

Appunti di lettura e commenti a *Treating complex traumatic stress disorders* (2009) a cura di Christine Courtois e Julian Ford, The Guildford Press New York, p. 488.

È la più recente raccolta di contributi su questo tema, aperta da un'introduzione di Judith Herman e chiusa da Bessel Van der Kolk. Comprende scritti di autori oggi popolarissimi negli USA e non solo (Susan Johnson, *emotionaly focused therapy*, Par Ogden, *sensorimotor therapy*) e qualche raro europeo come Van der Hart.

Questo libro sostanzialmente riprende il modello in tre fasi della Herman e cerca di renderlo più dettagliato e tecnico, facendo riferimento sia alle tecniche individuali che a quelle sistemiche.

Viene argomentato il concetto di fondo che "sviluppi traumatici" non solo hanno prolungate conseguenze negative, ma espongono ad ulteriori vittimizzazioni e producono risposte più gravi a successivi traumi (p. 104). Proprio quest'ultimo potrebbe essere il collegamento fondamentale tra sviluppi traumatici e sintomatologie psicotiche/schizofreniche anche se il collegamento più evidente è con la diagnosi di personalità borderline.

La presa in carico parte dal riconoscere il trauma e dare un nome alle sue conseguenze (Herman, pag. XVI).

Un fenomeno importante spesso non diagnosticato è quello dell'*emotional numbing*, ottundimento emotivo, forse una variante del congelamento inteso come vuoto, nulla, noia, distacco, depressione, cioè quello stato che conduce alle dipendenze, droghe, alcool, tagli. Il paziente può essere molto poco consapevole di questo stato dissociativo di ottundimento e ti racconta che prima dell'abbuffata, ad esempio, non è successo nulla. Parla di abitudine. L'ottundimento sembra stare sia nel *frozen* che nel *flight*, perché il *flight* più comune è comportamento normale, efficiente.

Principi e strategia della psicoterapia per gli adulti. Fase della valutazione iniziale (incontri preliminari).

1. Inserire un'indagine sul trauma in ogni valutazione.
Molte persone che chiedono aiuto per la loro salute mentale lo fanno per conseguenze dirette o indirette di traumi e problemi di attaccamento.
2. Questa indagine spesso non porta ad uno svelamento.
Molte persone non riescono a fidarsi del terapeuta.
3. Ci vuole in quest'indagine rispetto e comprensione perché simili domande e/o svelamenti possono produrre importanti reazioni emotive.
4. Indagare e discutere i dettagli del trauma può produrre un'esplosione di sintomi.
Il terapeuta deve essere preparato a queste possibilità, informare il paziente e dare la precedenza al suo senso di sicurezza.

5. Una valutazione specifica deve essere ripetuta più volte nel corso di una terapia, perché i traumi e le reazioni ad essi collegate emergono man mano che viene raggiunta la sicurezza e la stabilizzazione.

Alcuni sintomi sono eclatanti ma altri sono poco visibili (cambi di stato, ottundimento, ecc.).

La fase iniziale della presa in carico è quella psicopedagogica e della messa in sicurezza. Quella successiva ha il suo focus fondamentalmente nel vincere l'evitamento delle memorie traumatiche, il punto essenziale dei disturbi post-traumatici (p. 92). Ma questo richiede che il paziente abbia acquisito una capacità di autoregolazione, è quindi necessario che nella fase I vengano insegnati i principi e le abilità necessarie per stabilire una relazione collaborativa (p. 233). Insegnare al paziente ad autotranquillizzarsi, senza fare uso di sostanze o altri comportamenti compulsivi che producono un sollievo a breve termine, e questo li rende molto attraenti.

Aiutare il paziente ad aumentare la sua capacità di concentrazione (mindfulness). Molto importante dare molta struttura alle sedute ed usare dei compiti a casa.

Per regolazione emotiva si intende:

- consapevolezza degli stati emotivi,
- identificare, differenziare e descrivere i sentimenti,
- autotranquillizzarsi,
- tollerare stati negativi,
- perseguire e incrementare gli stati positivi.

La concentrazione dell'attenzione sul momento presente (mindfulness) è l'esatto contrario/antidoto della dissociazione, cioè del "volare via" della mente.

Vi propongo qui, perché mi pare utile e pertinente, la sintesi di un recente articolo sulla rivista americana *Psychotherapy Networker* (nov.-dic. 2013, pp. 19-20) "Sentire la verità del corpo".

1. Collegare le emozioni con le sensazioni corporee.

Spostare il focus dalla testa cioè dal verbale/cognitivo (dall'alto verso il basso) nella prospettiva inversa dal basso verso l'alto di focalizzare sull'esperienza fisica.

Ad esempio il paziente ha già parlato di un'emozione o di uno stato mentale difficile.

Domanda: "Dove lo sente nel suo corpo e come lo sente questo momento? Può aiutare chiudere gli occhi. Faccia con calma, senza fretta".

Esercizio di auto percezione che non deve essere per forza tradotto in parole. Fargli ripercorrere tutto il corpo e condividere quello che ha sentito.

Altra possibilità a proposito di un episodio improduttivo che viene narrato. Domanda: "Può identificare i sentimenti provati mentre lo stava vivendo?". Poi idem.

Tecniche per ascoltare l'emisfero destro.
Rintracciare antichi dolori che non hanno mai ricevuto un supporto:
"Io sono qui per offrirlo".

2. **Secondo step: onorare e supportare l'emozione centrata sul corpo.**
Ascolto empatico per i messaggi del corpo e riconoscerlo verbalmente.
Ad esempio: "Mentre lei sente questa pesantezza sul suo collo può immaginarsi qualcuno vicino a lei che sente quello che sente lei?"
Una persona, un personaggio immaginario, un animale, un luogo...
Questo ascolto può produrre un'espressione emotiva di un antico dolore.
3. **Ascoltare quale dolore o ferita è tenuta dentro nel corpo.**
"Qual è il messaggio dentro quell'emozione corporea?"
Di che cos'altro ha bisogno il corpo emotivo? Chieda al suo corpo di che cosa ha bisogno. Immagini chi potrebbe dare questa risposta".

Alla fine i pazienti possono riconoscere quanto è salito dal basso, dal corpo (bottom-up).

La fase dell'elaborazione dei ricordi traumatici viene affrontata con varie tecniche tutte in definitiva nella linea della famosa citazione di Alexander del rivivere in condizione di padronanza quanto all'origine era stato sopraffacente (esperienza emotiva correttiva).

Si parla di ricostruzione narrativa e di varie modalità più o meno graduali (desensibilizzazione graduale verso esposizione prolungata) tra le quali l'EMDR è considerata tecnica intermedia nell'ambito *dell'exposure therapy*.

La maggioranza delle terapie consistono di 1-2 sedute settimanali di 50-75 minuti, 75-120 per le sedute di gruppo. Una frequenza che aumenta di molto, anche per le varianti multimodali (sedute di coppia e familiari) nei contesti residenziali.

È frequente che un trattamento possa riprendere dopo un'interruzione, e questo non va certo considerato un fallimento. Per questo è sconsigliabile avere rapporti fuori dal setting anche dopo la conclusione positiva e concordata del trattamento (p. 100).

Viene raccomandata l'uso di numerosi strumenti *Child Behavior Checklist*, *Trauma Symptom Checklist* ecc. nelle diverse versioni per bambino o adulti, test per i disturbi cognitivi, misure della dissociazione (DES, MDI) ed altro.

Van Der Kolk e Courtois (2005) hanno usato il termine "sviluppo traumatico" per far riferimento a figure di riferimento sia non responsive che abusanti.

Interessante uno studio di Brown legato ad una causa intentata da ventiquattro uomini che erano stati abusati sessualmente in orfanotrofio negli anni delle elementari (oltre ad altre violenze) che mostra un esito molto diverso tra chi proveniva da famiglie sicure che erano state distrutte

e chi da famiglie disorganizzate ed abusanti (p. 127), ovviamente a favore delle famiglie distrutte.

Brown (p. 138) una focalizzazione tutta centrata sugli eventi traumatici isolatamente considerati, senza attenzione ai deficit dello sviluppo, può condurre ad un aumento della disorganizzazione degli stati mentali.

(Polemica con l'uso tecnico di EMDR o altre tecniche analoghe).

L'errore più comune in queste tecniche è quello di quando il terapeuta entra troppo nel ruolo di quel buon genitore che il paziente non ha mai avuto (telefonate durante le vacanze, telefonate notturne ecc.) tutto questo rischia di esasperare il terapeuta facendogli perdere pazienza e tolleranza (p. 192). È necessario dare delle regole chiare riguardo alla sicurezza personale del paziente, su cosa sono le emergenze e come vanno trattate.

Supervisioni fatte direttamente con la coppia terapeuta-paziente.

L'obiettivo fondamentale dell'elaborazione dei ricordi traumatici è quello di passare da un atteggiamento di evitamento dei ricordi ad uno di accettazione di sentimenti e pensieri che i ricordi suscitano.

Il quindicesimo capitolo è scritto dalla Odgen ed è quindi dedicato alla terapia senso motoria, cioè alla necessità di interventi che aiutino i pazienti a riguadagnare la capacità di regolare stati corporei che sono stati alterati dai traumi, ad esempio la perdita della percezione del dolore (dissociazione somatoforme).

Non ripeterò qui tutto quello che potete trovare nella scheda di Laura Madonini sul lavoro di Giannantonio (Hakomi method; yoga, ecc.) e altri concetti sono gli stessi del citato articolo sul Networker. Il concetto di fondo è quello di liberare quei movimenti FFF, lotta, paralisi, fuga, rimasti bloccati, inibiti, incompleti nel trauma originario: le azioni che volevano succedere: spingere via, dare calci, scappare, gridare aiuto, urlare ecc. Il terapeuta cerca nel corpo del paziente i segnali di questi bloccati impulsi all'azione.

Viene descritto il caso di una paziente che entra in terapia per una fase di iperattivazione emotiva con abuso di alcool e tentativo di suicidio. Fin dalla prima seduta è agitatissima anche in seduta e il terapeuta le chiede di fare una pausa, un respiro profondo e limitarsi a sentire i suoi piedi sul pavimento.

E questa tecnica viene ripetuta ogni volta che la paziente va in iperattivazione (ansia, logorrea ecc.). Successivamente il terapeuta le insegna a cogliere i segnali dell'iperattivazione e contrastarli sul piano corporeo alzandosi in piedi, orientandosi nella stanza, camminando, mettendosi una mano sul cuore finché il battito si calma. Occorre insegnarle a rallentare, tirare il freno, sperimentare padronanza sulle sue reazioni.

Psicofarmaci

Hanno un'efficacia limitata, ma vanno comunque utilizzati (p. 330), in particolare gli antiepilettici/stabilizzatori dell'umore come il valproic acid (nome commerciale depakin), ma sono stati usati anche alfa bloccanti

antipsicotici di seconda generazione come il risperdal e ansiolitici (buspirone).

Viene consigliato il farmaco per trattare il sintomo più disturbante.

In linea di massima un trattamento combinato: psicoterapia e psicofarmaci è consigliato.

Il diciassettesimo capitolo è stato scritto da un noto terapeuta sistemico americano, Richard Schwartz, che ha prodotto un suo modello clinico denominato *Internal Family Systems Therapy* (terapia dei sistemi familiari interni) concetto che ricorda quello della Benjamin di "introietto".

Concetto di fondo è quello che tutti abbiamo dentro una molteplicità di sé o parti o sottoidentità, ma nel trauma queste parti sono più fortemente separate e più conflittuali tra loro.

Schwartz distingue soprattutto tra parti protettive e parti vulnerabili (chiara l'affinità con Van der Hart). In definitiva si tratta del classico modello di terapia individuale per la riconciliazione delle diverse parti del paziente stesso. E nessun riferimento al lavoro con la famiglia reale!

Il capitolo sulla terapia familiare sistemica (*Family Systems Therapy*) parte dal considerare l'impatto del paziente traumatizzato sulla famiglia. I concetti sono per noi assai elementari, non diversi da quelli di autori come ad esempio Delage: un approccio molto strutturato e pedagogico.

Il libro si chiude con una bella e molto politica post-fazione di Bessel Van der Kolk che inizia con una bella citazione che dimostra quanto nella psichiatria sia davvero recente la nozione di trauma. Infatti un importante manuale di psichiatria americano nel 1975 affermava che "l'incesto è estremamente raro, e si verifica in un caso ogni 1,1 milioni di persone" e poi sull'argomento aggiunge: "Non ci sono opinioni concordi sul ruolo dell'incesto come causa di patologie. Il legame padre-figlia soddisfa gli impulsi sessuali in una situazione dove l'alleanza con un adulto onnipotente permette la trasgressione... L'atto dà l'opportunità di un test di realtà per una fantasia infantile le cui conseguenze sono gratificanti e piacevoli... Tale attività incestuosa diminuisce il rischio di psicosi e permette un migliore adattamento al mondo esterno... e la grande maggioranza di queste ragazze non hanno ricevuto danni dall'esperienza dell'incesto (Henderson, 1975, p. 1536).

Davvero incredibile!!! Sarebbe interessante sentire il parere delle figlie dell'esimio psichiatra prof. Henderson!

E intanto i fondi continuano ad essere investiti nelle ricerche sulla componente genetica delle malattie mentali!

Così conclude Van der Kolk: "Dato che la dissociazione non è molto interessante per le correnti dominanti della psicologia e della psichiatria, non viene studiata in modo sistematico. Dato che la regolazione affettiva e le sue vicissitudini non sono prese in considerazione nel mondo scientifico, vengono lasciate ai corsi di yoga, alle arti marziali e ai centri di meditazione. Dato che odio e disgusto per se stessi non sono capiti come inevitabili conseguenze evolutive di abuso e trascuratezza, vengono delegati alla sfera religiosa, e così lasciati fuori dalla scienza."

Conclusioni

Ho cercato di riferirvi qualcosa di questo libro che sintetizza lo stato dell'arte, almeno fino al 2009. Niente di notevole sul piano sistemico, ma almeno ci sono un paio di capitoli! Più qualche citazione di ricerche che mostrano l'efficacia del lavoro con le famiglie.

Matteo Selvini