

**Alberto Barbieri, Federica Visco-Comandini,
Andrea Gragnani, Angelo Maria Saliani**

Trauma complesso e migrazione.

Il caso di Mohamed

{Ricevuto l'8 marzo 2018; Accettato per la stampa il 16 giugno 2018}

RIASSUNTO. Il trauma complesso – torture e altri gravi abusi subiti nel paese di origine o lungo la rotta migratoria – sembra aver raggiunto una dimensione “epidemica” nell’ambito dei flussi migratori verso l’Italia e l’Europa. In questo contesto diventa particolarmente rilevante comprendere quali siano i possibili fattori favorevoli lo sviluppo di quel quadro clinico introdotto da alcuni autori come *Disturbo da stress post-traumatico complesso (cPTSD)*. Il caso clinico di Mohamed, qui affrontato con un approccio cognitivista sia negli aspetti di formulazione del caso che di trattamento per fasi (stabilizzazione, elaborazione delle memorie traumatiche, integrazione), suggerisce che elementi di vulnerabilità particolarmente rilevanti per lo sviluppo del cPTSD nell’adulto possano essere alcuni stili di personalità e nello specifico quelli particolarmente sensibili al rango e alla competizione.

Parole chiave: trauma complesso; PTSD complesso; *narrative exposure therapy*; migranti; tortura.

COMPLEX TRAUMA AND MIGRATION. The case of Mohamed

SUMMARY. Complex trauma – torture and other serious abuses suffered in the country of origin or along the migratory route – seems to have reached an “epidemic” dimen-

ALBERTO BARBIERI: Medico per i Diritti Umani (Medu), Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC.
alberto.barbieri@mediciperidirittiumani.org

FEDERICA VISCO-COMANDINI: Medici per i Diritti Umani (Medu), Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC.

federica.visco@gmail.com

ANDREA GRAGNANI: Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC.
gragnani@apc.it

ANGELO MARIA SALIANI: Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC.
saliani@apc.it

sion in the context of migratory flows towards Italy and Europe. In this context it becomes particularly relevant to understand the possible factors favoring the development of the clinical picture that has been introduced by some authors as Complex Post Traumatic Stress Disorder (cPTSD). The clinical case of Mohamed, addressed here with a cognitivist approach both in the aspects of case formulation and phase-oriented treatment (stabilization, processing of traumatic memories, integration) suggests that elements of vulnerability particularly relevant for the development of cPTSD in adult can be some personality styles and specifically those particularly sensitive to rank and competition.

Key Words: Complex Trauma; Complex PTSD; Narrative Exposure Therapy; Migrants; Torture.

INTRODUZIONE

Negli ultimi tre anni sono sbarcati in Italia oltre 400.000 migranti di varie nazionalità provenienti dalla Libia. La gran parte di essi – secondo alcune stime l’80-90% – è sopravvissuta a traumi complessi subiti nel paese di origine (prevalentemente paesi sub-sahariani) o lungo la rotta migratoria (in particolare in Libia): torture, gravi abusi e fenomeni di violenza intenzionale estrema, spesso subiti in modo reiterato durante periodi di detenzione o sequestro (Medici per i Diritti Umani, 2016).

Per trauma complesso intendiamo, secondo la definizione delle linee guida per il trattamento del disturbo da stress post-traumatico complesso (cPTSD) del ISTSS Expert Consensus (Cloitre *et al.*, 2012), «l’esposizione a eventi traumatici interpersonali ripetuti o prolungati nel tempo o di molteplice natura, spesso occorrenti in circostanze per cui la fuga è resa impossibile a causa di ostacoli fisici, maturativi, psicologici, familiari/ambientali e sociali». In un’altra prospettiva, il manuale ICD-10 (World Health Organization [WHO], 1992), descrive il trauma complesso come uno stress a tal punto estremo «che non è più necessario considerare la vulnerabilità personale per spiegare i suoi profondi effetti sulla personalità».

E del resto, anche se i dati appaiono piuttosto eterogenei, vi è nella letteratura internazionale un generale consenso nel ritenere la tortura, e gli altri eventi interpersonali traumatici sopra descritti, degli importanti fattori di rischio per lo sviluppo del disturbo da stress post-traumatico (PTSD) e di altri gravi disturbi psichiatrici (Steel *et al.*, 2009; Campbell *et al.*, 2007; Herman, 1992a, b). Alla luce dei numeri citati nell’incipit è facile comprendere come *il trauma complesso abbia raggiunto una dimensione “epide-*

mica” nell’ambito del fenomeno migratorio e di come la sofferenza psichica provocata dalle violenze estreme subite dai migranti stia oggi producendo un considerevole impatto sia sanitario che sociale, non solo nel nostro paese ma anche negli altri paesi di accoglienza in Europa.

D’altra parte, la nostra esperienza clinica concorda con quegli autori che sostengono che i concetti di trauma complesso e cPTSD debbano essere tenuti separati in quanto solo una parte minoritaria dei migranti sopravvissuti a traumi complessi svilupperà in seguito il quadro clinico definito come Disturbo da stress post-traumatico complesso (ter Heide *et al.*, 2016).

In questi anni, diverse diagnosi sono state proposte per descrivere le conseguenze psicopatologiche dei traumi complessi, ed in particolare il PTSD complesso (Herman, 1992a, b), il Disturbo da stress estremo non altrimenti specificato (DESNOS) (Van der Kolk *et al.*, 2005), e il Cambiamento duraturo della personalità dopo un’esperienza catastrofica (EPCACE, WHO, 1992). Il concetto di cPTSD è stato introdotto per la prima volta nel 1992 da Judith Herman che ha identificato in questa nuova entità nosografica tre rilevanti aspetti che trascendono il PTSD semplice: 1) il quadro sintomatico nei sopravvissuti a traumi prolungati appare spesso più complesso, diffuso e pervasivo rispetto al PTSD semplice; 2) i sopravvissuti ad abusi prolungati sviluppano caratteristici cambiamenti della personalità che comprendono distorsioni delle relazioni e dell’identità; 3) il terzo aspetto riguarda l’accresciuta vulnerabilità dei sopravvissuti alla ritraumatizzazione, sia essa autoinflitta che provocata da terzi. Per quanto riguarda il disturbo da stress estremo non altrimenti specificato, esso era stato originariamente proposto come una diagnosi indipendente nel DSM consistente di sei gruppi di sintomi: alterazioni nella regolazione di affetto e impulsi, dell’attenzione o della coscienza, dell’auto-percezione, delle relazioni con gli altri e nei sistemi di significato e somatizzazione. Tuttavia, i *trials* del DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000) condotti per testare la validità del costrutto DESNOS non hanno confermato l’ipotesi di una diagnosi indipendente, poiché solo il 4-6% dei pazienti reclutati presentava DESNOS senza PTSD (Van der Kolk *et al.*, 2005). Di conseguenza, nel DSM-IV, i sintomi DESNOS sono stati descritti come caratteristiche aggiuntive del PTSD ma non inclusi in una diagnosi formale indipendente. Nel DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), diversi sintomi tradizionalmente indicati come “complessi” sono stati incorporati nella diagnosi del PTSD *simplex*: persistenti ed esagerate credenze o aspettative negative su se stessi, gli altri, o il mondo; stato emotivo negativo persistente; comportamenti spericolati o autodistruttivi; depersonalizzazione e derealizzazione (Friedman, 2013).

L'esistenza di una ben definita sindrome post-traumatica complessa è stata più esplicitamente riconosciuta dall'ICD piuttosto che dal DSM. L'ICD-10, al momento, contiene l'unica diagnosi formale di PTSD complesso, sebbene sotto un nome diverso: cambiamento duraturo della personalità dopo un'esperienza catastrofica ovvero *Enduring Personality Change After Catastrophic Experience* (EPCACE). Il quadro clinico di EPCACE è caratterizzato da un atteggiamento ostile o diffidente verso il mondo, ritiro sociale, sentimenti di vuoto e disperazione, una sensazione cronica di "essere sull'orlo" come se si fosse costantemente in pericolo ed estraniamento. Nell'ICD-10 le diagnosi di EPCACE e PTSD si escludono a vicenda.

Per il 2018 è attesa la pubblicazione dell'ICD-11 dove figurerà la diagnosi indipendente di PTSD complesso che potrà essere formulata in aggiunta al PTSD semplice. Oltre ai criteri classici del PTSD, questa nuova categoria nosografica comprenderà sintomi riguardanti i disturbi nella regolazione delle emozioni, una compromessa percezione di sé e difficoltà nel mantenimento delle relazioni interpersonali (Maercker *et al.*, 2013).

UN CASO APERTO: ANAMNESI E STORIA MIGRATORIA

Il caso di Mohamed è seguito a Roma presso il Centro Psyché di Medici per i Diritti Umani per la cura e la ricerca contro la tortura. Mohamed è un ingegnere agrario di nazionalità libica. Ha 51 anni. È attualmente ospitato presso un centro di accoglienza a Roma insieme a tre dei suoi quattro figli. Ha fatto richiesta d'asilo in Italia.

Entrambi i genitori del paziente sono deceduti: il padre all'età di 39 aa per infarto e la madre nel 1999 all'età di 65 aa per ictus cerebri. M. ha 6 fratelli maggiori di cui tre maschi (uno deceduto per ictus) e 3 femmine. Famiglia benestante. Nega familiarità psichiatrica. Laureato in agraria. Sposato dal 1993 con una donna libica (deceduta per cancro nel 2014). Quattro figli: due maschi di 19 e 13 anni e due femmine di 21 e 5 anni. Religione musulmana, praticante. In Libia posizione professionale molto rilevante, con responsabilità dirigenziale a livello nazionale.

Nel 2011 la moglie di M. si ammala di cancro. I coniugi decidono di andare in Germania per proseguire le cure. Rimangono in Germania per 2 anni. Nel 2014 ritornano in Libia dove M. era direttore generale al Ministero dell'agricoltura. Al rientro a Tripoli la situazione politico-sociale è completamente cambiata a causa della guerra civile e ad M. non è permesso di riprendere il suo impiego. Nell'ottobre 2014 viene rapito da un gruppo ribelle avverso a Gheddafi e viene detenuto per un mese in un container dove subisce tortura e gravi abusi. Tutto il denaro che aveva da parte per le cure della moglie viene utilizzato per il suo rilascio. Quando viene

liberato trova la moglie in fin di vita. La donna muore dopo tre settimane. Nel febbraio 2015 M. fugge dalla Libia con i figli e giunge in Tunisia. Dalla Tunisia raggiunge Genova con un traghetto, poi Milano e con un aereo Berlino. Da Berlino si sposta in Danimarca dove arriva a fine febbraio 2015. In Danimarca, dove presenta richiesta d'asilo, rimane per 17 mesi. A settembre 2016, per il regolamento europeo di Dublino, viene rimandato in Italia e ospitato in un centro di accoglienza romano insieme ai figli.

In Danimarca M. subisce due ricoveri psichiatrici (maggio e agosto 2016). Presenta sintomi di depressione e riferisce di voci che gli suggeriscono di togliersi la vita. Vede persone intorno a sé che ha visto morire in Libia ma che in questi incontri immaginari gli chiedono aiuto. Lamenta grave insonnia (circa 3 ore di sonno a notte) e perdita di peso (7-8 kg in circa 2 mesi). Durante i ricoveri viene impostata una terapia farmacologica (ssri + benzodiazepine + zopiclone). Per un certo periodo M. soffre anche di paralisi temporanea di una parte del corpo senza che siano accertate cause organiche.

IL QUADRO CLINICO

Mohamed giunge alla nostra attenzione con un quadro sintomatologico pervasivo ed invalidante che gli provoca un'acuta sofferenza emotiva ed è causa di una grave compromissione delle relazioni in ambito familiare e sociale. Nel corso delle prime sedute M. ha modo di esprimere tutto il suo profondo disagio che frequentemente si trasforma in soverchiante angoscia. La cura della persona e l'abbigliamento sono oscillanti, a volte consoni, più spesso trascurati. Il tono dell'umore è notevolmente deflesso con note disforiche ed importante quote di ansia libera e somatizzata:

“Ho paura di andare a dormire per gli incubi. Anche durante il giorno rivivo i momenti delle torture e delle sevizie. Mi denudavano e costringevano a rimanere nudo in mezzo a loro che potevano per età essere i miei figli. Sono perseguitato dai ricordi orribili della guerra e del mio sequestro in Libia. Qui in Italia non esco dal centro di accoglienza, potrei incontrare uomini libici appartenenti alle milizie che mi hanno sequestrato. Un tempo ero forte, ora non sono più nessuno. Non sono più la stessa persona, sono sbagliato. Mia moglie è morta a causa del mio sequestro. I miei figli pagano scelte mie. Non provo più piacere o interesse per niente. Ho aggredito mio figlio solo perché la stanza era un po' in disordine. Ho picchiato mia figlia per una sciocchezza, perché era agitata e faceva rumore, non mi riconosco più. Non riesco più a controllare la paura. I torturatori potrebbero arrivare in Italia. Mi sento perseguitato, sono sempre in allarme. Non riesco a dormire più di tre ore a notte. Non riesco più a concentrarmi sulle attività quotidiane. Non ho

più memoria. Avrò qualche malattia neurologica?. Non sento più neanche il mio corpo. Mi sento estraniato, distante da tutto ciò che è intorno. Sento delle voci che mi dicono di uccidermi. Sento ancora l'odore del sangue e degli escrementi all'interno del container dove ero rinchiuso. Vedo persone intorno a me che sono morte e di cui ho assistito alla morte ma che mi chiedono aiuto. Ho un continuo e sordo dolore alla testa per cui assumo anche 10 compresse di paracetamolo al giorno. Ho ancora quel peso sul petto come una persona picchiata a cui fanno male le ossa e sente ancora il dolore. Non ce la faccio più. Ne ho abbastanza di questa vita, non mi sento sicuro, mi sento minacciato e mi distruggo dentro. Non mi ammazzo solo per i miei figli. Non sono in grado di badare neanche ai miei figli. Sono diventato pazzo?”.

Nel corso della terapia M. va incontro ad un grave episodio di amnesia dissociativa per cui rischia addirittura conseguenze penali:

“Dicono che ho aggredito un operatore del centro e sono scappato con la sua macchina verso la sede amministrativa del centro di accoglienza dove ho rinchiuso in una stanza la direttrice minacciandola di morte. Hanno poi chiamato la polizia e sono stato portato al pronto soccorso in ospedale. Di quanto successo in quelle ore non ricordo assolutamente niente. Sono pazzo?”.

Da questa breve descrizione dei sintomi e degli stati mentali esperiti dal paziente emergono con chiarezza non solo tutti i sintomi tipici di un PTSD (sintomi intrusivi, sintomi di evitamento, alterazioni negative di pensieri ed emozioni, alterazioni marcate dell'arousal e della reattività) ma anche i principali criteri diagnostici proposti per il PTSD complesso: depersonalizzazione; derealizzazione; amnesia dissociativa, alterazioni transitorie delle percezioni uditive, visive, olfattive, con caratteristiche egodistoniche, sotto forma di fenomeni pseudo-allucinatori; sindrome da dolore cronico; disturbi da conversione; disregolazione emotiva e degli impulsi; disturbi dell'attenzione e della concentrazione; cambiamenti nella percezione di sé; cambiamenti nei significati e nel senso di sé e delle cose tra cui percepire il mondo come pericoloso e se stessi come irrimediabilmente danneggiati; senso di colpa, disperazione, vergogna, indegnità, ideazioni suicidiarie.

Durante la fase di assessment vengono somministrati alcuni test psicodiagnostici: Protect questionnaire (Punteggio = 10; alto rischio di disturbo post-traumatico); Hamilton Rating Scale for Depression (Punteggio= 28, depressione grave); PTSD Checklist for *DSM-5* (Punteggio= 64; range 0-80 cut point per diagnosi di PTSD =33).

La diagnosi categoriale a cui perveniamo durante la prima fase di valu-

tazione clinica è quella di PTSD complesso in comorbidità con un grave disturbo depressivo. Declinata nei termini nosografici del DSM-5 la diagnosi diventa PTSD con dissociazione in comorbidità con disturbo depressivo maggiore. Se prendiamo in considerazione la classificazione ICD-10 è possibile formulare la diagnosi di *Enduring personality change after catastrophic experience* descritta come una sequela cronica e irreversibile di un disturbo da stress. L'EPCACE include un cambiamento della personalità susseguente a una prigionia prolungata con imminente possibilità di essere ucciso. Inoltre per formulare la diagnosi è necessario rilevare i caratteri precedentemente menzionati – tutti presenti in Mohamed – comparsi successivamente all'episodio traumatico. Il disturbo deve essere presente da almeno due anni (criterio soddisfatto) senza preesistenti disturbi della personalità.

PROFILO INTERNO

Fin dalla prima seduta Mohamed riporta precisi stati mentali caratterizzati da un'intensa sofferenza emotiva che tendono a ricorrere costantemente durante i colloqui nelle sedute successive. Le emozioni prevalenti sono la *vergogna* che emerge prepotente nel ricordare le umiliazioni subite durante la prigionia; l'*ansia* che si trasforma in *paura* ed *angoscia* al pensiero che i torturatori possano arrivare anche a Roma e in Italia, ritenuti luoghi non sicuri; il *senso di colpa* nei confronti dei figli che a suo parere subiscono le sue scelte; la *tristezza* legata alla perdita della propria identità comparando il *Sé nullità* attuale al *Sé forte* di un tempo; il senso profondo di estraniamento (*numbing*) da tutto ciò che è intorno, compreso il proprio corpo. I colloqui hanno sempre come tema centrale il Mohamed prima del sequestro e della morte della moglie ed il Mohamed di oggi, irrimediabilmente compromesso. Sovente emerge una *rabbia* intensa rivolta contro se stesso, oggi incapace di tutto, e verso gli altri, visti come nemici e calpestatore della sua dignità.

Durante i colloqui di assessment vengono ricostruiti con il paziente numerosi ABC, dei quali, alcuni dei più significativi, sono illustrati qui di seguito. Nella rievocazione di certi episodi (gli uomini arabi a Piazza Venezia nell'ABC n. 1 e il disordine lasciato dal figlio nell'ABC n. 2) sembra che le situazioni A abbiano attivato *un'intera rete incentrata sulla paura* (Schauer *et al.*, 2011) legata ad un evento traumatico (si vedano i B e i C). In particolare gli stimoli visivi del “disordine in una stanza” o “del gruppo di uomini arabi” hanno rievocato il ricordo della sua prigionia nel container.

ABC n. 1

A	B	C
<p><i>Uomini arabi</i></p> <p>Mi trovavo in una panchina nei pressi di Piazza Venezia e ho visto un gruppetto di uomini arabi</p>	<p>“Mi stanno guardando, parlano di me”</p> <p>“Possono essere dei miliziani libici che mi cercano”</p> <p>“Mi stanno braccando, sono in pericolo”</p>	<p>Ansia</p> <p>Paura</p> <p>Tachicardia, iperventilazione, iperidrosi</p> <p>Fuga</p>
C=A1	B1	C1
<p>Fuga</p>	<p>“Non sono al sicuro neanche in Italia”</p> <p>“I miei torturatori mi raggiungeranno anche qui”</p>	<p>Paura</p> <p>Angoscia</p>

ABC n. 2

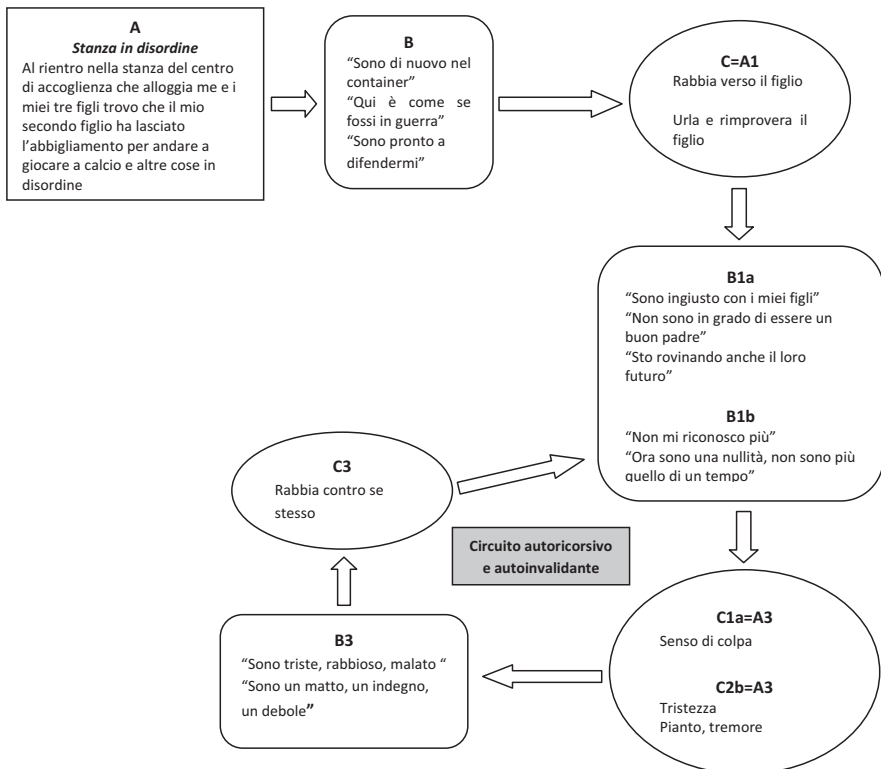
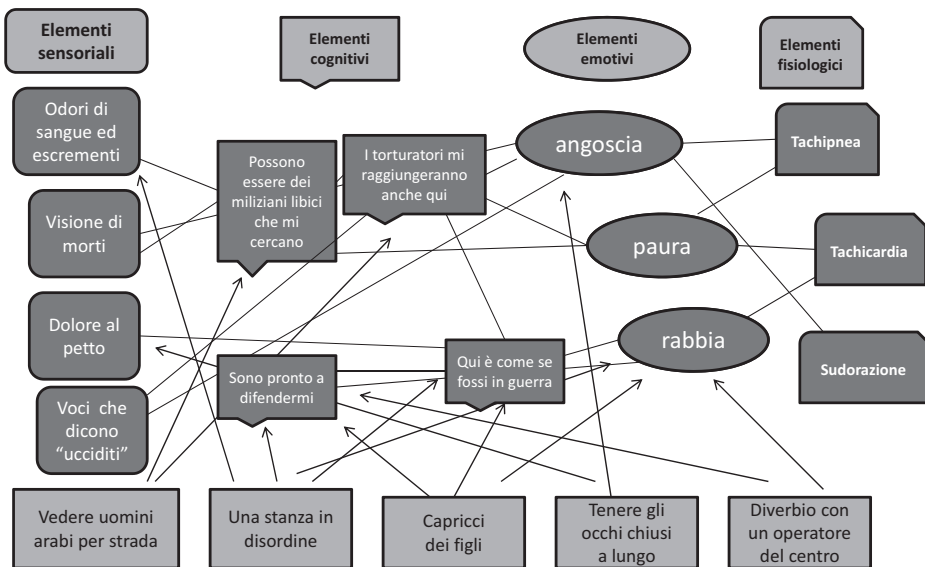


Fig. 1 – La rete della paura



FATTORI E PROCESSI DI MANTENIMENTO

Alcuni fattori di mantenimento emergono con una certa evidenza fin dalle prime fasi dell'assessment. Le giornate all'interno del centro di accoglienza trascorrono in modo monotono senza che a Mohamed venga data la possibilità di impegnarsi in alcuna attività. I lunghi periodi di vuoto all'interno del centro favoriscono le ruminazioni del paziente alimentando i pensieri di autosvalutazione, la tristezza e la condizione depressiva. L'aggravamento della sintomatologia acuisce a sua volta l'inattività e la passività di Mohamed. Le condotte di evitamento accentuano le condizioni di isolamento del paziente, evitano le disconferme delle minacce temute contribuendo ad alimentarle ulteriormente (*"Non esco, non frequento persone perché mi sento in pericolo"*). L'eccessivo consumo di sostanze (caffè, sigarette, hashish, farmaci) assunte in parte allo scopo di contrastare l'enorme stato di sofferenza psicologico e fisico, accentua gli stessi sintomi innescando un circolo vizioso che porta ad un consumo ancora più elevato. Ma il fattore di mantenimento più elementare e potente è, a nostro avviso, l'autoinvalidazione ricorsiva (Mancini e Semerari, 1990), attivata essenzialmente dai problemi secondari che si innestano sugli stati mentali di ansia, tristezza e rabbia del paziente (Ellis, 1962) (si veda ABC n. 2).

Dall'esasperazione di questo circuito intrapsichico, autoricorsivo e

autoinvalidante emergono alcuni cicli interpersonali tipici dei disturbi di personalità (Dimaggio *et al.*, 2013; Safran e Muran, 2000; Semerari, 1999; Safran e Segal, 1990) rilevati nel corso della terapia di M., come ad esempio i cicli invalidante ed aggressivo abusante. Nel ciclo invalidante (Semerari *et al.*, 2016; Fiore e Semerari, 2003), un pervasivo schema nucleare di Sé indegno si esprime con sentimenti di disperazione, rabbia e disprezzo verso se stessi. Quando questo stato auto invalidante, invece che rivolgersi al Sé, si esprime in relazioni interpersonali, l'altro è immaginato rivolgere critiche sprezzanti e distruttive ad un Sé spogliato della propria dignità e sommerso dalla vergogna. In queste situazioni, un'estrema strategia di difesa diviene quella di distruggere l'immagine dell'altro per mantenere un'esile difesa della propria. In un'alternativa rovesciata diviene così l'altro una persona indegna e sbagliata. Contrasti e dissensi non si limitano ai temi in questione ma investono sistematicamente il valore personale. Ed in effetti le convinzioni di Mohamed circa la propria radicale inadeguatezza ("*Sono sbagliato*" ripete più volte durante le sedute) si declinano poi in un rapporto estremamente conflittuale con gli altri, in particolare con gli operatori dei centri di accoglienza, percepiti come arroganti calpestatore della dignità del paziente e visti a loro volta come indegni e senza valore (si veda ABC n. 3). Anche la relazione terapeutica non è esente dal riproporsi del ciclo invalidante allorquando, ad esempio, in certe fasi il paziente tende ripetutamente a svalutare la stessa capacità di comprensione dei terapeuti ("*voi non potete capire quello che mi succede e l'angoscia che provo*").

ABC n. 3

<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>
In occasione di un appuntamento, la coordinatrice del centro di accoglienza si allontana senza ricevere M.	"Per la coordinatrice il nostro incontro non ha alcuna importanza" "È evidente che non valgo più niente. Tutti lo vedono"	Vergogna Iperidratazione
<i>C=A1</i>	<i>B1</i>	<i>C1</i>
Vergogna Iperidratazione	"Non mi rispetta" "Calpesta la mia dignità" "Tutte queste persone del centro sono persone spregevoli, senza umanità"	Rabbia Collera Tremori Allontanamento

Il senso di minaccia è invece lo stato mentale che prevale nel ciclo aggressivo abusante (Semerari *et al.*, 2016). Questo tipo di ciclo, caratterizzato da instabilità impulsiva e tendenza all'ideazione paranoica (particolarmente presente in Mohamed), prevale nei pazienti maschi spesso con una storia di maltrattamenti fisici. Dato che l'Altro è rappresentato come qualcuno che aggredisce il Sé, il rovesciamento dei ruoli da vittima ad aggressore riduce la paura di soccombere e diventa un meccanismo che si autorinforza. È un tipo di interazione, questa, che si ripropone ancora una volta nei rapporti di Mohamed, non solo con gli operatori dei centri di accoglienza oggetto di aggressioni verbali e fisiche da parte del paziente, ma anche degli stessi figli. I cicli interpersonali di Mohamed oscillano dunque tra l'invalidante e l'aggressivo, tra una relazione con l'altro in cui il paziente si sente una vittima a un'altra in cui assume il ruolo dell'aggressore.

SCOMPENSO

Il *trauma estremo del container* (sequestro e tortura) rappresenta il fattore di scompenso centrale per il PTSD complesso. Nell'arco di due anni (2014-2016) Mohamed subisce inoltre perdite gravissime nei principali domini esistenziali: negli affetti (malattia e morte della moglie collegata dal paziente all'episodio del pagamento del riscatto), nel prestigio professionale (perdita del lavoro), nelle condizioni materiali (fuga dal proprio paese e perdita dei propri beni) e morali (tortura ed esilio). Se la perdita è l'aspetto predominante della psicopatologia depressiva, Mohamed subisce in un arco di tempo ristretto addirittura una tripla perdita: del potere, degli affetti, della dignità.

Ulteriori fattori di scompenso sia nella dimensione post-traumatica che in quella più specificamente depressiva (le quali più spesso sfumano impercettibilmente l'una nell'altra) sono collegati alla migrazione forzata e alla necessità di adattarsi alle nuove condizioni materiali, sociali e culturali in un paese, la Danimarca, assai distante, sotto molti aspetti, dalla Libia. Ed in effetti, lo stato psicologico del paziente si aggrava proprio alcuni mesi dopo l'arrivo in Danimarca. A ciò segue, dopo un anno, il traumatico trasferimento dalla Danimarca all'Italia – una sorta di seconda migrazione forzata – in condizioni di accoglienza peggiori e nella perdurante incertezza del proprio futuro di richiedente asilo.

VULNERABILITÀ STORICHE E ATTUALI

Tra le vulnerabilità storiche del paziente viene individuata la perdita precoce del padre a 3 anni (“*Mi sento ancora il bambino che sta aspettando suo padre*”; “*Sento ancora oggi questo vuoto*”). Lo stesso padre che rappresenta una

figura di riferimento fondamentale di quello che possiamo chiamare il *mito familiare del potere*, in una famiglia dell'alta società tripolina descritta come benestante e sempre assai influente. È questa l'atmosfera che respira Mohamed fin dalla prima infanzia su cui si costruirà in seguito uno stile di personalità particolarmente sensibile al rango. Il Mohamed *di prima* – descritto dal paziente – era colui che aveva avuto la migliore infanzia, la migliore famiglia, il migliore lavoro, la migliore moglie (si veda la prima parte della linea della vita costellata di fiori; figura 4). Da questo punto di vista preservare la speciale eredità morale e sociale del padre diventa uno scopo esistenziale per Mohamed, un dovere a cui non dover mai venir meno pena il tradimento della stessa memoria del genitore idealizzato.

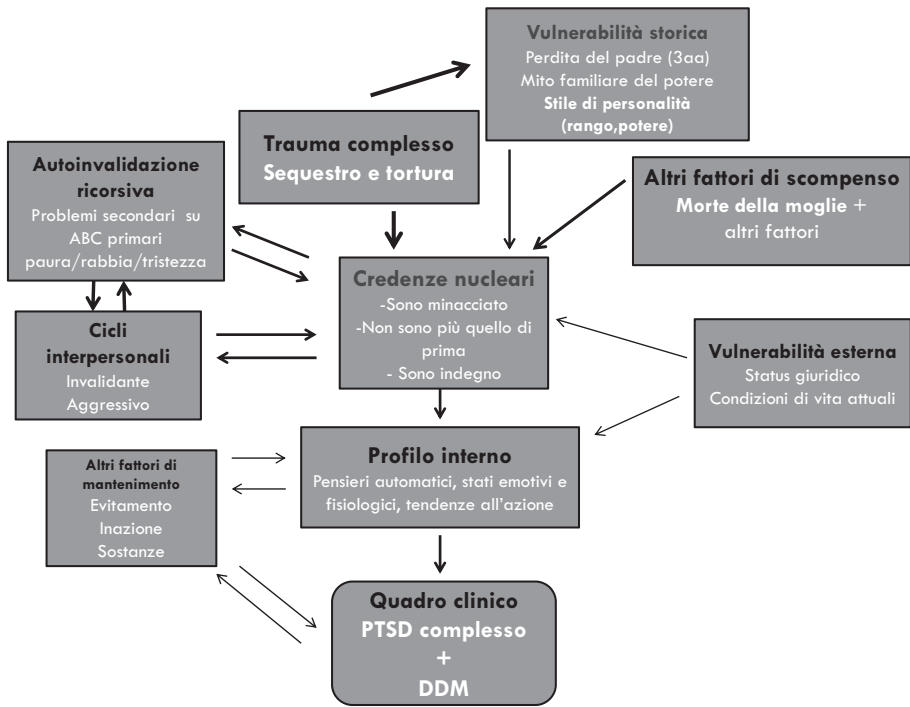
Tra i fattori di vulnerabilità attuale esterna si possono annoverare sia lo status di richiedente asilo, che alimenta incertezza riguardo il proprio futuro dal momento che Mohamed non sa se la richiesta d'asilo per sé e per i suoi figli verrà accolta, sia le condizioni di vita attuali segnate da una certa deprivazione economica soprattutto se comparata con il suo stato di benessere in Libia.

Attraverso la tecnica del laddering, infine, sono emerse le credenze nucleari (vulnerabilità attuale interna) situate al cuore della psicopatologia di M.: *“Il mondo esterno è insicuro e pericoloso, compresa l'Italia”*; *“Non sono più quello di prima, sono irrimediabilmente cambiato; sono diventato incapace di gestire anche le cose più semplici”*; *“Non sono più nessuno”*; *“Sono indegno”*.

LA PSICOPATOLOGIA DI M.: UNO SCHEMA RIASSUNTIVO DI FUNZIONAMENTO

Al termine della fase di assessment è possibile ipotizzare uno schema di formulazione del caso. Il grave trauma interpersonale subito dal paziente (trauma complesso) ha agito, insieme ad altri fattori (primo fra tutti la morte della moglie), da potente elemento di scompenso nei confronti di uno stile di personalità particolarmente sensibile al rango e ai rapporti di potere che fino ad allora, lungi da manifestarsi come elemento di vulnerabilità, aveva consentito un funzionamento apparentemente ottimale nell'ambito personale, sociale e lavorativo. Le credenze nucleari innescate dal trauma hanno portato allo sviluppo del quadro clinico e di un *cambiamento duraturo della personalità*. L'attivazione a cascata di circuiti intrapsichici invalidanti e di cicli interpersonali problematici, così come altri fattori di mantenimento ed elementi di vulnerabilità esterna contribuiscono al circolo vizioso del disturbo.

Fig. 2 – Schema della formulazione del caso

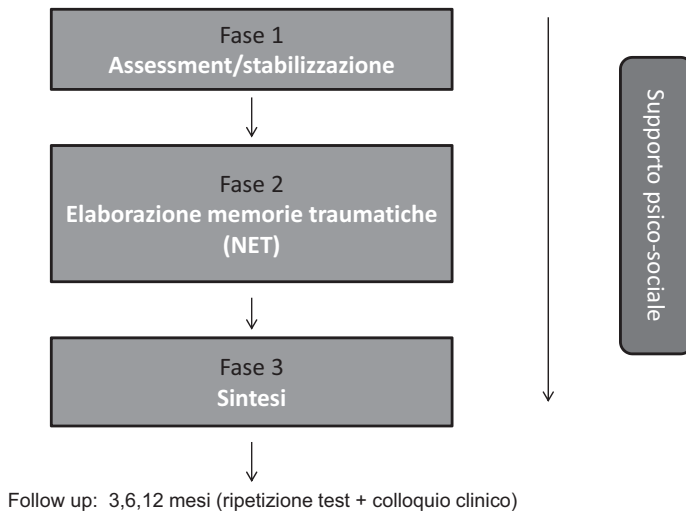


TERAPIA

Al termine della fase di assessment concordiamo con il paziente gli obiettivi terapeutici focalizzati sulla riduzione della sintomatologia post-traumatica e depressiva. Gli obiettivi clinici individuati all'interno della strategia terapeutica si articolano in un trattamento orientato sulle fasi, già concettualizzato da Janet (Janet, 1898, citato in van der Kolk e Van der Hart, 1989) e attualmente raccomandato nella maggior parte delle linee guida internazionali sul trauma: fase di *stabilizzazione* (costruzione dell'alleanza terapeutica con il paziente ovvero il centro, i terapeuti, il team psico-sociale come *luogo sicuro*; conoscenza del disturbo post-traumatico da parte del paziente; gestione degli stati emotivi più invalidanti; riduzione della credenza di minaccia e di pericolo del mondo), fase di *elaborazione delle memorie traumatiche* (accettazione del passato e della perdita) e fase di *integrazione o sintesi* (interruzione dei circoli interpersonali disfunzionali; accettazione di se, della propria vita e del proprio futuro). L'intero percorso terapeutico è stato accompagnato da un costante supporto psico-sociale messo

in atto dal team psico-sociale del centro con il fine di rendere possibile l'intervento d'integrazione e la concreta declinazione dei progressi terapeutici direttamente nella vita quotidiana già dalle prime fasi di trattamento. Le principali tecniche di intervento utilizzate sono state la riattivazione comportamentale, la mindfulness, la psicoeducazione sul trauma, la Terapia dell'esposizione narrativa (NET), la ristrutturazione cognitiva. Fin dalla fase di assessment si è resa necessaria anche una terapia farmacologica tesa a controllare alcuni dei sintomi più invalidanti come l'insonnia e la disregolazione emotiva (quetiapina 50mg+gabapentin 300 mgx2).

Fig. 3 – Fasi della terapia



La principale tecnica utilizzata nella fase dell'elaborazione delle memorie traumatiche è stata la NET in ragione anche della sua particolare versatilità transculturale. In effetti la narrazione del trauma rappresenta uno strumento universalmente riconosciuto in diverse culture ed in diverse epoche. Nel XVI secolo Shakespeare scriveva nel *Macbeth*: «Date al dolore la parola; il dolore che non parla, sussurra al cuore oppresso e gli dice di spezzarsi». «Se rimango in silenzio, avveleno la mia anima», dice Elie Wiesel, sopravvissuto ai campi di sterminio nazisti. «Prima di raccontare la mia storia, le esperienze orribili sembravano come ferite sul mio corpo che non volevano guarire» racconta Inthisar, giovane donna sopravvissuta al genocidio in Sudan nel 2000.

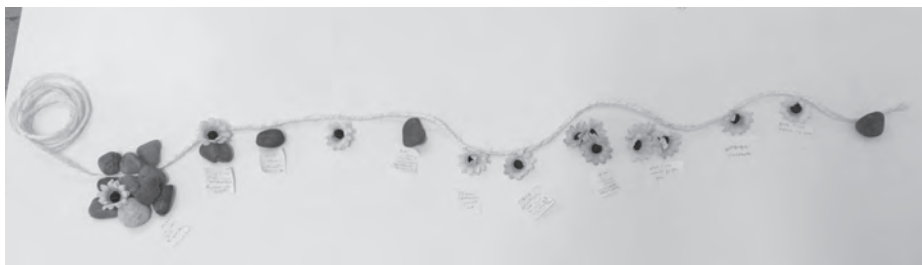
La NET lavora a livello dell'individuo incoraggiando a raccontare la storia del trauma e a riviverne gli scenari attraverso le tecniche di esposizione immaginativa (Foa e Rothbaum, 1998). Lo scopo è di permettere la modificazione della rete incentrata sulla paura costruita dagli eventi traumatici (Lang, 1984, 1993; Schauer e Elbert, 2010). La NET intesse i ricordi impliciti, "caldi", nella trama di una storia narrata in termini di ricordi dichiarativi, "freddi" (Elbert e Schauer, 2002; Meccalfe e Jacobs, 1996). I ricordi intrusivi e frammentati si reintegrano così nel contesto originario e si sviluppa una narrazione autobiografica coerente.

UN INTERVENTO DI TERAPIA SENSO-MOTORIA INTEGRATO ALLA NET

La seduta 26 in cui si affronta con la procedura NET il periodo del sequestro e della tortura è una delle più difficili. Al rievocare uno specifico episodio in cui i carcerieri entrano nel buio container dove è tenuto sequestrato, Mohamed viene colto da angoscia nell'avvertire la ben precisa sensazione di rivivere quella situazione piuttosto che di narrarla. Si sente soffocare, sente le proprie gambe paralizzate, è incapace di muoversi e di reagire. I terapeuti cercano di tranquillizzare il paziente, di farlo tornare nel luogo sicuro in cui si trova: nel centro clinico a Roma, tra persone amiche. Il terrore di Mohamed sembra incontenibile, ben visibile anche a livello somatico con incremento della sudorazione e tremori. La paralisi sembra stringere in una morsa l'intero corpo del paziente. Uno dei due terapeuti prende allora le mani del paziente chiedendogli di stringerle e di muovere le gambe ma il paziente sembra incapace di eseguire quegli ordini. A questo punto il terapeuta si alza, si avvicina al paziente e lo invita ad alzarsi quasi sollevandolo attraverso la presa delle mani. Mohamed si alza ed insieme terapeuta e paziente iniziano a camminare nella stanza. I passi di Mohamed sono incerti e tremanti lentamente si fanno più sicuri, accompagnati dagli incoraggiamenti del terapeuta. Mohamed infine riacquista il dominio del proprio corpo, è in grado di camminare e di allontanarsi dal luogo della tortura; ha compiuto qualcosa che ricorda "l'atto di trionfo" descritto da Janet quasi un secolo fa (Janet, 1925). Dopo un po' il paziente è in grado di terminare la narrazione dell'episodio previsto per la seduta.

La NET permette una riflessione retrospettiva su tutta l'esistenza della persona. Nel nostro specifico contesto la testimonianza raccolta attraverso di essa risulta inoltre particolarmente utile alla procedura legale per la richiesta d'asilo. Come strumento terapeutico, in cui il paziente compie un radicale percorso da *Vittima* a *Testimone*, essa si ricollega strettamente alla Terapia della Testimonianza, sviluppata da Lira e Weinstein in Cile sotto il regime di Pinochet (Cienfuegos e Monelli, 1993).

Fig. 4 – La linea della vita di M.



Nel caso di M., la NET si inserisce in un trattamento per fasi in cui altri approcci hanno avuto un ruolo rilevante come il già menzionato supporto psico-sociale e la mindfulness.

La mindfulness in particolare ha avuto un impatto importante anche se con risultati non univoci. Durante la fase di stabilizzazione, quotidiani esercizi di meditazione consapevole di circa 15 minuti basati sulla Mindfulness-Based Cognitive Therapy (Teasdale *et al.*, 1995) hanno permesso di ridurre i livelli autopercepiti di stress e di ansia. Nella fase di rielaborazione del trauma, in alcune momenti la pratica della mindfulness ha riattivato vissuti di angoscia legati al periodo del sequestro.

Al termine della NET e della fase di elaborazione delle memorie traumatiche si è proceduto ad una rivalutazione clinica e testistica del quadro psicopatologico da cui è emerso un significativo miglioramento sia della sintomatologia post-traumatica intrusiva, evitante e di arousal sia di quella depressivo somatica (PCL-5 =51, Hamilton =21). Sono invece risultati insoddisfacenti i cambiamenti relativi alle alterazioni negative di pensieri ed emozioni e più in generale sulla percezione di sé. In altri termini la terapia basata sulla NET sembra aver efficacemente inciso sul nucleo *simplex* del PTSD ma assai meno su quello *complex* ovvero sul quel cambio di personalità che l'ICD-10, nel concettualizzare l'EPCACE ha definito «sequele croniche e irreversibili» di uno stress traumatico estremo. Un altro tipo di lavoro psicoterapeutico sembra essere dunque necessario per affrontare i *cambiamenti duraturi della personalità* che Mohamed valuterà se affrontare, avendo sospeso per il momento la terapia.

IL SETTING E L'ALLEANZA TERAPEUTICA

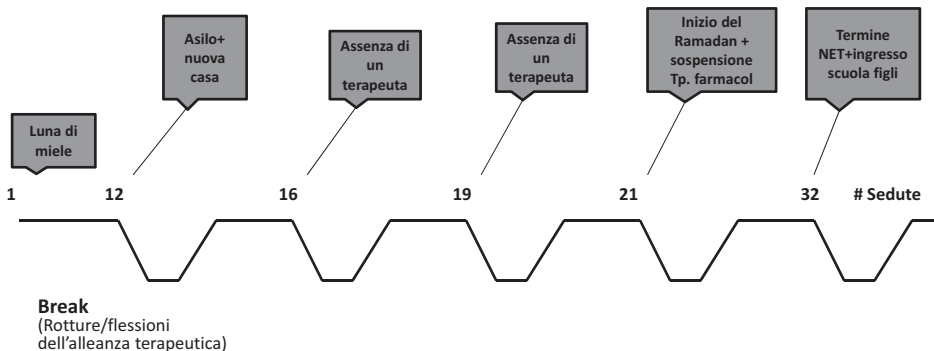
Le prime due fasi del trattamento, organizzate in sedute settimanali della durata di un'ora ciascuna, sono durate nel complesso 13 mesi di cui 4 mesi per la stabilizzazione e 9 mesi per la rielaborazione delle memorie traumatiche.

La terapia ha avuto corso in un *setting* cooperativo integrato (SCI) avente come fulcro il team formato dal paziente, dai due terapeuti (medico e psicologo, uno dei quali è anche il case manager) e dal mediatore culturale. Come già evidenziato, alla terapia individuale è stato poi affiancato un costante supporto psico-sociale. Nei casi che riguardano traumi complessi in pazienti migranti il trattamento che utilizza il SCI è particolarmente efficace poiché permette: 1) l'approccio integrato soma-psiche; 2) un intervento culturalmente adattato; 3) la condivisione di responsabilità tra terapeuti; 4) la prevenzione del trauma vicario e della compassion fatigue; 5) una maggiore stabilità dell'alleanza terapeutica.

Una riflessione particolare merita il tema dell'alleanza terapeutica dal momento che come ha efficacemente evidenziato Chu, la terapia del trauma complesso è come un viaggio sulle montagne russe (Chu, 1998) segnato da continue crisi o rotture dell'alleanza terapeutica e da costanti tentativi di riparazione tanto che il percorso terapeutico è più realisticamente illustrato da un percorso a spirale piuttosto che da un sentiero lineare progressivo. Nel caso di Mohamed risulta particolarmente interessante analizzare l'andamento dell'alleanza terapeutica illustrato graficamente nel profilo della figura 4, un profilo che appunto come le montagne russe, è costante nella sua discontinuità. Significativamente, le crisi della relazione terapeutica si verificano spesso quando la situazione contingente sembra oggettivamente migliorare (ad esempio ottenimento dello status di rifugiato oppure ingresso dei figli a scuola) oppure quando l'assenza momentanea di uno dei terapeuti può essere interpretata dal paziente come una valutazione di diminuita gravità del disturbo da parte del terapeuta. In questo contesto è allora possibile ipotizzare che "la condizione di malato" diventi essa stessa un fattore di resistenza al cambiamento? Per un paziente come Mohamed (con uno stile di personalità particolarmente sensibile al rango), che in un breve lasso di tempo ha subito perdite radicali (professione, prestigio familiare, ricchezza), la *malattia* può diventare l'estremo strumento per recuperare *uno status di potere* mantenendo in qualche modo nelle sue disponibilità operatori e terapeuti? La *guarigione* o ciò che può far pensare ad essa, in questo caso, rappresenterebbero la perdita o la minaccia anche di quest'ultimo potere. Non vi è d'altra parte circolo vizioso più doloroso (e patogeno) di quello di odiarsi per il fatto di essere malato e degradato e allo stesso tempo (nell'incapacità di trovare nuovi scopi esistenziali in un paese straniero in cui si stenta a trovare un qualche punto di riferimento) di dover ricorrere – anche se in modo inconsapevole – proprio a quella *malattia* come unica ed estrema risorsa per mantenere un simulacro di controllo e di rango. Un paradosso in cui entrambe le condizioni, *malattia* e *guarigione* sembrano a

questo punto minacciare – certo, in modo e grado diverso – lo stesso scopo: il mantenimento di uno status di rango e di potere.

Fig. 5 – L'andamento della relazione terapeutica



“STARE SUL FONDO”: QUESTIONI APERTE

Nel capitolo intitolato “Sul fondo”, uno dei più tragici di *Se questo è un uomo*, Primo Levi racconta con parole indelebili l'orrore della demolizione di un uomo, di come il trauma complesso porti all'annientamento di una personalità. La tortura, la prigionia e la sofferenza di Mohamed ricordano come lo “stare sul fondo” accompagni a lungo l'esistenza di coloro che sono sopravvissuti ad un trauma complesso. Casi come questi mettono a nudo i limiti delle attuali classificazioni dei disturbi post-traumatici, non solo dal punto di vista diagnostico, ma anche e soprattutto sul piano della prognosi e del trattamento. Nel caso di Mohamed la rielaborazione delle memorie traumatiche attraverso la NET ha permesso una significativa riduzione della sintomatologia tipica del PTSD ma ha solo scalfito il nucleo psicopatologico di ciò che Judith Herman ha chiamato disturbo da stress post-traumatico complesso ed in particolare quei caratteristici cambiamenti della personalità che comprendono distorsioni delle relazioni e dell'identità. Tali aspetti sono ancora più esplicitamente descritti in quello che nell'ICD 10 viene definito *Enduring Personality Change After Catastrophic Experience* e che nell'ICD-11, in pubblicazione, verrà finalmente e opportunamente inquadrato come PTSD complesso. All'interno del disturbo PTSD complesso sarà poi necessario approfondire alcuni fondamentali aspetti riguardanti eziologia, vulnerabilità, patogenesi e prognosi. Stiamo ad esempio parlando della stessa entità psicopatologica quando siamo di fronte ad un disturbo che ha le sue radici negli sviluppi traumatici dell'infanzia e ad un altro provocato da espe-

rienze traumatiche estreme come la tortura e la prigionia in età adulta? In quali casi le alterazioni della personalità diventano effettivamente *irreversibili*? E ancora, qual è la relazione tra traumi estremi e PTSD complesso? Quel che emerge dalla nostra esperienza con migranti vittime di tortura nel centro Psyché, è che se oltre i due terzi dei soggetti sopravvissuti a traumi complessi sviluppa successivamente un franco PTSD (*dati in pubblicazione*), solo una minor parte di essi manifesta il quadro psicopatologico del PTSD complesso. In altre parole, contrariamente a quanto affermato dall'ICD 10, un evento o una serie di eventi potenzialmente traumatici sembrano non poter mai prescindere dalla vulnerabilità del soggetto per quanto concerne le loro conseguenze psicopatologiche. In questa prospettiva appare più corretto definire il trauma complesso attraverso una descrizione oggettiva (eventi interpersonali ripetuti o prolungati) che non in funzione delle sequele psicopatologiche che possono differire dal punto di vista qualitativo e quantitativo dipendendo dalla vulnerabilità del soggetto. Se dunque trauma complesso e PTSD complesso non sono affatto sinonimi, quali sono i possibili fattori di vulnerabilità che favoriscono lo sviluppo dei disturbi post-traumatici più severi nell'adulto? Secondo l'ipotesi di Liotti (Liotti e Farina, 2011) i soggetti vulnerabili al PTSD complesso presentano spesso una storia di sviluppo traumatico, vale a dire una disorganizzazione precoce dell'attaccamento con conseguente assestamento su una strategia controllante (nel caso di Mohamed, un'organizzazione basata sul rango). Le esperienze traumatiche successive (nel nostro caso la prigionia e la tortura) vanificano le strategie compensatorie facendo così riemergere la sottostante disorganizzazione. Nel caso di M. non siamo stati in grado di verificare l'esistenza di una disorganizzazione precoce dell'attaccamento, ma certamente la storia clinica suggerisce che elementi di vulnerabilità particolarmente rilevanti per lo sviluppo del PTSD complesso nell'adulto possano essere alcuni stili di personalità e nello specifico quelli particolarmente sensibili al rango e alla competizione.

Dal punto di vista terapeutico, la NET, e in parte la mindfulness, hanno dimostrato nel caso M. di essere strumenti con eccellente valenza transculturale se opportunamente veicolati da mediatori formati. D'altra parte questo caso clinico dimostra come il trattamento di un Disturbo post traumatico complesso necessiti, soprattutto nella fase di integrazione, di strumenti terapeutici più complessi di quelli di norma utilizzati nel PTSD semplice, e che tali strumenti – come nel caso di molti disturbi di personalità – devono necessariamente affrontare profonde alterazioni dell'identità e della percezione del Sé.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association** (2000) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Revised 4th ed.)*, American Psychiatric Association, Washington, DC
- American Psychiatric Association** (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*, American Psychiatric Publishing, Arlington, VA
- Campbell T.A.** (2007) "Psychological assessment, diagnosis, and treatment of torture survivors: a review", *Clin. Psychol. Rev.*, 27(5): 628-41. DOI: 10.1016/j.cpr.2007.02.003
- Chu J.A.** (1998) *Rebuilding shattered lives: The responsible treatment of complex post-traumatic stress and dissociative disorders*, John Wiley & Sons, New York. DOI: 10.1080/00029157.2001.10403461
- Cienfuegos A.J., Monelli C.** (1983) "The testimony of political repression as a therapeutic instrument", *American Journal of Orthopsychiatry*, 53(1): 43-51. DOI: 10.1111/j.1939-0025.1983.tb03348
- Cloitre M., Courtois C.A., Ford J.D., Green B.L., Alexander P., Briere J., Herman J.L., Lanius R., Stolbach B.C., Spinazzola J., Van der Kolk B.A., Van der Hart O.** (2012) *The ISTSS Expert Consensus Treatment Guidelines for Complex PTSD in Adults*. DOI: 10.1002/jts.20697
- Dimaggio G., Montano A., Popolo R., Salvatore G.** (2013) *Terapia metacognitiva interpersonale*, Raffaello Cortina, Milano
- Elbert T., Schauer M.** (2002) "Burnt into memory", *Nature*, 412, 883. DOI: 10.1038/419883a
- Ellis A.** (1962) *Reason and Emotion in Psychotherapy*, Stuart, New York
- Fiore D., Semerari A.** (2003) "Il Disturbo Borderline di Personalità", in Dimaggio G., Semerari A. (a cura di), *I Disturbi di Personalità. Modelli e trattamento. Stati mentali, meta rappresentazione, cicli interpersonali*, Laterza, Roma-Bari
- Foa E.B., Rothbaum B.A.** (1998) *Treating the trauma of rape: Cognitive behavioral therapy for PTSD*, Guilford Press, New York
- Friedman M.J.** (2013) "Finalizing PTSD in DSM-5: Getting here from there and where to go next", *Journal of Traumatic Stress*, 26: 548-556. DOI: 10.1002/jts.21840
- Herman J.L.** (1992a) "Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma", *Journal of Traumatic Stress*, 5: 377-391
- Herman J.L.** (1992b) *Trauma and recovery*, Basic Books, New York
- Janet P.** (1925) *Principles of psychotherapy*, Allen & Unwin, London (originally published in Paris, 1919)
- Lang P.J.** (1984) "Dead Souls: Or Why the Neurobehavioral Science of Emotion Should Pay Attention to Cognitive Science", in Elbert Th., Rockstroh B., Lutzenberger W., Birbaumer N. (eds.), *Self-regulation of the brain and behaviour*, Springer Verlag, Berlin, pp. 255-272

- Lang P.J.** (1993) "The network model of emotion: Motivational connections", in Wyer R.S., Srull Jr., T.K. (eds.), *Advances in social cognition, Vol. 6. Perspectives on anger and emotion*, Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ, pp. 109-133
- Liotti G., Farina B.** (2011) *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*, Raffaello Cortina, Milano
- Maercker A., Brewin C.R., Bryant R.A., Cloitre M., Reed G.M., Van Ommeren M., Saxena S.** (2013) "Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11", *Lancet*, 381: 1683-1785. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)62191-6
- Mancini F., Semerari A.** (a cura di) (1991) *Le teorie cognitive dei disturbi emotivi*, La Nuova Italia, Roma
- Medici per i Diritti Umani** (2016) *Esodi/Exodi: Migratory Routes from Sub-Saharan Countries to Europe*, http://www.mediciperidirittiumani.org/pdf/Report_Medu_Exodi.pdf. Accessibilità verificata a Febbraio 2018
- Meccalfe J., Jacobs W.J.** (1996) "An interactive hot system/cool system view of memory under stress", *PTSD Research Quarterly*, 7: 1-6
- Safran J.D., Muran J.C.** (2000) *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*, Guilford, New York
- Safran J.D., Segal Z.V.** (1990) *Interpersonal process in cognitive therapy*, Basic Books, New York
- Schauer M., Elbert T.** (2010) "Dissociation following traumatic stress: etiology and treatment", *Journal of Psychology*, 218: 109-127. DOI: 10.1027/0044-3409/a000018
- Schauer M., Neuner F., Elbert T.** (2011) *Narrative Exposure Therapy: A short Term Treatment For Traumatic Stress Disorders (2nd edition)*, Hogrefe Publishing, Cambridge, MA
- Semerari A.** (1999) *Psicoterapia cognitiva del paziente grave: meta cognizione e relazione terapeutica*, Raffaello Cortina, Milano
- Semerari A., Pellacchia G., Carcione A.** (2016) "La relazione terapeutica", in Carcione A., Nicolò G., Semerari A. (a cura di), *Curare i casi complessi. La Terapia meta cognitiva interpersonale dei disturbi di personalità*, Laterza, Roma-Bari
- Steel Z., Chey T., Silove D., Marnane C., Bryant R.A., van Ommeren M.** (2009) "Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis", *JAMA*, 302(5): 537-49. DOI: 10.1001/jama.2009.1132
- Teasdale J.D., Segal Z.V., Williams J.M.G.** (1995) "How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? An information processing analysis", *Behaviour Research & Therapy*, 33: 25-39

- ter Heide F.J.J., Mooren T.M., Kleber R.J. (2016) "Complex PTSD and phased treatment in refugees: a debate piece", *European Journal of Psychotraumatology*, 7, 28687. DOI: 10.3402/ejpt.v7.28687
- Van der Kolk B.A., Roth S., Pelcovitz D., Sunday S., Spinazzola J. (2005) "Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma", *Journal of Traumatic Stress*, 18: 389-399. DOI: 10.1002/jts.20047
- Van der Kolk B.A., Van der Hart O. (1989) "Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma", *American Journal of Psychiatry*, 146: 1530-1540
- World Health Organization (1992) *International Classification of Diseases (ICD-10)*, World Health Organization, Geneva