

## INTRODUZIONE ALLA PSICOTERAPIA DEL DISTURBO POST-TRAUMATICO DI STRESS/DPTS

Gabriele Lo Iacono  
Psicologo psicoterapeuta a Trento, didatta APC e SPC

### Riassunto

Nella prima parte questo articolo presenta sinteticamente gli scopi perseguiti dalle psicoterapie per il Disturbo Post-traumatico di Stress/DPTS e le loro componenti comuni, soffermandosi in particolare sul racconto del trauma e sulla specificità del ruolo dello psicoterapeuta. Nella seconda parte vengono passati rapidamente in rassegna gli approcci psicoterapeutici riguardo ai quali si possiedono prove di efficacia. Viene dedicato più spazio alla terapia di esposizione in quanto risulta essere la modalità di trattamento più fondata empiricamente ed è al contempo una delle meno note al pubblico italiano.

**Parole chiave:** *Prove di efficacia in psicoterapia*

## AN INTRODUCTION TO THE PSYCHOLOGICAL TREATMENT OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER

### Summary

Initially this paper presents shortly the goals of psychotherapies for Post-traumatic Stress Disorder/PTSD and their common components, expanding specifically on both the trauma narrative and the specificity of psychotherapist's role in treatment. Then evidence based psychotherapy approaches are briefly reviewed. Exposure therapy is discussed in more detail as it is the most empirically validated treatment approach for PTSD and in Italy it is one of the less known.

**Key words:** *Evidence based psychotherapy for PTSD*

### Gli scopi delle terapie per il DPTS

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

- stabilire un senso di sicurezza;
- migliorare le abilità decisionali e di fronteggiamento adattivo;
- stabilire un'idea realistica di sé, come persona stabile, coerente, competente e degna;

- migliorare la competenza per le funzioni sociali, familiari e personali;
- migliorare la preparazione razionale e la resilienza agli stressor futuri (Horowitz 2001, p. 182).

Il paziente con DPTS, data la sua condizione, deve essere protetto da una serie di pericoli: gli incidenti dovuti alla minore attenzione e ai tempi di reazione ridotti, le decisioni inadeguate e prese sulla base di convinzioni erranee o di ripetizioni compulsive, la stigmatizzazione sociale conseguente a perdite, ferite, colpa o vittimizzazione, la demoralizzazione o il suicidio (per menomazione del senso di identità e perdita di senso), la cattiva regolazione chimico-fisiologica dovuta a forte stanchezza, incremento degli ormoni dello stress, abuso di sostanze o abuso di farmaci.

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

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

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

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

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

In sintesi, la costruzione di una nuova narrazione emerge da ciò che il paziente farà concretamente per rimodellare la sua vita. I pazienti devono compiere degli "esperimenti personali"

nella loro quotidianità; questi esperimenti forniranno loro delle nuove informazioni che potranno essere utilizzate per modificare assunti e convinzioni disfunzionali su di sé e sul mondo. Devono cominciare a raccontare a se stessi storie nuove che consentano loro di passare dal considerarsi “vittime” a considerarsi “sopravvissuti”. Per esempio, in un caso clinico la paziente inizialmente si vedeva come una “vittima ostinata” e nel corso del trattamento giunse a considerarsi una “sopravvissuta tenace”. Nel corso della terapia, le fu chiesto che cosa avesse fatto che giustificasse la sua osservazione di essere una “sopravvissuta tenace”. Rispondendo non si limitò a fornire a informazioni al terapeuta ma riuscì anche a convincersi della sua “tenacia”. Questo è un modello di cambiamento probativo che deriva dalla prospettiva costruttiva narrativa.

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

## Le componenti comuni nei trattamenti per il DPTS

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

Gli elementi comuni sono i seguenti:

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

Secondo Friedman (1996), vari psicoterapeuti che hanno lavorato con persone che hanno

subito eventi traumatici di vario genere (guerra, disastri naturali, ecc.) in genere concordano sul fatto che la terapia può essere divisa in tre fasi:

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

Friedman osserva che i pazienti che raggiungono la terza fase hanno integrato gli eventi post-traumatici e sono pronti a concentrarsi, quasi esclusivamente, sui problemi del qui e ora che riguardano il matrimonio, la famiglia e altre questioni attuali.

## Il racconto del trauma in terapia

Il clinico che cerca di coinvolgere il paziente nel trattamento gli chiede di correre un rischio molto grande, cioè quello di rinunciare a tutte le sue strategie psicologiche e ai suoi comportamenti protettivi costruiti per tenere lontani i ricordi intrusivi e i sintomi di iperattivazione. Quindi il terapeuta deve essere consapevole del fatto che l'assessment e il trattamento sono potenzialmente destabilizzanti. La terapia può avere successo soltanto in un contesto di sensibilità, fiducia e sicurezza. Il terapeuta deve sapere che il paziente può avere bisogno di tanto tempo per perdere i molti strati di sintomi protettivi accumulatisi negli anni successivi al trauma. Il prima possibile deve far capire al paziente che sa che la terapia può far paura e provocare dolore. Inoltre deve reprimere il proprio bisogno di farsi raccontare il più presto possibile la storia del trauma e dare alla terapia un ritmo che il paziente possa tollerare. Può essere conveniente seguire l'esempio di Friedman (1996) e dire al paziente di avvertire se la terapia comincia a provocare un disagio eccessivo; in tal caso il terapeuta fa un passo indietro e così rafforza l'atmosfera di fiducia e sicurezza e nel complesso conserva lo slancio della terapia nonostante la paura momentanea.

Alcuni pazienti possono sentirsi così sollevati per il fatto di avere finalmente l'opportunità di discutere delle loro esperienze dolorose del passato, rimaste a lungo repressi, da non vedere l'ora di parlarne con il terapeuta. Altri sono altrettanto motivati ma può sembrare che resistano alla terapia a causa della paura che essa possa risvegliare emozioni troppo dolorose. Costoro hanno molto bisogno di percepire un ambiente sicuro. Altri ancora magari hanno cercato delle cure psicoterapeutiche per problemi di depressione, ansia, dipendenza da sostanze, disturbi alimentari, malesseri fisici, o disturbi dell'adattamento più che per il DPTS. In effetti, fra le persone affette da DPTS che cercano un trattamento, fino all'80% ha almeno un'altra diagnosi psichiatrica: disturbi affettivi (26-65%), disturbi d'ansia (30-60%), alcolismo o abuso di sostanze (60-80%) o disturbi di personalità (40-60%) (Friedman 1990; Jordan et al. 1991; Kulka et al. 1990). Con questi pazienti a volte il DPTS emerge come possibilità diagnostica soltanto dopo che il clinico ha raccolto una descrizione dettagliata della storia del trauma nel contesto di un assessment generale. Infine esiste un gruppo di pazienti difficili che arriva in terapia a causa di comportamenti distruttivi o autodistruttivi e che inizialmente sembra soffrire principalmente di un disturbo di personalità. I pazienti di questa categoria possono essere i superstiti adulti di abusi sessuali infantili protratti la cui storia traumatica può essere messa in ombra da etichette psichiatriche come disturbo di personalità borderline, disturbo di personalità multipla, e disturbo somatoforme. Oltre ai sintomi di DPTS, queste persone spesso presentano problemi di regolazione emozionale,

comportamento impulsivo, sintomi dissociativi, problemi di fiducia, comportamento sessuale inappropriato, e un'ampia gamma di disturbi somatici. Questi problemi possono occupare la maggior parte della terapia. Il trattamento di questi pazienti può essere ulteriormente complicato dalla presenza di processi di pensiero disturbati, ricordi incompleti e sintomi dissociativi.

Come osserva Friedman (1996), la storia del trauma è essenziale. Data l'esistenza di tassi di comorbidità elevati e di una sovrapposizione significativa fra i sintomi del DPTS e quelli della depressione e di altri disturbi d'ansia, il racconto del trauma è il principale strumento per diagnosticare il DPTS e distinguerlo dagli altri disturbi mentali più importanti. Esistono molti aneddoti di pazienti gravemente traumatizzati il cui psicoterapeuta non si è mai preso la briga di verificare se avessero subito dei traumi nell'infanzia o da adulti. Con la guida del terapeuta hanno trascorso un'infinità di ore ad analizzare i loro conflitti edipici, le loro dinamiche familiari e i loro conflitti interpersonali attuali. La scoperta tardiva della centralità di un abuso sessuale, di uno stress da combattimento o di una situazione di violenza domestica in seguito ha fornito la chiave per comprendere i loro sintomi attuali e ha spostato la terapia su un terreno più fecondo.

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

## Il coinvolgimento del terapeuta

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

A volte i terapeuti hanno pensieri intrusivi e incubi che riprendono i racconti dei loro pazienti. A volte si sentono in colpa per il fatto di essere stati risparmiati da questi orrori. Possono sentirsi profondamente impotenti per non avere potuto proteggere i loro pazienti dai traumi passati e dalla sofferenza presente. Questi sentimenti possono suscitare varie reazioni poco appropriate che interferiscono con la terapia e disturbano il terapeuta a livello personale. Herman (1992) osserva che le forti emozioni provate nel corso della terapia possono indurre il terapeuta a compiere tentativi di soccorso, violare i confini o a cercare di controllare il paziente. Il terapeuta inoltre può mettere in atto una serie di strategie di fronteggiamento basate sull'evitamento/ottundimento e cioè il dubbio, la negazione, l'evitamento, il disconoscimento, l'isolamento, l'intellettualizzazione, la dissociazione, la minimizzazione o l'evitamento del materiale traumatico (Friedman 1996). Questo fenomeno è stato definito "traumatizzazione vicaria" o "stanchezza da compassione".

Secondo Friedman (1996) è utile distinguere tre circostanze diverse ma che non si escludono a vicenda in cui un terapeuta che lavora con clienti traumatizzati può sviluppare dei sintomi, entrare in uno stato di stress o paralizzarsi.

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

Per Friedman (1996) non basta che i terapeuti riconoscano questi rischi connessi al loro lavoro ma devono cercare consapevolmente e sistematicamente di prevenire la traumatizzazione creando attorno a loro un ambiente capace di offrire sostegno, controllando il carico di lavoro in termini di numero di persone traumatizzate e gravità delle loro condizioni, creando dei confini chiari fra il lavoro e la vita privata, facendosi supervisionare costantemente e creando una struttura istituzionale che affronti questo problema, come un contesto terapeutico di gruppo.

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

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

*Perdita di obiettività.* Se si perde di obiettività, la consapevolezza che gli aerei a volte si schiantano, e che degli adulti apparentemente innocui in realtà molestano i bambini, può trasformarsi nell'aspettativa che tutti gli aerei abbiano molte probabilità di schiantarsi e che tutti gli adulti tenderanno a fare del male a tuo figlio. Quando si perde di obiettività in questo modo, si entra nel mondo dei traumatizzati. Questo atteggiamento è accompagnato da uno stato di iperattivazione; si sta costantemente sul chi vive aspettandosi continuamente un pericolo. Se non riesce a recuperare il proprio senso di obiettività, il passo successivo tende ad essere l'evitamento, e la vita finirà per organizzarsi intorno a ciò che potrebbe succedere anziché a ciò che sta succedendo. È a questo punto che l'esposizione secondaria produce la traumatizzazione secondaria.

Proprio come nello stress traumatico primario, il rischio di perdere il senso delle proporzioni cresce con l'aumentare dell'esposizione agli stressor secondari. Ma come accade per i superstiti di traumi primari, gli effetti dell'esposizione secondaria sono modulati da un ambiente popolato da persone disposte ad ascoltare e aiutare.

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

Da molti punti di vista, ciò di stiamo parlando è simile al vecchio concetto di burnout (che alcune persone considerano un elemento della stanchezza da compassione). Il burnout non riguarda solo le persone che svolgono una professione di aiuto ma assume una qualità speciale quando si combina con l'esposizione allo stress traumatico secondario. Molti lavori comportano stress. Molti costringono a mantenere un livello di attivazione fisiologica elevato, per cui poi è necessario rilassarsi. Molti sono logoranti sul piano emozionale, anche se i più logoranti tendono ad essere quelli che richiedono di trattare con le emozioni altrui. E ce ne sono altri che scuotono la nostra visione del mondo e mettono in crisi gli assunti fondamentali sulla nostra sicurezza personale. Ma sono pochi i lavori in cui si combinano tutti questi elementi. Chiunque faccia lo psicoterapeuta rischia di vivere in prima persona le esperienze traumatiche dei suoi pazienti o in piccolo o in forma di DPTS conclamato.

## I trattamenti del DPTS dimostratisi efficaci

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

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

Tabella 1. *Qualità delle prove di efficacia per i principali trattamenti psicoterapeutici utilizzati per il DPTS (tratto da Management of post-traumatic stress working group 2004). Gli obiettivi di riferimento sono la riduzione della gravità dei sintomi e il miglioramento del funzionamento globale del paziente. L'importanza e la rilevanza clinica di altri indicatori di esito - per esempio, il miglioramento della qualità della vita e della salute fisica e mentale - attualmente è poco conosciuta.*

Valutazione	Benefici sostanziali	Qualche beneficio	Utilità sconosciuta	Nocività
A	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Terapia Cognitiva</li> <li>· Terapia di Esposizione</li> <li>· Stress Inoculation Training</li> <li>· Eye Movement Desensitization and Reprocessing</li> </ul>			
B		<ul style="list-style-type: none"> <li>· Terapia di Ripetizione Immaginativa (Imagery Rehearsal Therapy)</li> <li>· Terapia Psicodinamica</li> </ul> <p>Come trattamenti integrativi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Terapia Comportamentale Dialettica</li> <li>· Ipnosi</li> </ul>		
C				
D				
I		Informazioni sul DPTS		

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

Le raccomandazioni riportate nelle linee guida sono le seguenti:

1. Gli erogatori dovrebbero illustrare a tutti i pazienti con DPTS la gamma di opzioni terapeutiche disponibili ed efficaci per il loro disturbo.
2. La terapia cognitiva, la terapia di esposizione e l'EMDR sono fortemente raccomandati per il trattamento del DPTS in popolazioni di militari e non. L'EMDR è risultato efficace quanto gli altri trattamenti in alcuni studi e meno efficace in altri studi.
3. La terapia di ripetizione immaginativa e quella psicodinamica possono essere prese in considerazione come cure per il DPTS.
4. L'informazione è una componente terapeutica consigliata per tutti i pazienti.
5. Nel caso di pazienti con disturbo di personalità borderline che si traduce in comportamenti parasuicidari, va presa in considerazione la terapia comportamentale dialettica.



6. Le tecniche ipnotiche possono essere utili specialmente per i sintomi associati del DPTS - come il dolore, l'ansia, la dissociazione e gli incubi - sui quali l'ipnosi si è dimostrata efficace.
7. Può essere utile integrare le terapie specialistiche per il DPTS con metodi/servizi mirati su problemi specifici o con farmacoterapia.
8. La combinazione di diversi metodi terapeutici cognitivo-comportamentali (per es., terapia di esposizione e terapia cognitiva) pur essendo efficace non si è dimostrata superiore alle componenti singole.
9. Le tecniche psicoterapeutiche specifiche possono non essere ugualmente efficaci con tutti i pazienti. Nella scelta di una modalità terapeutica specifica, può avere senso tenere in considerazione certe caratteristiche del paziente, come il sesso, il tipo di trauma (per es., di guerra o di altro tipo) e la storia passata.
10. La scelta del trattamento psicoterapeutico o farmacologico da utilizzare dovrebbe orientarsi sui metodi di efficacia provata.
11. La scelta degli interventi individuali dovrebbe basarsi su:
  - Le preferenze del paziente;
  - Il livello di abilità e di familiarità del clinico con una data modalità;
  - Il tentativo di aumentare al massimo i benefici e ridurre al minimo dei rischi per il paziente;
  - Una valutazione di fattibilità e di disponibilità di risorse.
12. Le psicoterapie dovrebbero essere erogate il più possibile da persone con una specifica formazione nei metodi utilizzati.

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

Nelle prossime sezioni mi concentrerò sui trattamenti di cui è stata documentata l'efficacia.

## Trattamenti per cui si possiedono prove "forti" di utilità

### *La terapia cognitiva*

Le teorie cognitive dei disturbi emozionali, come la teoria degli schemi, si basano sul principio secondo cui esisterebbe una connessione fra disturbi psicologici e disturbi del pensiero. In particolare, l'ansia e la depressione sono caratterizzate da pensieri automatici negativi e distorsioni interpretative. Si ritiene che le interpretazioni o i pensieri negativi derivino dall'attivazione di convinzioni negative immagazzinate nella memoria a lungo termine. Lo scopo della psicoterapia cognitiva è modificare i pensieri e le convinzioni negative, nonché i relativi comportamenti associati, che mantengono i disturbi psicologici. Secondo questo approccio, i disturbi emozionali sono legati all'attivazione di schemi disfunzionali. Gli schemi sono strutture mnestiche che contengono due tipi di informazioni: le convinzioni e gli assunti. Le convinzioni sono costrutti di base riguardanti sé e il mondo che hanno carattere assoluto e generale (per es., "Sono vulnerabile" o "Il mondo è un posto pericoloso") e che vengono tenuti per veri. Gli assunti sono invece

relativi e specifici e sono la rappresentazione di relazioni specifiche fra eventi e valutazioni riferite a sé (per es., “Se ho dei sintomi fisici che non si spiegano, devo essere gravemente malato”). Si ritiene che gli schemi disfunzionali che caratterizzano i disturbi emozionali siano più rigidi, inflessibili e definiti di quelli delle persone normali; il contenuto degli schemi, inoltre, sarebbe connesso in modo specifico al tipo di disturbo. Gli schemi dell’ansia consistono di convinzioni e assunti relativi al pericolo e all’incapacità di fronteggiare una situazione. Nella depressione invece gli schemi sono incentrati sui temi della “triade cognitiva negativa”: alcune esperienze infantili fornirebbero una base per la formazione di concetti negativi riguardo a sé, al futuro e al mondo esterno. Quando si attivano, gli schemi disfunzionali introducono delle distorsioni nell’elaborazione e nella interpretazione delle informazioni. Queste distorsioni si manifestano a livello superficiale sotto forma di pensieri automatici negativi nel flusso della coscienza. Questo tipo di valutazioni negative è una manifestazione dei meccanismi cognitivi sottostanti che mantengono i disturbi emozionali (Wells 2002).

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

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

#### Terapia di elaborazione cognitiva per i traumi

Questo metodo mira ad alleviare il PTSD e i disturbi emozionali aiutando i clienti a elaborare il trauma in modo completo, ad accettare che l’evento traumatico è accaduto e a adattare gli schemi esistenti per includervi le nuove informazioni. Un punto focale importante della terapia consiste nell’identificare e modificare gli *stuck point* (punti di blocco), ovvero le aree di elaborazione incompleta. Gli *stuck point* si manifestano spesso sotto forma di distorsioni cognitive come la negazione (per es., nel caso di una violenza sessuale, “non si è trattato veramente di uno stupro”), autobiasimo (“me la sono cercata perché ho bevuto troppo”) e ipergeneralizzazione (per es., “Tutti gli uomini sono pericolosi”). La valutazione degli *stuck point* dura per tutto il processo terapeutico e si concentra principalmente nelle sedute della parte centrale del trattamento.

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

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

L’elaborazione delle informazioni può restare incompiuta anche quando altre persone inculcano nella vittima informazioni conflittuali (per es., biasimano la vittima per il trauma che ha subito). Alcuni clienti possono essere predisposti a utilizzare l’evitamento come strategia di difesa – e anche questo può provocare un’elaborazione inadeguata del trauma. Altri clienti possono

### *Introduzione alla psicoterapia del disturbo post-traumatico di stress/DPTS*

non essere capaci di elaborare un evento quando esso gli appare del tutto estraneo e non possiedono, quindi, degli schemi validi in cui classificarlo.

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

Per facilitare l'elaborazione dei traumi, la CPT utilizza:

- l'informazione;
- l'esposizione;
- e mezzi di ristrutturazione cognitiva.

Il terapeuta fornisce informazioni sul DPTS e dimostra la relazione esistente fra pensieri ed emozioni. Gli stuck point vengono portati alla luce sollecitando i ricordi del trauma con gli affetti connessi. Poi le convinzioni erronee o conflittuali vengono messe in discussione e risolte. Il terapeuta si concentra in modo particolare sugli effetti del trauma sulle cinque aree di funzionamento identificate da McCann et al. (1988): la *sicurezza*, la *fiducia*, il *potere*, la *stima* e l'*intimità*. Naturalmente traumi differenti, a seconda del genere, possono intaccare in modo particolare alcune di queste aree.

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

### *Stress inoculation training*

Lo stress inoculation training è una psicoterapia cognitivo-comportamentale messa a punto da Donald Meichenbaum (vedi in italiano il primo manuale sullo stress inoculation training: Meichenbaum 1990). È una sorta di cassetta degli attrezzi per favorire l'apprendimento di strategie di gestione dell'ansia e dello stress. Originariamente venne sviluppato per la gestione dei sintomi d'ansia ma presto venne adatto per il trattamento delle donne che hanno subito una violenza sessuale. Solitamente consiste nell'apprendimento e nell'applicazione di abilità di fronteggiamento e comprende training di rilassamento muscolare profondo, di controllo della respirazione, di assertività, di arresto del pensiero e di pensieri e autoaffermazioni positive.

Le tre fasi del SIT

Lo stress inoculation training può essere suddiviso concettualmente nelle tre fasi seguenti (Meichenbaum 1990).

1. La *concettualizzazione*, che si compone di
  - a. Informazione sullo stress
  - b. Ristrutturazione delle idee errate sullo stress
2. *Acquisizione e prova delle abilità di fronteggiamento*, in cui si apprendono e si sperimentano praticamente:
  - a. Il problem solving, cioè il metodo razionale di soluzione dei problemi, che si compone delle fasi seguenti:

- Identificazione problema: Qual è il problema?
  - Selezione degli obiettivi: Che cosa voglio?
  - Individuazione alternative: Che cosa potrei fare?
  - Analisi conseguenze: Che cosa succederebbe?
  - Decisione: Cosa è meglio fare?
  - Applicazione: Ora agisci!
  - Valutazione: Ha funzionato?
- b. Le tecniche di rilassamento
  - c. Alcune strategie cognitive, fra cui la ristrutturazione
  - d. Autoaffermazioni positive. Si preparano insieme al paziente delle frasi ( dei ragionamenti) da ripercorrere nei momenti critici, al posto dei pensieri automatici che inducono reazioni comportamentali ed affettive disfunzionali. Se ne trovano insieme al paziente di adatte alle varie fasi di esposizione alle situazioni ansiogene, e cioè alle fasi di:
    - Preparazione alle situazioni difficili
    - Gestione dell'ansia
    - Gestione del senso di sopraffazione
    - Valutazione finale dell'esperienza di esposizione
3. *Applicazione e richiamo delle abilità*, che si compone di
- a. Prova immaginativa (il paziente immagina di accostarsi alle situazioni difficili, identifica i punti critici e li affronta efficacemente sul piano dell'immaginazione)
  - b. Prova comportamentale, role-playing e modeling
  - c. Esposizione graduale in vivo
  - d. Prevenzione delle ricadute

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

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

Dopo essersi esercitati nel fronteggiamento delle reazioni fisiologiche e dei pensieri indesiderati, i pazienti imparano tecniche di ripetizione immaginativa e tecniche di role-playing per affrontare l'evitamento comportamentale. Poiché le vittime di traumi tendono a generalizzare e a considerare pericolose molte situazioni, si utilizzano l'immaginazione e il role-playing per esercitarsi a utilizzare metodi di fronteggiamento nelle situazioni ansiogene. Il terapeuta dovrebbe discutere con il paziente la differenza fra ansia adeguata e realistica e reazioni ansiose innescate da oggetti e circostanze associate al trauma. Per affrontare i problemi di evitamento, il paziente dovrebbe essere incoraggiato a usare le sue abilità di fronteggiamento insieme alla procedura di stress inoculation, che si compone di 5 fasi:

- a) valutare obiettivamente la probabilità che l'evento traumatico si ripeta;
- b) gestire la tendenza all'evitamento comportamentale;

- c) controllare la tendenza all'autocritica e all'autosvalutazione;
- d) eseguire i comportamenti temuti;
- e) concedersi delle ricompense per i tentativi comportamentali e per l'impegno a seguire il protocollo.

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

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

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

### *Terapia di esposizione*

La terapia di esposizione è stata usata con successo per molti anni per trattare una varietà di disturbi, fra cui fobie, panico e disturbi ossessivo-compulsivi. Negli ultimi 15-20 anni, è stata applicata e *adattata* per il trattamento del DPTS. Ci sono più prove empiriche a sostegno dell'efficacia della terapia di esposizione di quante non ve ne siano per tutti gli altri trattamenti rivolti ai sintomi connessi a un trauma; ed è per questo che a questa procedura viene dedicato più spazio in questo articolo.

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

Anche le Expert Consensus Guidelines per il trattamento del DPTS considerano il trattamento di esposizione come uno dei più efficaci per il DPTS (Foa et al. 1999). Queste linee guida indicano l'esposizione come il trattamento più veloce per il DPTS e come uno dei preferiti in varie popolazioni di persone traumatizzate. Nonostante la numerosità e la coerenza delle prove empiriche a favore dell'efficacia del trattamento di esposizione per il DPTS, molti clinici non lo usano volentieri. Infatti, nelle Expert Consensus Guidelines l'esposizione è stata giudicata meno sicura di altre modalità di trattamento, come la terapia cognitiva, l'intervento psicoeducativo e la gestione dell'ansia, e come meno accettabile di questi altri trattamenti. Inoltre, nella stessa pubblicazione, il suo uso è poco raccomandato in presenza di disturbi psicopatologici associati (per es., depressione, abuso di sostanze, ecc.).

## Descrizione della procedura

Il nucleo della terapia di esposizione consiste nell'aiutare il cliente a confrontarsi con gli stimoli temuti fino a che la paura diminuisce. Sebbene esistano molte varianti dell'esposizione con le persone sopravvissute a un trauma, nell'approccio di Foa e Rothbaum al paziente si chiede di "rivivere" l'esperienza del trauma descrivendola ad alta voce, reiteratamente, parlando al presente, per 45-60 minuti (Foa e Rothbaum 1998). Il paziente viene incoraggiato a usare il maggior numero possibile di particolari, specialmente ricordi sensoriali, come odori, suoni, ecc. nonché i pensieri e gli stati d'animo vissuti durante l'evento.

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

## Linee guida cliniche per l'esposizione

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

I pazienti dovrebbero restare nella situazione di esposizione abbastanza a lungo da consentire all'ansia e alla sofferenza di ridursi. La tendenza, nella maggioranza dei clinici, è di interrompere l'esposizione ai primi segni di sofferenza nel paziente. Benché in genere ciò venga fatto con buone intenzioni, per proteggere il paziente, in realtà rinforza l'evitamento del trauma e impedisce la necessaria elaborazione emozionale. Inizialmente, una certa dose di sofferenza *dovrebbe essere preannunciata al paziente e normalizzata*. Poiché il ricordo del trauma, vale la pena ricordarlo, non è di per sé pericoloso, l'affetto associato al trauma diminuirà se gliene si darà la possibilità. Vogliamo che i clienti imparino che non hanno motivo di temere i loro ricordi del trauma. Il compito del terapeuta è di aiutare il paziente a tollerare l'ansia, all'interno di un ambiente sicuro, finché essa non diminuisce significativamente e/o non scompare.

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

I pazienti dovrebbero poter procedere secondo il loro ritmo. Nonostante la necessità di eseguire le esposizioni abbastanza a lungo, con un numero di ripetizioni sufficientemente elevato e abbastanza dettagliatamente, è essenziale adeguarsi al ritmo personale del paziente. Ciò è particolarmente vero nella prima esposizione quando il paziente probabilmente sperimenterà fortemente gli affetti connessi al trauma. Alla prima esposizione bisognerebbe evitare di insistere affinché il paziente rievochi i particolari. Inoltre le persone variano nella loro velocità di abituazione e nella risposta alle situazioni ansiogene. Il terapeuta deve tenere conto di queste differenze. Non bisogna mai passare a un nuovo ricordo traumatico o al livello successivo della gerarchia (nel-

l'esposizione in vivo) se non c'è tempo sufficiente perché avvenga l'abituazione. Se l'ansia e la sofferenza del paziente non calano significativamente prima della fine della seduta, occorre dedicare del tempo ad aiutare il cliente a rilassarsi. Se un paziente è molto ansioso dopo l'esposizione, è di importanza fondamentale aiutarlo a calmarsi prima di terminare la seduta, in modo che apprenda che può pensare al trauma e provare stati d'animo intensi e ciò nonostante continuare a stare bene.

I terapeuti dovrebbero regolare le loro risposte tenendo conto delle reazioni del paziente all'esposizione. Le reazioni problematiche tendono a ricadere in due estremi: o il paziente ha difficoltà a coinvolgersi nel ricordo o a provare le emozioni connesse al trauma, oppure è così preso dal trauma che è sopraffatto dalle emozioni associate ad esso. Spesso, quando un paziente è immerso nell'esposizione, fatica a ricordare che al momento non si trova veramente nella situazione traumatica. In questi casi, conviene che il terapeuta ricordi al paziente che si trova in un posto sicuro, che il terapeuta è lì accanto a lui e che ciò che sta affrontando è soltanto un ricordo. Questo aiuta il paziente a prendere un po' le distanze dall'esposizione in modo che l'affetto associato al trauma sia più gestibile. Lo scenario più tipico e problematico è quello del paziente che ha difficoltà a coinvolgersi nell'esposizione. L'esposizione, naturalmente, richiede che il paziente creda nel terapeuta abbastanza da impegnarsi proprio in quei ricordi che fino a quel momento ha cercato attivamente di evitare. L'evitamento può essere piuttosto diretto, ma frequentemente è straordinariamente sottile. Alcuni pazienti fanno finta di praticare l'esposizione ma si distaccano emozionalmente. La loro descrizione del trauma spesso appare piatta e circoscritta ai fatti oggettivi. Molte persone sopravvissute a traumi hanno imparato a usare la dissociazione come una forma di evitamento e possono non rendersi nemmeno conto che si stanno distaccando dal ricordo del trauma. In questa situazione, sta al terapeuta cercare di coinvolgere delicatamente il paziente nel ricordo. A volte lo si può fare sollecitando il paziente a rievocare più dettagli ("Dove si trova Lei quando l'uomo l'attacca?"), facendo delle domande sulle emozioni e sui pensieri avuti durante il trauma ("Che cosa sente quando lui Le dice ciò?") o cercando di fare emergere ricordi sensoriali ("Sente il suo odore?"). tutto ciò che riesce a rendere più vivido il ricordo può aiutare il paziente a coinvolgersi emozionalmente. Durante le fasi di preparazione prima che l'esposizione cominci, è molto importante sia incoraggiare i pazienti a concedersi di provare quelle emozioni sia rispondere ai timori riguardo a ciò che succederà se loro proveranno a farlo. Quando l'esposizione è finita è importante rinforzare questo messaggio e lodare gli sforzi fatti per calarsi nelle emozioni connesse al trauma.

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

### Critiche e risposte

Quando Astin e Rothbaum hanno presentato il loro lavoro con persone sopravvissute a traumi, clinici e ricercatori hanno manifestato varie convinzioni che li hanno indotti ad accogliere con poco entusiasmo questa tecnica. Di seguito vediamo quali sono queste convinzioni e come ribattono gli autori (Astin e Rothbaum 2000).

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

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

*2. L'esposizione priva i sopravvissuti della loro autonomia perché si ritrovano di fronte a ciò che non vorrebbero ricordare.*

L'evitamento è un aspetto centrale per la comprensione del DPTS. I ricordi del trauma si intromettono nella coscienza perché non sono stati elaborati adeguatamente; e poiché sono penosi, il superstite evita i ricordi, la qual cosa ne impedisce l'elaborazione. Questo circolo vizioso deve essere interrotto affinché il sopravvissuto prenda il controllo dell'esperienza traumatica. In realtà l'esposizione mette il sopravvissuto in condizione di recuperare il controllo dei ricordi traumatici. Dal momento che è un aspetto chiave del cambiamento terapeutico, tutti i bravi terapeuti a volte mettono i loro clienti di fronte a informazioni dolorose che loro preferirebbero evitare. Tale "confronto" è cruciale per la terapia del trauma. Benché possa avvenire in vari modi, la terapia di esposizione è un modo molto efficace ed efficiente per aiutare i superstiti a confrontarsi con i loro ricordi traumatici. Come in ogni terapia, è importante descrivere le componenti dell'esposizione e spiegarne la logica in modo che il cliente possa fare una scelta consapevole sul trattamento. Inoltre, vari pazienti hanno scelto di partecipare a questo tipo di terapia, e così i loro terapeuti li stanno aiutando a fare ciò che non sono riusciti a fare per conto loro. Evidentemente il cliente è libero di fare le sue scelte.

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

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

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

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



vari tentativi di suicidio, alti livelli di dissociazione, resistenza ad altre forme di terapia, intelligenza al limite del ritardo, danno cerebrale lieve e disturbi psicopatologici associati come la depressione, il disturbo di panico e l'abuso di sostanze.

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

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

*6. L'esposizione non serve per i sintomi connessi al trauma che non siano l'ansia e il DPTS.*

Anche se la giustificazione dell'esposizione riguarda principalmente la modificazione delle strutture di paura, gli affetti più forti andranno incontro ad abituaione in assenza di conseguenze sfavorevoli. Nella nostra esperienza clinica, molti clienti osservano che i loro sentimenti di depressione, rabbia, tristezza e colpa si riducono con l'esposizione. In genere, gli studi dimostrano che oltre a ridurre il DPTS l'esposizione prolungata riduce anche la depressione e l'autoaccusa (Rothbaum et al. 2000). Pitman et al., hanno riscontrato risultati equivoci quando hanno usato l'esposizione a stimoli evocatori di colpa e vergogna con pochi reduci di guerra il cui senso di colpa e di vergogna era spesso collegato con il loro comportamento in combattimento (Pitman et al. 1991). Inoltre, Foa et al. (1995) riferiscono che pazienti la cui reazione principale è la rabbia anziché l'ansia possono non trarre molti benefici dall'esposizione. Una ricerca preliminare di Novaco e Chemtob (1998) suggerisce che alcune popolazioni di persone traumatizzate possono trarre beneficio dalla gestione della collera in combinazione con il trattamento del trauma. Inoltre, l'esposizione è frequentemente combinata con la ristrutturazione cognitiva per affrontare altre tematiche cruciali per la soluzione del trauma, come l'autobiasimo o una visione distorta delle relazioni o del mondo.

*7. L'esposizione non consente al paziente di recuperare seguendo il suo ritmo.*

Il fatto è che i pazienti non si sono ripresi con il loro ritmo, se cercano un trattamento per il DPTS e necessitano di aiuto. La sensibilità del terapeuta alle differenze individuali nella velocità di abituaione e nella risposta alle situazioni ansiogene è una componente essenziale di una buona terapia di esposizione. Allo stesso tempo, è altrettanto essenziale assicurarsi che le esposizioni del cliente siano sufficientemente lunghe e vengano reiterate abbastanza frequentemente. A questo riguardo, l'esposizione può essere paragonata a una procedura medica, che per quanto spiacevole per il paziente, viene considerata necessaria per la guarigione. Inoltre, la procedura deve essere condotta in modo ottimale per ottenere una ripresa ottimale.

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

Di solito i pazienti con storie di traumi multipli, condizioni associate o patologie dell'Asse II non vengono esclusi. In genere i principali fattori di esclusione sono limitati alla dipendenza da

sostanze, al rischio di suicidio imminente, a una storia di psicosi o mania, all'analfabetismo e al ritardo mentale (Rothbaum et al. 2000).

### *EMDR*

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

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

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

Fra le sedute, il paziente viene istruito a tenere un diario prendendo nota delle situazioni che risvegliano i sintomi di DPTS nonché delle intuizioni e dei sogni a proposito del trauma. Nel caso di DPTS non complicato<sup>1</sup> possono essere sufficienti due sedute. Per i traumi multipli o più complessi ne servono di più.

Per documentare i cambiamenti nell'intensità dei sintomi, della cognizione negativa e di quella positiva durante le sedute si usano delle scale utilizzate normalmente nella psicoterapia

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

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

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

## Trattamenti per cui si possiedono prove parziali di utilità

### *Informazioni - intervento psicoeducativo*

Benché esistano pochissime ricerche sull'efficacia di un intervento basato sull'offerta di informazioni riguardo al DPTS, questo aspetto è considerato in genere importante, anche sul piano preventivo nel caso di persone che hanno subito traumi ma che ancora non hanno tutti i requisiti per una diagnosi di DPTS (Management of post-traumatic stress working group 2004). Nel box seguente riporto un brano tratto da Young et al. (2002), in cui gli autori forniscono dei suggerimenti riguardo alle informazioni da fornire a persone che hanno subito un trauma molto recentemente; questi consigli possono essere utilizzati anche in terapia con gli adattamenti opportuni.

#### *Informazioni utili per le persone traumatizzate. Tratto da Young et al. (2002)*

Alla persona colpita dal trauma e ai suoi familiari vengono illustrati i sintomi di stress post-traumatico e i vari trattamenti disponibili. Questi sintomi vengono spiegati inquadrandoli come normali risposte di stress che hanno una loro funzione adattiva specifica.

Fra gli argomenti di insegnamento che possono essere affrontati ci sono:

*La definizione di stress traumatico* nelle sue dimensioni qualitative e quantitative (il criterio A del DSM-IV; l'esposizione sensoriale; la fenomenologia della perdita – persone amate, beni, senso di controllo e significato).

*Le comuni reazioni di stress.* Oltre all'insegnamento sulle reazioni sopra elencate, è utile che i superstiti conoscano le fasi del disastro e le reazioni dei bambini e degli anziani.

*La risposta di "attacco-fuga-congelamento".* Spiegate che i superstiti possono trovarsi carichi di energia fisica: il cuore batte, i muscoli si tendono, la respirazione accelera e si suda. Fate notare che ci si può sentire come in uno stato di irritazione o collera (il desiderio di "reagire"), paura e preoccupazione (il desiderio di "fuggire" dal pericolo) o di paura talmente forte da provocare un'immobilizzazione temporanea ("congelamento"). Spiegate che ogni risposta ha potenzialmente un valore per la sopravvivenza. "Reagire" può significare darsi da fare per prevenire ulteriori danni. "Fuggire" può significare trovare un posto sicuro per "superare la tempesta". "Restare immobili" può servire a guadagnare tempo per valutare la situazione e pianificare una risposta intelligente. Informate i partecipanti che spesso i superstiti si sentono in colpa e si vergognano per avere avuto queste reazioni normali, poiché credono che in qualche modo sarebbero dovuti

restare immuni alla sana reazione di “eccitamento” automatico del corpo di fronte al pericolo. Di fatto il problema vero è lo shock emozionale del trauma – il terrore, il dolore, l’impotenza, l’orrore e la confusione – e non le normali reazioni di attacco, fuga o congelamento.

*Il senso di impotenza.* Spiegate che i pensieri e il senso di impotenza sono normali e realistici durante il trauma ma che, se i superstiti non trovano modi costruttivi per riacquistare un significativo senso di controllo positivo nella vita, l’impotenza può diventare o disperazione cronica e depressione oppure uno stile di comportamento basato sull’ipercontrollo che ferisce e aliena le altre persone (oltre che lo stesso superstite del trauma). Assicurate ai partecipanti che la maggioranza delle persone preferirebbe credere di essere immune al trauma e che tuttavia un trauma è uno shock emozionale che lascia un segno anche nelle persone sane.

*La disillusione.* Forse lo shock più grande per molti superstiti deriva dal fatto di essersi resi conto che la vita e le altre persone possono essere tremendamente crudeli e incontrollabili. Il trauma spesso costringe i superstiti a sopportare tragedie e abiezioni indicibili. A volte li costringe a compere scelte impossibili che violano le convinzioni religiose e i valori morali fondamentali. Molti superstiti si sentono “sporchi” o “vuoti” perché la loro fede nelle persone, in Dio e in loro stessi sembra tradita.

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

### *Terapia psicodinamica*

Nel 1895, Joseph Breuer e Sigmund Freud fondarono i loro studi sull’isteria sull’idea che gli episodi traumatici possano causare disturbi mentali. Nel secolo successivo questo principio venne sviluppato e applicato a una maggior varietà di casi, e influenzò fortemente la psichiatria militare della Prima e Seconda Guerra Mondiale. I principi psicodinamici vennero in seguito applicati ai problemi psicologici dei superstiti dell’Olocausto, dei veterani del Vietnam, delle vittime di violenze e abusi sessuali in età adulta o nell’infanzia e ai superstiti di altri eventi traumatici. Le idee psicodinamiche hanno anche aiutato i clinici a gestire le problematiche a volte complesse che possono affiorare nella relazione fra il superstite e il terapeuta.

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

Nel corso del trattamento vengono esplorati i significati psicologici delle risposte post-trau-

matiche vagliando e ordinando le paure, le fantasie e le difese risvegliate dall'evento traumatico (in italiano vedi per es., Luborsky 1989; Malan 1981). La terapia può collocarsi in punti diversi del continuum che va dal sostegno alla facilitazione dell'espressione e in genere contiene l'uno e l'altro elemento.

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

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

### *Terapia di ripetizione immaginativa*

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

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

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

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

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

### *Terapia comportamentale dialettica*

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

Nel corso degli anni la terapia comportamentale dialettica è stata adattata per il trattamento di altri disturbi difficili in cui vi sia una cattiva regolazione emozionale, fra cui la dipendenza da sostanze in persone con personalità borderline e il binge eating, e di altre popolazioni cliniche

(per es., persone depresse, adolescenti che hanno tentato il suicidio) in vari contesti di cura (per esempio, con pazienti ricoverati, con ospedalizzazione parziale e in contesto forense).

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

La terapia comportamentale dialettica comprende gli elementi validi di altre forme di terapia e si basa su un chiaro riconoscimento del valore di una forte relazione fra terapeuta e paziente. La terapia è organizzata in fasi e in ciascuna fase si stabilisce una chiara gerarchia di bersagli terapeutici.

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

### *Ipnosi*

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

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

### Bibliografia

- Astin M e Rothbaum B (2000). Exposure therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder. *Clinical quarterly*, 9, 4, 49-54.
- Beck A (1984). *Principi di terapia cognitiva*. Astrolabio, Roma.
- Carpenter M (2003). *One solution to nightmares: Imagine a better ending*. <http://www.post-gazette.com/pg/03343/249097.stm>
- Catherall D (2000). Secondary stress and the professional helper. *Traumanews. The Newsletter of the Canadian Traumatic Stress Network*, 9, 1, <http://www.ctsn-rct.ca/Secondary.html#Secondary%20Stress>.
- Foa E e Rothbaum B (1998). *Treating the trauma of rape: A cognitive-behavioral therapy for PTSD*. Guilford, New York.
- Foa E, Riggs D, Massie E e Yarczower M (1995). The impact of fear activation and anger on the efficacy of

*Introduzione alla psicoterapia del disturbo post-traumatico di stress/DPTS*

- exposure treatment for PTSD. *Behavior Therapy*, 26, 487-499.
- Foa E, Davidson J e Francis A (1999). Expert Consensus Guideline Series: Treatment of Post-traumatic Stress Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 60, 16.
- Foa E, Keane T, Friedman M (editors) (2000). *Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. Guilford, New York.
- Friedman M (1990). *Interrelationships between biological mechanisms and pharmacotherapy of posttraumatic stress disorder*. In Wolf M e Mosnaim D (editors). *Posttraumatic Stress Disorder: Etiology, Phenomenology, and Treatment*. American Psychiatric Press, Washington.
- Herman J (1992). *Trauma and Recovery*. Basic Books, New York.
- Jordan K, Schlenger W, Hough R, Kulka R, Weiss D, Fairbank J, Marmar C (1991). Lifetime and current prevalence of specific psychiatric disorders among Vietnam veterans and controls. *Archives of General Psychiatry* 48, 3, 207-215.
- Klerman G e Weissman M (editors) (1993). *New applications of interpersonal psychotherapy*. American Psychiatric Press, Washington.
- Kulka R, Schlenger W, Fairbank J, Hough R, Jordan B, Marmar C e Weiss D (1990). *Trauma and the Vietnam War Generation*. Brunner/Mazel, New York.
- Linehan M (2001). *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline. Il modello dialettico*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Litz B, Blake D, Gerardi R e Keane T (1990). Decision making guidelines for the use of direct therapeutic exposure in the treatment of post-traumatic stress disorder. *The Behavior Therapist*, 13, 91-93.
- Luborsky L (1989). *Principi di psicoterapia psicoanalitica. Manuale per il trattamento supportivo-espressivo*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Malan D (1981). *Psicoterapia individuale e la scienza della psicodinamica*. Cappelli, Bologna.
- Management of post-traumatic stress working group (2004). *VA/DoD clinical practice guideline for the management of post-traumatic stress. Version 1.0*. Department of Veterans Affairs and Department of Defense, [http://www.oqp.med.va.gov/cpg/PTSD/PTSD\\_cpg/frameset.htm](http://www.oqp.med.va.gov/cpg/PTSD/PTSD_cpg/frameset.htm).
- Horowitz M (2001). *Stress response syndromes. Personality styles and interventions*. Aronson, Northvale.
- Horowitz M (2004). *Sindromi di risposta allo stress. Valutazione e trattamento*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- McCann I, Sakheim D e Abrahamson D (1988). Trauma and victimization: a model of psychological adaptation. *Counseling Psychologist* 16, 531-594.
- Meichenbaum D (1990). *Al termine dello stress. prevenzione e gestione secondo l'approccio cognitivo-comportamentale*. Erickson, Trento.
- Meichenbaum D (1994). *Treating Post-Traumatic Stress Disorder*. Wiley & Sons.
- Meichenbaum D (2000). Treating patients with PTSD: a constructive narrative approach. *NC-PTSD Clinical Quarterly* 9, 4.
- National Institute of Mental Health (2002). *Mental Health and Mass Violence: Evidenced-Based Early Psychological Intervention for Victims/Survivors of Mass Violence. A Workshop to Reach Consensus on Best Practices. NIMH Publication No. 02-5138*. U.S. Government Printing Office, Washington.
- Novaco R e Chemtob C (1998). *Anger and trauma: Conceptualization, assessment, and treatment*. In Follette V, Ruzek J e Abueg F (editors). *Cognitive-behavioral therapies for trauma*. Guilford, New York.
- Pitman R, Altman B, Greenwald E, Longpre R, Macklin M, Poitre R e Steketee G (1991). Psychiatric complications during flooding therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 52, 17-20.
- Resick P (1994). Cognitive processing therapy for rape related PTSD and depression. *NCP Clinical Quarterly* 4,3/4.
- Resick P e Mechanic M (1995). *Brief cognitive therapies for rape victims*. In Roberts A (editor). *Crisis intervention and time-limited cognitive treatment*. Sage Publications, Thousand Oaks.

- Roth A e Fonagy P (1997). *Psicoterapie e prove di efficacia. Quale terapia per quale paziente*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Rothbaum B, Meadows E, Resick P e Foy D (2000). *Cognitive-behavioral therapy*. In Foa E, Keane T e Friedman M (Eds.). *Effective treatments for posttraumatic stress disorder: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. Guilford, New York.
- Shapiro F (2000). *EMDR Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso movimenti oculari*. McGraw-Hill, Milano.
- Sifneos P (1972). *Short term psychotherapy and emotional crisis*. Harvard University Press, Cambridge.
- Young J, Ford J, Ruzek J, Friedman M e Gusman F (2002). *L'assistenza psicologica nelle emergenze*. Edizioni Erickson, Trento.
- Wraith R, McPhee B, Buckle P, Healy V, Rowlands A, Valent P (2004). *Guidelines for Psychological Service Practice. Mental health practitioners guide*. Emergency Management Australia, <http://www.ema.gov.au/ema/emaInternet.nsf/AllDocs/RWP11758B11BF799092CA256C820>. Tr. It. *Servizi psicologici nel contesto di disastri. Linee guida per la prassi del servizio psicologico*. Pubblicazione interna dell'Associazione Psicologi per i Popoli, Trento.
- Wells A (2002). *Disturbi emozionali e metacognizione*. Erickson, Trento.
- National Center for Post-traumatic Stress Disorder (2006). *Treatment of PTSD*. [http://www.ncptsd.va.gov/facts/treatment/fs\\_treatment.html](http://www.ncptsd.va.gov/facts/treatment/fs_treatment.html). Consultato il 5.04.06.