontrano storie di trauma infantile in pazienti con diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità, Disturbo di Somatizzazione, disturbi affettivi, dissociativi (DID), nei disturbi alimentari, nei comportamenti auto lesivi e nell'abuso di sostanze. Un elemento centrale che accomuna tutte queste patologie è l'alta prevalenza di dissociazione (Van Der Kolk-McFarlane, 2007, 569). Anche per quanto riguarda il Disturbo da Stress Post-Traumatico è possibile rintracciare sintomi dissociativi; storicamente, è sempre stata molto dibattuta la collocazione di questo disturbo all'interno del DSM; nella commissione per la revisione della III edizione del manuale, i membri discussero animatamente se classificare il DPTS tra i disturbi d'ansia o tra quelli dissociativi (Ibidem, 127). Grazie alle ricerche su individui

traumatizzati, si è potuto notare un collegamento tra Disturbo Acuto da Stress e DPTS, infatti subito dopo un evento traumatico, l'individuo manifesta almeno tre sintomi dissociativi, come ad esempio: senso di estraniamento, intorpidimento, calo di consapevolezza del contesto, derealizzazione, depersonalizzazione. Sia l'ASD che il PTSD, sembrano aver origine nella capacità dell'individuo di avere accesso agli stati dissociativi (Spiegel-Cardena, 1991, 369). Chi impara precocemente ad avere accesso a tali stati, tende a riutilizzarli in presenza di altri stress acuti, non riesce quindi a diventare consapevole di ciò che sta accadendo, dissociando l'evento che procura stress acuto all'interno dell'EP. L'incapacità di integrare il trauma durante lo stress acuto rende questi soggetti vulnerabili al successivo sviluppo del DPTS. Secondo la classificazione della dissociazione strutturale della personalità, il DPTS semplice, cioè quello descritto nel DSM-IV-TR, viene inserito nella dissociazione primaria strutturale della personalità. Siamo in presenza di una dissociazione tra una ANP, cioè, quella parte della personalità che permette all'individuo di vivere tutti i giorni, permettendogli di svolgere le attività quotidiane senza grandissimi impedimenti e una EP, dove viene riletto l'evento traumatico e tutti i pensieri, emozioni, comportamenti, ricordi legati all'evento e dove sono rintracciabili anche i sintomi del DPTS semplice. Il presupposto di base è che, oltre all'esposizione ad un evento potenzialmente traumatico (criterio A), il disturbo prevede che l'evento venga rivissuto persistentemente (criterio B), attivando in questo modo l'EP dissociata e riattualizzando tutti i ricordi legati al trauma. Il persistente evitamento (criterio C), avviene quando è attiva ANP che permette all'individuo di vivere tutti i giorni, non riuscendo però ad integrare, ma evitando ed addirittura non ricordando o negando l'esistenza dell'esperienza traumatica e tutte le azioni, i ricordi, le emozioni legate all'evento traumatico dissociato nel EP. Il persistente iperarousal (criterio D), è anch'esso presente nella dissociazione strutturale della personalità, con alti gradi di attivazione nelle parti EP. In base a tutti questi punti in comune Van Der Hart, oltre a leggere il DPTS attraverso la teoria della dissociazione, lo considera come un disturbo dissociativo.

Differente è la lettura degli autori per quanto riguarda il DPTS complesso, presentato nel capitolo precedente, la caratteristica principale per i soggetti con diagnosi di DPTS complesso, è che hanno vissuto una cronica traumatizzazione da bambini. A differenza del

DPTS semplice questi individui possono presentare seri sintomi dissociativi. I criteri proposti per il DPTS complesso includono: disturbi della regolazione degli affetti e degli impulsi; disturbi nell'attenzione o nello stato di coscienza; disturbi nella percezione di sé; disturbi nelle relazioni con gli altri; somatizzazione; disturbi nei sistemi di attribuzione del significato (Van Der Hart et al. 2011, 122). Per questi motivi gli autori inseriscono tale disturbo nella dissociazione strutturale secondaria della personalità, dove si è in presenza di un'unica ANP e più EP, le manifestazioni di queste EP tendono ad essere più sfumate e meno intrusive nell'ANP rispetto a quella terziaria e per questo vengono collocate nella dissociazione secondaria. In altre parole, queste parti, di solito, non sono né molto elaborate, né particolarmente distaccate dal resto delle EP (Ibidem). La presenza di una cronicizzazione traumatica prevede il ripetersi di uno stesso evento traumatico, come ad esempio, l'abuso sessuale reiterato da parte di un parente. Questo fa sì che le EP presenti possano essere più di una e in relazione tra loro articolando in maniera più complessa il loro funzionamento. Il ripetersi dell'evento tende ad aumentare la forza delle EP e la possibilità sempre maggiore che possano invadere l'ANP che già, nella dissociazione secondaria fa grandi difficoltà a portare avanti la vita quotidiana, poiché l'efficienza mentale è molto bassa a causa della presenza multipla di EP. Tutto questo rende il DPTS complesso invalidante per l'individuo, potendo precorrere anche la possibile insorgenza di un disturbo dissociativo dell'identità.

1.3. Il Disturbo Dissociativo dell'Identità.

Ormai da lungo tempo è stata dimostrata l'associazione tra i disturbi dissociativi, in particolare il Disturbo Dissociativo dell'Identità (DID), prima definito Disturbo da Personalità Multipla, e i traumi infantili, prolungati e precoci, non solo relativi ad abuso, ma anche relativi a trascuratezza nell'infanzia. Nel DSM-IV-TR, la caratteristica essenziale dei Disturbi Dissociativi è la mancata integrazione delle funzioni, solitamente integrate, della coscienza, della memoria, dell'identità o della percezione. Le alterazioni possono essere improvvise o graduali, transitorie o croniche (APA, 2007, 556). Molti autori hanno avanzato l'ipotesi che il DID sia una forma ancora più complessa di DPTS, infatti, i sintomi di DPTS hanno un'alta prevalenza nei pazienti con Disturbi Dissociativi: il 60% di pazienti

con Disturbo Dissociativo Non Altrimenti Specificato (DDNOS) e l'89% dei pazienti con DID raggiungono pienamente i criteri per la diagnosi di DPTS (Van Der Hart et al, 2011, 126). Secondo Onno Van Der Hart, questo disturbo appartiene alla dissociazione terziaria della personalità, la più grave; il DID può essere interpretato come uno dei disturbi post-traumatici più dolorosi che la persona può subire. Nella dissociazione terziaria, siamo in presenza di più ANP e più EP, ed in soggetti con una diagnosi di DID che hanno subito traumi nell'infanzia, le ANP possono continuare a svilupparsi in età adulta, per gestire eventi che non sanno come integrare. A ciò va aggiunto che la riattivazione persistente di EP e dei loro ricordi traumatici impedisce il funzionamento delle ANP, rendendo il sopravvissuto ancora più vulnerabile alla dissociazione. Nella tabella 9 vengono riportati i criteri diagnostici per il Disturbo Dissociativo dell'Identità:

<p>A. presenza di due o più identità o stati di personalità distinti (ciascuno con i suoi modi relativamente costanti di percepire, di relazionarsi, e di pensare nei confronti di se stesso e dell'ambiente)</p> <p>B. almeno due di queste identità o stati di personalità assumono in modo ricorrente il controllo del comportamento della persona.</p> <p>C. l'incapacità di ricordare importanti notizie personali è troppo estesa per essere spiegata con una banale tendenza alla dimenticanza.</p> <p>D. l'alterazione non è dovuta agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (per es. black-out o comportamenti caotici in corso di intossicazione alcolica) o a una condizione medica generale (per es. epilessia parziale complessa).</p> <p>Nota nei bambini i sintomi non sono attribuibili all'esistenza di un compagno immaginario o ad altri giochi di fantasia.</p>
--

Tabella 8 – Disturbo Dissociativo dell'Identità – (APA, 2007, 568).

Questi criteri, risultano problematici al momento della diagnosi di DID, poiché non sono precisi nell'individuazione di discriminanti valide ai fini di una diagnosi precisa e per questo il più delle volte si tende a diagnosticare più facilmente un DDNOS che un DID.

Una delle cause principali di questa confusione diagnostica, secondo Van Der Hart, è che è difficile diagnosticare il DID a soggetti che non mostrano identità così distinte tra loro. Il DSM prevede una netta distinzione tra le diverse identità che albergano nell'individuo e nella pratica clinica, non è così semplice individuarle. Come detto in precedenza, le ANP e le EP, molte volte si alternano e interagiscono; nella dissociazione terziaria si ha più di una parte della personalità attiva nella vita quotidiana, quindi più ANP attive, non evocate da ricordi traumatici ma dalle funzioni e dagli obiettivi presenti nella vita degli individui. Nella dissociazione terziaria è molto rara la presenza di una netta personalità "Host" che prende il comando sulle altre, ma più ANP non nettamente distinte tra loro che si influenzano a vicenda.

Nel DID, le diverse ANP, gestiscono la vita quotidiana e possono subire anche intrusioni da parte delle EP ed è per questo che nella pratica clinica servono strumenti più adeguati per la diagnosi di disturbi dissociativi, in grado di intercettare queste sfumature ed intervenire in maniera mirata, potendo in questo modo attuare un piano di trattamento stabile a più fasi, per poter fare integrare le varie parti dissociate del soggetto traumatizzato, questo è anche il compito del modello teorizzato da Van Der Hart.

3. Le linee di intervento

Dopo aver presentato gli elementi della teoria utili al riconoscimento delle varie dissociazioni strutturali della personalità, averle inglobate nel più ampio discorso della psicopatologia e aver comparato due disturbi presenti nel DSM – IV con il concetto della dissociazione strutturale della personalità, ora verranno espone le linee di intervento proposte dall'autore per la cura ed il trattamento della dissociazione a seguito di eventi traumatici cronici. Naturalmente l'intervento, non sarà standardizzato e uguale per ogni grado dissociativo: mentre per la dissociazione strutturale primaria della personalità è di solito sufficiente l'applicazione immediata di approcci validati empiricamente, come, ad esempio, l'esposizione prolungata, i diversi approcci cognitivo-comportamentali e l'EMDR. Nel caso delle dissociazioni secondarie e terziarie, dove le memorie, i vissuti e le esperienze da re-integrare sono molte ed è molto complessa l'interazione fra loro, servirà un modello operativo differente, a più step, chiamato dagli autori "Phase oriented". Queste

linee di intervento, sono basate sulle teorie janettiane della dissociazione, sulle tendenze all'azione esposte nei paragrafi precedenti e sulle osservazioni svolte da Myers sui soldati acutamente traumatizzati nelle battaglie della Prima Guerra Mondiale. Nel paragrafo seguente si presenteranno le linee guida per la valutazione del paziente, non tralasciando la valutazione svolta normalmente in ogni diagnosi, ma anche essa verrà divisa in fasi e adattata al soggetto e alla sua storia, utilizzando strumenti validati. Successivamente saranno presentate le azioni graduali da tenere presenti nella promozione dell'attività individuale durante il trattamento e i principi generali da utilizzare per la riuscita della terapia. Infine saranno esposte le tre fasi del modello d'intervento. Nella maggioranza dei casi di dissociazione strutturale secondaria e terziaria il trattamento è a lungo termine e per questo il modello prende la forma di una spirale, nella quale ci possono essere dei momenti di alternanza tra una fase ed un'altra o il ritorno momentaneo nella fase precedente.

1.1. La valutazione dei pazienti

La valutazione, è un passo fondamentale in ogni diagnosi. Serve per conoscere meglio il paziente, capire per quale motivo è venuto da un esperto per chiedere aiuto, specificare meglio la possibile patologia, stabilire quali possono essere gli obiettivi terapeutici e quindi stabilire un piano terapeutico specifico per il soggetto. La valutazione, quindi, costituisce la base per un percorso psicoterapeutico sistematico, a più fasi, che è personalizzato secondo i bisogni individuali del paziente (Van Der Hart et al. 2011, 233). Nel caso della teoria sviluppata da Onno Van Der Hart e dai suoi collaboratori, nella valutazione si tenta di comprendere le motivazioni per cui il paziente non riesce a portare a termine con successo alcune azioni della vita quotidiana e in che modo queste possono essere promosse. Per questo, è fondamentale valutare le risorse e le fragilità individuali del paziente in termini di livello mentale (cioè il miglior livello raggiungibile nella gerarchia delle tendenze all'azione in unione con l'energia mentale disponibile). Questo fa sì che vengano incluse nella valutazione vari ambiti della vita, come, il lavoro, il tempo libero, il ritmo sonno-veglia, le relazioni, gli stili di alimentazione. Inoltre sarebbe necessario, nel caso in cui si individuino una dissociazione strutturale della personalità, capire quali sono e quando vengono utilizzate le varie ANP ed EP presenti.

Questo tipo di valutazione, teorizzata dall'autore, prevede tre fasi: la prima è una valutazione clinica standard; la seconda è una valutazione specifica dei sintomi e delle sindromi post-traumatiche e quindi anche della dissociazione strutturale; la terza è costituita da un'analisi sistematica e costante della struttura, del funzionamento e della storia del paziente e della sua personalità dissociata.

Nella valutazione clinica standard sono presenti la storia familiare di eventuali problemi psichiatrici e di qualsiasi pattern di trasmissione intergenerazionale dell'abuso e della trascuratezza. Questo primo livello di valutazione non deve essere troppo invadente nei confronti del soggetto e non dovrebbero essere evocate emozioni troppo intense, questo perché non essendoci ancora quel grado di sicurezza relazionale che si può creare solo sul medio o lungo periodo, il paziente non sarebbe in grado di tollerare tali emozioni. Il clinico annota soltanto quello che osserva o viene detto in un preciso momento, tenendo in considerazione che cosa il paziente, che di solito si presenta come ANP, mostra ed è disposto o in grado di condividere (Van Der Hart, et al. 2011, 234). Le cose che il clinico durante questa prima fase della valutazione deve tenere d'occhio sono: l'impatto della valutazione sul paziente, come il paziente si presenta durante la valutazione e l'impatto che il soggetto ha sul terapeuta. Per quanto riguarda l'effetto della valutazione sull'individuo, è cruciale la capacità del terapeuta di sapersi avvicinare con calma, congruenza e genuinità. Deve rispondere in maniera adeguata al vissuto dissociativo, nonché alle alterazioni della consapevolezza. Deve riuscire a creare un senso di sicurezza nel paziente, in modo che la psicoterapia non sia vissuta come ritraumatizzante, ma piuttosto, come un'opportunità per sperimentare empatia e supporto a fronte di esperienze confusive, terrorizzanti o fonte di vergogna. Importanti sono anche i modi con cui il soggetto presenta la sua esperienza, non solo a livello verbale, ma anche e soprattutto a livello non verbale, i cambi improvvisi di postura, tono della voce, mimica facciale, sono di segni che possono indicarci l'intrusione di una EP in una ANP. E importante anche notare i possibili indicatori di una potenziale dissociazione strutturale, come l'uso frequente di pronomi indiretti (loro, questo), cambi improvvisi della sintassi, utilizzo della terza persona per riferirsi a se stesso, discontinuità e incoerenze del discorso, vaghezza pervasiva, cambi repentini di argomento, oppure

modifiche improvvise del tono e dell'intonazione della voce (Lowenstein, 1991, in Van der Hart et al. 2011, 236).

In questa prima fase, inoltre, bisogna anche valutare la possibile somministrazione di farmaci ai soggetti traumatizzati, per far ciò bisogna inviare il paziente da psichiatri che siano a conoscenza della complessità psicofisiologica legata alla traumatizzazione e che siano inoltre disponibili a collaborare con lo psicoterapeuta di riferimento. Per far ciò, comunque, lo psicologo deve prima valutare le convinzioni e le esperienze pregresse del paziente rispetto al trattamento farmacologico, nel pieno rispetto delle convinzioni personali, per capire se bisogna anche lavorare su delle possibili resistenze al trattamento con farmaci.

Oltre a questa prima valutazione per poter valutare anche il funzionamento globale dell'individuo bisogna somministrare una buona batteria di test, per comprendere meglio la presenza di persistenti difese e di conflitti intrapsichici e le fobie derivate dal trauma, L'autore consiglia test quali: Minnesota Multiphasic Personality inventory-2 (MMPI-2), il Milton Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-II) e il Symptom Checklist (SCL-90) (ibidem, 239).

Se, come abbiamo visto, in questa prima fase della valutazione si cerca di ricavare più informazioni possibili dal cliente, sempre nel rispetto della persona e della sua sofferenza, nella seconda fase, si dovrà fare un'analisi più dettagliata dei sintomi, soffermandosi sulla storia traumatica e sulle sindromi post-traumatiche. Per far ciò sono previsti una serie di test e un'intervista semistrutturata. Lo strumento che propone l'autore in questa fase è la Traumatic Experience Checklist (TEC).⁷ È uno strumento di facile somministrazione, si può completare in venti minuti ed indaga ventinove eventi traumatici differenti, da uno di basso impatto a uno di alto valore traumatizzante. Si indica, inoltre, l'età in cui è avvenuto l'evento e se ripetuto, le età di ogni singolo evento. Infine si chiede al soggetto in che rapporti, se si tratta di abuso fisico o sessuale, è rimasto con l'abusante (Nijenhuis-Van Der Hart-Kruger, 2002, 205). Attraverso la ricerca si è potuto notare che la valutazione della storia traumatica, anche se stressante, è percepita positivamente dalla maggior parte dei

⁷ In Appendice è presente una copia del TEC, traduzione e adattamento all'Italia a cura di A. Schimmenti – A. Mulè.

pazienti. Il passo successivo che va fatto in questa seconda fase, quando si è potuto valutare la presenza di sintomi di dissociazione strutturale, è quella di somministrare test più specifici, che valutino la gravità del disturbo nelle sue forme psicologica e somatoforme, o la presenza di un disturbo dissociativo in generale. Un questionario molto utilizzato in ambito clinico è il Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20; SDQ-5)⁸ nelle due forme, la prima valuta la gravità dei fenomeni dissociativi somatoformi e la seconda è uno strumento di screening dei disturbi dissociativi (Nijenhuis, 2007, 80). L'SDQ-20 è formato da 20 item che indagano nel dettaglio possibili sintomi somatoformi, come ad esempio una domanda presente all'interno del test è: "il mio corpo o parte di esso sembra intorpidito" ; si può rispondere su una scala likert a 5 punti e accanto va segnato se è conosciuta la causa di questo sintomo o no e, quando conosciuto, va indicato il nome della patologia. Una delle cose più importanti in questa fase della valutazione è quella di distinguere ed individuare le varie ANP ed EP presenti nel paziente, poiché una delle priorità del trattamento consiste nel rafforzare le ANP e nel ridurre le intrusioni delle EP, pur riconoscendo la loro esistenza, detto questo è possibile capire l'importanza e la delicatezza di questa seconda fase della diagnosi, dove è possibile individuare la vera struttura dissociativa della persona e dove è possibile anche formulare una prima ipotesi del grado di dissociazione strutturale. La terza e ultima fase della valutazione prevede un'analisi sistematica della struttura, del funzionamento della personalità nonché della storia del paziente. A questo scopo il terapeuta gestisce tre diversi tipi di indagine, che continuano durante tutto il processo psicoterapeutico e che sono tra loro correlate: strutturale, funzionale e storico. Molto importante in questa fase è la valutazione delle fobie legate al trauma, che spesso sono di difficile individuazione, poiché il soggetto tende ad evitarle o a negarle. La terza fase della valutazione evidenzia spesso che la mancata presa di coscienza delle fobie legate al trauma genera difficoltà a percorrere con successo un percorso psicoterapeutico. Le resistenze alla psicoterapia vengono valutate come strategie disfunzionali di evitamento o di fuga messe in atto dai pazienti traumatizzati. Il clinico dovrebbe riuscire a comprendere il prima possibile quali sono le fobie presenti nelle diverse parti dissociative della personalità per poter orientare il trattamento.

⁸ In Appendice è presente una copia del SDQ-20 e una del SDQ-5.

Un ultimo passo, fondamentale nella diagnosi, è quello della restituzione delle informazioni raccolte ed elaborate al paziente. Queste devono essere condivise con il soggetto al momento opportuno e con rispetto, cioè attraverso vie che siano per lui tollerabili. Il terapeuta deve essere onesto e chiaro, mettendo in luce le risorse e le aree di disfunzionalità. Il tutto deve essere comunicato con un linguaggio accettabile e condivisibile dal soggetto stesso (Van Der Hart et al. 2011, 243). Dopo aver svolto la valutazione in modo accurato, è possibile passare al trattamento vero e proprio. Prima di analizzare nel dettaglio le fasi del trattamenti, saranno indicati i principi generali per un buon andamento terapeutico e la loro integrazioni nel modello phase oriented.

1.2. Un percorso graduale per promuovere le azioni adattive individuali.

Ogni trattamento terapeutico che vuole raggiungere degli obiettivi per la guarigione del paziente, ha delle linee guida generali, seguendo le quali, è molto probabile il buon andamento terapeutico. Nel caso del modello proposto da Onno Van Der Hart, in cui si integrano vari interventi provenienti da differenti orientamenti teorici, mediante la comprensione di come ognuno possa aiutare il paziente a sviluppare azioni mentali e comportamentali più efficienti, i vari principi possono essere compresi nell'ottica della promozione di una economia mentale. In sintesi, seguendo sempre la teorizzazione di Janet, le azioni si fondano sul far sviluppare un adeguato livello mentale, capace di far integrare la storia traumatica nella vita quotidiana della persona e in alcuni casi arricchendola. Trovare, cioè, un bilanciamento tra le risorse disponibili per raggiungere l'adattamento nella vita quotidiana. L'autore presenta un'interessante similitudine con il mondo economico per spiegare i principi che devono guidare il trattamento. Egli afferma che come nella sfera finanziaria, l'economia mentale include quattro semplici principi basati sull'interazione dinamica tra energia ed efficienza mentale, i quattro principi sono:

1. *aumentare le entrate*, sia di energia mentale che fisica;
2. *diminuire o eliminare le spese non necessarie* di energia mentale
3. *ridurre ed eliminare i debiti*, cioè, completare le principali azioni non terminate, come, compiti emozionali, storici, relazionali, della vita quotidiana;

4. *gestire saggiamente le entrate disponibili*, attraverso un incremento dell'efficienza mentale, cioè sviluppare più azioni adattive e investire su di esse. (Van Der Hart et al. 2011, 254).

Per far questo un primo passo importante è quello di saper creare una buona relazione terapeutica e una cornice terapeutica sicura, cioè un setting con regole definite e accettate da entrambi le parti, in modo da garantire la libera espressione del paziente e una buona accoglienza del terapeuta. Una relazione terapeutica sicura migliora gradualmente l'efficienza mentale del paziente. Rifacendosi alle teorie di Bowlby sull'attaccamento, tutti noi funzioniamo al nostro meglio all'interno di un attaccamento sicuro che fornisca una regolazione psicofisiologica. Nella relazione terapeutica, quindi, il terapeuta, come una buona madre, offre un porto sicuro al cliente per la sua esplorazione mantenendo la relazione entro certi limiti stabili. È possibile rintracciare una somiglianza tra la relazione madre-bambino e terapeuta-paziente negli scritti di Bowlby:

[...] “c'è dunque un equilibrio dinamico nella coppia madre/bambino: nonostante molti comportamenti irrilevanti da parte di entrambi, alcuni comportamenti antagonisti e altri incompatibili o contrari a questo scopo, la distanza tra di loro, di solito, si mantiene entro certi limiti stabili.” (Bowlby, 1989, 291).

Nella terapia i limiti stabili sono dati dalle regole del setting, come la frequenza, il costo, la possibilità o meno di incontri extra-seduta, tutto questo aiuta il paziente per la formazione di un attaccamento sicuro. L'equilibrio dinamico all'interno della coppia terapeuta-paziente, è dato dalla sintonizzazione empatica, cioè la capacità di capire l'individuo, fornire una base sicura, fare in modo che il paziente attivi altri sistemi d'azione oltre quello dell'attaccamento, che potrebbero essere dissociati, come quello della socializzazione e dell'esplorazione. Fondamentale la costante e coerente empatia del terapeuta rispetto alla storia riportata dal cliente, senza però farsi immergere nel vissuto traumatizzato, mantenendo cioè la giusta distanza. Il concetto della sintonizzazione empatica, viene mirabilmente spiegato con una metafora da Kohut (1971):

“Se siamo sicuri della nostra realtà, possiamo temporaneamente volgere le spalle a noi stessi e soffrire con l’eroe tragico sul palcoscenico senza correre il rischio di confondere la realtà della nostra vita quotidiana.” (Kohut, 1976, 206).

Una sintonizzazione empatica efficace, può emergere solo quando il terapeuta è presente e genuinamente autentico, riuscendo a mantenere intatto il suo essere senza lasciarsi travolgere dai vissuti del soggetto, ma riuscendo ad intraprendere, insieme a lui, una presentificazione sia di base, cioè sul momento, sia estesa, cioè sul continuum del lungo periodo.

Un altro principio fondamentale in questo modello di trattamento è quello di procedere per passi, cioè fase per fase, seguendo e incoraggiando le azioni del paziente, tutto questo per aumentare l’energia mentale e di conseguenza, migliorare anche l’efficienza mentale, in modo da poter far concludere le azioni irrisolte e quindi distaccate dalla vita quotidiana. Per tornare alla similitudine utilizzata prima, bisogna eliminare i debiti e procedere nella vita di tutti i giorni aumentando, quando possibile, le entrate, quindi ampliando le proprie esperienze positive, diminuendo, in questo modo, le spese non necessarie, derivate dall’occupazione dell’energie mentali per eliminare o dissociare le parti traumatizzate.

1.3. Le fasi del trattamento

Dopo aver svolto la valutazione del paziente, dove si individuano le modalità comportamentali, il grado di dissociazione, le manifestazioni dissociative e dove si incominciano ad individuare le possibili modalità di cura, seguendo tutte le fasi valutative descritte nel paragrafo precedente, si può passare al trattamento terapeutico “phase oriented”. Ogni fase prevede un approccio mirato alla soluzione di problemi e alla creazione di competenze, all’interno del più ampio contesto di un approccio relazionale. Solitamente si instaura un andamento a spirale: si individuano le problematiche, si fanno capire al paziente e con lui si inizia il cammino terapeutico, si parte cioè, dalla problematica in generale, sino ad arrivare al problema specifico del paziente. Si cerca di far raggiungere migliori livelli di efficienza mentale, ciò permette di integrare materiale dissociativo in precedenza intollerabile e di affrontare aree disfunzionali più radicate (Van Der Hart et al. 2011, 24). Sinteticamente, le tre fasi del modello analizzano in maniera

sempre più profonda le varie fobie traumatiche, verso una sempre maggiore integrazione delle EP e un elevamento della energia e dell'efficienza mentale. Le tre fasi, che verranno analizzate nel dettaglio, sono:

1. *fase 1*: stabilizzazione e riduzione dei sintomi;
2. *fase 2*: cura delle memorie traumatiche;
3. *fase 3*: integrazione della personalità e riabilitazione.

1.3.1. Fase 1 del trattamento: stabilizzazione e riduzione dei sintomi

Questa fase del trattamento ha l'obiettivo di aiutare i pazienti a ottenere un sufficiente equilibrio nelle azioni mentali e comportamentali, a partire dall'energia e dall'efficienza mentale a disposizione. Per far questo, nella fase 1, si cerca di intervenire sulle varie fobie traumatiche, che riguardano in particolar modo l'attaccamento e la sicurezza relazionale, importante poi è l'affrontare la fobia del contatto iniziale con il terapeuta, in modo da creare la sicurezza necessaria per iniziare il cammino terapeutico. Tutte queste fobie, sono indice di questioni in sospeso, che tolgono energie alla vita quotidiana per contenere ed evitare i problemi irrisolti. Nella relazione terapeutica, le fobie dell'attaccamento si manifestano in modo intenso e sono il fulcro del fenomeno transferale in cui si manifestano riattualizzazioni di vecchi pattern di attaccamento la cui risoluzione è fondamentale per un buon successo del trattamento (Van Der Hart, et al. 2011, 280). È naturale che un paziente, soprattutto se ha avuto esperienze traumatiche gravi e ripetute nell'ambito delle cure materne avrà enormi difficoltà nell'approccio con il terapeuta come figura di attaccamento, i tentativi del terapeuta di entrare in relazione saranno molto facilmente respinti e creeranno conflitti di avvicinamento/evitamento, e molto probabilmente non saranno evidenti immediatamente. Il professionista in questo momento, nell'affrontare la fobia del contatto con il terapeuta, dovrebbe tentare di alleviare le paure non dette, sottolineando che molte persone fanno fatica a parlare di loro stesse all'inizio, che il paziente è libero di aprirsi quando è pronto, che la psicoterapia non dovrebbe sopraffare emotivamente, ma dovrebbe essere un impegno condiviso. Un possibile suggerimento delle parole adatte da utilizzare in questa fase, ci vengono date dall'autore stesso:

“Come individuo, nella sua globalità, lei prova magari una mescolanza di emozioni sul fatto di essere in psicoterapia e di condividere cose sue personali. Non è strano che una parte di noi voglia condividere per cercare aiuto e non sentirsi soli, mentre un'altra parte vorrebbe tenersi tutto dentro. Io sono sicuro che riusciremo a trovare un modo per ascoltare, rispettare e incominciare a capire tutti gli aspetti che la caratterizzano. Non si dovrebbe mai sentire come se ci fosse una specie di guerra interna, sarebbe meglio dividerlo con me come riesce e quando riesce, in modo da trovare dei modi per risolvere e capire.”
(Van Der Hart et al. 2011, 284)

In queste parole è possibile rintracciare i principi guida del trattamento, come la sintonizzazione empatica, il cercare di costruire una relazione basata sulla fiducia e l'apertura sincera e non criticizzante da entrambi le parti, la possibilità di creare un attaccamento sicuro, un modo per poter poi esplorare il mondo esterno al setting terapeutico con serenità e una buona efficienza mentale. Le parti dissociate di un soggetto traumatizzato che hanno fobie d'attaccamento, tendono a massimizzare le azioni che distruggono le relazioni; inibiscono gli stati affettivi che sono connessi all'attaccamento e al suo fallimento. È per questo che lo sforzo di un terapeuta in questa prima fase è quella di assicurarsi la fiducia del soggetto, accogliere il suo racconto e quando possibile, trasformare la narrazione di un paziente. Per fare tutto ciò il terapeuta è profondamente influenzato e plasmato dalla sicurezza del suo attaccamento. Possiamo concettualizzare il lavoro del terapeuta come quello di chi costruisce, ri-costruisce e plasma storie, aiutando il paziente una volta a raccontare una storia coerente e una volta a permettere che questa storia venga raccontata sotto una luce differente e forse più funzionale. (Slade, 2002, 663). Quindi, secondo il modello della dissociazione strutturale della personalità, i soggetti traumatizzati con fobia di attaccamento, evitano le EP che hanno bisogni di attaccamento, principalmente quelle che sono collegate con l'evento traumatico, viceversa attivano altre EP che disprezzano e odiano tali bisogni, collegati con l'abusante o l'evento doloroso e vergognandosi di questi bisogni che fanno riemergere il dolore taciuto del trauma, si puniscono riattualizzando i pattern di attaccamento disfunzionali.⁹

⁹ In appendice un intervento terapeutico riguardante questa prima fase.

In questa prima fase che, come abbiamo detto, serve per stabilizzare e ridurre i sintomi, non ci si concentra solo sulle fobie dell'attaccamento e della perdita dell'attaccamento, anche se la risoluzione di queste è fondamentale per ottenere risultati terapeutici. È una fase molto lunga che affronta la maggioranza dei sintomi sia a livello psicologico che somatoforme. Altre fobie trattate sono le fobie delle azioni mentali: le azioni mentali evitate riguardano contenuti che il sopravvissuto ritiene troppo dolorosi da realizzare, ma che potrebbero essere essenziali da integrare per avere il miglior funzionamento possibile nella vita. L'importanza delle azioni mentali è fondamentale per la sopravvivenza. Per esempio: sperimentare la paura può aiutarci a restare al sicuro e l'amore può mantenerci in connessione quando vi è un conflitto relazionale. Pensare può aiutarci a dare significato e comprensibilità alle cose, permettendo un più efficace adattamento alla vita. Queste azioni mentali saranno affrontate per la prima volta in questa fase, ma verranno più volte riprese lungo il trattamento, poiché le azioni mentali inefficaci o dissociate potrebbero essere molte e di difficile individuazione, se non sul lungo periodo e dopo aver affrontato anche i ricordi legati al trauma.

Due principali modalità di intervento vengono utilizzate contemporaneamente fin dai primi momenti della terapia per aiutare i pazienti a superare la fobia delle azioni mentali derivate da traumi. La prima consiste nell'utilizzo della relazione terapeutica come fattore di regolazione; la seconda è lo sviluppo di abilità (skills) regolatrici che possono essere insegnate dal terapeuta o in gruppi di skills training. Le procedure di skills training vengono utilizzate nei casi in cui i pazienti non possiedono nel loro repertorio comportamentale le abilità necessarie per risolvere un problema, vale a dire che pur trovandosi in una situazione ideale, non riesce ad immaginare o mettere in atto comportamenti adeguati alle circostanze (Linehan, 2001, 353). Alcune tecniche molto utilizzate per il superamento della fobia delle azioni mentali sono lo svolgere role playing in modo da poter insegnare al paziente come potersi comportare in modo differente, renderlo cosciente che è possibile avere modalità differenti di approcciare alla vita quotidiana. Altre tecniche utilizzate sono la focalizzazione sulle sensazioni fisiche, è possibile portare l'attenzione del soggetto sull'esperienza fisica nel momento presente, notando in quale parte del corpo l'evitamento o l'inibizione tendono ad avvenire e dove

invece sia possibile un'attivazione. Attraverso la consapevolezza corporea e della tensione legata al rivivere l'evento, è possibile guidare il paziente ad una maggiore coscienza del proprio stato e quindi a una possibilità di prevenire i sintomi quando si presentano.

Un'ultima parte del trattamento in fase 1, molto complessa e che dura per tutta la terapia è la fobia delle parti dissociate (un tipo di fobia delle azioni mentali derivate da traumi) è la paura, la rabbia, il disgusto o la vergogna provate da una parte dissociata nei confronti di un'altra (Van Der Hart et al. 2011, 218). Superare questa è un importantissimo risultato del percorso terapeutico, che dovrebbe sfociare in un aumento delle capacità adattive ed integrative del paziente. Come è facile intuire, il trattamento della fobia delle parti dissociate e la sua gravità, varierà con il variare del grado di dissociazione strutturale della personalità che presenta l'individuo. Nel caso della dissociazione primaria e della secondaria, dove c'è un ANP singola, detta anche host, che ha il dominio nella vita quotidiana, il compito che deve svolgere il paziente, sempre aiutato e sostenuto dal terapeuta, è quello di aiutare l'ANP a funzionare meglio nella vita quotidiana. La psicoeducazione e il modellamento del terapeuta dovrebbero aiutare questo processo. Un secondo compito riguarda la capacità di far modificare le valutazioni negative dell' ANP nei confronti delle EP, cercando di aiutare il paziente a comprendere i bisogni e gli obiettivi delle EP. Il terapeuta lavora sempre con le singole parti, con l'obiettivo di aumentare la loro efficienza mentale e di prepararle per l'esposizione ad altre parti e l'interazioni con esse. Un esempio di interazione con il paziente in questa fase è:

“Non importa quale parte viene fuori in terapia, ma tutte le parti sono disponibili a vedere ed ascoltare per capire se questo è un percorso utile? E le parti potrebbero accordarsi nel permettere all'individuo nella sua globalità di sapere se qualcosa risulta insopportabile? E le parti si possono accordare sulle parole da usare, o su un segno inequivocabile, invece di spaventare o far del male alle altre parti? Immagino che alcune parti di lei sentano l'urgenza di essere ascoltate e aiutate, mentre altre hanno la medesima urgenza di evitare di affrontare sentimenti e bisogni dolorosi e non credono che io possa esserle di aiuto. Dobbiamo rispettare tutte le parti, sia le più riluttanti sia quelle che sentono di più l'emergenza e contengono informazioni importanti circa i suoi bisogni e la sua disponibilità ad entrare in problematiche difficili. Diventa vitale che non venga favorita una posizione piuttosto che

un'altra, ma che tutte siano prese egualmente in considerazione per trovare un equilibrio che vada bene per lei.” (Van Der Hart et al. 2011, 323).

In questo modo si aiuta il paziente a mettere in comunicazione le parti dissociate, a creare una relazione tra le parti. Si aiuta a prendere coscienza delle reazioni e a modulare le possibili risposte disadattive provenienti dalle EP, in questo modo si capisce che tutte le parti sono importanti e tutte svolgono delle azioni, anche se alcune disadattive, per mantenere un equilibrio nella vita quotidiana. Essendo questo un momento molto importante della prima fase, è utile prendere visione di tutti i possibili interventi utilizzabili in questo ambito, schematicamente riportati nella tabella 10:

interventi per superare la fobia delle parti dissociative:

1. iniziare il trattamento di ANP per migliorare la vita quotidiana nei pazienti con dissociazione primaria, secondaria e terziaria (aumentare l'energia mentale e l'efficienza per il funzionamento nella vita quotidiana).
2. Nella dissociazione terziaria occorre iniziare con l'incoraggiare la cooperazione tra le ANP che sono attive nella vita quotidiana.
3. Esporre reciprocamente le parti dissociative in modo graduale, non superando il loro livello mentale.
4. Focalizzarsi all'inizio sulle relazioni tra le parti che sono meno fobiche rispetto alle altre e avvicinarsi a quelle più fobiche.
5. Incoraggiare azioni riflessive che permettano un'empatia interna, la regolazione e la guida (mentalizzazione, sviluppo interno di abilità sociali).
6. Parlare a tutte le parti utilizzando le ANP del paziente.
7. Chiedere alle EP “bambine” di ascoltare e guardare o di vedere attraverso gli occhi di una ANP “adulta”.
8. Sviluppare un luogo immaginario sicuro collettivo o individuale, per esempio, uno spazio di ritrovo comune per le EP, e chiedere alle parti di discutere quali siano le circostanze in cui parti specifiche hanno bisogno di stare nel luogo sicuro.
9. Chiedere ad una parte di esprimersi al posto di un'altra che non è in grado di parlare

o che non vuole rispondere.

10. Pronunciare frasi che orientano come ad esempio: “lei qui, è al sicuro, è nel mio studio e non le faranno del male. La persona che le ha fatto del male non è qui”.

Tabella 10 – interventi per superare la fobia delle parti dissociative – (Van Der Hart et al. 2011, 330).

Naturalmente questa, non vuole essere una tabella standard da seguire schematicamente per il buon andamento terapeutico, ma una proposta di possibili interventi da attuare nella terapia con paziente traumatizzato che presenta vari gradi di dissociazione strutturale della personalità. Ciò che si mette in atto nella prima fase del trattamento, viene più volte ripreso ed ampliato nelle fasi successive, dove c'è una maggiore focalizzazione sulle esperienze traumatiche, resa possibile dal superamento delle fobie sopra esposte. Dal momento che il soggetto ha acquistato più sicurezza in se stesso e nella relazione, che riesce a dare un nome a paure prima indicibili, ora può affrontare con più serenità il ricordo dell'evento traumatico, in modo da poter superare questo e assorbirlo nel suo funzionamento globale.

1.3.2. Fase 2 del trattamento: cura delle memorie traumatiche

Questa fase potrà essere cominciata solo quando verranno superate le fobie descritte in precedenza, solo in questo modo il soggetto potrà passare all'elaborazione del trauma. Nella fase 2 la maggior parte del lavoro verrà impiegato per superare la fobia dei ricordi traumatici, anche questa fase è molto lunga e con molti ritorni a quella precedente. Il superamento della fobia dei ricordi traumatici implica l'utilizzo di due tecniche una sintesi guidata che è diretta dal terapeuta e prevede un'esposizione modulata e controllata al ricordo traumatico e la realizzazione delle esperienze traumatiche tra le varie parti della personalità, che consiste nell'aiutare il paziente a realizzare la propria storia e a muoversi verso livelli più alti di presentificazione e personificazione. Tutto questo rende la dissociazione strutturale non più necessaria. I ricordi traumatici devono essere capiti tra le varie ANP e le EP e quindi condivisi tra loro, solo infine l'esperienza potrà essere personificata, diventando anche un possibile fattore di crescita personale.

Questo tipo di fobia, è una delle più difficili da superare e vanno considerate alcune controindicazioni prima di iniziare questo trattamento. In pazienti con diagnosi di psicosi, ad esempio, non è possibile metterlo in pratica, l'elevata estraneazione dalla vita quotidiana, la presenza di frequenti switching (cambi di umore improvvisi e inaspettati) non danno la possibilità di immergersi nel processo. Più basso è il livello mentale del paziente, più lento sarà il procedimento. Il trattamento dei ricordi traumatici consiste in due componenti principali: *la sintesi guidata*, cioè un'esposizione modulata e controllata al ricordo traumatico e *la realizzazione guidata*, cioè, il continuo processo terapeutico che consiste nell'aiutare il paziente a realizzare la propria storia, ad addolorarsi per le imprescindibili perdite e a muoversi verso livelli più alti di personificazione e presentificazione (Van Der Hart et al. 2011, 336).

Il trattamento per i ricordi traumatici prevede tre fasi distinte: la preparazione, dove viene svolta un'attenta pianificazione; la sintesi guidata, le parti dissociative condividono tra loro tutte le componenti del ricordo traumatico; la realizzazione guidata (Van Der Hart et al. 1993, 167).

Nella preparazione, l'attenzione viene posta principalmente sull'attivazione dei fattori di protezione, sul controllo e contenimento della riattivazione delle memorie traumatiche, sull'esplorazione di queste memorie, sulla correzione delle possibili distorsioni cognitive ed errori cognitivi relativi al trauma ed infine viene data una attenta spiegazione e viene pianificata la fase della sintesi guidata (Ibidem, 168).

Nella fase della sintesi guidata, si tenta, attraverso una serie di esperienze, la condivisione tra le parti dei ricordi traumatici dissociati, l'esposizione viene diretta in modo che la sua intensità e la sua durata si adattino al livello mentale del sopravvissuto. Esistono varie modalità di sintesi guidata, può essere rapida o frazionata, anche se la traduzione italiana non rende fede a quella in lingua originale, infatti la rapida viene chiamata "serial synthesis" e quella frazionata "parallel synthesis". In effetti, l'essenza della sintesi rapida, e quella di portare il paziente, dopo un'attenta preparazione, alla vita prima dell'evento traumatico. Costantemente orientato al terapeuta e al presente, il soggetto ripercorre il ricordo traumatico cronologicamente, sempre con la costante guida e appoggio del professionista. Si tenta di evocare alcune esperienze traumatiche dissociate e di includere

gli aspetti mancanti che richiedono sintesi (Van Der Hart et al, 1993, 173). Per far ciò il cliente deve aver raggiunto una buona funzione mentale, cioè un buon equilibrio tra energia ed efficienza mentale. Per questo motivo, a mio avviso, la traduzione italiana in “sintesi rapida” non rende onore a questo tipo di trattamento. Nella preparazione e prima di questo tipo di sintesi, possono essere utilizzate anche tecniche di rilassamento o ipnotiche, per indurre maggiore concentrazione e abbassamento di livelli di ansia nel paziente.

Differente è il discorso per la sintesi guidata frazionata, dove l’approccio è molto più graduale: la sintesi di un ricordo o di una serie di ricordi traumatici viene divisa in un certo numero di passi più piccoli, che possono comprendere varie o molte sedute. Questo tipo di sintesi è indicata per quei paziente che ancora non hanno raggiunto un’elevata efficienza mentale. Il procedimento è molto simile a quello della desensibilizzazione sistematica, dove viene creata una scala da 1 a 10, e si tenta di raggiungere il nucleo patogenico del trauma. Viene dato al terapeuta un resoconto scritto dell’evento traumatico e viene suddiviso in 10 segmenti. Dove 1 rappresenta l’inizio del trauma e 10 la vita dopo l’esperienza traumatica. La presa in considerazione di questa scala di conteggio da una chiara e immediata lettura del punto in cui si trova il soggetto e lo rende più cosciente sul proprio stato attuale. Durante l’esperienza, tutte le parti sono coinvolte e incoraggiate a condividere le rispettive esperienze, in modo che si fondano in un tutt’uno, alleviando così le dissociazioni esistenti (Ibidem, 174).

Dopo queste sedute, il paziente riuscirà ad inglobare il trauma nella sua vita quotidiana, rendendosi conto che le parti dissociate gli appartengono, tuttavia, il passo finale per l’integrazione delle esperienze è quello di personificare e presentificare l’esperienza passata, cioè renderla propria e capire che ciò che è successo è passato e non presente nelle situazione di vita attuale. Questo viene fatto attraverso la realizzazione guidata, dove il terapeuta invita il cliente a esprimere affermazioni di realizzazione e a farle seguire da azioni nuove e creative, in modo che la convinzione cognitiva possa essere accompagnata da nuovi sentimenti, percezioni e comportamenti. In questo modo ci sarà una vera accettazione dell’accaduto. La realizzazione implica il confronto con enormi perdite. Un percorso riuscito attraverso il lavoro del lutto è essenziale per la definitiva integrazione della personalità del paziente. Nella fase 2 il terapeuta sostiene il paziente nel dolore per

un'infanzia andata in pezzi; deve anche intraprendere una propria realizzazione del fatto che non esiste niente che possa rimpiazzare le perdite del paziente. Il terapeuta aiuta il paziente a orientarsi verso nuove esperienze nel presente, mentre il dolore per le questioni passate continua e gradualmente si placa (Van Der Hart et al. 2011, 347).

1.3.3. Fase 3 del trattamento: integrazione della personalità e riabilitazione

Questa è l'ultima fase del trattamento terapeutico teorizzato da Van Der Hart e dai suoi colleghi. Una volta conclusa la fase 2 e, cercato il più possibile l'integrazione dei ricordi traumatici nella persona, è possibile passare a questa ultima fase, dove si cerca una ancora più raffinata integrazione della personalità e si aiuta il paziente a superare il lutto derivante dalla consapevolezza di anni della propria vita vissuti con paura e dolore. Gli obiettivi finali sono la possibilità di una profonda intimità con se stessi e con gli altri e il favorire livelli più alti delle tendenze all'azione.

La fusione delle parti dissociative in questa fase dovrebbe essere abbastanza scontata, procedendo secondo un proprio percorso, sempre con l'aiuto e il sostegno del terapeuta. Ma alcuni pazienti investono talmente tante energie nel mantenere la separatezza, come nei casi gravi di dissociazione secondaria e nel DID, che è possibile lo sviluppo di una fobia da fusione. In questi casi, si ha la paura di perdere alcune abilità sviluppate dalle parti dissociate, si potrebbe sentire una paura di abbandono da questi sentimenti ed emozioni che hanno aiutato il paziente nel mantenere la personalità dissociata, per dirlo in termini psicodinamici, si ha la paura di perdere l'oggetto interno. Se si ha una resistenza simile, il terapeuta aiuta il paziente a esprimere le paure e le preoccupazioni della perdita e gli ricorda come siano state utili fusioni precedenti. Bisogna rendere cosciente il soggetto, che integrando le parti dissociate, non si perdono attributi o abilità sviluppate, ma anzi si impara ad usarle insieme ed in modo più adattivo (Van Der Hart et al. 1993, 170). Una tecnica molto utilizzata in trattamento per aiutare la fusione delle parti è quella di simulare la fusione per un breve periodo, per poi metterla in pratica nella vita quotidiana. Si chiede alle parti dissociate del cliente di "sentire la sensazione di stare insieme" o di "mettere insieme un pensiero condiviso". Oppure si possono utilizzare metafore di fusione, specialmente se sono frutto del paziente stesso. Alcune metafore comuni includono "tenersi

per mano”, “fare un cerchio insieme”, “camminare verso una luce bianca che guarisce tutti insieme” (Van Der Har et al. 2011, 356). Bisogna sempre considerare che una completa integrazione tra le parti, è molto difficile da trovare e mantenere, il clinico deve essere sempre attento sul possibile ripresentarsi di manifestazioni dissociative. In uno studio osservazionale svolto da Kluff è stato possibile osservare che soltanto dopo 27 mesi dall’ultima esperienza dissociativa si può pensare che ci sia stata un’integrazione completa, sottolineando la necessità di follow-up approfonditi (Kluff in Van Der Hart et al. 2011, 356). Come detto in precedenza in questa ultima fase bisogna aiutare il paziente a superare il così detto lutto adattivo, cioè la consapevolezza di aver, per molti anni, perso la possibilità di vivere una vita normale. Nei soggetti si presenta nello stesso momento una gioia dovuta ad una nuova consapevolezza di se stessi e alle esperienze positive provate, ma anche un profondo dolore, simile al lutto, per il fatto di essere stati estranei alla vita di tutti i giorni, rinchiusi e comandati dalle paure e dalla fobie dovute al trauma. In questi casi il terapeuta, svolge un ruolo fondamentale, da così detto testimone tollerante, accompagna con empatia la sofferenza del cliente, aiutandolo a rimanere nel tempo presente e a ristabilire una connessione empatica con se stesso, con gli altri e con il mondo che si era perduto nella traumatizzazione (Van Der Hart - Nijenhuis, 1999, 40).

L’apice di un trattamento terapeutico riuscito, risiede nella possibilità, da parte del cliente, di raggiungere l’intimità. Questo è un concetto molto ampio, che racchiude in se una serie di concetti e ambiti anche molto differenti tra loro. L’intimità migliore è quella che include non solo l’attaccamento ma anche la possibilità di essere aperti e curiosi di conoscere l’altro, giocosi, socievoli con persone al di fuori delle relazioni intime, capaci di prendersi cura del proprio corpo e delle proprie emozioni e degli altri, in modo sano. Essere intimi significa stare in relazione con tutto il proprio sé (Van Der Hart et al. 2011, 362). Il primo passo da raggiungere è quello di essere consapevoli della propria intimità emotiva, cioè essere in contatto con se stessi, con quello che si prova, saperlo esperire in maniera adeguata e matura rispetto all’età. Raggiungendo questa è poi facile riuscire a raggiungere l’intimità fisica e sessuale, che fanno sempre capo alla prima. Nel momento in cui il paziente, raggiunge e prende atto della propria intimità, ci sarà una rivalutazione di buona parte delle sue relazioni passate, presenti e future. Alcune verranno interrotte, altre

aumenteranno i propri scambi, i rapporti avuti durante l'infanzia, prima e dopo l'evento traumatico, potranno essere rivalutati. In questi casi il terapeuta aiuterà il cliente a esaminare la qualità e la quantità delle sue relazioni quotidiane. Il terapeuta può assumere anche il ruolo di supporto per affrontare il cambiamento, aiutando il soggetto nell'elaborazione del lutto generato dalla perdita relazionale e incoraggiandolo ad affrontare i periodi di isolamento per cercare relazioni più sane. Il paziente si rende gradualmente conto del paradosso della vera intimità, che non implica né una totale unione, né un gemellaggio, né l'essere in balia della cura di un altro, ma richiede una forte individuazione e autonomia (Steele et al. 2001, 99).

Alla fine di questo lungo percorso, si dovrà giungere al termine del trattamento, in cui le terapeuta e paziente dovranno distaccarsi, ma questo atto non è molto facile; dopo anni di trattamento, non è sempre semplice chiudere il rapporto che ha aiutato a ristabilire la propria vita. La fine del trattamento può essere gestita in vari modi. Può avvenire entro un lasso di tempo tradotto in numero di sedute accordato in precedenza, oppure può essere meno strutturato; sarà compito del terapeuta in accordo con il cliente gestire la chiusura del trattamento e il distacco. Sia il paziente che il terapeuta, dovrebbero sentire un senso di completezza e il soggetto dovrebbe essere in grado di individuare i segnali che richiedono un nuovo ricorso ad una psicoterapia. Infine sarà possibile qualche contatto di tanto in tanto per aggiornarsi sui nuovi andamenti del cliente.

Riflessioni conclusive

In questo capitolo ho riportato la teoria sulla dissociazione strutturale della personalità creata da Onno Van Der Hart, Ellert R.S. Nijenhuis e Kathy Steele. È una teoria strutturata ed integrata che introduce ed approfondisce i concetti di dissociazione post-traumatica, descrivendone i tre possibili gradi conseguenti a traumi singoli o ripetuti nel tempo, tracciando, infine, le linee per un trattamento terapeutico phase oriented.

Per far questo ho dovuto prima introdurre i concetti base della teoria dell'azione di Pierre Janet, al quale gli autori si sono ispirati per la loro concettualizzazione teorica. Successivamente ho descritto le nozioni decisive per l'intera struttura del modello, come quelle di efficienza mentale, energia mentale, livello mentale e fobia dell'azione. Di

seguito, ho riportato i contributi più importanti sulle origini degli studi riguardanti la dissociazione e i disturbi associati; compiendo una panoramica storica del concetto di dissociazione dagli autori di riferimento alle varie definizioni teoriche date, da Jackson, a Charcot, non dimenticando gli importanti contributi di Freud, Hilgard e, come detto prima, il fondamentale lavoro di Janet.

Infine, l'ultima parte del capitolo è stata dedicata completamente all'esposizione della teoria dell'autore olandese, descrivendo nel particolare i tre tipi di dissociazione, la loro eziologia e i possibili esiti psicopatologici, esponendo le tre fasi del trattamento terapeutico della dissociazione strutturale e riportando gli interventi chiave.

In questo modo è possibile avere una visione completa della teoria citata, che parte dalle sue origini, con gli autori di riferimento, sino alla messa in atto di questa a livello pratico. A mio avviso questo modello è un contributo scientifico importante nel campo della psicotraumatologia, descrive e amplia molti concetti sconosciuti anche alla maggioranza dei professionisti. È una teoria nuova, quindi in divenire; gli autori stessi, invitano altri studiosi a collaborare per la sua evoluzione. Nel trattamento si dà molto spazio all'utilizzo di tecniche incentrate sul cliente, attraverso l'uso di metafore, immaginazione, role playing, si dà la possibilità, utilizzando le modalità comunicative del soggetto, di esplorare l'evento traumatico e i ricordi, le emozioni, i pensieri legati a questo da una prospettiva diversa, con l'ausilio di uno psicoterapeuta e di un ambiente in grado di poter ricreare un rifugio sicuro dove esplorare e modificare le proprie modalità di attaccamento danneggiate dal trauma. Questa teoria è stata validata dalle applicazioni svolte con molti pazienti e dai successi riportati con loro.

In conclusione, la concettualizzazione teorica esposta si focalizza sulla capacità di ridare coscienza del proprio agito alla persona traumatizzata, attraverso questo, a mio parere, l'essere umano acquista nuovamente la sua essenza, il suo sé, la sua apertura al mondo circostante. L'uomo ridiventa uomo, capace di scegliere, agire, pensare, comportarsi come tale, cioè essere unico, pensante e autonomo. Mi piace riportare le parole con cui si conclude la traduzione italiana dell'opera di Van Der Hart, a sua volta citate da Rabbi Hillel "Se non sono io per me, chi è per me? E quando io sono solamente per me stesso, cosa sono io? E se non ora, quando?"

Capitolo terzo

ANALISI DI UN CASO CLINICO

In questo ultimo capitolo si intende applicare all'analisi di un caso ciò che è stato analizzato teoricamente nei capitoli precedenti, cercando di leggere il caso specifico alla luce della teoria della dissociazione strutturale della personalità di Onno Van Der Hart e collaboratori. Saranno individuati il tipo di dissociazione presentata dal soggetto (se primaria, secondaria o terziaria); il tipo di ANP e EP che lo guidano; il grado di efficienza mentale; i tipi di fobie che ostacolano il pieno adattamento nella vita quotidiana ed infine verrà tracciato un ipotetico piano di trattamento a lungo termine. In questo modo sarà possibile vedere, a livello applicativo, l'utilità del modello presentato, enucleandone i punti di forza e quelli di debolezza. Preliminarmente a questa analisi, verrà presentato l'evento critico che ha traumatizzato il soggetto, descrivendo quali e quanti sono stati i soggetti coinvolti e i tipi di intervento utilizzati immediatamente dopo la situazione traumatica. Sarà, quindi, analizzato il primo soccorso psicologico in emergenza messo in atto dai professionisti di varie associazioni di Volontariato e dall'Ordine degli Psicologi della Regione Lazio. Infine, dopo aver riportato la diagnosi del soggetto svolta dal centro psichiatrico de L'Aquila e le ipotesi diagnostiche da me svolte, si cercherà di analizzare i possibili interventi da mettere in atto per prevenire gli effetti sulla psiche di un evento traumatico e sarà presentato un progetto di prevenzione per la popolazione, in grado di intercettare i pericoli potenzialmente traumatici ed allenare i cittadini ad affrontare con più risorse individuali i possibili eventi calamitosi, e di favorire un'importante capacità per l'essere umano, cioè, la resilienza.

1. L'evento critico, il terremoto de L'Aquila del 6 aprile 2009

In questo primo paragrafo si intende introdurre l'evento traumatico trattato e cioè, il terremoto de L'Aquila del 6 aprile 2009. Prima di tutto verrà data una breve descrizione di questo cataclisma, che ha interessato più di una comunità causando centinaia di morti, molti feriti e una lista, purtroppo non ancora stilata, di feriti psichici, cioè tutte quelle persone che hanno subito una trauma psicologico successivo all'evento e che quindi hanno potuto sperimentare disturbi o disagi post-traumatici anche gravi. Successivamente si parlerà delle persone coinvolte, descrivendo il territorio, i danni riportati dalla struttura sociale e i numeri relativi alle infrastrutture colpite. In questo disastro, infatti, oltre la perdita di vite, delle abitazioni e quindi di una vita normale, gli ingenti danni alle strutture hanno portato ad uno sfaldamento della rete sociale, che, come è risaputo, è un punto fermo per la resilienza. Infine verranno analizzati i maggiori interventi psicologici messi in atto per la popolazione colpita, da immediatamente dopo il terremoto sino ad oggi.

1.1. Descrizione dell'evento critico.

“Terremoto in Abruzzo, decine di morti, paesi distrutti, molti dispersi tra le macerie. Caos all'ospedale de l'Aquila. (Lugli, 2009, 1) – Terremoto in Abruzzo, crolli e morti. – Terremoto in Abruzzo, 27 morti, migliaia di sfollati, è una tragedia.” Questi sono solo alcuni titoli dei giornali che il 6 aprile occupavano la prima pagina riportando l'evento disastroso accaduto in Abruzzo.

Il sisma è arrivato alle 3,32 del 6 aprile 2009 a 5 chilometri di profondità, con epicentro a pochi chilometri dall'Aquila, centro nevralgico e capoluogo abruzzese. La situazione sin da subito è stata critica, il terremoto si è sentito chiaramente anche in altre regioni limitrofe, come il Lazio; a Roma la potenza del terremoto è stata percepita anche da chi abitava a piani bassi, raggiungendo il quarto grado della scala Richter. Comunque è stato distintamente avvertito in tutte le regioni del centro Italia. La maggioranza dei paesi della regione Abruzzo sono stati interessati dalla scossa, molti comuni dell'aquilano hanno riportato pesanti danni ad infrastrutture e cose, tra cui Onna, ormai, a ben tre anni dal terremoto, paese fantasma dove l'80% degli edifici è crollato (Ciavoni, 2009, 1), anche le

vittime avute da questo paese sono altissime è la località con più vittime delle 293 definitive del sisma.

Gli sfollati solo per quanto riguarda l'Aquila sono stati 80.000, dislocati negli alberghi sulla costa e nelle tendopoli create poche ore dopo il terremoto dai volontari della Protezione civile. Le conseguenze sul territorio e sugli edifici sono state ingentissime, tanto da dover evacuare completamente alcune città o centri storici come è stato il caso de L'Aquila, dove tutt'oggi la zona rossa, cioè quella zona dove è assolutamente vietato l'accesso al pubblico, si estende per tutto il centro, dove i palazzi sono solamente puntellati e l'inagibilità è rimasta quella del 2009. Dalla descrizione di questo evento è possibile intuire la portata di questo terremoto e la massa di persone coinvolte, dal bambino, all'anziano, dall'ospedalizzato, al degente nei centri di salute mentale, tutti sono stati soggetti ad una forte fonte di stress improvvisa e inaspettata.

1.2. I soggetti coinvolti e i danni sul territorio.

Come detto in precedenza, i danni sono stati ingentissimi; e migliaia le persone e le cose coinvolte nell'evento critico. Secondi le fonti della Protezione Civile, (protezionecivile.gov.it), le vittime finali sono state 293, 1600 i feriti di cui 200 in gravissime condizioni. Gli sfollati sono stati più di 80.000 dislocati tra le tendopoli, gli alberghi sulla costa abruzzese e le caserme agibili de l'aquilano. Le ricerche svolte in questi anni sul numero dei traumatizzati e sugli esiti dei disturbi post-traumatici, non sono state molte. Una delle più importanti è stata svolta dai ricercatori del Bambin Gesù di Roma, con l'aiuto dell'ordine dei Ministri degli Infermi e il sostegno della Caritas e dei Pediatri abruzzesi. È uno studio che ha voluto indagare, a due anni dal terremoto, quali fossero i soggetti coinvolti in una fascia di età dai 3 ai 14 anni rispetto agli esiti diagnostici post-traumatici. Si tratta di uno dei primi studi in Italia che valuta l'impatto psicologico di un disastro naturale su dei bambini (Pini, 2011). L'indagine ha preso in considerazione un campione di 1800 bambini di età compresa dai 3 ai 14 anni divisi in due fasce d'età, 550 dai 3 ai 5 anni, 1200 dai 6 ai 14. Dai risultati è emerso che il 37% dei bambini dai 3 ai 5 anni, a distanza di due anni soffriva di un disturbo psicopatologico, di cui il 2/3% di Disturbo da Stress Post-Traumatico. Dai 6 ai 14 anni il 54% del campione minorenne,

residente a l'Aquila aveva un disturbo psicologico. Tra i minori aquilani il disturbo prevalente è l'ansia (81%), seguito da DSPT (15,4%) (Caritasitaliana.it). Da questa ricerca è possibile notare la fortissima influenza dell'evento traumatico sulla mente di questi piccoli soggetti ma sarebbero utili maggiori ricerche e ulteriori indagini per rilevare l'influenza sull'intera comunità, ma la lenta burocrazia e la perdita di alcuni punti di riferimento della sanità pubblica sul territorio, hanno rallentato e continuano a rallentare questo tipo di ricerca, fondamentale per l'avanzamento della conoscenza sulla psicotraumatologia.

Anche i danni alle cose, sono stati ingentissimi, Le stime su questi vennero fatte in base a una classificazione degli edifici colpiti, su una scala da A ad F che comprendeva:

1. A- edificio agibile;
2. B- edificio temporaneamente inagibile (tutto o in parte), ma agibile con provvedimenti di pronto intervento;
3. C- edificio parzialmente inagibile;
4. D- edificio temporaneamente inagibile, da rivedere con approfondimento;
5. E- edificio completamente inagibile;
6. F- edificio inagibile per rischio esterno.

Da rilevamenti svolti a fine 2009, i risultati dicevano che il 23,6 % degli edifici era stato considerato di categoria E, considerando anche le categoria dalla B alla F, più del 47% degli edifici controllati era stato dichiarato inagibile o temporaneamente inagibile. Da alcuni degli ultimi controlli svolti intorno a marzo 2010, il 32,1 % degli edifici privati era inagibile quindi considerato E o F; il 15,9 % parzialmente inagibile quindi B e C; il 52 % agibile e quindi classificato come A. Ancora più triste è la situazione riguardante il patrimonio culturale dell'aquilano, che come sappiamo è molto ricco, sempre dai controlli relativi al marzo 2010 più del 53 % dei beni culturali è classificato E ed F (Protezione Civile, 2011).

Sul piano economico, la regione ha subito un ulteriore rallentamento, considerando anche la congiuntura con la crisi economica mondiale. Il CRESA, che è il Centro Regionale di Studi Economici e Sociali Abruzzese, ha condotto uno studio per calcolare gli effetti del terremoto sull'economia della regione, interessanti sono i dati relativi alle attività

commerciali urbane all'interno del centro de l'Aquila, stimate intorno alle 700 unità, tutt'ora chiuse, con una perdita economica stimabile intorno ai 200 – 230 milioni di Euro (Bazzucchi, 2009, 13). Si possono intuire quali possano essere le complicanze anche sul piano psicologico e degli affetti personali, della perdita del posto di lavoro, che va a sommarsi al trauma vissuto a causa del disastro. Il mix di questi due fortissimi stressor può creare situazioni che se non trattate adeguatamente rischiano di far scivolare il soggetto coinvolto in stati psicopatologici gravi.

1.3. Alcune delle modalità di intervento psicologico utilizzate

Dopo un disastro, un maxi-incidente, viene sempre attivata una fitta rete di soccorsi, che attraverso una precisa coordinazione riescono in poco tempo a portare aiuto e soccorso in qualunque posto sul territorio italiano. Questa rete è composta da diverse organizzazioni, tra cui quelle del soccorso psicologico che, secondo i “Criteri di massima sugli interventi psico-sociali nelle catastrofi” (Direttiva del 13 giugno 2006 pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 200 del 29 agosto 2006) dispone che suoi operatori dovranno essere riconoscibili attraverso casacche o giubbotti di colore verde a cui va apposta la sigla “PSIC”¹⁰ e saranno coordinati dalla Protezione Civile.

Questo è anche quello che è accaduto per il terremoto in Abruzzo; i gruppi intervenuti sono stati molti da quelli istituzionali, alle organizzazioni non governative. La Protezione Civile, che si occupa dell'insieme di tutte le strutture e le attività messe in campo dallo stato per tutelare l'integrità della vita, i beni, gli insediamenti e l'ambiente dai danni o dal pericolo dei danni derivanti da calamità naturali, da catastrofi e da altri eventi calamitosi (Protezione Civile, 2011) ha organizzato tali soccorsi.

Il sistema dei soccorsi, tra cui quello della psicologia dell'emergenza, si basa sulla sussidiarietà come principio regolatore, tale per cui, un ente o un'organizzazione più piccola o nella classificazione gerarchica più in basso, se è capace di provvedere da sola ad un'emergenza, l'ente o l'organizzazione a livello più alto deve lasciargli la gestione di questa (Protezione Civile, 2012). Il primo responsabile dei soccorsi e della Protezione

¹⁰ ITALIA. DIRETTIVA DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI, 13 giu. 2006. *Criteri di massima sugli interventi psico-sociali da attuare nelle catastrofi*, in <<Gazzetta Ufficiale>> 200 (2006) pagina 42.

Civile in ogni Comune è il Sindaco, che organizza le risorse comunali secondo piani prestabiliti per fronteggiare i rischi specifici del suo territorio. Se le risorse locali non riescono a far fronte ai bisogni dell'emergenza, si mobilitano i livelli provinciali e regionali, tra cui gli ordini degli psicologi regionali. Nelle situazioni più gravi e di maxiemergenza si attiva il livello degli aiuti nazionali. Nel caso del terremoto abruzzese si è dovuto attivare il livello degli aiuti nazionali, a causa della vastità e gravità dell'evento scatenato.

Le forze messe in campo dal Sistema Nazionale sono state sin da subito i Vigili del Fuoco, le Forze Armate, le Forze dell'Ordine, la Croce Rossa Italiana e i volontari; dopo 48 ore dall'evento sul posto si trovavano 2.400 Vigili del Fuoco, 1.825 uomini appartenenti alle Forze Armate, 1.586 a quelle Forze dell'Ordine, 816 alla Croce Rossa Italiana e più di 4.300 volontari (Protezione Civile, 2009).

Per quanto riguarda la Psicologia d'Emergenza, elencherò le organizzazioni che hanno svolto interventi in questo campo coordinate dall'Ordine Psicologi dell'Lazio su richiesta di quello abruzzese. Innanzitutto bisogna dire che da parecchi anni nel Lazio si sta portando avanti un lavoro di approfondimento e formazione in questo campo, il gruppo di approfondimento e formazione è formato da alcune associazioni che fanno parte dell'Ordine Regionale degli Psicologi, e da diversi anni lavorano su alcuni obiettivi, come:

1. la condivisione delle linee guida teorico applicative sui criteri d'intervento in situazioni d'emergenza e la diffusione tra gli psicologi coinvolti in quest'ambito;
2. la creazione di un osservatorio permanente finalizzato ad individuare aree di potenziale utilità nell'ambito dell'attività di prevenzione, gestione e formazione per gli interventi degli psicologi nelle situazione di emergenza;
3. la sistematizzazione e omogeneizzazione, attraverso l'Ordine, delle attività degli psicologi negli ambiti della psicologia dell'emergenza;
4. l'attivazione di protocolli con le istituzioni finalizzati ad agire in maniera coordinata ed integrata;
5. l'individuazione di una rete di psicologi dell'emergenza preparati ad intervenire negli interventi che si rendono necessari in termini di supporto e/o formazione (Del Lungo, 2009, 7).

Le organizzazioni che fanno parte del gruppo di approfondimento e intervento dell'Ordine sono: il Centro Alfredo Rampi, è un'associazione molto attiva sul piano nazionale, è accreditata presso il Comune di Roma e inserita nel protocollo d'intesa relativo alla difesa civile e alla protezione civile stipulato fra la Prefettura di Roma, Provincia e Comune di Roma e facente parte della Consulta Nazionale sulla Sicurezza Stradale (Centro Rampi, 2012) sul territorio di Roma opera da più di trenta anni, anche con progetti di prevenzione del rischio incidenti stradali nelle scuole.

L'EIIEP e cioè European International Institute Emergency Psychology, è un'associazione che nasce nel 1999 dall'incontro di alcuni operatori specialisti nel settore delle emergenze che hanno sentito la necessità di uno scambio ed incontro scientifico con altri specialisti a livello internazionale per affrontare in maniera unificata i delicati interventi in ambiti di psicologia dell'emergenza (EIIEP, 2012).

La SIPEM, Società Italiana di Psicologia dell'Emergenza, nata il 18 maggio del 1999 grazie ad alcuni psicologi impegnati a tempo pieno all'interno del dipartimento emergenza e accettazione del Policlinico Umberto I di Roma. Con il suo nucleo di intervento psicosociale è riuscita a portare il suo aiuto in molti eventi disastrosi a livello nazionale ed internazionale. È intervenuta con un suo team anche a Port au Prince ad Haiti per l'emergenza terremoto del 13 gennaio 2010 (SIPEM, 2012).

Per ultima, ma non per valore di importanza, l'associazione Psicologi per i Popoli, è una federazione di psicologi presente in molte regioni italiane. È iscritta nell'elenco delle organizzazioni di volontariato del Dipartimento della Protezione Civile, è quindi autorizzata all'uso dell'emblema nazionale della Protezione Civile stessa (Psicologi Per i Popoli, 2012). Queste sono solo alcune delle organizzazioni di volontariato che hanno operato sul territorio abruzzese nel periodo subito dopo il terremoto; come esempio del loro operato verranno descritte le modalità operative utilizzate dai gruppi di psicologi dell'emergenza dell'Ordine degli Psicologi del Lazio:

Alle ore 4,40 del 6 aprile 2009, si attiva il Sistema Nazionale di Protezione Civile, alle 5,40 arrivano i primi soccorsi sul territorio colpito. Le prime cose di cui si sono occupati i soccorsi sono state:

1. operazioni di ricerca e soccorso;

2. allestimento di aree di accoglienza per la popolazione;
3. pronta disponibilità di alloggio negli alberghi della Provincia e della costa abruzzese;
4. fornitura di pasti ed assistenza sanitaria;
5. rilievi sul campo per la ricognizione del danno e la valutazione dell'intensità macrosismiche (Protezione Civile, 2011).

Il gruppo di Psicologia dell'Emergenza del Lazio è stato avvisato e richiesto il loro aiuto alle ore 8,30 del 6 aprile, attraverso un responsabile regionale del supporto psicosociale della Protezione Civile. Si sono organizzati turni di 2 settimane per ogni team presso il Comune di Giulianova, il primo gruppo è partito il 9 aprile ed era composto da cinque esperti in psicologia dell'emergenza (Napoli, 2009, 10).

Il primo punto che dovevano rispettare gli psicologi era quello della continuità delle cure portate, per questo sono sempre stati affiancati da colleghi dell'Ordine Regionale dell'Abruzzo. I loro soccorsi sono stati prestati nel Comune di Giulianova a 3.000 sfollati.

L'intervento da loro effettuato trae origine da modelli d'intervento messi a punto nel Nord America come il Psychological First Aid (PFA) e il CISM (Critical Incident Stress Management). Il PFA è un intervento psicosociale volto a fornire sostegno materiale, informativo ed emotivo sulla base dei bisogni immediati e concreti dimostrati dalle persone di una comunità colpita da disastro o maxiemergenza (Pietrantonio – Prati, 2009, 197). È il più utilizzato in ambito internazionale per l'immediato soccorso psicologico alle vittime (0-14 giorni successive al disastro). Il Primo Soccorso Psicologico prevede una serie di azioni e comportamenti volti a mitigare e modulare lo stress acuto nel periodo immediatamente successivo a disastri. Nella l'adattamento del modello alla situazione italiana, sono previste nove azioni chiave:

1. *primo contatto con la popolazione colpita e aggancio*, in cui si prende contatto con la popolazione alle quali va fornito il servizio di PFA. L'operatore deve essere disponibile, parlare con toni pacati e comprensibili, riuscire a conquistare la fiducia delle vittime;
2. *protezione e sicurezza*, interventi atti a far sentire i soggetti capiti e protetti rassicurandoli e dando loro protezione. Bisogna saper affrontare e risolvere le

situazioni di pericolo e riuscire a fornire alla vittima un luogo sicuro in cui poter esprimere le proprie emozioni;

3. *ricongiungimento familiare e contenimento nel lutto*, favorire un ricongiungimento familiare aiutando materialmente un ricongiungimento dei vari appartenenti al nucleo familiare e permettendo a livello emotivo e psichico lo scambio di pensieri, sentimenti, emozioni;
4. *stabilizzazione emotiva*, far capire ai soggetti colpiti che i loro sono comportamenti normali in conseguenza di situazioni anormali, bisogna parlare con calma, cercando di dare certezze sul futuro;
5. *raccolta di informazioni e valutazione*, con discrezione e sensibilità, si raccolgono dati anamnestici utili per valutazioni future;
6. *strategie di gestione dello stress*, quando necessario bisogna mettere in atto delle strategie per la gestione e il superamento dello stress, utilizzando, ad esempio, tecniche di rilassamento come il training autogeno;
7. *normalizzazione delle reazioni acute* con azioni mirate a calmare ed orientare i sopravvissuti che sono sopraffatti dalle emozioni o sconvolti ;
8. *collegamento con la rete sociale e i servizi territoriali*, per un miglior trattamento bisogna indirizzare i soggetti maggiormente traumatizzati a dei centri prestabiliti per più appropriate cure. Qualora non fosse possibile sul territorio questo tipo di aiuto, bisognerà indirizzare il soggetto fuori dal suo territorio finché non saranno attivati centri adibiti a tali scopi;
9. *promozione del senso di efficacia e dell'empowerment*, supportare processi di adattamento positivo, riconoscere gli sforzi fatti e le competenze. Incoraggiare adulti, bambini e famiglie ad assumere un ruolo attivo nel percorso di recupero (Ibidem, 197).

L'utilizzo di PFA da parte dei gruppi di soccorritori intervenuti nel terremoto de L'Aquila sotto la direzione dell'Ordine Regionale degli Psicologi del Lazio ha previsto uno sviluppo temporale diviso in tre fasi:

1. *Fase di emergenza/stabilizzazione (0-96 ore)*: gli interventi previsti sono stati: accesso all'area; ricognizione, osservazione del contesto; feedback tra operatori;

attivazione servizi di ascolto; organizzazione degli interventi con i superstiti; protezione: fornire un ambiente e un luogo sicuro in cui la vittima possa sentirsi protetta; guida: dare informazioni utili, indirizzare i soggetti, calmarli e fare da guida per affrontare il pericolo appena passato; connessione: riconnettere il nucleo familiare e le esperienze provate con il resto del proprio vissuto; triage: sono schede anamnestiche in cui si inseriscono i dati relativi ai sopravvissuti che hanno preso contatto con i servizi di sostegno psicologico; assistenza in fase acuta; comunicazione del decesso.

2. *fase di primo intervento* (da 24-48 a 12 settimane): gli interventi svolti sono stati: stabilizzazione emotiva: far capire ai sopravvissuti che le esperienze provate sono risposte normali a situazioni anormali; identificazione di coping e risorse; interventi psicoeducativi: diffusione di informazioni alla persona sulle reazioni comuni e sui sintomi a seguito di eventi potenzialmente traumatici, consigli sulle più efficaci strategie di coping e segnalazione dei servizi esistenti nella zona (pietrantoni-Prati, 2009); attività informative/formative; interventi di emergenza individuali; interventi di emergenza di gruppo; interventi specifici per individuare soggetti a rischio.
3. *fase di ristabilimento e sostegno del recupero* (da 2 a 52 settimane): sono state realizzate le seguenti azioni: assesment in corso di popolazioni a rischio: accertamento durante l'intervento di eventuali situazioni a rischio all'interno del gruppo preso in cura; assesment in corso di servizi ed interventi: controllo dei servizi e degli interventi in atto, per controllare eventuali variazioni e segnalazioni di problemi; follow up degli invii effettuati; seminari post evento critico. (Napoli, 2009, 11.)

I team dell'Ordine del Lazio sono stati presenti sul territorio con continuità dal 9 aprile al 17 maggio con un numero variabile dai quattro ai sei operatori. Dal 18 maggio al 14 giugno la presenza è progressivamente diminuita, con l'organizzazione di due incontri in cui hanno passato in consegna le procedure di cura ai colleghi del territorio (Ibidem, 14).

Un altro tipo di intervento utilizzato in emergenza che è stato attuato sia con le vittime primarie che con quelle secondarie e con i soccorritori, è il debriefing, inserito in tutti gli

interventi standard a seguito di maxi emergenza, con il nome di Critical Incident Stress Debriefing (CISD).

Gli obiettivi di questo trattamento sono aiutare i superstiti a comprendere e gestire emozioni intense, normalizzando le emozioni attraverso il confronto sociale con gli altri appartenenti al gruppo di debriefing. Questa tecnica prevede sette passi:

1. *l'introduzione*, dove viene spiegato l'intento di questo lavoro, le regole e dove avviene la presentazione dei partecipanti;
2. *la fase dei fatti*, in cui i partecipanti descrivono cosa è accaduto ;
3. *fase dei pensieri*, si richiede ai partecipanti di ricordare ciò che è stato pensato immaginato durante l'evento traumatico;
4. *fase della reazione*, si chiede di ricordare le sensazioni e sentimenti vissuti prima e dopo l'evento, cercando di dargli un nome;
5. *fase dei sintomi*, si aiutano le persone a riconoscere le manifestazioni più comuni di stress, evitando la terminologia patologica;
6. *fase dell'insegnamento*, si danno informazioni, suggerimenti per ridurre lo stress;
7. *fase di rientro*, infine in questa fase si riassume ciò che è accaduto nella seduta e si verifica se sono rimasti argomenti o cose in sospeso, si sottolinea ciò che di positivo è stato fatto e si ricorda ai partecipanti la confidenzialità degli argomenti trattati nel debriefing.

2. Il caso clinico

Nel paragrafo sarà riportato un caso clinico esemplificativo, da interpretare alla luce della teoria esposta in precedenza. Verrà esposta in sintesi la descrizione del soggetto e dell'evento traumatico, con alcuni riferimenti alla cartella clinica effettuata dal Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC) dell'ospedale San Salvatore de L'Aquila.

Successivamente verrà descritta l'anamnesi completa, riportando i dati fondamentali del soggetto e della sua famiglia e tutte le annotazioni importanti per il trattamento. Infine verrà esposta brevemente la diagnosi formulata dal SPDC e sarà messa a confronto con le mie osservazioni effettuate a 3 anni dall'evento traumatico accaduto al ragazzo, faranno

parte delle mie ipotesi diagnostiche, svolte sulla base delle varie esercitazioni e laboratori svolti nel mio corso di studio, anche la somministrazione di due questionari self-report, quali, il Somatoform Dissociation Questionnaire 20 (SDQ-20) e il Traumatic Experience Checklist (TEC), che indagano rispettivamente la dissociazione somatoforme conseguente a trauma psicologico, in linea con la teoria della dissociazione strutturale esaminata in precedenza, è un inventario delle esperienze traumatiche vissute dal soggetto, che individua oltre alla frequenza di eventi traumatici, anche le aree prevalentemente interessate dal trauma, maltrattamento emotivo, abuso fisico, abuso sessuale, individuando anche i soggetti coinvolti e il grado di parentela con il paziente in esame.

1.1. Descrizione del caso

Il soggetto di cui si è analizzata la cartella clinica, messa a disposizione dalla famiglia, è un ragazzo di 18 anni, che per il rispetto della privacy verrà chiamato Andrea, all'epoca dell'evento critico, il terremoto de L'Aquila del 6 aprile 2009, aveva 15 anni compiuti. Prima del sisma era residente al centro de L'Aquila con la madre (Antonietta), il padre (Luciano), ed il fratello più piccolo di un anno (Marco), (tutti i nomi sono di fantasia). Marco, il fratello più piccolo, nel 2008 a 13 anni, attraverso i genitori, richiede una consulenza al centro di Neuropsichiatria Infantile a direzione universitaria dell'Ospedale Civile San Salvatore de L'Aquila, gli viene diagnosticato un Disturbo Autistico con presenza di un ritardo mentale moderato, con un livello di Q.I pari a 44. Questa notizia, a detta della madre, sconvolge il nucleo familiare; Andrea comincia ad evitare il fratello minore e a vergognarsi di lui, non vuole rimanere solo in casa con Marco, non vuole che esca con lui e la madre. Durante il colloquio svolto mi comunica che ai nuovi amici e alle ragazze che conosceva diceva di essere figlio unico.

Andrea oggi, viene descritto dalla madre come un ragazzo taciturno, non vuole molte amicizie che giudica inutili, ha relazioni sociali molto ristrette e passa buona parte della sua giornata al computer. Prima dell'evento sismico il ragazzo non era così, secondo ciò che dice la madre, era allegro e spensierato, attaccatissimo al padre, amante dei videogiochi e delle camminate all'area aperta. L'evento che cambia la vita di Andrea è il terremoto, a seguito di questo, il nonno paterno muore, nonno al quale il soggetto era molto

legato. Le parole della madre a questo proposito sono “la famiglia non c’era più, eravamo solo fumo nell’aria come le macerie” , cosa ancora più grave e devastante per Andrea è stato il suicidio del padre sotto ai suoi occhi, a distanza di 3 mesi dalla morte del nonno. Da quel momento il ragazzo non ha più parlato e la madre chiede aiuto agli psicologi presenti nel campo allestito dalla Protezione Civile presso Civitatomassa a seguito del terremoto, che lo indirizzano verso il campo dove è presente il presidio mobile ospedaliero de L’Aquila con le funzionalità di servizi psichiatrici, i quali gli diagnosticano un Disturbo Depressivo maggiore con la presenza di pensieri suicidari e un Disturbo da Stress Post-traumatico. Andrea in un primo momento rifiuta l’aiuto degli psicologi e non prende i farmaci prescritti dallo psichiatra; la situazione si aggrava ulteriormente, il soggetto rimane chiuso nella roulotte dove abita, poiché ha perso la casa a seguito del terremoto, per buona parte della giornata, non mangia e non parla con nessuno. La madre chiede nuovamente aiuto agli psicologi dell’emergenza presenti nel campo di Civitatomassa, che riescono, dopo alcune settimane, ad instaurare una relazione con il ragazzo, ottenendo, con pazienza, che il ragazzo uscisse dal caravan, prima per pochi passi intorno al campo, poi al centro commerciale de L’Aquila. Riescono gradualmente a convincere Andrea ad intraprendere un cammino terapeutico, sostenuto dalla somministrazione di psicofarmaci. Tutt’oggi il soggetto continua il suo trattamento psicoterapeutico, si dice più tranquillo rispetto a 3 anni fa, anche se continua a volte a sognare il papà che lo abbraccia e alcune volte ha la sensazione vivida della terra che si muove sotto i suoi piedi, continua ad avere paura dei rumori forti che associa a scosse di terremoto e non è più tornato al centro de L’Aquila, anche se dice che lo farà forse entro l’anno, attualmente soffre di attacchi di panico, in luoghi molto affollati e dove non ci sono vie di uscita vicine.

1.2. Anamnesi del soggetto

i dati citati sono quelli relativi alla cartella clinica svolta dall’SPDC, con alcuni dati aggiunti in seguito al colloquio che ho potuto svolgere con la madre e con il soggetto stesso.

Il motivo della consultazione: è stata una richiesta di aiuto della madre a seguito del suicidio del padre di Andrea, la madre spiega che il figlio non parla e non mangia, rimane chiuso nel caravan piangendo, spesso si sveglia la notte in preda ad incubi, ha avuto un attacco di panico.

Anamnesi della famiglia: il soggetto vive con la madre e il fratello, il padre è morto a seguito di un suicidio.

La madre Antonietta è vedova dal 2009 a seguito del suicidio del marito. Prende degli psicofarmaci per curare l'ansia, non è in consultazione da uno psicologo, non ne ha mai fatto richiesta, i farmaci le sono stati prescritti da un neurologo amico di famiglia.

Il padre Luciano è morto nel luglio 2009 a seguito di un suicidio, si è buttato dal tetto del suo palazzo. Prima del terremoto del 2009 lavorava come architetto.

Il fratello Marco più piccolo di Andrea, frequenta una scuola superiore. Nel 2008 ha avuto una diagnosi di Disturbo Autistico con la presenza di un ritardo mentale lieve pari ad un Q.I. di 44. Attualmente frequenta un centro di riabilitazione per l'autismo.

Infanzia del soggetto 0-6 anni: l'infanzia di Andrea non ha avuto problemi, la crescita e lo sviluppo psicofisico ha seguito le fasi naturali senza avere problematiche rilevanti. È stato svolto l'allattamento al seno da parte della madre sino allo svezzamento, avvenuto senza molta sofferenza per il bambino, il soggetto sino all'età di 5 anni ha sofferto di enuresi notturna, è chiaro quindi che ci sono stati eventi sottovalutati nello sviluppo evolutivo. Sul piano affettivo – relazionale, il rapporto di Andrea con la madre è stato buono, nei momenti di paura accorreva sempre da lei, la notte fino ai 3 anni molto spesso voleva dormire nel lettone con i genitori, i quali acconsentivano. Il papà accudiva il figlio il più possibile, conciliando i suoi compiti da papà con quelli del lavoro; gli ha insegnato ad andare in bicicletta all'età di 6 anni. A detta della madre, era un bambino espansivo e curioso di conoscere il mondo che lo circondava, non ci sono mai state separazioni lunghe con i genitori, l'unica è stata quando è nato il fratello minore e Andrea aveva 1 anno, ma è durata alcuni giorni, ma questi possono avere un impatto notevole sull'individuo a quell'età, dipende dalle persone alle quali è stato affidato.

Età scolare del soggetto 6-12 anni: Andrea non ha avuto problemi ad incominciare le scuole elementari, è stato facilitato dal fatto che la madre lavorasse nella stessa scuola dove

lui studiava, la madre ricorda il primo giorno come un giorno felice per il figlio, è entrato in classe salutando i genitori con il “sorriso in bocca,” non aveva problemi di apprendimento e le insegnanti erano soddisfatte di lui, giudicandolo un bambino sveglio, attento e voglioso di conoscere. Le relazioni con i compagni di classe, a detta della madre, erano tranquille, tranne alcuni piccoli litigi normali tra compagni. Andrea è ancora in contatto con alcuni compagni di classe delle elementari, uno di questi è il suo migliore amico, che gli è stato molto vicino anche nei momenti di sofferenza dopo la morte del padre. Gli amici sono una componente fondamentale per il soggetto in questo periodo, è contento di conoscere nuovi ragazzi e spesso si incontrano il pomeriggio per studiare. Andrea instaura un buon rapporto con il padre, con il quale si confida, escono molto insieme, la domenica era il giorno papà-figlio, i due di solito andavano in montagna, partendo per lunghe camminate, a volte accompagnati anche da Marco il fratello piccolo, ma Andrea non era contento di questo. In sintesi, la crescita di Andrea non incontra difficoltà particolari; anche nell’età scolare è un bambino nella media, con un buon rapporto con i genitori e il gruppo dei pari, non si riscontrano problemi gravi nell’ambiente scolastico, dove il ragazzo si impegna con ottimi risultati.

Adolescenza: questo è un periodo particolare per Andrea, all’età di 14 anni viene diagnosticato un disturbo autistico al fratello minore che ne aveva 13, i genitori quindi lo trascurano per curare il fratello, a detta del ragazzo stesso: “mi sono sentito la famiglia sulle spalle, dovevo badare a mio fratello e non volevo che i miei pensassero solo a lui”. Andrea è geloso di Marco e delle attenzioni che i genitori gli riservano, oltretutto si vergogna della patologia diagnosticata, comincia ad evitarlo e in alcuni casi alza le mani su di lui, provocando l’ira dei genitori. La madre in questo periodo nota un profondo cambiamento di Andrea, in negativo: passa molto del suo tempo fuori casa, non dicendo nulla di quello che fa; tale comportamento fa infuriare la madre, con la quale inizia un rapporto conflittuale. All’età di 15 anni più di un evento sconvolge la vita del ragazzo, prima il terremoto, che gli porta via la casa e il nonno, morto in ospedale di attacco cardiaco durante il terremoto, la famiglia dà la colpa di questo all’evento sismico; successivamente dopo 3 mesi il papà si suicida a seguito di una fase depressiva. Andrea si chiude nel suo mondo, per alcuni mesi non parla con nessuno e perde tutti i contatti con gli

amici; più volte pensa di farla finita anche lui togliendosi la vita, ma afferma di non trovare il coraggio per farlo dicendo: “non sono coraggioso come mio padre”. Dal servizio psichiatrico temporaneo de L’Aquila gli viene diagnosticato un Disturbo Depressivo Maggiore con pensieri suicidari e un Disturbo da Stress Post-Traumatico, nella Scala di Valutazione Globale (VGF) del DSM-IV-TR riceve un punteggio pari a 41. I primi mesi rifiuta le cure degli psicologi e non vuole prendere i farmaci prescritti, dai 16 anni inizia il suo cammino psicoterapeutico, accompagnato dalla somministrazione di psicofarmaci. Oggi Andrea dice di sentirsi meglio, anche se alcuni aspetti ancora devono essere affrontati: il ragazzo non ha superato la paura del terremoto, dice di avere spesso la sensazione che la terra si muova sotto i suoi piedi e di non potersi più muovere, ha attacchi di panico, specialmente in ambienti chiusi e dove non ci sono vie di uscita.

1.3. La diagnosi.

Sarà presentata prima la diagnosi fatta seguendo i criteri del DSM – IV – TR dal centro di psichiatria, e di seguito, quella ipotizzata da me a distanza di 3 anni dall’evento traumatico.

Diagnosi centro psichiatrico ospedale mobile San Salvatore de L’Aquila:

<p>Asse I, Disturbi Clinici, altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - F32.2 Disturbo Depressivo Maggiore, Episodio Singolo, Grave Senza Manifestazioni Psicotiche. - F43.1 Disturbo da Stress Post-Traumatico cronico.
<p>Asse II, Disturbi di personalità, Ritardo Mentale:</p> <p>Nessun Disturbo.</p>
<p>Asse III, Condizioni Mediche Generali:</p> <p>Nessun Disturbo.</p>
<p>Asse IV, Problemi Psicosociale ed Ambientali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Problemi con il gruppo di supporto principale:</i> morte del padre per suicidio - <i>Problemi abitativi:</i> alloggio provvisorio inadeguato

- *Altri problemi psicosociali e ambientali*: esposizione a evento sismico con perdita di beni fisici e materiali.

Asse V, Scala di Valutazione Globale (VGF):

punteggio 41: sintomi gravi.

Tabella 11 – Diagnosi svolta dall’SPDC de L’Aquila

Da questo primo referto diagnostico è possibile riscontrare che il quadro sintomatologico presentato da Andrea risulta destabilizzante rispetto al funzionamento normotipico, nella Scala di Valutazione Globale ha un punteggio molto basso, che equivale alla presenza di sintomi gravi, con idee suicidarie. Anche nell’Asse IV la rilevazione di molti problemi Psicosociali e Ambientali aggrava notevolmente la sofferenza e il senso di inadeguatezza esperito dal ragazzo.

Nelle mie ipotesi diagnostiche a 3 anni di distanza dall’evento traumatico esperito dal soggetto, il quadro sintomatologico cambia notevolmente, grazie anche alla psicoterapia iniziata da Andrea. I disturbi diagnosticati nel 2009 non sono presenti, ma è presente un profondo stato di ansia in situazioni particolari che fanno tornare alla memoria del soggetto il trauma subito.

Di seguito saranno esposte le mie ipotesi diagnostiche a 3 anni di distanza:

Asse I Disturbi Clinici, Altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione

clinica:

- F41.9 Disturbo d’Ansia Non Altrimenti Specificato
- F32.4 Disturbo Depressivo Maggiore, Episodio Singolo in Remissione completa

Asse II Disturbo di Personalità, Ritardo Mentale:

Nessun disturbo

Asse III Condizioni Mediche Generali:

Nessun Disturbo

Asse IV Problemi Psicosociale ed Ambientali:

Problemi Abitativi: alloggio temporaneo inadeguato

Asse V Valutazione Globale del Funzionamento:

Punteggio 61: sintomi moderati.

Tabella 12 – personali ipotesi diagnostiche a 3 anni dal trauma

Il quadro diagnostico è notevolmente migliorato rispetto a 3 anni prima, il Disturbo Depressivo Maggiore è in remissione completa, il che vuol dire che i sintomi depressivi significativi, non sono presenti da almeno 2 mesi, ma ho ipotizzato un Disturbo d'Ansia Non Altrimenti Specificato, poiché c'è la presenza di attacchi di panico e di uno stato di ansia molto alto, ma poiché il soggetto non riferisce sufficienti sintomi perché vengano soddisfatti tutti i criteri per uno specifico disturbo d'ansia, in questo caso un Disturbo di Panico, si è preferito diagnosticare un Disturbo d'Ansia Non Altrimenti Specificato. Questo è in linea con le ricerche sui disturbi post-traumatici che vedono, a lungo termine, un innalzamento dei disturbi d'ansia nei soggetti coinvolti in esperienze traumatiche. La Valutazione Globale del Funzionamento vede un punteggio molto superiore a quello del 2009, i sintomi sono lievi e in generale c'è buon funzionamento globale, con la presenza di alcune relazioni interpersonali significative, tra cui quella con la figura della psicoterapeuta che lo ha in cura.

Inoltre, sono stati somministrati al soggetto due test, spiegati nel secondo capitolo, il primo è il TEC (Inventario delle Esperienze Traumatiche) indaga la presenza o meno di vissuti traumatici del paziente e la loro durata nel tempo. È un questionario self-report che riguarda 29 tipi di eventi potenzialmente traumatici, inclusi quelli indicati nel criterio A del DPTS (la persona ha vissuto, ha assistito o si è confrontata con un evento o con eventi che hanno implicato morte, minaccia di morte o gravi lesioni, o minaccia all'integrità fisica propria o di altri). Il punteggio totale del TEC varia da 0 a 29, rivelando anche i contesti specifici in cui questi traumi sono avvenuti.

Oltre a questo questionario è stato somministrato anche l'SDQ-20, misura la presenza e il grado di dissociazione somatoforme. È un questionario self-report composto da 20 item che misura le manifestazioni somatoformi della dissociazione con una scala di punteggio da un minimo di 20, dove non sono presenti sintomi dissociativi, ad un massimo di 100.

I punteggi relativi al TEC mostrano che su una scala dove venivano presentati 29 eventi potenzialmente traumatici, il soggetto è stato vittima di 7 di questi eventi, un dato alto rispetto alla giovane età di Andrea.

I punteggi relativi al SDQ-20 mostrano che il soggetto su una scala di punti da 20 a 100, dove 20 equivale a nessun sintomo provato e 100 al massimo dei sintomi dissociativi somatoformi provati, ha totalizzato un punteggio pari a 27, il che vuol dire che attualmente non mostra sintomi dissociativi somatoformi. Questo mi consente di ipotizzare un miglioramento della condizione post-traumatica a 3 anni dall'evento.

3. Conclusione e possibili aspetti preventivi

Questo paragrafo intende presentare le conclusioni in merito al caso clinico presentato, ricollegandole alla teoria di riferimento e evidenziando gli aspetti preventivi che possono essere messi in atto in “fase di pace” cioè quando l'individuo e la comunità non sono sconvolti da eventi critici. Verranno fatti collegamenti con la teoria della dissociazione strutturale della personalità e verrà tracciato, sulla base dei dati raccolti, un possibile piano di trattamento da poter mettere in atto con il soggetto coinvolto.

Successivamente verranno esposti gli interventi per prevenire gli effetti devastanti del trauma, si partirà dai primi soccorsi psicologici in fase di emergenza, ambito di studio elettivo della Psicologia dell'Emergenza, per capire cosa poter fare prima che l'evento accada.

Infine sarà presentato un progetto di prevenzione per le popolazioni a rischio calamità preparato e messo in pratica dal Centro Alfredo Rampi di Roma, che da anni lavora nel settore dell'emergenza e della prevenzione degli esiti traumatici sugli individui.

1.1. Lettura del caso alla luce della teoria di Onno Van Der Hart

E' possibile interpretare il caso esposto alla luce della teoria di Onno Van Der Hart sulla dissociazione strutturale della personalità, prendendo in considerazione il livello mentale del soggetto e il grado di dissociazione ipotizzabile. Sarà presa in analisi la prima diagnosi, quella svolta nel 2009 e le mie ipotesi diagnostiche a 3 anni dall'evento traumatico, infine si cercherà di tracciare un possibile piano di trattamento per il paziente.

Partendo dal concetto di dissociazione strutturale della personalità, è possibile ipotizzare che Andrea presenti una Dissociazione strutturale primaria della personalità, conseguente ai tre traumi avuti di seguito all'età di 15 anni: evento calamitoso del terremoto, la morte del nonno e il suicidio del padre; questi tre eventi sono stati rinchiusi in una EP che molte volte invadeva e tutt'ora invade l'ANP del soggetto nella sua vita quotidiana. Ad esempio, quando Andrea sente un rumore forte, l'EP invade l'ANP associando un rumore neutro a quello esperito durante il terremoto, provocando forti stati d'ansia e a volte attacchi di panico. Si può quindi dire che il soggetto ha una EP fissata a sottosistemi difensivi che vengono recuperati in casi di forte stato d'ansia associati all'evento traumatico del terremoto, sperimentando il passato come presente, l'ANP invasa dall'EP reagisce come se l'evento fosse ancora presente. Si può quindi ipotizzare la presenza di una fobia dell'azione, precisamente la fobia dell'evento traumatico, questa riguarda una serie di azioni legate al trauma e la mancata capacità di completare tali azioni; si mettono in atto azioni sostitutive (attacco di panico, forte ansia) che mantengono la dissociazione primaria di Andrea attiva.

In base alla VGF valutata immediatamente dopo l'evento traumatico, il livello mentale del ragazzo era a basso funzionamento, non riusciva cioè a ricorrere ad azioni adattive per superare il trauma; la mancanza di integrazione degli eventi che l'hanno colpito non gli permetteva di raggiungere gli obiettivi, anche semplici della sua vita quotidiana, come mangiare, parlare, relazionarsi con gli altri. È ipotizzabile quindi che il soggetto oltre ad avere una bassa efficienza mentale, mancasse anche della capacità di sintesi di base, cioè non riuscisse a tessere insieme sensazioni, emozioni, pensieri, azioni comportamentali in una cornice temporale precisa rispetto alla situazione traumatica vissuta.

Al fine di tracciare un possibile piano di trattamento, bisognerebbe partire dalla valutazione del paziente. Si devono analizzare le fobie connesse al trauma, in modo da evidenziare se il soggetto è cosciente o meno di tali fobie. Andrea, nel 2009, non era cosciente del suo evitamento fobico delle sensazioni legate al trauma e per questo aveva attacchi di panico e evitamento continuo di situazioni e luoghi che gli ricordassero l'evento traumatico. Dopo un'attenta valutazione si può passare al trattamento terapeutico vero e proprio, mettendo in pratica il modello phase-oriented di Van Der Hart. Nella prima fase

bisognerebbe affrontare il delicato compito di instaurare una fiducia di base nei confronti del terapeuta; il ragazzo subito dopo l'evento traumatico, ha più volte rifiutato un aiuto psicologico da parte dei professionisti, questo potrebbe essere legato alla fobia del contatto con il terapeuta. In questo caso si potrebbe tentare inizialmente con l'alleviare le paure non dette, sottolineando che all'inizio molte persone fanno fatica a parlare di loro stesse e ad affidarsi ad una persona; una tecnica che si potrebbe mettere in atto è quella di coinvolgere fin dall'inizio le parti evitanti rinchiusi nell'EP, usando il loro sistema d'azione, in questo caso a funzionamento basso, per poi sostenere il loro avvicinamento graduale a questioni relative all'attaccamento e alla fiducia nel terapeuta. Dopo aver guadagnato la fiducia di Andrea, si potrebbe continuare con un'analisi delle azioni mentali derivate dal trauma, attraverso la focalizzazioni sulle sensazioni fisiche. Il ragazzo racconta di sentire muoversi la terra sotto i suoi piedi, aumentando in questo modo il suo stato ansioso; è possibile portare l'attenzione del paziente sull'esperienza fisica nel momento presente notando in quale parte del corpo c'è una maggiore attivazione e dove invece un'inibizione, potendo così riconoscere le sensazioni e normalizzarle, sintetizzandole nella sua ANP. Dopo aver conquistato fiducia dal paziente, aver cominciato ad analizzare le azioni mentali che sono derivate dal trauma, si potrebbe passare alla delicata seconda fase del trattamento, dove si affronteranno gradualmente i ricordi traumatici di Andrea legati al terremoto, alla morte del nonno e al suicidio del padre, si potrebbe ipotizzare una durata molto lunga di questa fase, poiché si dovrebbe affrontare un ricordo per volta cercando di superare le possibili resistenze del paziente. Dopo questa fase del trattamento si potrebbe giungere al terzo e ultimo step, dove si accompagnerebbe Andrea al ritorno ad una vita normale con la reintegrazione delle parti dissociate in EP giungendo sino al momento di cessare la relazione terapeutica. Solamente quando il ragazzo sarà riuscito ad acquisire un senso interno di coesione e di interezza, sarà in grado di prendere in mano il presente e di pianificare il futuro.

1.2. Gli interventi possibili per prevenire gli effetti del trauma sulla psiche

L'area che comprende lo studio e gli interventi psicologici atti a preservare l'equilibrio psichico delle vittime, dei parenti e dei soccorritori dall'azione dell'evento traumatico, a

facilitare le riparazioni del tessuto sociale lacerato, il recupero dell'identità e della sicurezza collettiva e l'intervento degli organismi pubblici e privati (Di Iorio-Biondo, 2009, 33) durante e dopo un trauma è generalmente compito della Psicologia dell'Emergenza. Tra gli obiettivi di quest'area della Psicologia, c'è quello della prevenzione, cioè le azioni di informazione e formazione, esercitazioni, counseling, finalizzate a promuovere nella popolazione a rischio e nell'individuo singolo l'acquisizione di modalità affettive e cognitivo-comportamentali di autoprotezione (Ibidem, 34). Attraverso la possibilità di "imparare a comportarsi" nella gestione delle piccole e grandi emergenze c'è la possibilità di aumentare le proprie capacità autoprotettive. Fare prevenzione in questo ambito significa mettere in grado gli individui di reagire correttamente nei primi momenti dopo la catastrofe e prepararli a gestire tutti i sentimenti negativi che conseguono la catastrofe. Un corretto intervento psicologico nel campo della prevenzione può ridurre notevolmente il danno psicofisico dei traumi. Il problema posto dalla prevenzione di eventi traumatici è quello di trasformare le risposte spontanee e istintive, in risposte adeguate a proteggere se stessi e gli altri, individuare cioè, nel più breve tempo possibile una sequenza di risposte in cui si identifica ciò che sta succedendo, si decide cosa fare e si metta in atto un'azione per proteggersi e proteggere gli altri, si mette cioè in atto una capacità di problem solving appresa con l'esperienza e l'insegnamento.

Importante quindi, come intervento di prevenzione, è l'informazione rispetto agli esiti di un trauma, alle sue caratteristiche, alle strategie di fronteggiamento. È auspicabile, pertanto, che l'informazione sia affiancata ad un percorso di formazione che miri a preparare l'individuo all'evento fornendogli abilità di gestione¹¹. Infine oltre all'informazione e alla formazione è importante l'esercitazione, cioè mettere in pratica ciò che si è imparato, attraverso l'agire attivamente. Ogni cittadino dovrebbe avere la possibilità, all'interno del proprio percorso formativo, di ricevere uno specifico addestramento relativo al primo

¹¹ Un esempio di queste abilità sono le tecniche di autorilassamento efficaci per controllare l'ansia e non cedere al panico, riportando il proprio organismo da uno stato di forte agitazione a quello di calma. Schultz, l'ideatore del Training Autogeno, lo definisce tramite l'affermazione del suo principio fondamentale: "il principio fondamentale del metodo consiste nel determinare, per mezzo di particolari esercizi fisiologico-relazionali, una disconnessione globale dell'organismo che, in analogia con le metodologie eteroipnotiche, permette di raggiungere le realizzazioni proprie degli stati suggestivi." (Schultz, 1977, 3).

soccorso, al comportamento corretto in caso di grandi emergenze, alle forme di preparazione domestica (Kit di emergenza); dovrebbe, inoltre, essere periodicamente coinvolto in esercitazioni di protezione civile inerenti i principali rischi a cui è esposto il suo territorio. Occorre costruire nella collettività la capacità di relazionarsi con la dimensione del rischio che caratterizza inevitabilmente l'esperienza umana (Di Iorio-Biondo, 2009, 89).

1.3. un esempio di progetto per la prevenzione del trauma e del rischio ambientale

Il progetto preso in esame è stato ideato e portato avanti dagli psicologi del Centro Alfredo Rampi di Roma, con l'idea che: l'informazione della popolazione sui grandi rischi che possono minacciare il proprio ambiente di vita e di lavoro, oltre ad essere un diritto previsto dalle leggi vigenti, rappresenta, nel caso specifico dei rischi sismici, un presupposto indispensabile per il buon funzionamento dei piani di emergenza.” (Ibidem, 132)

L'esperienza sul campo dei professionisti del centro ha dimostrato che un piano di gestione delle emergenze non funziona se non applicato su una comunità preventivamente preparata e formata all'autoprotezione. Il progetto specifico risale al 2007 con la collaborazione del Forum Conosco–Imparo-Prevengo¹² per realizzare azioni di sensibilizzazione dei cittadini presenti sul territorio della città di Albano, città esposta al fenomeno dello sciame sismico. Nella fase di informazione e formazione è stato utilizzato il Modello Psicodinamico Multiplo per le Emergenze, ideato dagli operatori del Centro Alfredo Rampi ed utilizzato anche durante l'intervento per il terremoto dell'Abruzzo del 2009. Questo viene utilizzato sia negli interventi di soccorso che in quelli di prevenzione, congiunto ad un approccio psicopedagogico alla prevenzione del rischio ambientale. In altre parole, il modello permette non solo di affrontare le tematiche legate al trauma delle vittime e i sentimenti negativi associati a tale trauma, ma permette anche di fare ricerca in questo campo (per esempio sulle modalità di rappresentazione e di percezione del rischio). È un modello di lavoro che fa riferimento alle teorie psicodinamiche sul trauma, con alcuni riferimenti alla teoria della dissociazione strutturale e che consiste nell'utilizzare tali per affrontare le

¹² Il forum della sicurezza Conosco – Imparo – Prevengo è composto da: Regione Lazio, Provincia di Roma, Comune di Roma, Centro Alfredo Rampi, Istituto Nazionale di Geologia e Vulcanologia (INGV), Comando Provinciale dei Vigili del Fuoco, con la collaborazione dell'Associazione degli Psicologi delle Emergenze Alfredo Rampi (PSIC-AR) e le forze del volontariato presenti nel territorio interessato.

tematiche legate al trauma delle vittime, permettendo di esplorare tanto le dimensioni cognitive che quelle affettive, sia a livello cosciente che inconscio, riuscendo ad anticipare e quindi a prevenire la possibile dissociazione traumatica. Nel contempo questo modello si nutre degli studi psicosociali, da qui il termine multiplo, che ci informano sul rapporto degli esseri umani con la società in cui vivono e permette così di esplorare la dimensione pubblica della mente, come cioè gli esseri umani si comportano all'interno di gruppi sociali. Infine questo modello viene definito integrato, perché oltre alle discipline psicologiche, fa riferimento a quelle pedagogiche, al fine di acquisire un orientamento scientifico sugli interventi educativi e formativi che è possibile realizzare in questo campo, centrandoli sulla dimensione emotiva del fenomeno. È un modello articolato, dunque, necessario per comprendere la complessità della crisi intra- e inter- individuale avviata dalla catastrofe¹³. (Di Iorio – Biondo, 2009, 39).

In sintesi è possibile affermare che il modello psicot dinamico multiplo è un modello completo, che parte dall'informazione della popolazione sui rischi relativi ad eventi disastrosi, sino ad arrivare all'impostazione di interventi psicologici per le vittime traumatizzate.

Seguendo questo modello, gli operatori del Centro Alfreo Rampi, hanno organizzato una serie di incontri finalizzati a sensibilizzare gli opinion leader del territorio (tecnici comunali, insegnanti, responsabili della comunicazione di massa); incontri con la popolazione per la consegna del materiale informativo redatto con l'istituto nazionale di geofisica e vulcanologia. Gli incontri erano stati realizzati all'interno dei centri di attività e ritrovo, nelle piazze e negli istituti scolastici con i ragazzi e gli insegnanti.

L'intervento di prevenzione sul territorio di Albano prevedeva cinque moduli: il primo ha visto lo svolgimento di un incontro seminariale sul piano dell'intervento informativo con i responsabili dei comuni dell'area dei Castelli Romani. Con questo seminario si è potuto discutere di tutte le fasi del progetto.

¹³ L'utilizzo di questo modello in emergenza prevede tre fasi di realizzazione: 1- fase di soccorso psicologico, contatto con la popolazione e instaurarsi di una relazione di aiuto centrata sulla catastrofe. 2- fase di sostegno psicosociale, offrire un "luogo per la mente" sostegno e aiuto per superare il trauma. 3- fase di recupero dell'autonomia, le risorse interne alla comunità vengono aiutate ad auto-organizzarsi per dare continuità alle attività di sostegno psicosociale (Biondo – Di iorio, 2009, 26).

Nel secondo modulo si è organizzato il sistema informativo, individuando i soggetti della rete comunicativa e costituendo il comitato locale per la gestione del piano operativo.

Il terzo modulo prevedeva la realizzazione del piano operativo del comune coinvolto, con la diffusione del materiale informativo attraverso conferenze in centri di aggregazione, assemblee pubbliche, manifestazioni locali.

Il quarto modulo ha previsto una manifestazione finale con la partecipazione di tutte le scuole e di tutti i cittadini del comune di Albano, con la partecipazione degli psicologi dell'emergenza per l'organizzazione di attività che permettessero ai bambini/ragazzi di confrontarsi e conoscere le possibili reazioni emotive ai traumi.

Il quinto e ultimo modulo prevedeva lo stilare di un report finale sull'intervento.

La preparazione e la conoscenza di un evento, può ridurre l'impatto traumatico sull'individuo e nel caso di maxi emergenze su tutta la popolazione. L'informare, il formare e l'esercitarsi danno maggiori capacità di fronteggiamento e quindi ridotte possibilità di esiti post-traumatici gravi.

CONCLUSIONE

Con questo lavoro ho cercato di descrivere, analizzare e mettere in pratica la teoria della dissociazione strutturale della personalità teorizzata da Onno Van Der hart, Ellert R.S. Nijenhuis e Kathy Steele, cogliendone le basi teoriche e le utili indicazioni terapeutiche.

Prima di far ciò, è stato utile prendere in considerazione i processi psichici individuali fondamentali messi in atto a seguito di un evento traumatico, descrivendo i fenomeni post-traumatici. Mi sono soffermato prevalentemente sul Disturbo da Stress Post-Traumatico, essendo uno dei disturbi più studiati in ambito post-traumatico; ho descritto quali saranno le prospettive future del DSM-V e ho approfondito il tema inserendo le classificazioni diagnostiche non ufficiali.

Successivamente ho potuto inquadrare la definizione di trauma all'interno del contesto storico, riuscendo a cogliere gli sviluppi nel tempo.

In seguito mi sono concentrato sugli esiti temporali del trauma sull'individuo distinguendo quelli a breve termine e quelli a lungo termine, in questo modo è stato poi possibile individuare i fattori implicati nei processi di crescita post-traumatica, e quelli che invece potevano bloccare tale processo (fattori di vulnerabilità).

Successivamente ho analizzato la teoria della dissociazione strutturale della personalità, descrivendo le origini storiche e le radici teoriche di questa nuova concettualizzazione teorica, che risalgono all'opera di Pierre Janet, con i concetti relativi alla gerarchia delle azioni e ai sistemi di tendenza alle azioni da una base teorica forte e valida alla nuova teoria presa in esame.

Sono poi passato all'analisi dei vari gradi di dissociazione della personalità (primaria, secondaria e terziaria) individuando cosa le differenziava e da cosa era dato il loro diverso livello di gravità; rileggendo i disturbi già trattati in precedenza alla luce della nuova concettualizzazione teorica presa in analisi.

Infine ho potuto analizzare e descrivere il modello di trattamento "phase oriented" degli autori trattati, partendo dalla valutazione che si deve fare al soggetto come base preliminare di un buon intervento; individuando il miglior percorso graduale da mettere in atto per promuovere le migliori azioni adattive individuali.

Successivamente ho potuto analizzare nel particolare le tre fasi del trattamento cercando di sottolineare i punti di forza e quelli di debolezza.

Nell'ultimo capitolo ho applicato le concettualizzazioni teoriche degli autori all'analisi di un caso, cercando di leggerlo alla luce della teoria della dissociazione della personalità. Ho individuato il tipo di dissociazione presentata dal soggetto e il grado di efficienza mentale, ed infine ho tracciato un ipotetico piano di trattamento a lungo termine. In questo modo è stato possibile vedere a livello applicativo l'utilità del modello presentato, enucleandone i punti di forza e quelli di debolezza.

Successivamente, ho esaminato un progetto di prevenzione per la popolazione in grado di intercettare e prevenire i possibili esiti traumatici di esperienze calamitose, in modo da poter passare da una prevenzione terziaria ad una primaria.

Questo lavoro di tesi può essere un buon punto di partenza per chi volesse conoscere la teoria innovativa della dissociazione strutturale della personalità, sono trattati e analizzati i punti fondamentali di questa concettualizzazione, applicandoli alla trattazione di un caso. Leggendo il lavoro è possibile farsi un'idea delle importanti novità apportate dagli autori di riferimento alla conoscenza scientifica del trauma e dei suoi esiti; è possibile collegare questa con le categorie diagnostiche più utilizzate (DSM, ICD-10) e valutare i punti di contatto e le differenze con i disturbi elencati al loro interno. L'intento del lavoro di tesi era di descrivere e applicare un modello di trattamento innovativo in ambito psicologico, cogliendo analogie con ciò che ho potuto apprendere nei miei anni di formazione e mettendolo in pratica con la formulazione di ipotesi diagnostiche.

Naturalmente il lavoro fatto non può essere un punto di arrivo per la conoscenza di questo modello, ma bensì di partenza. La stessa teoria presa in esame è in continuo sviluppo e il modello di trattamento in attesa di una validazione controllata. Sicuramente sarebbe stato possibile ampliare di più la parte applicativa del modello, magari prendendo più di un caso clinico e ampliando la parte inerente alla progettazione di un trattamento a lungo termine. Sarebbe interessante anche valutare statisticamente la buona riuscita di questo, prendendo in considerazione un campione di soggetti con il quale applicare il trattamento "phase oriented". Sono tutti ottimi spunti per la prosecuzione di questo lavoro, nell'ottica di un perfezionamento del modello. Sarei interessato ad un futuro approfondimento di queste

tematiche, apportando un contributo maggiore alla conoscenza scientifica degli esiti e del trattamento del trauma, sarei interessato a mettere in atto un progetto di ricerca per testare e controllare l'efficacia di tale modello.

Ho trovato utile inserire all'interno del lavoro un progetto di prevenzione per gli effetti traumatici di eventi calamitosi, poiché, se con il modello teorico esposto è possibile comprendere e intervenire a seguito di un evento traumatico, con il progetto presentato è possibile intercettare i fattori precipitanti di un evento critico e mettere in atto azioni interne ed esterne alla persona in grado di prevenire l'effetto traumatico di una situazione critica. Sarei molto interessato nell'approfondire l'ambito della prevenzione primaria per il trauma, cercando di applicare il modello presentato oltre che alla cura anche alla prevenzione.

Ogni esperienza traumatica porta in sé un cambiamento, l'individuo nel bene o nel male non sarà più quello di prima, la differenza viene fatta da come si affronta tale situazione, se si è preparati a fronteggiarla o se si viene investiti da forze sconosciute e più forti dell'individuo. Ogni esperienza porta in sé un'ambivalenza, se si riesce a individuare ciò che può favorire una crescita personale, l'essere umano sarà pronto a fronteggiare qualsiasi esperienza, incontrando pochi limiti allo sviluppo individuale. Per questo vorrei concludere con le parole di Viktor Frankl che nel suo libro *“Uno psicologo nei lager”* scrive: “In un modo o nell'altro, viene il giorno in cui ogni ex internato, ripensando alle esperienze del lager, prova una strana sensazione. Egli stesso non comprende come ha potuto superare tutto ciò che la vita del Lager ha preteso da lui. E se vi fu nella sua vita un giorno, il giorno della liberazione, nel quale tutto gli apparve come un bel sogno, certamente arriva anche il giorno in cui tutto ciò che ha vissuto nel *Lager* gli appare come un brutto sogno. Quest'esperienza dell'uomo tornato a casa, sarà coronata dalla splendida sensazione che, dopo quanto ha sofferto, non deve temere più nulla al mondo, tranne il suo Dio” (Frankl, 2009, 152).

APPENDICE

Inventario delle Esperienze Traumatiche (TEC) *

Le persone possono vivere nel corso della loro esistenza diverse esperienze traumatiche.

Vorremmo sapere tre cose: 1) se lei ha mai vissuto qualcuno dei 29 eventi descritti di seguito, 2) che età aveva quando sono avvenuti, e 3) che impatto hanno avuto su di lei.

A) Nella *prima colonna* (cioè, nella colonna sopra cui è scritto “Le è accaduto?”), indichi se ha vissuto l’esperienza descritta, facendo un cerchio sul SI oppure sul NO.

B) Per ogni esperienza in cui ha segnato SI, scriva nella *seconda colonna* (cioè, nella colonna sopra cui è scritto “Età”) l’età in cui l’evento le è accaduto.

Se l’evento è avvenuto più di una volta, scriva TUTTE le età in cui le è accaduto.

Se l’evento è avvenuto per un periodo di alcuni anni (ad esempio, dai 7 ai 12 anni), scriva il lasso di tempo (ad esempio, 7-12).

C) Nella *colonna finale* (cioè, nella colonna sopra cui è scritto “Quale impatto ha avuto questo evento su di lei?”), indichi l’IMPATTO facendo un cerchio sul numero appropriato (1, 2, 3, 4, o 5).

- 1 = Nessuno
- 2 = Poco
- 3 = Abbastanza
- 4 = Molto
- 5 = Moltissimo

Ad esempio:

	Le è accaduto?		Età	Quale impatto ha avuto questo evento su di lei				
	No	Si	_____	1	2	3	4	5
Essere deriso.	No	Si	_____	1	2	3	4	5

Grazie per la collaborazione.

* Nijenhuis, Van der Hart e Vanderlinden, Assen-Amsterdam-Leuven. Traduzione italiana di A. Schimmenti e A. Mulé.

	Le è accaduto?		Età	Quale impatto ha avuto questo evento su di lei				
	No	Si		1	2	3	4	5
1. Badare ai propri genitori e/o ai propri fratelli e sorelle da bambino.	No	Si	_____	1	2	3	4	5
2. Avere problemi familiari (ad esempio, genitori con problemi psichiatrici o di alcolismo, condizioni di povertà).	No	Si	_____	1	2	3	4	5
3. Perdita di un membro della famiglia (fratello, sorella o genitore) da era bambino.	No	Si	_____	1	2	3	4	5
4. Perdita di un membro della famiglia (fratello, sorella o genitore) da adulto.	No	Si	_____	1	2	3	4	5
5. Gravi ferite corporee (ad esempio, perdita di un arto, mutilazioni, ustioni).	No	Si	_____	1	2	3	4	5
6. Minaccia alla propria vita a causa di una malattia, un'operazione chirurgica, o un incidente.	No	Si	_____	1	2	3	4	5
7. Divorzio dei suoi genitori.	No	Si	_____	1	2	3	4	5
8. Il suo personale divorzio.	No	Si	_____	1	2	3	4	5
9. Minaccia alla sua vita da parte di qualcuno (ad esempio, durante un crimine).	No	Si	_____	1	2	3	4	5
10. Dolore intenso (ad esempio, a causa di ferite o di una operazione chirurgica).	No	Si	_____	1	2	3	4	5
11. Esperienze di guerra (ad esempio, prigionia, perdita di familiari, deprivazione, ferite).	No	Si	_____	1	2	3	4	5
12. Vittime di guerra di seconda generazione (genitori o parenti stretti che hanno vissuto esperienze di guerra).	No	Si	_____	1	2	3	4	5

13. Essere testimone di un trauma subito da un'altra persona.	No	Si	_____	1	2	3	4	5
14. Trascuratezza emotiva (ad esempio, essere lasciato da solo, mancanza di affetto) da parte dei genitori o dei fratelli.	No	Si	_____	1	2	3	4	5
15. Trascuratezza emotiva da parte di parenti meno stretti (ad esempio, zii, nipoti, nonni).	No	Si	_____	1	2	3	4	5
16. Trascuratezza emotiva da parte di persone non appartenenti alla famiglia (ad esempio, vicini, amici, genitori acquisiti, insegnanti).	No	Si	_____	1	2	3	4	5
17. Abuso emotivo (ad esempio, essere sminuito, preso in giro, insultato, minacciato verbalmente o punito ingiustamente) da parte dei genitori o dei fratelli.	No	Si	_____	1	2	3	4	5
18. Abuso emotivo da parte di parenti meno stretti.	No	Si	_____	1	2	3	4	5
19. Abuso emotivo da parte di persone non appartenenti alla famiglia.	No	Si	_____	1	2	3	4	5
20. Abuso fisico (ad esempio, essere colpito, torturato o ferito) da parte dei genitori o dei fratelli.	No	Si	_____	1	2	3	4	5
21. Abuso fisico da parte di parenti meno stretti.	No	Si	_____	1	2	3	4	5
22. Abuso fisico da parte di persone non appartenenti alla famiglia.	No	Si	_____	1	2	3	4	5
23. Punizioni bizzarre. Se accadute, per favore, le descriva.	No	Si	_____	1	2	3	4	5
24. Molestie sessuali (atti di natura sessuale che NON comportano contatto fisico) da parte dei genitori o dei fratelli.	No	Si	_____	1	2	3	4	5

25. Molestie sessuali da parte di parenti meno stretti.	No	Si	_____	1	2	3	4	5
26. Molestie sessuali da parte di persone non appartenenti alla famiglia.	No	Si	_____	1	2	3	4	5
27. Abuso sessuale (atti sessuali indesiderati che comportano il contatto fisico) da parte dei genitori o dei fratelli.	No	Si	_____	1	2	3	4	5
28. Abuso sessuale da parte di parenti meno stretti.	No	Si	_____	1	2	3	4	5
29. Abuso sessuale da parte di persone non appartenenti alla famiglia.	No	Si	_____	1	2	3	4	5

30. Se lei è stato maltrattato o abusato, da parte di quante persone?

A) Maltrattamento emotivo (se ha risposto SI a una delle domande comprese tra 14 e 19).
Numero di persone:

B) Maltrattamento fisico (se ha risposto SI a una delle domande comprese tra 20 e 23).
Numero di persone:

C) Molestie sessuali (se ha risposto SI a una delle domande comprese tra 24 e 26).
Numero di persone:

D) Abuso sessuale (se ha risposto SI a una delle domande comprese tra 27 e 29).
Numero di persone:

31. Per favore, descriva in che rapporto si trovava con ognuna delle persone citate nella sua risposta alla domanda 30 (ad esempio, padre, fratello, amico, insegnante, estraneo, etc.), e aggiunga se la/e persona/e era/erano più grandi di lei di almeno 4 anni. Per esempio, scriva "amico (-)", se questo amico non era più grande di lei di almeno 4 anni. Scriva "zio (+)", se questo zio era più grande di lei di oltre 4 anni.

A) Maltrattamento emotivo

B) Maltrattamento fisico

C) Molestie sessuali

D) Abuso sessuale

32. Per favore, descriva qualsiasi ALTRO evento traumatico che ha avuto un impatto su di lei.

.....

33. Se ha risposto SI a una qualsiasi delle domande comprese tra 1 e 29, specifichi quanto supporto ha ricevuto in seguito all'evento (indichi il numero della domanda e il grado di supporto ricevuto).

<i>Domanda numero</i>	<i>Grado di supporto ricevuto (0 = nessuno, 1 = un poco, 2 = molto)</i>
.....
.....
.....
.....
.....

Le chiediamo infine di completare il questionario fornendoci alcuni dati (laddove appropriato, segni una x accanto).

34. Et : _____ anni
35. Sesso
_____ femmina
_____ maschio
36. Stato civile:
_____ libero/a
_____ coniugato/a
_____ convivente
_____ divorziato/a
_____ vedovo/a
37. Istruzione: _____ numero di anni
38. Data: _____ / _____ / _____
39. Nome: _____

Grazie mille per la collaborazione.

S.D.Q. -20*

Nel questionario troverà delle domande su sintomi fisici e sensazioni corporee che potrebbe aver sperimentato, sia per breve tempo sia per lunghi periodi.

Per favore, indichi in che misura ha sperimentato tali esperienze *durante l'ultimo anno*.

Per ogni affermazione, la preghiamo di fare un cerchio nella prima colonna, sul numero che indica in maniera più adeguata *la sua esperienza personale*.

Le possibilità sono:

1 = non l'ha sperimentato PER NULLA

2 = l'ha sperimentato POCO

3 = l'ha sperimentato ABBASTANZA

4 = l'ha sperimentato MOLTO

5 = l'ha sperimentato MOLTISSIMO

Se uno dei sintomi descritti la riguarda, indichi anche se un *medico* ne ha individuato la causa in una *malattia fisica*, facendo un cerchio sul SI oppure sul NO nella colonna "La causa fisica è conosciuta?".

Se ha risposto SI, la preghiamo di scrivere sulla riga a lato la causa fisica (se ne conosce il nome).

Ad esempio:

	In che misura ha sperimentato il sintomo o l'esperienza	La causa fisica è conosciuta?
A volte:		
Mi battono i denti	1 2 3 4 5	NO SI: _____
Ho dei crampi allo stomaco	1 2 3 4 5	NO SI: _____

Se lei ha fatto un cerchio sull'1 nella prima colonna (cioè: non ha sperimentato PER NULLA il sintomo descritto), NON deve rispondere alla domanda che chiede se la causa fisica è conosciuta.

Se invece lei ha fatto un cerchio su 2, 3, 4 o 5, DEVE anche cerchiare NO o SI nella colonna "La causa fisica è conosciuta?".

La preghiamo di rispondere a tutte le domande.

Grazie per la collaborazione.

* Nijenhuis, Van der Hart e Vanderlinden, Assen-Amsterdam-Leuven. Traduzione italiana a cura di A. Schimmenti e A. Mulé

Per favore, risponda alle seguenti domande:

- 1 = non l'ha sperimentato PER NULLA
- 2 = l'ha sperimentato POCO
- 3 = l'ha sperimentato ABBASTANZA
- 4 = l'ha sperimentato MOLTO
- 5 = l'ha sperimentato MOLTISSIMO

In che misura ha sperimentato il sintomo o l'esperienza	La causa fisica è conosciuta?
--	----------------------------------

A volte:

- | | | | |
|--|-----------|----|-----------|
| 1. Ho problemi a urinare | 1 2 3 4 5 | NO | SI: _____ |
| 2. Non gradisco sapori che solitamente
mi piacciono (per le donne: in momenti
DIVERSI dalla gravidanza e dal periodo
mestruale) | 1 2 3 4 5 | NO | SI: _____ |
| 3. Sento i suoni vicini
come se provenissero
da molto lontano | 1 2 3 4 5 | NO | SI: _____ |
| 4. Provo dolore nell'urinare | 1 2 3 4 5 | NO | SI: _____ |
| 5. Il mio corpo, o una parte di esso,
sembra intorpidito | 1 2 3 4 5 | NO | SI: _____ |
| 6. Le persone e le cose sembrano
più grandi del solito | 1 2 3 4 5 | NO | SI: _____ |
| 7. Ho un attacco che assomiglia
a una crisi epilettica | 1 2 3 4 5 | NO | SI: _____ |
| 8. Il mio corpo, o una parte di esso,
è insensibile al dolore | 1 2 3 4 5 | NO | SI: _____ |
| 9. Non gradisco odori che di solito
mi piacciono | 1 2 3 4 5 | NO | SI: _____ |

- | | | | |
|---|-----------|----|-----------|
| 10. Provo dolore ai genitali (in occasioni
DIFFERENTI dai rapporti sessuali) | 1 2 3 4 5 | NO | SI: _____ |
| 11. Per un po' non riesco a sentire
(come se fossi sordo) | 1 2 3 4 5 | NO | SI: _____ |
| 12. Per un po' non riesco a vedere
(come se fossi cieco) | 1 2 3 4 5 | NO | SI: _____ |
| 13. Vedo le cose intorno a me in modo
diverso dal solito (per esempio, come se
guardassi attraverso un tunnel, o se vedessi
soltanto una parte di ciò che osservo) | 1 2 3 4 5 | NO | SI: _____ |
| 14. Sono in grado di sentire gli odori
molto MEGLIO o PEGGIO del
solito (anche quando <i>non</i> ho il
raffreddore) | 1 2 3 4 5 | NO | SI: _____ |
| 15. È come se il mio corpo, o una parte
di esso, fosse scomparso | 1 2 3 4 5 | NO | SI: _____ |
| 16. Non riesco a inghiottire,
o riesco a inghiottire solo con grande sforzo | 1 2 3 4 5 | NO | SI: _____ |
| 17. Non riesco a dormire per intere notti,
pur rimanendo molto attivo durante il giorno | 1 2 3 4 5 | NO | SI: _____ |
| 18. Non riesco a parlare (o solo con grande
sforzo) o posso solamente sussurrare | 1 2 3 4 5 | NO | SI: _____ |
| 19. Per un po' rimango paralizzato | 1 2 3 4 5 | NO | SI: _____ |
| 20. Per un po' divento rigido | 1 2 3 4 5 | NO | SI: _____ |

Prima di continuare, può gentilmente controllare se ha risposto a tutte le domande?

Le chiediamo infine di completare il questionario fornendoci alcuni dati (laddove appropriato, segni una X accanto).

21. Et : _____ anni
22. Sesso _____ femmina
_____ maschio
23. Stato civile: _____ libero/a
_____ coniugato/a
_____ convivente
_____ divorziato/a
_____ vedovo/a
24. Istruzione: _____ numero di anni
25. Data: _____
26. Nome: _____

Colloquio clinico con applicazione del modello di trattamento

9. Di seguito un esempio di intervento terapeutico, con la specificazione della tecnica usata per l'approccio alla fobia dell'attaccamento e della perdita dell'attaccamento nel contesto terapeutico ripreso dal libro di Onno Van Der Hart e collaboratori "Fantasmi nel sé" del 2011:

Terapeuta: dunque lei si sente ferito e arrabbiato perché non l'ho richiamata subito credendo che io fossi arrabbiato con lei. Mi spiace di averle dato questa impressione e vorrei parlarne con lei. *(sintonizzazione empatica e riparazione; incoraggia la presentificazione cercando di stare nel qui ed ora ed evitando di attivare spiegazioni difensive incoraggiando invece l'attivazione dell'esplorazione e dell'attaccamento.)*

Paziente: bè, si non è grave *(evita sentimenti e attaccamento)*. Solo che so che lei non sopporta quando io chiamo e quindi si sarà arrabbiato. *(convinzione preriflessiva; riattualizzazione del trauma; incapacità di mentalizzare; proiezione.)*

Terapeuta: che cosa glielo fa pensare? *(avvicinamento graduale alle convinzioni preriflessive e tentativo di capire i cicli di azione percettivo-motori disadattivi.)*

Paziente: mi è sembrato scontroso. *(sintesi di percezioni derivate da un assetto difensivo.)*

Terapeuta: so che ero stanco quando l'ho richiamata. Forse questo ha contribuito a farmi apparire scontroso? *(riconoscimento del fatto che il paziente ha di fatto notato qualcosa di differente.)* Non mi sono reso conto di sentirmi in quel modo, ma posso capire come lei abbia potuto avvertire qualcosa nella mia voce che fosse un po' sconcertante e che ha rievocato vissuti dolorosi *(sintonizzazione empatica)*. Poi lei si è arrabbiato, si è sentito ferito e ha voluto tirarsi indietro. *(riconosce il ciclo percettivo-motorio completo che aiuta la realizzazione; riconosce l'esperienza attuale del paziente.)*

Paziente: sì, forse, ma sono solo un ragazzaccio piagnucolone, sempre a lamentarsi. *(convinzione preriflessiva)*. Tutti odiano questo. *(generalizzazione)*. Mi vergono perfino di aver chiamato. *(la vergogna rinforza l'evitamento del bisogno di contatto e inibisce altre sensazioni emotive; indica la fobia delle azioni mentali e i bisogni e desideri di cura)*.

Terapeuta: queste sono parole severe e forse possiamo vedere che cosa sta dietro a queste idee. *(coinvolge il paziente a un livello più elevato e riflessivo di azioni attivando il sistema*

d'azione dell'esplorazione; riconosce il gioco tra fobia dell'attaccamento e fobia della perdita dell'attaccamento.) Mi chiedo se avesse sentito tali parole prima? (incoraggia la sintesi e la realizzazione tra passato e presente.)

Paziente: sì, mio padre ci diceva e qualche volta lo sento nella testa come se lui fosse lì. *(attiva un certo livello di realizzazione e fa pensare che vi siano parti dissociative della personalità che lo difendono.)*

Terapeuta: quindi suo padre non è stato in grado di comprendere che lei aveva bisogno di qualcosa e che ce la stava mettendo tutta per chiedere aiuto. È molto doloroso e insopportabile per un bambino che un genitore non veda i suoi bisogni e lo punisca per mostrarli. *(sintonizzazione empatica e step iniziali per aiutare il paziente a mentalizzare che il padre aveva i suoi limiti che non erano attribuibili a un errore del figlio; fa psicoeducazione sul fatto che i bisogni sono normali e accettabili.)*

Paziente: sì penso sia stato piuttosto difficile. *(il linguaggio impersonale indica una carenza di personificazione.)*

Terapeuta: forse quello che lei ha vissuto rispetto alla telefonata è un piccolo assaggio di quello che ha vissuto in precedenza? *(incoraggia una migliore presa di coscienza, tra cui la personificazione e connessioni tra il presente e l'esperienza passata del paziente.)*

Paziente: sì (piange). Ma l'unica cosa che risuona internamente è che sono un bambino capriccioso. *(attivazione delle parti dissociative che si attivano per proteggerlo da stati emotivi dolorosi e da una connessione con il terapeuta.)*

Terapeuta: be', immagino che ci sia una parte di lei che ancora non comprende e che cerca di proteggerlo perché non era molto sicuro per lei mostrare i suoi bisogni o piangere quando era bambino. *(rafforzare la presentificazione.)* Forse, quella parte è arrabbiata e rifiutante proprio come lei si è sentito in quegli anni. Spero che ora quella parte stia ascoltando, perché noi due siamo in grado di capire che è naturale cercare qualcuno quando stiamo male o siamo spaventati. Anche se non era una cosa sicura da fare quando era bambino, può esserlo ora. *(riconosce ed entra in contatto con la parte dissociata in modo indiretto; incoraggia ulteriore riflessione e sottolinea la proiezione di cui il paziente deve rendersi conto; capisce che le parti dissociative operano a livelli diversi di tendenze all'azione e secondo prospettive diverse che si basano sui sistemi d'azione sottostanti*

(difesa vs attaccamento); offre psicoeducazione che tiene a bada difese disadattive e attiva il sistema d'attaccamento; supporta la differenziazione tra l'allora e l'adesso; incoraggia l'interazione tra le parti, cosa che promuove una sintesi adattiva e la realizzazione del paziente nella sua globalità.)

Paziente: sto ancora male, ma in un certo senso sto meglio. Ci ha preso (sorride leggermente). *(il funzionamento mentale del paziente è passato a un altro livello e riesce a tollerare i suoi vissuti emotivi, il suo presente, ed è entrato in relazione con il terapeuta. La riparazione è riuscita.)*

Terapeuta: be' lei sta soffrendo veramente e condividere e capire le sofferenze aiuta. Non è bello che lei abbia imparato ad avere così paura a cercare gli altri, e adesso si prende il rischio di condividere con me. Come ci si sente? *(continua ad alimentare la presentificazione e ad alimentare un attaccamento sicuro.)*

Paziente: finora mi fa sentire bene, il fatto che lei capisca. Penso di capire il punto anche io. *(la realizzazione cresce insieme alla personificazione. Il livello di funzionamento mentale aumenta.)*

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (APA), (2007)⁴. *DSM IV TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano: Elsevier Masson.
- Axia, A. (2006). *Emergenza e psicologia*. Bologna: il Mulino
- Baldassarre, G. (2009). Quale ordine in emergenza?. *La professione di psicologo: giornale dell'ordine nazionale degli psicologi*, 2, 4-9.
- Biondi, M. (1999). Disturbo dell'Adattamento, Disturbo Acuto da Stress e Disturbo Post-Traumatico da Stress. In Cassano, G.B. et al. *Trattato italiano di psichiatria*, Vol. II, Milano: Masson. pp 2291-2324.
- Biondo, B.- R. Di Iorio. (2009). Psicologi in tenda. *Psicologia contemporanea*, 216, 23-26.
- Boon, S. – K., Steele, et al. (2011). *Coping with trauma-related dissociation: skills training for patients and therapists*. New York: Norton & co.
- Bowins, B. (2010). Personality Disorders: a dimensional defense mechanism approach. *American journal of psychotherapy*, 64, 2, 153-169.
- Bowlby, J. (1989). *Attaccamento e perdita*. Vol. II. Torino: Bollati Boringhieri.
- Braun, B.G. (1986). *Treatment of multiple personality disorder*. Washington: American Psychiatric press.
- Bremner, J.D. et al. (1998) Trauma, memory and dissociation: an integrative formulation. In Bremner, J.D. – C.R. Marmar (edd). *Trauma, memory and dissociation*. Washington: American Psychiatric press. pp 365-402.

Breuer, J. – S. Freud (1892-95). *Studi sull'isteria*. Tr. it. in *Opere*, vol. 1, (1967). Torino: Boringhieri.

Bromberg, P.M. (2007). *Clinica del trauma e della dissociazione. Standing in the spaces*. Milano: Cortina.

Caretti, V. - G. Creparo. (2008). *Trauma e psicopatologia. Un approccio evolutivo-relazionale*. Torino: Cortina.

Carlson, E.B. – C.J. Dalenberg. (2000). A conceptual framework for the impact of traumatic experiences. *Trauma, violence e abuse*, 1, 1, 4-28.

Castrogiovanni, P. et al. (2009). Il trattamento farmacologico delle conseguenze dell'abuso e del disturbo post-traumatico da stress. *Quaderni italiani di psichiatria*, 28, 79-85.

Charcot, J.M. (1897). *Isterismo*, in *Trattato di medicina*. Vol. VI, 477-536 Torino: Unione Tipografico.

Ciciotti, E. (2009). Cronache da l'Aquila. *La professione di psicologo: giornale dell'ordine nazionale degli psicologi*, 2, 11.

Dazzi, N. et al. (edd). (2009). *La diagnosi in Psicologia Clinica. Personalità e psicopatologia*. Milano: Cortina.

Del Lungo, S. (2009). L'intervento del servizio di Psicologia dell'Emergenza dell'ordine. *Notiziario dell'Ordine degli Psicologi del Lazio*, 3, 7-8.

Di Giuseppe, M. et al. (2009). Effetti del trauma sullo sviluppo di sintomi psicopatologici a sei settimane dal terremoto dell'Abruzzo. *La professione di psicologo: giornale dell'ordine nazionale degli psicologi*, 2, 12-21.

Di Iorio, R. – D. Biondo. (2009). *Sopravvivere alle emergenze. Gestire i sentimenti negativi legati alle catastrofi ambientali e civili*. Roma: Magi

- Dworkin, M. (2010). *La relazione terapeutica nel trattamento EMDR*. Milano: Cortina.
- Favaro, A. et al. (2004). Surviving the Vajont disaster: psychiatric consequences 36 years later. *Journal of nervous and mental disease*, 192, 227-231.
- Ferraris, A.O. (2003). Resilienti: la forza è con loro. il sistema immunitario della psiche. *Psicologia contemporanea*, 180, 12-25.
- Frankl, V. E. (2009). *Uno psicologo nei lager*. Milano: Ares.
- Freud, S. (1896). *L'ereditarietà e l'etiologia delle nevrosi*. Tr. It. In *Opere* vol. 2, (1968). Torino: Boringhieri.
- Freud, S. (1905). *Le mie opinioni sul ruolo della sessualità nell'etiologia delle nevrosi*. Tr. It. In *Opere* vol. 5, (1972). Torino: Boringhieri.
- Friedman, M.J. et al. (2011). Classification of Trauma and Stressor – Related Disorders in DSM V. *Depression and anxiety*, 28, 737-749.
- Friedman, M.J. et al. (2011). Considering PTSD for DSM V. *Depression and anxiety*, 28, 750-769
- Fullerton, C. – R. Ursano. (2002). *Disturbo post-traumatico da stress. le risposte acute e a lungo termine e al disastro*. Torino: centro scientifico.
- Giannantonio, M. (2005). *Psicotraumatologia e psicologia dell'emergenza*. Salerno: Ecomind.
- Giannantonio, M. (2009). *Psicotraumatologia. Fondamenti e strumenti operativi*. Torino: Centro scientifico.
- Gramezy, N – A.S. Masten (1986). Stress competence and resilience: common frontiers and psychopathologist. *Behaviour therapy*, 17, 500-521.

Herbert, C. – F. Didonna. (2006). *Capire e superare il trauma. Una guida per comprendere e fronteggiare i traumi psichici*. Trento: Erikson.

Hidalgo, R.B. – J.R. Davidson. (2000). Post-traumatic Stress Disorder: epidemiology and health-related considerations. *Journal of clinical Psychiatry*, 61, 7, 5-13.

Herman, J.L. (2005). *Guarire dal trauma: affrontare le conseguenze della violenza dall'abuso domestico al terrorismo*. Roma: Magi.

Hilgard, E.R. (1986). *Divided consciousness. Multiple controls in human thought and action*. New York: Wiley Interscience.

Horowitz, M.J. (2004). *Sindromi di risposta allo stress*. Milano: Raffaello Cortina.

Janet, P. (1907). *The major symptoms of hysteria*. New York: Macmillan

Janet, P. (1919). *Les obsession et la psychasthenie*. Parigi: Felix Alcan

Janet, P. (1930). *L'automatisme psychologique*. Parigi: Felix Alcan.

Kohut, H. (1976). *Narcisismo e analisi del sé*. Torino: Boringhieri.

Kraepelin, E. (1907). *Trattato di Psichiatria*. Milano: Vallardi.

Krueger, R.F. (1999). The structure of common mental disorder. *Archives of general Psychiatry*, 56, 921-926.

Lavanco, G. et al. (2006). Il lavoro di soccorso. Disastri e cultura dell'emergenza. *Psicologia contemporanea*, 195.

Levi, P. (1989). *Se questo è un uomo. La tregua*. Torino: Einaudi.

Linehan, M.M. (2001). *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline. Il modello dialettico*. Milano: Cortina.

Lingiardi, V. (2004). *La personalità e i suoi disturbi*. Milano: il Saggiatore.

Lo iacono, A. – M. Troiano (Ed). (2002). *Psicologia dell'emergenza*. Roma: Editori riuniti.

Napoli, A. (2009). Gli interventi di emergenza condotti in Abruzzo. *Notiziario dell'Ordine degli Psicologi del Lazio*, 3, 9-22.

Nemiah, J.C. (1989). Janet redivivus: the centenary of l'Automatisme Psychologique. *American journal of psychiatry*, 146, 1527-1529.

Nijenhuis, E.R.S. (2007). *La dissociazione somatoforme. Elementi teorico-clinici e strumenti di misurazione*. Roma: Astrolabio.

Nijenhuis, E.R.S. – O. Van Der Hart – K. Kruger (2002). The psychometric characteristics of the Traumatic Experiences Checklist (TEC): first findings among psychiatric outpatients. *Clinical Psychology and psychotherapy*, 9, 200-210.

Pini, V. (03-06-2011). *Terremoto in Abruzzo, I bambini soffrono ancora per il trauma*. <<La Repubblica>>

Pietrantonio, L. – G. Prati. (2009). *Psicologia dell'emergenza*. Bologna: il Mulino.

Pietrantonio, L. et al. (2008). Il disastro di Crevalcore. *Psicologia contemporanea*, 206, 32-40.

Scheeringa, M.S. et al. (2011). PTSD in children and adolescents: toward an empirically based algorithm. *Depression and anxiety*, 28, 770-782.

Schultz, J.H. (1977). *Il Training autogeno*. Vol. 1 Milano: Feltrinelli

Schutzwohl, M. – A. Maerker. (1999). Effects of varying diagnostic criteria for Post-Traumatic Stress Disorder are endorsing the concept of partial PTSD. *Journal of traumatic stress*, 12,1, 155-165.

Slade, A. (1999). Teoria e ricerca sull'attaccamento: implicazioni per la psicoterapia con adulti. Tr. It. In Cassidy, J. – P.R. Shaver (edd) (2002). *Manuale dell'attaccamento: teoria, ricerca e applicazioni cliniche*. Roma: Fioriti.

Spiegel, D. – E. Cardena (1991). Disintegrated experience: the dissociative disorders revisited. *Journal of abnormal psychology*, 100, 366-378.

Stanulovic, N.K. (2005). *Psicologia dell'emergenza. L'intervento con i bambini e gli adolescenti*. Roma: Carocci.

Steinberg, M. – M. Schnall (2006). *La dissociazione. I cinque sintomi fondamentali*. Milano: Cortina.

Steele, K. – O. Van Der Hart – E.R.S. Nijenhuis (2001). Dependency in the treatment of complex post-traumatic stress disorder and dissociative disorders. *Journal of trauma and dissociation*, 2, 76-116.

Stern, D.N. (1987). *Il mondo interpersonale del bambino*. Torino: Bollati e Boringhieri.

Tavanti, M. et al. (2008). Brain imaging nel disturbo post-traumatico da stress. *Quaderni italiani di psichiatria*, 27, 172-175.

Tedeschi, R.G.-L.G. Calhoun (2004). Posttraumatic growth: conceptual foundation and empirical evidence. *Psychological inquiry*, 15, 1, 1-18.

Terr, L. (1991). Childhood Traumas: an outline and overview. *American journal of psychiatry*, 148, 10-20.

Van Der Hart, O. et al. (1993). The treatment of traumatic memories: synthesis, realization and integration. *Dissociation*, 6, 162-180.

Van Der Hart, O. – B. Friedman. (1989). A reader's guide to Pierre Janet: a neglected intellectual heritage. *Dissociation*, 2, 3-16.

Van der Hart, O. – E. Nijenhuis – K. Steele. (2011). *Fantasmî nel sè. Trauma e trattamento della dissociazione strutturale*. Milano: Cortina.

Van Der Hart, O – E, Nijenhuis. (1999). Bearing witness to uncorroborated trauma: the clinician's development of reflective belief. *Professional psychology: research and practice*, 30, 37-44.

Van der Hart, O. – E, Nijenhuis. (2010). Dissociation of the personality in Complex trauma-related disorders and EMDR: theoretical consideration. *Journal of EMDR practice and research*, 4, 3, 76-92.

Van der Hart, O. – H., Bolt – B.A. Van der Kolk. (2005). Memory fragmentation in patients with dissociative identity disorder. *Journal of trauma and dissociation*, 6, 55-70.

Van der Hart, O. – M., Jacobien, et al. (2008). Relations among peritraumatic dissociation and post-traumatic stress: a critical review. *Journal of trauma and dissociation*, 9, 481-505.

Van Der Hart, O. – P. Brown – B.A. Van Der Kolk (1989). Pierre Janet's treatment of post-traumatic stress. *Journal of traumatic stress*, 2, 4, 1-11.

Van der Kolk, B. et al. (2005). Disorders of extreme stress: the empirical Foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of trauma and stress*, 18, 389-399.

Van der Kolk, B. – A. McFarlane – L. Weisaeth (2007). *Stress traumatico. Gli effetti sulla mente, sul corpo e sulla società delle esperienze intollerabili*. Roma: Magi.

Van Der Kolk, B. – O, Van Der Hart. (1989). Pierre Janet and the break down of adaptation in Psychological trauma. *American journal of Psychiatry*, 146, 1530-1540.

Williams, R. (2009). *Trauma e relazioni. Le prospettive scientifiche e cliniche contemporanee*. Milano: Cortina.

Young, B.H. et al. (2004). *L'assistenza psicologica nelle emergenze. Manual per operatori ed organizzazioni nei disastri e nelle calamità*. Trento: Erikson.

Yule, W. (2000). *Disturbo post-traumatico da stress. aspetti clinici e terapia*. Milano: Mc Graw-hill

Zennaro, A. (2011). *Lo sviluppo della psicopatologia*. Bologna: il Mulino.

SITOGRAFIA CONSULTATA

American Psychiatric Association (APA). *Trauma and Stressor Related Disorder*.
<<http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/TraumaandStressorRelatedDisorders.aspx>
> (02-03-2012).

Bruno, D. (20-12-2009). *Bambino e trauma. Lutti in famiglia, incidenti stradali, eventi catastrofici, aggressioni, violenze abusi, bullismo a scuola*.
<<http://www.synergiacentrotrauma.it/modules/wfsection/article.php?articleid=106>>

Centro Rampi. (07.02-2012). *L'associazione*.
<<http://www.centrorampi.it/associazione/index/html>>

EIIEP. (07-02-2012). *Chi siamo*. <<http://www.eiiep.net/seconda/seconda.html>>

EMDAT. (20-01-2012). <<http://www.emdat.be/criteria-and.definition>>

Giannantonio, M. (16-04-2012). *Cos'è un trauma psicologico*. In «Psicotraumatologia»,
<<http://www.psicotraumatologia.com/cosa-trauma-psicologico.html>>

Monticelli, B. (20-12-2011). *I processi di coping nell'adattamento allo stress*. in
«Psicolab» <<http://www.psicolab.net/2006/i-processi-di-coping-nell-adattamento-allo-stress/>>

Protezione Civile. (10-03-2012). *Elenco delle vittime definitivo*.
<http://www.protezionecivile.it/cms/view.php?dir_pk=187&cms_pk=15419>

Protezione Civile. (11-03-2012). *Il sistema nazionale di Protezione Civile*.
<<http://www.protezionecivile.it/sistema/index.php>>

Protezione Civile. (11-03-2012). *La ripresa*.
<http://www.protezionecivile.it/cms/view.php?dir_pk=187&cms_pk=17776&n_page=6>

Protezione Civile. (10-03-2012). *Le prime ore dell'emergenza*.
<http://www.protezionecivile.it/cms/view.php?dir_pk=395&cms_pk=17776&npage=1>

Psicologi per i popoli. (10-02-2012). *Chi siamo*.
<<http://www.psicologiperipopoli.it/chisiamo.html>>

Punamaki, R.L. (20-12-2011). *Il trauma nei bambini e negli adolescenti: le conseguenze sullo sviluppo*.
<<http://www.synergiacentrotrauma.it/modules/wfsection/article.php?articleid=480>>

SIPEM. (12-02-2010). *Chi siamo*. <<http://www.sipem.org/chisiamo/index.asp>>

INDICE

Introduzione	I
<i>Capitolo primo</i>	1
I fenomeni Post-traumatici.	
1. Il Disturbo da Stress Post-Traumatico: classificazione attuale e nuove proposte.	1
<i>1.1. il Disturbo da Stress Post-Traumatico secondo il DSM IV Tr</i>	2
<i>1.2. prospettive future per i disturbi post-traumatici nel DSM V</i>	7
<i>1.3. Categorie diagnostiche non ufficiali</i>	14
2. Panoramica teorica sul trauma e i disturbi post-traumatici.	17
<i>1.1. le tipologie del trauma</i>	18
<i>1.2. le principali definizioni teoriche di trauma</i>	20
<i>1.3. i principali disturbi post-traumatici</i>	25
3. Gli esiti temporali del trauma e la crescita post-traumatica	27
<i>1.1. esiti a breve termine</i>	28
<i>1.2. esiti a lungo termine</i>	31
<i>1.3. Vulnerabilità, Resilienza e Crescita Post Traumatica</i>	34
Riflessioni conclusive	40
<i>Capitolo secondo</i>	41
I disturbi post-traumatici alla luce della concettualizzazione teorica di Onno Van Der Hart	
1. La dissociazione strutturale nel trauma, origini e sviluppi	42
<i>1.1. cenni storici e origini teoriche</i>	
<i>1.2. la psicologia dell'azione di Janet e l'integrazione con la dissociazione strutturale</i>	46
<i>1.3. la dissociazione strutturale primaria, secondaria e terziaria della personalità</i>	50
1.3.1. la dissociazione strutturale primaria della personalità	52
1.3.2. la dissociazione strutturale secondaria della personalità	54
1.3.3. la dissociazione strutturale terziaria della personalità	55
2. Alcuni disturbi post-traumatici alla luce della dissociazione strutturale della personalità	57

1.1. <i>i sintomi post-traumatici e la confusione diagnostica sui sintomi dissociativi</i>	57
1.2. <i>il Disturbo da Stress Post-Traumatico</i>	61
1.3. <i>il disturbo dissociativo dell'identità</i>	63
3. le linee di intervento	65
1.1. <i>la valutazione dei pazienti</i>	66
1.2. <i>un percorso graduale per promuovere le azioni adattive individuali</i>	70
1.3. <i>le fasi del trattamento</i>	72
1.3.1. <i>fase 1 del trattamento: stabilizzazione e riduzione dei sintomi</i>	73
1.3.2. <i>fase 2 del trattamento: cura delle memorie traumatiche</i>	78
1.3.3. <i>fase 3 del trattamento: integrazione della personalità e riabilitazione</i>	81
Riflessioni conclusive	83
<i>Capitolo terzo</i>	85
Analisi di un caso clinico	
1. L'evento critico, il terremoto de L'Aquila del 6 aprile 2009	86
1.1. <i>descrizione dell'evento critico</i>	86
1.2. <i>i soggetti coinvolti e i danni sul territorio</i>	87
1.3. <i>alcune delle modalità di intervento psicologico utilizzate</i>	89
2. il caso clinico	95
1.1. <i>descrizione del caso</i>	96
1.2. <i>anamnesi del soggetto</i>	97
1.1. <i>la diagnosi</i>	100
3. conclusioni e possibili aspetti preventivi	103
1.3. <i>lettura del caso alla luce della teoria di Onno Van Der Hart</i>	103
1.2. <i>gli interventi possibili per prevenire gli effetti del trauma sulla psiche</i>	105
1.3. <i>un esempio di progetto di prevenzione del trauma e del rischio ambientale</i>	107
Conclusione	110
Appendice	113
Bibliografia	125
Sitografia consultata	133

