

Trauma e tecniche immaginative. Modelli di intervento nei disturbi causati da esperienze traumatiche

Brigitte Kirchlechner¹

¹Consulenza Psicosociale Caritas, Silandro (Bz)

Riassunto

Gli obiettivi di questo lavoro sono due: a) mettere a fuoco la problematica riguardante il trauma psichico e il suo impatto; b) illustrare le varie possibilità di trattamento psicoterapico, che attingono alla capacità immaginativa. Inoltre è di centrale interesse confrontare tra loro queste attuali diverse possibilità di trattamento, al fine di individuare le tecniche che promettono efficacia clinica.

Partendo dai criteri del DSM-IV, per il PTSD vengono presentate e discusse problematiche inerenti il disturbo posttraumatico da stress; PTSD di primo e di secondo tipo, problemi relativi alla prevalenza, fattori di rischio, aspetti neurologici e neurofisiologici, memorizzazione dell'evento traumatico, la complessità delle risposte e aspetti psicologici, fattori eziologici e Modelli operativi interni.

In una seconda parte saranno presentate tecniche immaginative per il trattamento del PTSD; Infine saranno riportati risultati di studi comparativi e meta analisi che permettono al lettore di avere un prospetto generale delle risposte cliniche al trattamento del PTSD.

Summary:

There were to objectives regarding this study: a) to focus on psychical trauma and its impact and b) to illustrate several methods of treatment regarding cognitive behavioral therapy basing on imaginative ability.

Furthermore, it was of interest to evaluate these techniques and possibilities of treatment and giving a perspective to characterize their clinical effectiveness.

Basing on the DSM-IV criteria of PTSD related stress disorders will be shown and discussed as for instance PTSD of first and second type, prevalence, neurological and neurophysiologic risk factors, memorization of the traumatic event, the complexity of answers and their psychological aspects, eziologic factors and internal operating models.

Part two of the study introduces imaginative techniques for treatment of PTSD. The final part of the study deals with comparative study results and meta analyses in order to give the reader a general idea of the clinical results regarding PTSD treatment.

Il concetto del trauma psichico

Nell' arco della storia umana si trova una vasta gamma di riferimenti a questa tematica nell' arte, nella musica e nella letteratura. Nella storia della psichiatria, che ha i suoi inizi nel 1800, si è discusso molto sul ruolo del trauma psicologico nella genesi di vari problemi psichiatrici. Le questioni alle quali si

cercava di trovare una risposta, riguardavano sin dall'inizio da un lato, il "trattamento" di questo "fenomeno" e dall'altro lato l'eziologia del trauma. Il trauma è di natura organica o psicologica? È l'evento stesso traumatizzante oppure l'interpretazione soggettiva? C'è, e che ruolo svolge una vulnerabilità preesistente? I soggetti soffrono di un'involontaria disgregazione delle capacità di affrontare la propria vita, oppure sono affetti di una "debolezza morale"?

La maggior parte delle questioni citate tutt'oggi sono senza risposta definitiva.

PTSD nel DSM-IV

Il quadro clinico e i criteri diagnostici del PTSD nel DSM-IV sono i seguenti:

- il soggetto, dopo un'esposizione ad un evento altamente traumatico (criterio A1)
- deve reagire a quest'evento con paura intensa, vulnerabilità ed impotenza o provare orrore (la risposta per i bambini può essere di comportamento disorganizzato o agitazione) (criterio A2)
- rivivere intrusivamente aspetti del trauma (criterio B)

evitare stimoli interni e/o esterni, associati con l'evento traumatizzante, oppure dimostrare una reattività generale "ottusa" (ottundimento della reattività generale) (criterio C).

- dimostrare cronicamente un'attivazione alterata a livello psicofisiologico, chiamato anche iperarousal (criterio D)
- la sintomatologia deve persistere per più di un mese (criterio E) e
- deve causare disagio clinicamente significativo o menomazione del funzionamento sociale o lavorativo (criterio F)

Nel DSM-IV gli eventi che possono essere definiti "traumatici" sono i seguenti:

- eventi accaduti direttamente alla persona: combattimenti militari, aggressione personale violenta (violenza sessuale, attacco fisico, scippo, rapina) rapimento, essere presi in ostaggio, attacco terroristico, diagnosi di malattie minacciose ecc. Per bambini, gli eventi traumatici dal punto di vista sessuale possono includere le esperienze sessuali inappropriate dal punto di vista dello sviluppo senza violenza o lesioni reali o minacciate
- eventi accaduti in qualità di testimoni come l'osservare il ferimento grave o la morte innaturale di un'altra persona dovuti ad assalto violento, incidente, guerra o disastro, o il trovarsi di fronte inaspettatamente a un cadavere o a parti di un corpo
- eventi di cui si è venuti a conoscenza: aggressione personale violenta, grave incidente, o gravi lesioni subiti da un membro della famiglia o da un amico stretto; il venire a conoscenza della morte improvvisa, inaspettata di un membro della famiglia o di un amico stretto; oppure il venire a conoscenza di una malattia minacciosa per la vita di un proprio figlio. Il disturbo può risultare particolarmente grave e prolungato quando l'evento stressante è ideato e perpetrato da altri esseri umani (esempio: tortura, rapimento)

I primi criteri “base” (criteri A1 e A2) del DSM IV implicano che per diagnosticare il PTSD bisogna innanzitutto chiarire se nella storia del soggetto è veramente individuabile un evento estremamente stressante, ed in secondo luogo, se il soggetto soddisfa anche i criteri B,C,D, E, F.

Gli eventi che vengono riconosciuti stressanti (criterio A1) sono ben precisati e devono essere talmente evidenti da poter indurre una sintomatologia in ogni persona.

Le condizioni “estreme” previste in letteratura sono state criticate frequentemente (Briere, 1997, Carlson, Dalemberg, 2000, Giannantonio, 2002). La definizione del concetto di trauma è piuttosto restrittivo, anche se il DSM - IV stesso specifica che tali situazioni potenzialmente traumatiche “non sono limitate a” quelle incluse nell’ elenco. Ma di fatto il DSM-IV tende a privilegiare sia una valutazione “oggettiva” degli eventi traumatici (eventi che la maggior parte delle persone vivrebbero come tali) che una visione dei traumi come eventi “discreti”, cioè facilmente individuabili, collocabili chiaramente nel tempo e nello spazio.

Ed è proprio rispetto a questi due assunti che partono le critiche, perché a quel punto tanti traumi non rientrerebbero in questa categoria e tante sintomatologie successive a tali eventi non potrebbero essere diagnosticati come tali.

Il concetto restrittivo del DSM-IV ripara dal rischio di etichettare come trauma qualunque evento “negativo”, cosa che farebbe perdere ogni utilità al concetto di trauma ma possiamo dire che il PTSD nel DSM-IV trascura eventi traumatici meno “spettacolari” da un lato e la soggettività del vissuto dall’altro.

Operando una classificazione meno serrata del concetto di trauma, si potrebbe, secondo Vecchiarelli (2007), far rientrare nella categoria degli eventi traumatici, sempre in funzione del modo in cui sono stati vissuti, i seguenti eventi:

- separazione e/o divorzio in età infantile
- condizioni protratte di abuso psicologico o incuria psicologica avvenute in ambito familiare o extrafamigliare (esempio durante fasi delicate dello sviluppo psicofisico, essere costantemente oggetto di scherno per caratteristiche fisiche)
- l’incapacità “cronica” delle figure genitoriali di sintonizzarsi emotivamente nei confronti dei bisogni di un figlio
- perdita del posto di lavoro
- vivere cronicamente in condizioni economiche precarie o disagiati

PTSD di primo tipo e di secondo tipo

Terr (1991 e 1994) propone una differenziazione dei tipi di traumi in trauma di tipo I e trauma di tipo II che in certi manuali di terapia vengono citati e ripresi come validi ed utili. Nel libro di Boos (2005), un manuale psicoterapico, vengono così descritti:

Trauma del tipo I	Trauma del tipo II
caratteristica: evento unico, inaspettato e di durata discreta	caratteristica: serie di eventi che sono connessi tra di loro oppure evento traumatico prolungato
esempio: stupro, grave incidente automobilistico, rapimento, disastri naturali	esempio: ripetuti maltrattamenti, come violenza sessuale o fisica nell'infanzia, ostaggio prolungato, ripetuta violenza di coppia, guerra NB: deve risultare l'incapacità da parte della vittima di porre fine al trauma o di evitarlo
conseguenze: frequente e vivida rievocazione dell'evento traumatico, remissione veloce della sintomatologia, buona prognosi di terapia	conseguenze: la rievocazione dell'evento traumatico è meno frequente, elevata tendenza alla dissociazione, presupposti e schemi interni altamente disfunzionali. Si tratta di PTSD complesso e prognosi di terapia peggiore/sfavorevole

Tabella I: Descrizione di traumi tipo I, tipo II (Boos, 2005)

Questa differenziazione dei due tipi di traumi non ci aiuta a inquadrare meglio il fatto della soggettività dell'esperienza traumatica, però serve a distinguere bene a priori quello che potrebbe essere un PTSD che va seguito con una terapia con approccio "riparativo" che mira ad un "levare" i sintomi tipici del PTSD, da un disturbo PTSD nel quale il lavoro terapeutico da svolgere sarà "generativo" (Giannantonio, 2002). A tale tipologia di PTSD si associano con relativa frequenza patologie variegata come disturbi dissociativi, disturbi di personalità e in generale la creazione di modelli operativi interni disfunzionali o scissi. (Briere, 1997; Liotti, 1994; Semerari, 2003). Per il trattamento del PTSD di secondo tipo allora non servirà tanto la desensibilizzazione nei confronti di specifici eventi traumatici (anche se può essere utile). Ma in questo caso l'approccio indicato dovrà mirare ad una ripresa dello sviluppo del sistema motivazionale dell'attaccamento, una integrazione di modelli operativi interni disfunzionali oppure un'integrazione del Sè in senso lato. (Wilson, Friedman, Lindy, 2001 in Gianantonio, 2002)

Problemi relativi alla prevalenza

Si può dire che la maggior parte degli autori colloca la prevalenza del PTSD intorno al 10 % della popolazione esposta ad un evento stressante (Brom et al., 1993 in Alexander, McFarlane, 2004).

Ma gli stessi autori annotano che i tassi di prevalenza vengono determinati da una serie di fattori, quali per esempio l' intensità dell' esposizione, dai fattori di rischio, nonché dai criteri di reclutamento dei diversi studi.

Importante mi sembra differenziare tra eventi traumatici di tipo I e di tipo II. Il tasso di prevalenza sopra citato si riferisce al PTSD di tipo I. Per il PTSD di tipo II, che egualmente può condurre a una serie di disturbi psichiatrici e non, e può generare patologie a lungo termine, come disturbi di personalità, disturbi dissociativi, disturbi alimentari, l'abuso di sostanze, l'automutilazione (van der Kolk, 2004) la prevalenza non è valutabile.

Fattori di rischio

Gli studi che cercano a individuare i fattori di rischio hanno potuto evidenziare alcuni fattori per l'età adulta (Brewin et al. , 2000).

I fattori hanno valore predittivo e si possono distinguere in fattori di rischio che si riferiscono all' insorgenza in una certa popolazione, in fattori di rischio che si riferiscono all' intensità dello sviluppo del PTSD ed in fattori di rischio che costantemente possono predire un PTSD.

Per le tre categorie sono state rilevate i seguenti fattori di rischio:

Fattori di rischio che si riferiscono all' insorgenza in una certa popolazione,	<ul style="list-style-type: none"> ▪ sesso femminile, ▪ inizio precoce della traumatizzazione, ▪ minoranza etnica
fattori di rischio che si riferiscono all' intensità dello sviluppo del PTSD	<ul style="list-style-type: none"> ▪ basso stato socio - economico ▪ basso livello di intelligenza ▪ basso livello culturale ▪ altri traumi subiti in precedenza ▪ altri fattori negativi nell' infanzia ▪ fattori stressanti dopo il trauma ▪ mancanza di sostegno dopo l'evento traumatizzante ▪ ulteriori fattori stressanti
fattori di rischio che costantemente possono predire un PTSD.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ anamnesi psichiatrica antecedente ▪ anamnesi psichiatrica antecedente di uno dei familiari ▪ abuso/ maltrattamenti nell' infanzia

Tabella 2: Fattori di rischio per lo sviluppo di un PTSD in adulti (Boos, 2005)

Altre variabili per lo sviluppo di un PTSD riportate in letteratura sono: risposta soggettiva all' evento stressante (condizioni di salute della vittima nei mesi successivi all' evento), il supporto o risorse sociali attive dopo l'evento e le variabili personali della vittima come: età precoce, variabili genetiche, elevata reattività psicosomatica, bassa autostima, la precedente esposizione a traumi, relazioni familiari disfunzionali. (Arieh Y. Shalev, 2004, Vecchiarelli, 2002).

Aspetti neurobiologici e neurofisiologici

Negli studi sul PTSD gli aspetti neurobiologici sono di centrale interesse. C'è ormai una conoscenza abbastanza precisa su questo aspetto che ci dà informazioni almeno preliminari sia per la comprensione del disturbo, che per il trattamento clinico. Vari autori infatti hanno dimostrato che la risposta a traumi di vario tipo è "...di natura molto complessa: l' ipermnesia, l'iperreattività agli stimoli e la riesperienza traumatica coesistono con l' intorpidimento psichico, l' esitamento, l' amnesia e l' anedonia"

(Horowitz, 1978 in van der Kolk, 2002).

I dati riguardanti gli aspetti neurobiologici che quelli neurofisiologici si possono considerare come conoscenze ormai abbastanza consolidate.

Ci sono conferme solide di effetti significative ai diversi livelli descritti nella tabella 3

In conclusione quindi si può considerare come paradigma attuale: individui affetti da PTSD soffrono d' eccettibilità fisiologica elevata in risposta a suoni, immagini e pensieri connessi a specifici eventi traumatici (van der Kolk, 2004) . Vi sono alterazioni significative del ritmo cardiaco, della conduttività cutanea e della pressione sanguinea (Blanchard et al. , 1986, Pitman, Orr et al., 1987 in van der Kolk, 2004).

Secondo gli studi di Pitman (Pitman et al. 1993 in van der Kolk, 2004) le reazioni autonomiche molto elevate indicano con quale intensità e persistenza questi ricordi continuano ad influenzare l' esperienza attuale.

Lang è riuscito a dimostrare che le immagini mentali ad alto contenuto emotivo sono accompagnate da un aumento dell' attività del sistema nervoso autonomo. Lang avanza l' ipotesi che i ricordi emotivi vengono immagazzinati come "network associativi" che consistono in elementi sensoriali dell' esperienza e vengono riattivati quando il soggetto si trova ad affrontare delle situazioni che stimolano un numero sufficiente degli elementi che li compongono (Lang P.J.,1979 in van der Kolk, 2004).

Gli studi di Kolb hanno dimostrato che una stimolazione eccessiva del sistema nervoso centrale (SNC), tipica per l' esperienza traumatica, può provocare mutamenti neuronali che influenzano negativamente il processo di apprendimento, di assuefazione e di discriminazione degli stimoli (Kolb, 1987 in van der Kolk, 2004).

La spiegazione di tutti gli effetti neurobiologici e neurofisiologici elencati nella tabella II spezzerebbe la cornice di questo lavoro. Tuttavia l' ampia portata di questi effetti a livello psicopatologico e/o psicologico mi appare di primaria importanza, a partire dall' impatto che le esperienze traumatiche possono avere sui Modelli operativi interni (MOI), fino agli aspetti comportamentali.

Memorizzazione dell' evento traumatico e tipi di memoria

Per capire la modalità della memorizzazione del trauma, è utile tenere presente quello che la psicologia generale ha potuto osservare ed accertare sulla memoria, ovvero sui tipi di memoria.

1. Psicofisiologici	
A.	Risposte autonome SNA estreme a stimoli che rievocano il trauma
B.	Iperreattività a stimoli intensi ma neutrali (perdita della discriminazione degli stimoli)
a)	mancata assuefazione della risposta acustica d' allarme
b)	risposta sottosoglia alle intensità sonore
c)	pattern elettrico ridotto nei potenziali corticali collegati all' evento
2. Neuro- ormonali	
A.	Noradrenalina (NA), altre catecolamine
a)	catecolamine urinarie elevate
b)	aumento della risposta metabolita NA plasma alla yohimbina
c)	sottoregolazione dei ricettori adrenergici
B.	Glucocorticoidi
a)	diminuzione dei livelli di glucocorticoidi inattivi
b)	diminuzione della risposta glucocorticoide allo stress
c)	sotto-regolazione dei recettori glucocorticoidi
d)	ipersensibilità al desametasone a basso dosaggio
C.	Serotonina
a)	diminuzione dell' attività della serotonina negli animali traumatizzati
b)	migliori risposte farmacologiche agli inibitori d'assorbimento della serotonina
c)	Oppiodi endogeni
a)	aumento della risposta oppioide a stimoli che ricordano il trauma
b)	condizionabilità dell' analgesia indotta da stress
D.	Ormoni diversi, effetti sulla memoria
a)	NA, vasopressina: consolidamento dei ricordi traumatici
b)	Ossitocina, oppiodi endogeni: Amnesie
3. Neuro anatomici	
A.	Diminuzione del volume dell' ippocampo
B.	Attivazione dell' amigdala e delle strutture connesse durante il flashback
C.	Attivazione delle aree sensoriali durante il flashback
D.	diminuzione dell' attivazione dell' area Broca durante il flashback
E.	marcata lateralizzazione dell'emisfero destro
4. Immunologici	
A.	Aumento del rapporto CD 45 RO/RA

Tabella 3: Anormalità psicobiologiche nel PTSD (van der Kolk, 2004)

Tipi di memoria:

Oltre al differenziare tra memoria implicita (contenuti memorizzati non “coscienti”) ed esplicita (contenuti i quali sono memorizzati “coscientemente”) (Spuire & Zola Morgan, 1991 in Zimbardo & Gerrig, 1999) la psicologia generale, distingue fra i seguenti tipi di memoria:

- Memoria semantica:

La conoscenza in generale che possediamo come esito di processi di astrazione e generalizzazione a partire da episodi specifici; composta di

schemi, modelli, paradigmi, proposizioni, programmi, script. Questa memoria inizia a svilupparsi durante il secondo anno di vita mentre la memoria episodica non si sviluppa fino ai tre anni circa di età.

- Memoria episodica:

È rappresentata dalle nostre memorie personali composte di fatti, distinte dalla conoscenza generale. Secondo alcuni autori, la distinzione rispetto alla memoria semantica è essenzialmente di convenienza concettuale, in quanto non rappresenta un vero sistema separato dalla memoria semantica. Da un punto di vista clinico invece, questa distinzione è molto euristica. La memoria autobiografica è un tipo di memoria episodica.

- Memoria di lavoro:

Diversa da tutte le altre in quanto non si tratta di un magazzino di informazioni, ma piuttosto di un processo corticale di integrazione di informazioni generate da altre parti del cervello. Questa distinzione, tuttavia, è relativamente opinabile. Si differenzia dagli altri sistemi, essendo interamente processuale e dipendente dagli altri sistemi di memoria. Probabilmente ha luogo nella corteccia prefrontale (Schacter et al., 1994), ma sembra coinvolgere anche l'ipotalamo.

- Memoria procedurale:

Il tipo di memoria più ampiamente rappresentata; si occupa, - esemplificando - di ogni cosa che è più facile “fare” e “mostrare” piuttosto che dire. Esempi sono:

- abitudini ed abilità acquisite (per es. annodare, guidare una macchina, etc.)
- azioni riflesse, risposte di condizionamento classico
- modalità di gestione ed espressione delle emozioni
- configurazioni di comportamento interattivo
- modalità di reazione a situazioni di minaccia e incolumità (fisica e psicologica)

Questa memoria si sviluppa prima della memoria episodica. Rispetto alla memoria semantica presenta però minore flessibilità, correggibilità, accessibilità, analisi sequenziale, reperibilità verbale.

Una parte sostanziale ed autorevole della letteratura sui disturbi post-traumatici supporta abbondantemente l'ipotesi che la fonte della sofferenza siano essenzialmente i nuclei/elementi frammentati della percezione dell'evento, che erano troppo “forti” per essere elaborati e archiviati nella

memoria autobiografica (o episodica). Questo comporta che i frammenti di percezione non seguono le regole di una rievocazione “volontaria” o gestibile ma, - come è tipico per la memoria procedurale, - si rievocano con una relativa “autonomia” causando una riattivazione neuronale che il paziente sente come attivazione fisiologica.

Un’ ulteriore complicazione è data dal fatto che i “vissuti traumatici” non sempre sono memorizzati nella memoria esplicita ma piuttosto in quella implicita; questo avviene spesso in pazienti adulti, traumatizzati e abusati da bambini che, avendo “dissociato”, non hanno accesso diretto e cosciente all’evento traumatizzante.

La complessità delle risposte

“Il trauma può colpire le vittime a qualunque livello di funzionamento: biologico, psicologico, sociale e spirituale.... “ (van der Kolk et al. 1996) Gli studi di Greene et al. (1992), Davidson et al. (1991) dimostrano che il PTSD presenta un alto livello di comorbidità con i disturbi dell’ umore, disturbi dissociativi, disturbi d’ ansia, con l’abuso di stupefacenti e con le patologie del carattere.

Nonostante la vasta gamma di risposte soggettive/individuali agli eventi traumatici, si può individuare e delineare una serie di sintomi che possono far seguito ad un’ esperienza traumatica.

La riesperienza intrusiva. I ricordi dell’ evento traumatico possono essere altamente intrusivi, ripetitivi, sempre uguali e possono esprimersi in forma di flashback, incubi, riattualizzazioni interpersonali, sensazioni somatiche, stati affettivi e/o temi di vita pervasivi (van der Kolk et al. , 2004). La “riesperienza“ non avviene sempre in uno stato di piena conoscenza, ma può manifestarsi a vari livelli di coscienza: a) in mancata conoscenza b) in stati di fuga quando i rivissuti avvengono in uno stato di coscienza alterato c) “...essere sotto forma di frammenti di percezione monolitici e separati che irrompono nella coscienza” (van der Kolk, 2004) d) in fenomeni di transfert in cui l’ eredità traumatica viene rivissuta come destino ineluttabile e) nell’ espressione parziale ed esitante dell’esperienza come narrazione insopportabile (van der Kolk et al. , 2004).

Iperreattività autonoma. Le risposte fisiologiche nelle persone affette dal PTSD sono condizionate a reagire agli stimoli evocatori del trauma con la reattività autonoma dell’ emergenza mettendo in allerta l’organismo. Ma proprio questa facile attivazione rende i soggetti incapaci di fidarsi delle loro sensazioni per prepararsi in maniera adeguata. L’aumento della stimolazione autonoma, che può essere suscitato da uno stimolo attivante ma anche solo dell’ ansia stessa, interferisce non solo con il benessere psicologico ma può anche scatenare reazioni inadeguate alle necessità.

Ottundimento della sensibilità. I soggetti traumatizzati sembrano impiegare le loro energie per evitare le sensazioni interne che provocano stress o a controllare le proprie emozioni. In questo modo tendono ad affrontare l’ ambiente con ritiro emotivo ovvero con ottundimento emotivo (in forma di depressione, anedonia, mancanza di motivazione, reazioni psicosomatiche, stati dissociativi).

Reazioni emotive intense. I soggetti traumatizzati perdono la capacità di regolare gli affetti. La risposta affettiva è immediata, senza che il soggetto possa comprendere la cosa che lo turba. I soggetti provano intense sensazioni di paura, ansia, rabbia e panico, anche di fronte a stimoli di lieve entità. Il paziente, di conseguenza, ha una reazione eccessiva oppure, per evitare ciò, si chiude completamente e/o si isola. Sia bambini che adulti che soffrono di questa iperreattività, facilmente sviluppano un disturbo del sonno e/o difficoltà di concentrazione.

Difficoltà di apprendimento. In seguito alle difficoltà di concentrazione e all' iperreattività fisiologica, i soggetti frequentemente sviluppano la mancanza di capacità di apprendimento dall' esperienza. Sono stati osservati anche perdite di modalità di coping dello stress elaborate in precedenza e assunzioni di modalità di coping regredite.

Disturbi della memoria e dissociazione. Da una parte possiamo individuare l' ipermnesia dell' evento traumatico che, come ricordo intrusivo si ripete nel tempo. Dall' altra parte si possono individuare sindromi amnesiche relative all' evento traumatico che possono essere parziali o complete. La dissociazione in questo caso è "capacità psicologica" (Reddeman, Dehner –Rau, 2004) usata per fronteggiare l' insopportabilità dell' evento. Putman (1989) scrive che i bambini esposti a traumi gravi e/o prolungati possono organizzare interi tratti di personalità per far fronte alle esperienze traumatiche.

Aggressione contro di sé ed altri. Studi hanno evidenziato che soggetti affetti dal PTSD rivolgono verso altri o verso se stessi l' aggressione subita. Maltrattamenti durante l' infanzia sono un forte fattore di rischio per lo sviluppo di atteggiamenti aggressivi contro sé stessi oppure verso altri. Comportamenti aggressivi sono stati ben documentati anche nei veterani di guerra (Lewis 1990, 1992)

Reazioni psicosomatiche- Tanti pazienti affetti da PTSD vivono lo stress (ansia, arousal elevato, rabbia) a livello fisico e non come stato psicologico (Saxe et al., 1994) . Soffrono di alessitimia, dell' incapacità di identificare, articolare e tradurre le sensazioni somatiche in sentimenti elementari quali rabbia o paura. Secondo Krystal, (1978) e Pennebaker (1993) è proprio la loro ansia "cronica" ma anche l' ottundimento emotivo ad ostacolare la capacità di riconoscere gli stati emotivi interni.

Aspetti psicologici, fattori eziologici e Modelli Operativi Interni

Per avere una visione chiara sull' impatto che gli eventi traumatizzanti possono aver sulla vita psichica delle vittime ci si può riferire ai seguenti modelli:

- a) il modello di Ehlers e Clarks (fattori di mantenimento)
- b) il modello dei fattori eziologici (transizione dallo stress al disturbo) di van der Kolk et al.,
- c) gli studi di vari autori che in patologie psichiche hanno individuato eventi traumatici significativi e che hanno cercato di spiegare in che modo questi eventi abbiano potuto costituire un forte impatto per tutto il funzionamento psichico in termini di Modelli Operativi Interni (MOI) e/o in termini di schemi cognitivi interni

Fattori di mantenimento

Il modello costruito da Ehlers und Clark (2004) si riferisce al circolo vizioso che si istaura dopo “l’interpretazione” di un evento traumatico e dà il via ad un PTSD cronico.

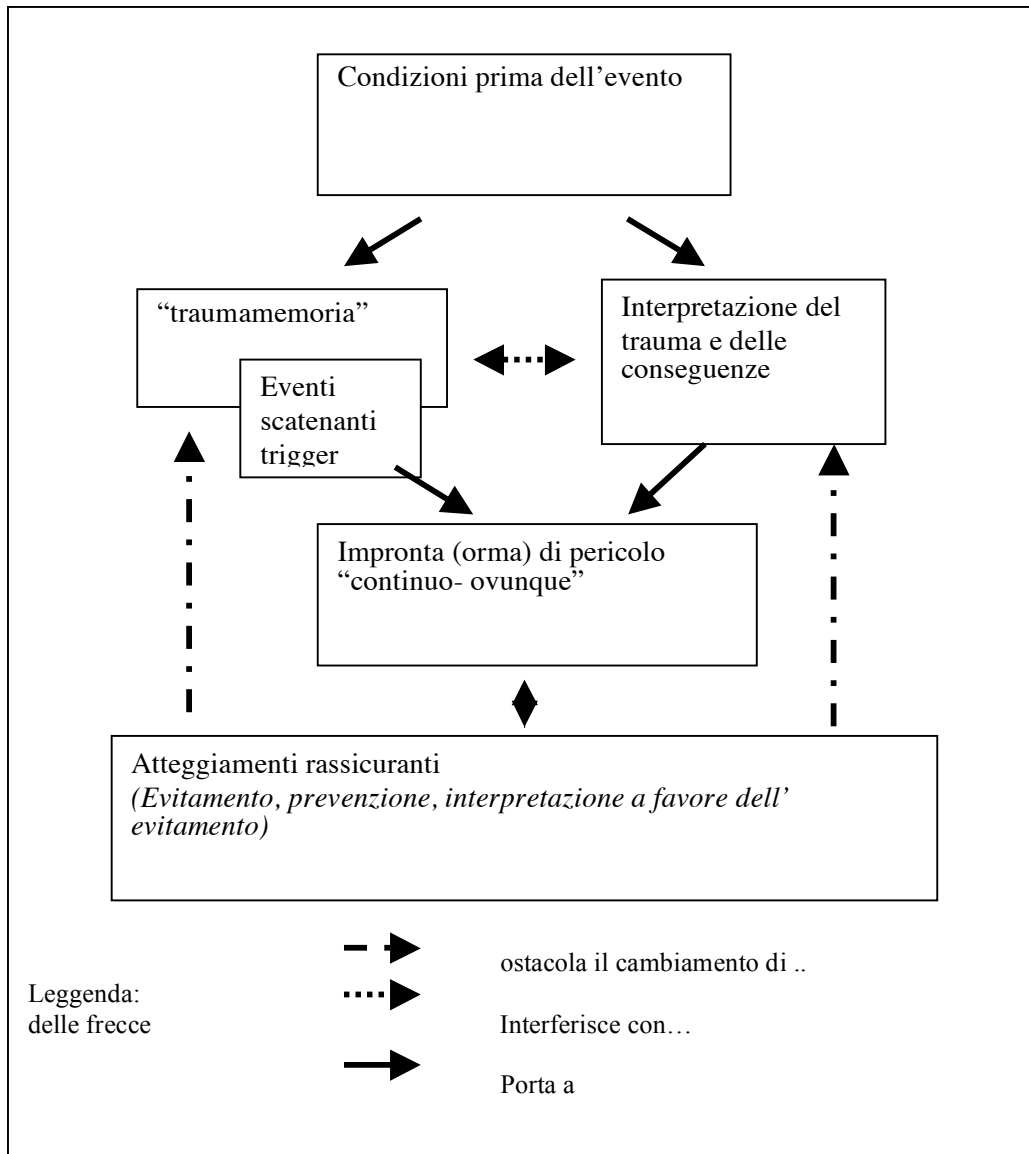


Figura 1. Modello cognitivo per il PTSD cronico secondo Ehlers e Clark (2000)

Il modello spiega come l’evitamento degli stimoli (a livello cognitivo e comportamentale) sia responsabile per il mantenimento del disturbo. A causa di quest’evitamento la vittima è ostacolata nel correggere l’interpretazione disfunzionale della realtà attuale, che è ormai “senza pericolo”. Gli autori si basano sulla conoscenza, condivisa dalla maggior parte degli autori, che l’esperienza di ansia intensa (insopportabile, annientante) stia alla base del disturbo, e che questa esperienza abbia il suo risvolto nell’ambito clinico a causa di tre componenti:

- la tipologia della memoria traumatica

- l'interpretazione disfunzionale del trauma e delle conseguenze
- il comportamento fortemente evitante di situazioni "stressanti" e l'attivazione di comportamenti rassicuranti che a loro volta sono responsabili della non – correzione dell'interpretazione disfunzionale dell'evento.

Gli autori fanno riferimento alla ri- esperienza intrusiva, che ha carattere di "qui ed ora", che viene ricordata sensorialmente, che può avvenire senza stimoli connessi direttamente all'esperienza traumatica (per questo possiamo parlare di una "miriade" di stimoli attivanti).

Ehlers e Clark integrano anche le conoscenze relative ai diversi tipi di memoria specifica e annotano che le caratteristiche e specificità della memoria implicita e di quella procedurale sono responsabili della riesperienza intrusiva e della reattività autonoma.

Fattori eziologici

Il modello di van der Kolk (2004) sottolinea come non sia l'evento traumatico in sé che produce il trauma, ma il pattern allo stress acuto innescato dall'evento.

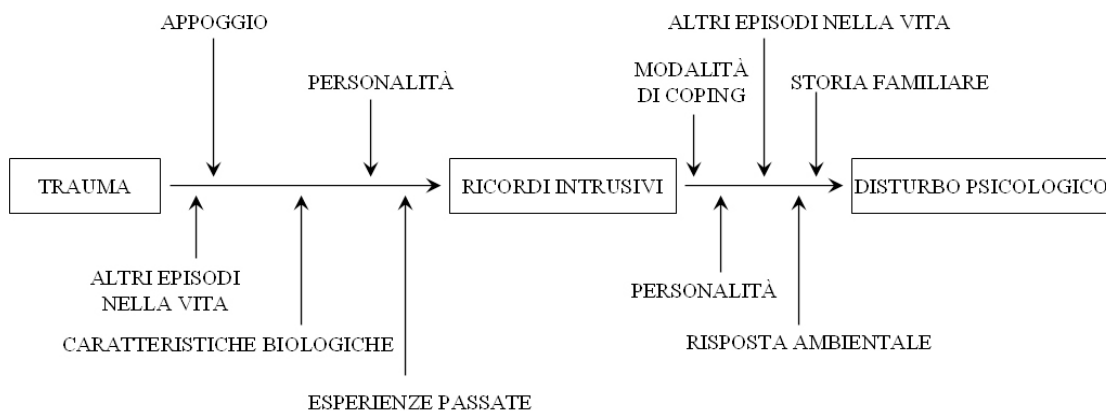


Figura 2. Fattori eziologici che influenzano la transizione dallo stress al disturbo conseguente al trauma (van der Kolk, 2004)

Lo stress è la reazione comune all' orrore, al senso di impotenza e alla paura (van der Kolk, et al., 2004)

Gli autori van der Kolk, MC Farlane e Weisaeth suddividono il decorso in:

- risposta acuta da stress
- risposta cronica all' evento traumatico
- adattamento dell' individuo alla necessità di convivere con lo stato sintomatico cronico del PTSD

Il modello di van der Kolk et al. mette in evidenza che anche molti altri fattori come le modalità di coping, la personalità, altri episodi nella vita, la storia familiare e la risposta ambientale influiscono sullo sviluppo del PTSD. Tutti questi fattori non solo danno il loro "contributo", ma interagiscono tra di loro nel processo dell' evolversi del disturbo psicologico.

Modelli Operativi Interni e/o schemi interni significativi

Il concetto di Modelli Operativi Interni ha origine nella tradizione psicologica costruttivista. Sottolinea il fatto che gli esseri umani sono produttori di senso e che essi “organizzano il loro mondo in base a una teoria della realtà che in parte è cosciente, in gran parte rappresenta un’ assimilazione inconscia delle esperienze accumulate” (van der Kolk, 2004, Janet,1889, Freud 1920, Horowitz,1986, Pennebaker, 1992).

Soggetti affetti da PTSD sviluppano profonde distorsioni nel modo in cui elaborano le informazioni perché restringono il loro campo di attenzione alle potenziali fonti di minaccia (Kardiner, 1941). Questa nota è sostenuta tutt’oggi dalla maggior parte degli autori; MC Farlane, Weber e Clark, Krystal, van der Kolk per nominare solo alcuni.

Negli ultimi decenni le conoscenze sul ruolo del trauma infantile nei disturbi di personalità in età adulta (Herman et al. ,1989), ad esempio per il disturbo borderline di personalità o in altri disturbi complessi, hanno incrementato l’interesse verso le conseguenze a lungo termine del trauma infantile sulla futura personalità adulta. Affermano van der Kolk, MC Farlane e Weisaeth che un trauma avvenuto nell’ infanzia pone le basi per una serie di disturbi psichiatrici, come il disturbo borderline di personalità (Herman et al. 1989) il disturbo di somatizzazione (Saxe, 1994), i disturbi dissociativi (Rosse et al. 1990, Saxe et al. 1993) , l’ automutilazione (van der Kolk et.al., 1991) , disturbi alimentari (Herzog et al. 1993) e l’ abuso di sostanze (Abueg et al. ,1991). Non c’è però connessione diretta tra trauma e disturbo psichiatrico. I fattori sopra descritti, come le modalità di coping, la personalità del soggetto, altri episodi nella vita, la storia familiare e la risposta ambientale fanno sì che i pazienti sembrano organizzare gran parte della propria vita attorno a schemi ripetitivi di riattivazione e di allontanamento di ricordi, sollecitazioni ed affetti traumatici.

Molteplici scritti sembrano condividere il fatto che la qualità del legame con i genitori è l’ elemento più importante nel determinare possibili danni a lungo termine nei bambini esposti ad eventi stressanti (van der Kolk et al. 1994).

Inoltre vi è discussione sul possibile ruolo dei comportamenti poco sintonizzanti da parte di genitori nei confronti dei loro figli (causa di attaccamento disorganizzato /insicuro) (Bowlby,1988) come evento traumatizzante prolungato nel senso di “stress emotivo”. Inoltre si discute, se eventi traumatizzanti in soggetti con attaccamento insicuro/e /o disorganizzato siano solo condizioni sfavorevoli rispetto all’ elaborazione e integrazione funzionale dell’ evento traumatizzante. (Liotti, 2003, Semerari, 2005, Young et al. 2005). “È auspicabile”, scrive van der Kolk, “che nel futuro la ricerca e la pratica clinica siano guidate da una più piena comprensione della complessa interazione tra processi evolutivi e stress traumatico.” (van der Kolk, 2004).

I diversi concetti di: Schemi Interni, Inner-Working- Models, Early Maladaptive Schemas, Modelli operativi interni (MOI), hanno tutti in comune l'assunzione che uno schema mentale disfunzionale sia responsabile per l'innescò del disturbo psichico con tutte le sue conseguenze a livello comportamentale. Questi concetti possono aiutare a inquadrare e a delineare ciò che nella mente di un soggetto può instaurarsi come conseguenza di eventi stressanti soprattutto se prolungati o ripetuti nel tempo.

Entrando in questa logica e riprendendo il concetto di PTSD di I e di II tipo, è sensato delineare in grandi linee una diversità di approccio nel trattamento dei disturbi del PTSD.

Per la "vittima" del PTSD di tipo I saranno meno importanti l'elaborazione dei molteplici schemi interni significativi connessi tra di loro e che si compromettono a vicenda, oppure dei MOI, poco integrati o in contraddizione tra di loro. Ma sarà di fondamentale utilità l'intervento a livello di rielaborazione mentale e la riformulazione della "pericolosità" attuale.

Per soggetti affetti di PTSD di tipo II il lavoro "terapeutico" consisterà pure nell'elaborazione mentale dell'evento e di una riformulazione della "pericolosità" attuale, ma anche e soprattutto nelle riformulazioni dei MOI e/o degli schemi cognitivi interni significativi.

Nel capitolo seguente si cercherà di delineare come con l'aiuto di tecniche immaginative si possono affrontare i sindromi del PTSD.

Le tecniche immaginative riportate riprendono l'evento traumatico e lavorano su di esso; ma non si limitano a questo, danno anche possibilità di lavorare sui Modelli Operativi Interni.

Tecniche immaginative

La parola "immagine" può avere più significati. Nel nostro caso ci interessa il significato: "rappresentazione nella mente di cosa vera o fittizia per mezzo della memoria o della fantasia" (Dizionario Garzanti della lingua Italiana, 1995).

Tecniche psicoterapeutiche che attingono all'immagine sono presenti in tutta la storia della psichiatria moderna. L'approccio lavora con la produzione immaginaria del soggetto.

L'idea è di "elaborare" o di lavorare con la capacità umana di figurarsi nella mente, di concepire con la fantasia e di inventare una realtà interiore – immaginaria.

Tecniche che lavorano con questa capacità mentale sono presenti in più orientamenti psicoterapeutici, nell'approccio psicodinamico, nella Analisi Transazionale, nella Gestalt ecc.

L'idea di affrontare i problemi del paziente tenendo conto non solo dell'aspetto cognitivo e comportamentale, ma dando importanza al lavoro a livello della visualizzazione mentale è presente anche all'interno delle scuole cognitive-comportamentali.

Nomi noti, in Italia, nell'orientamento cognitivo-comportamentale sono Giannantonio e Poeiero, in ambito germanico sono: Lammers, Ehlers, Sachsse, Wöller, e Reddemann. Quest'ultima deriva da un

orientamento psicodinamico ma è collaboratrice in molti scritti che si occupano di tecniche immaginative con orientamento cognitivo comportamentale.

In questo paragrafo si cercherà di inquadrare le possibilità di trattamento di pazienti traumatizzati con tecniche immaginative che sono integrabili nella cornice di un orientamento cognitivo-comportamentale.

L'obiettivo è di delineare brevemente una rassegna delle tecniche più frequenti e usate, paragonare tra di loro i principali concetti di lavoro ed infine discutere quello che ad oggi gli studi e le metaanalisi hanno potuto evidenziare sull'efficacia dei trattamenti nell'ambito psicotraumatologico.

Nel trattamento Cognitivo - Comportamentale le tecniche immaginative aprono la possibilità di confutare valutazioni disfunzionali peri- e postraumatiche e facilitare così l'integrazione dell'evento traumatico nella memoria autobiografica.

Normalmente vengono applicate durante una elaborazione di confronto con il ricordo dell'evento traumatico e del suo momento più drammatico e difficile. Si punta su due obiettivi: facilitare con l'aiuto del lavoro immaginativo una integrazione della memoria traumatica in una visione più funzionale; recuperare, tramite la costruzione di immagini di rielaborazione e di superamento della situazione drammatica, un'interpretazione più funzionale dell'evento e delle sue conseguenze (Boos, 2005)

Sembra che queste tecniche abbiano una rilevanza particolare nel trattamento del PTSD perché attraverso il lavoro a livello immaginativo " ...attivano quel canale visuale, che è contaminato dalle intrusioni..." (Boos, 2004). Ciò è plausibile, tenendo conto dal fatto che "immaginando" sono attivate aree cerebrali diverse rispetto a quando siamo coinvolti in processi mentali razionali.

Le tecniche immaginative sembrano aprire veramente la possibilità di modificare sia il ricordo doloroso che la sua interpretazione in un modo più adattivo e funzionale.

Rational Emotive Imagery (REI)

La Rational Emotive Imagery è una tecnica specifica, "classica" tra i metodi di intervento che fanno parte del patrimonio della Rational Emotive and Behavioral Therapy (Baldini, 1998).

La REI è da attribuire senza dubbio alle tecniche emotive della REBT, e all'interno di questa viene fatto ampiamente uso di essa.

Gli autori che hanno sviluppato e applicato questa tecnica, sottolineano l'importanza della capacità immaginativa nello sviluppo e nel mantenimento di convinzioni disfunzionali (Beck, 1976, Lazarus, 1973,) altri hanno dimostrato che l'uso di tecniche ipnotiche hanno maggior effetto quando il soggetto viene invitato ad integrarvi cognizioni più funzionali, precedentemente elaborate (Katz, 1979, Diamond, 1977).

La REI è una tecnica che viene usata come integrazione negli altri metodi cognitivi. Mira ad una miglior integrazione ed assunzione di "elaborati" mentali più funzionali. Ovvero cerca ad aiutare il paziente ad integrare aspetti emotivi nelle nuove interpretazioni cognitive, elaborate con il terapeuta.

Si possono distinguere due metodi di condurre la REI, quello di Ellis&Harper o quello di Maultsby (chiamato anche immaginazione positiva). Quest'ultimo lavora meno sul tentativo di "cambiare" le emozioni negative. Lavora più sull' abbinamento delle emozioni con le nuove cognizioni elaborate precedentemente. Ambedue le modalità iniziano con un rilassamento breve e vanno ripetute a casa come home-work.

Dando più spazio agli aspetti emozionali e immaginativi sembra che per il PTSD possa essere più indicato il metodo di Ellis &Harper.

Dopo un rilassamento breve si chiede al paziente:

- di rivivere la situazione avversa conducendolo nella sua immagine
- a concentrarsi sulla emozione negativa provata e ad portarla fino ad un livello estremo
- eseguito questo, si chiede al paziente di cambiare energicamente l'emozione da insopportabile e penosa ad adeguata ed accettabile. L'adeguatezza e/o la sopportabilità costituiscono gli obiettivi precedentemente elaborati con il paziente come scopo dell' intervento.

La Rei in questo mira ad un radicale cambiamento dell' emozione provata nei confronti allo stimolo (ricordo) attivante / avversivo. Questo cambiamento deve essere ripetuto come home work, in modo che questa nuova emozione si instauri veramente nel paziente.

Imagery Rescripting and Reprocessing –Therapy (IRRT)

La Imagery Rescripting and Reprocessing Therapy è una tecnica la quale conoscenza in ambito anglosassone ma anche germanico è abbastanza diffusa e al cui proposito esiste un elevato numero di pubblicazioni. Anche nell' orientamento di Terapia Cognitivo Comportamentale Italiana (specialmente nel 1° centro della scuola Cognitiva Comportamentale di Roma) la tecnica è studiata ed applicata.

La IRRT è stata sviluppata in primo luogo per pazienti vittime di abusi fisici e/o sessuali ed è stata riportata per prima in bibliografia psicologica di orientamento psicodinamico.

È merito di Smucker M. R.(1999), Dancue C.V., Gunnert B.K. e WeisJ.M. ed altri di aver fornito e formulato le basi teoriche per una lettura in termini cognitivo- comportamentali. Sviluppando le premesse teoriche, consolidando il processo in concetti cognitivi e comportamentali, sono riusciti ad inquadrare su che base e in quali termini e modi questa tecnica, collocata in una cornice di terapia Cognitivo Comportamentale può essere applicata ed aver notevoli risultati non solo psicoemozionali ma anche a livello di "rilettura" e di integrazione nell'autobiografia del paziente.

Gli scopi di un' intervento con IRRT

- Riduzione della sintomatologia intrusiva
- Modificazione dell' evitamento di stimoli relativi al trauma
- Sostituzione del ricordo traumatico con un ricordo di superamento
- Modificazione degli schemi disfunzionali relativi al trauma

- Miglioramento delle capacità di regolazione emotiva, capacità di auto-tranquillizzazione e di cura di sé stessi
- Riduzione della sintomatologia dell'alterazione dell'arousal (Boos, 2005)

La IRRT è in sintesi una tecnica di confronto durante la quale si utilizza le capacità immaginative. L'immaginazione in questo caso non è completamente libera, ma viene guidata o meglio diretta dal terapeuta, il quale aiuta il paziente di "immaginarsi" altri possibili "fine-storia", altri decorsi dell'evento. Questo facilita al paziente una "rilettura" dell'evento con le capacità mentali ed emotive del presente (discusse ed apprese nel decorso della terapia). In questo modo il paziente riesce ad relazionarsi diversamente al proprio vissuto ed a elaborare Modelli operativi interni e schemi interni significativi più realistici.

L'intervento della IRRT viene fatta in una sequenza precisa, lo schema grafico riportato, visualizza interventi, scopi e decorso. Si possono individuare tre fasi, tutte tre vengono eseguite in una seduta.

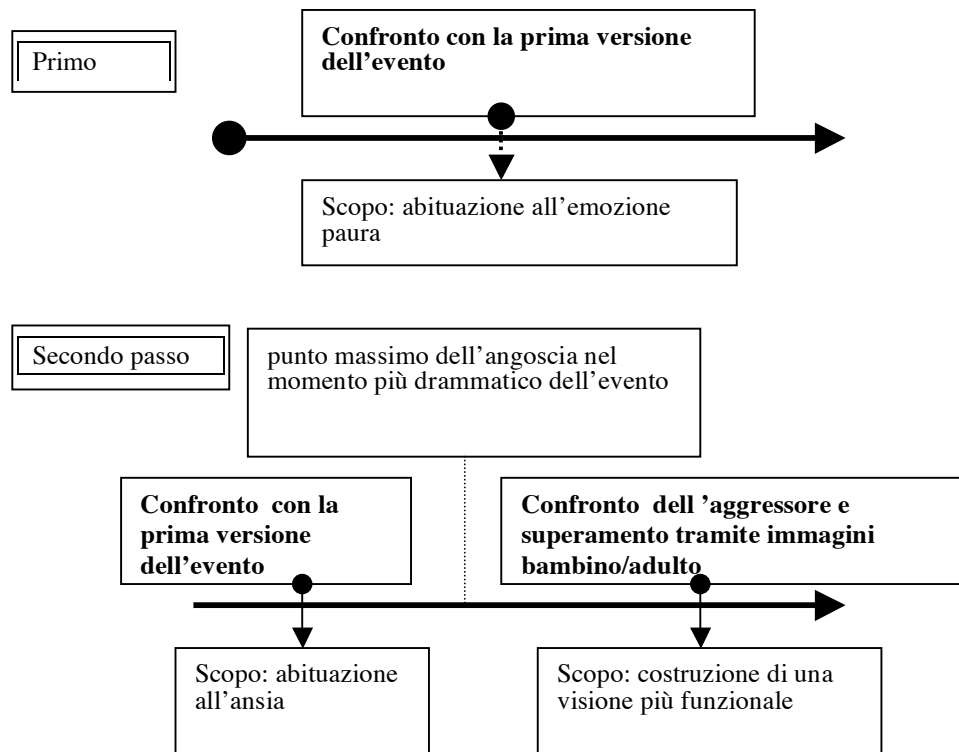


Figura 3. Schema grafico del decorso dell'IRRT (Boos, 2004)

Scopo sostanziale di questa tecnica è sostituire il ricordo dannoso (essere indifeso, inerme, impotente e perdita di controllo) con uno "nuovo", rielaborato attraverso una riscrittura dell'evento costruito tramite l'immaginazione.

Se questa tecnica è una tecnica sviluppata per pazienti traumatizzati nell'infanzia, quello che a mio parere rimane punto di discussione è il dato di fatto che tanti di questi pazienti non evitano affatto oppure solo apparentemente questi stimoli attivanti. Osservazioni cliniche più volte hanno riportato che persone

traumatizzate nell'infanzia in età adulta si ritrovano spesso nelle condizioni di rivivere ulteriori traumi simili a quelli vissuti nell'infanzia. Il discorso di evitamento di stimoli relativi allora in qualche modo è in contraddizione con questo dato di fatto e richiederebbe una spiegazione approfondita.

Desensibilizzazione e Rielaborazione attraverso Movimenti oculari (EMDR)

La desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) è un metodo clinico, sviluppato da Francine Shapiro negli Stati Uniti d'America nel 1987. Shapiro riferisce di aver osservato effetti apparentemente desensibilizzanti di movimenti oculari spontanei, ripetuti su pensieri spiacevoli (Shapiro, 1995). Sulla base di osservazioni cliniche e scientifiche la Shapiro ha elaborato e ottimizzato questa tecnica, che sin dagli inizi è stata testata prevalentemente (ma non solo) sul PTSD e sul quale si è dimostrata altamente efficace.

In letteratura si trovano opinioni controverse su tale tematica; tuttavia, nella ricerca scientifica, negli studi di efficacia e nelle meta-analisi, l'effetto soprattutto nel PTSD è evidente e replicato varie volte. La discussione è ancora aperta rispetto a questioni quali: le basi teoriche ed i reali meccanismi di funzionamento a livello neurofisiologico e neuropsicologico, e gli effetti a lungo termine.

È in sostanza una tecnica di esposizione che mira al raggiungimento di una desensibilizzazione, che cerca ad raggiungere avvalendosi di una "elaborazione accelerata" del ricordo stimolata dai movimenti oculari ritmici, ottenuti seguendo i movimenti della mano del terapeuta (Nisi, 2005).

Come funziona l'EMDR

Il trattamento EMDR si compone di otto fasi, e viene integrato in un progetto terapeutico come descritta nella tabella 3.

Le fasi dell'EMDR

1° Fase Anamnesi e pianificazione	Valutazioni dei fattori di sicurezza del paziente e valutazione di idoneità Raccolta di informazioni per realizzare un piano terapeutico
Fase 2° preparazione	Creazione di alleanza terapeutica e informazioni sul trattamento Addestramento delle procedure di rilassamento
Fase 3° assessment	Identificazione del target, scelta dell'immagine e della cognizione disfunzionale Identificazione di una cognizione positiva che verrà successivamente usata per sostituire la cognizione negativa (nella fase 5°) Spiegazione del modello e del suo funzionamento Creazione di un "posto sicuro" immaginato
Fase 4° desensibilizzazione	Focalizzazione sull'emozione negativa (misurata dalla scala SUD) e desensibilizzazione e elaborazione accelerata (applicazione di set di movimenti oculari)

Fase 5° installazione	Verifica dell' adeguatezza della cognizione positiva e/o creazione e integrazione completa dell' autovalutazione positiva
Fase 6° Scansione corporea	Concentrazione sulle sensazioni fisiche, scansione corporea Tensioni o rigidità rimasti saranno il target di ulteriori set Set di rinforzamento di sensazioni confortevoli o positive
Fase 7° chiusura	Riconduzione del paziente a uno stato di equilibrio emotivo Informazioni sul significato di eventuali immagini, pensieri disturbanti e di come affrontarli (rilassamento, posto sicuro) Istruzioni di raccolta di questi, sia per un distanziamento che per cogliere ulteriori elementi
Fase 8° rivalutazione	Verifica degli effetti terapeutici nei confronti del target Integrazione degli effetti rielaborativi e comportamentali

Tavola 3. Le fasi dell'EMDR

Se negli interventi cognitivo-comportamentali “classici” si lavora sugli aspetti mentali e comportamentali, a livello di metacognizione e tramite rinforzo e verifica, nel protocollo EMDR questi aspetti vengono integrati.

La procedura per arrivare alla desensibilizzazione sostanzialmente è la stessa. Quello che cambia è che viene dato ampiamente spazio alle “immagini” nel più ampio significato della parola. Al paziente viene chiesto di mantenere un'immagine dell' esperienza traumatica originaria e viene incoraggiato a evocare contemporaneamente l'evento e le sensazioni associate. Viene invitato a “percepire” nei dettagli tutto quello che è rievocabile a livello di percezione (non solo di pensieri), di “ri-immaginarsi” nei ricordi, facendoli emergere possibilmente non solo come immagini visive, ma dando spazio anche a tutti gli altri aspetti a livello di percezione uditiva, olfattiva e tattile, e a livello di pensiero e di emozioni.

Durante questa sessione dell'immaginarsi, o meglio del “ri-immaginarsi”, viene dato spazio ad altre immagini che emergono – associate a queste. “Alcuni pazienti presentano un fiume apparentemente infinito di ricordi distinti associati” (Shapiro, 1995).

L'apparizione di immagini associate e i cambiamenti percettivi delle immagini sono segni che l'elaborazione si sta per attuare che il canale tra memoria procedurale ed implicita e memoria episodica ed esplicita si sta per aprire, transizione desiderata dalla tecnica e che coglie il fatto che eventi traumatici possono “incastrarsi” nella memoria procedurale e non passare nella memoria episodica a lungo termine, causando in questo modo intrusioni, flash-backs e alterazioni dell'arousal (Nisi A. 2005). Seguendo i set di movimenti oculari, che vengono eseguiti dal terapeuta in questa fase, e che il paziente segue con i gli occhi, il paziente, secondo le supposizioni della teoria del trattamento, elabora la sequenza (Shapiro, 1995). Tutta la sequenza critica, compresi gli aspetti cognitivi, emozionali e sensoriali, grazie questa elaborazione accelerata possono essere immagazzinati nella memoria procedurale e a lungo termine.

Qui la tecnica EMDR fa riferimento alla supposizione discussa in ambito scientifico, ma fino ad oggi non dimostrabile nei suoi dettagli, che nelle fasi REM del sonno, il cervello umano elabori le esperienze, si liberi da aspetti non - pertinenti e riesca poi ad immagazzinarli nella memoria episodica favorendo così un' integrazione dell'evento nella memoria autobiografica. (Shapiro,1995, Düweke Peter, 2006).

In altre parole, l' EMDR, sempre entro una cornice terapeutica cognitivo- comportamentale, punta a che il paziente riesca a "esporsi" al ricordo a livello di immaginazione, a elaborarlo a livello cognitivo (cognizione funzionale – cognizione realistica o positiva), ma soprattutto a elaborarle tramite processi (fisiologici, come i movimenti oculari) l'aspetto negativo dell'evento traumatizzante, trasformandolo in questo modo da annientante a più sopportabile o funzionale.

Tecniche Immaginative orientate alle risorse

In questo sottocapitolo ci si concentrerà prevalentemente sui contributi degli autori Martin Sack e Luise Reddemann. Reddemann nell'ambito germanico è stata un po' l' anima pionieristica del trattamento di PTSD. Neurologa, psicologa e psicoterapeuta di orientamento dinamico, direttrice di una clinica specializzata per disturbi psicosomatici e psicotraumatologici, ha documentato un' ampia raccolta e descrizione di tecniche immaginative, applicate nella clinica da lei diretta. Questa documentazione e descrizione, un libro, ristampato per la 12° volta è ritenuto da molti un classico nel trattamento del PTSD. Frequenti sono infatti, commenti e collaborazioni con l'autrice; libri suoi si trovano negli indici bibliografici di vari autori che si occupano della tematica, oppure introduzioni dell'autrice per altre bibliografie (come per esempio nel libro In che direzione si evolve il trattamento dei traumi, (Lamprecht, 2007) nel quale c'è anche un capitolo di van der Kolk). L'autrice è poco nota però nell'ambito italiano, il libro non risulta tradotto in italiano.

L' approccio psicoterapeutico orientato alle risorse di Reddemann (2001), Sack (2007) sottolineano focalizza:

- a) l'importanza della riattivazione delle risorse del paziente affetto da PTSD e
- b) l'adattamento degli interventi a seconda delle diverse fasi e/o stati emotivi del paziente

Nel primo punto colgono uno degli effetti ritenuti i più essenziali e significativi secondo gli studi di Grave, Donati e Bernauer, (2001).

Le risorse delle quali il terapeuta deve tener conto e che deve attivare possono essere divise in

- risorse interne
- risorse esterne
- risorse biologiche (Sack, 2007).

L'attivazione delle risorse esterne, come la rete sociale del paziente, ed il contributo che queste possono avere, viene sottolineato anche negli scritti di Fullerton et al. (1992).

Altro elemento costitutivo nel trattamento del PTSD, viene precisato dagli autori, è una cornice stabile della relazione terapeuta – paziente, caratterizzata da sicurezza e professionalità che riesca a attivare nel paziente la sensazione di protezione e controllabilità. Su questo punto concordano vari autori (van der Kolk, 2004, Reddemann 2006, Sack et al.2007).

Come risorse interne vengono considerate e messe a fuoco tutte le capacità mentali, le abilità comportamentali e di coping in senso ampio. Venendo riattivate, tutte possono svolgere un ruolo importante per il superamento della problematica. In questa cornice anche le capacità immaginative sono considerate “risorsa” interna.

Il concetto delle Risorse Interne e delle Capacità Immaginative viene integrato nel sostegno psicologico ed aiuta al paziente al raggiungimento della sensazione di controllabilità, di sicurezza personale e di capacità di affrontare il pericolo.

Questo processo viene delineato secondo il seguente percorso:

- trovare stabilità interiore (stabilizzazione)
- imparare un atteggiamento di “autocura” verso di sé ed il proprio corpo
- “affrontare” (immaginarmente) il trauma
- elaborazione creativa - simbolica del trauma
- accettazione ed integrazione dell’ evento nella storia di vita personale (Reddemann, 2001)

A seconda della fase, Reddemann propone una serie di immagini guidate che aiutano al paziente a sviluppare :

- • pensieri/immagini positive, sperimentati durante l’ immaginazione,
- • strategie di coping di regolazione emotiva
- • sviluppo di strategie sia di concentrazione sull’emozione che di distacco emotivo, con l’obbiettivo di riuscire ad “assistere” al ricordo (intrusione) ma di non esserne oppresso
- “riscrivere” l’evento immaginando un’ altro fine, o con l’aiuto di una figura immaginata/fantasticata, oppure con l’aiuto della propria persona, ma con le capacità del presente

Le varie immagini guidate per la prima fase (stabilizzazione) consistono in sostanza nello sviluppare nel paziente strategie di coping e di regolazione emotiva dell’esperienza delle intrusioni.

Le tecniche di immaginazione guidata, riportate nel libro di Reddemann sono molte, si differenziano tra di loro per l’obbiettivo degli interventi e per la diversità delle varie fasi che seguono alla traumatizzazione. La scelta può essere fatta secondo lo stato psico-emozionale del paziente. Una elencazione e descrizione spezzerebbe completamente la cornice di questo lavoro, qualche tecnica però sarà di seguito brevemente illustrata.

L’immaginazione di un posto sicuro, il primo e basilare esercizio consigliato della Reddemann è ormai una tecnica nota, e non necessita di ulteriori descrizioni.

Immaginazione di contro-scena: Il paziente viene guidato brevemente nei suoi pensieri intrusivi, e poi nell' evocare un'immagine di controcena per costituire una modalità di distanziamento (un evento della propria vita, un posto di conforto o rilassante, una fonte di conforto come lo può essere una sorgente d'acqua, una spiaggia ecc.) . Poi si invita il paziente ad alternare tra le due "scene". Si assiste il paziente nel descrivere e nello "stare" per un' po sia in una che nell' altra scena. Alla fine si spiega al paziente che lo scopo di questa strategia non è di "evitare" l'intrusione, ma di avere uno scenario interiore in alternativa, utile per imparare a reggere lo stato d'animo durante l'intrusione.

Immaginazione del regolatore di riscaldamento: il paziente viene invitato a immaginarsi il più concretamente e dettagliatamente possibile un regolatore di un riscaldamento. Poi viene invitato ad immaginare la propria emozione temuta rievocata dalla intrusione come "regolabile" tramite il regolatore, manovrando lui stesso (oppure sotto diretta indicazione del terapeuta) la manopola.

Altre tecniche di Immaginazione guidata mirano a denominare e/o "figurare" il pericolo o l'evento, o certi suoi aspetti.

Questa capacità di denominare, "manipolare" le emozioni provate, facilitando in questo modo la capacità sia di concentrazione sull'emozione che di distacco, è ritenuto lavoro fondamentale nel trattamento del PTSD da vari autori. "Un aspetto fondamentale nel trattamento di un soggetto traumatizzato è costituito dalla capacità di aiutarlo a trovare parole per descrivere gli stati emotivi, dare un nome ai sentimenti, conferire al paziente un senso soggettivo di controllo e una flessibilità mentale che facilita il raffronto con altre emozioni e altre situazioni." (Mc Farlane et al.,in van der Kolk 2004)

Tecniche di immaginazione guidata per una "ri-scrittura" dell'evento

Questa "riscrittura" mira ad una modificazione e ristrutturazione del significato dell'evento in termini più funzionali e ad una sua integrazione nella storia di vita del paziente.

Sempre con l'immaginazioni guidata la Reddemann descrive un esercizio che sollecita il paziente di "ri-scrivere" l'evento traumatizzante con un' altro fine-storia (immaginato dettagliatamente) magari anche con figure ideate, come può essere una persona desiderata o nel caso di traumi infantili, il paziente stesso in età adulta.

Questo "iter" in sostanza assomiglia molto alla tecnica del IRRT e come questo è "solo" un elemento all'interno di un trattamento integrato.

Aggiungo in questione un citato di van der Kolk: "è opportuno ribadire che quasi mai è sufficiente parlare del trauma: chi ha riportato un trauma deve compiere una qualche azione che incarni simbolicamente la sua vittoria sull'impotenza e la disperazione" (2004). Un' attività che per terapeuti di orientamento cognitivo comportamentale potrebbe essere un compito a casa, come per esempio scrivere una lettera, disegnare (anche solo simbolicamente) un prospetto, un elemento, trovare una rappresentazione metaforica ed altro.

Mindfulness

In questo capitolo solo una piccola parte della MBSR (Mindfulness- Based Stress Reduction) sarà brevemente illustrata, proprio perché è solo in parte una tecnica immaginativa, o meglio solo certi aspetti della Mindfulness integrano la capacità di “immaginare”.

La Mindfulness in sostanza è una tecnica meditativa, il termine Mindfulness è la traduzione inglese della parola “sati” in lingua Pali e vuol dire consapevolezza, attenzione.

Vorrei illustrare brevemente questa tecnica, perché da un lato gli effetti benefici fin’ora riportati sono interessanti e meritano attenzione, dall’altro per completare l’illustrazione delle tecniche immaginative usate per il PTSD e per ultimo per non tralasciare una tecnica che integra un’ approccio marcatamente diverso da quelli già presentati, e che sono tutti riportabili a una tradizione europea.

La Mindfulness, pratica di attenzione, è un esercizio della meditazione Buddista. Dalla fine degli anni 70 John Kabat Zinn, medico e direttore della clinica universitaria di Massachusetts ha applicato questa pratica nella clinica dopo averla slegata da ogni legame religioso e/o spirituale. Primariamente è stato applicato per la riduzione dei sintomi provocati dallo stress. Oggi la pratica trova sempre maggior attenzione e la sua applicazione si è estesa anche ad altri disturbi, nell’ ultimo periodo anche al PTSD, con esiti positivi (Didonna, in stampa)

Segal, Williams e Teasdale (2002) ma anche altri autori hanno evidenziato le basi teoriche e le grandi linee guida per la sua applicazione.

Se i modelli Cognitivo - Comportamentali tradizionali cercano di affrontare le problematiche “cambiando” le cognizioni disfunzionali, la mindfulness propone un approccio differente dalla psicologia clinica “europea” quasi a pari passo con l’ idea di Einstein, secondo cui i problemi non vanno risolti con gli stessi mezzi che li creano.

Anche questa, come le altre tecniche descritte, viene insegnata nell’ arco di un progetto terapeutico e mira ad aiutare il paziente a relazionarsi diversamente alla sua sofferenza.

Vorrei soffermarmi brevemente sulla descrizione della pratica della Mindfulness sulle grandi linee in modo da riuscire a inquadrare meglio le meditazioni che potremo chiamare “immaginazioni”

La Mindfulness è la capacità di prestare attenzione in un modo particolare: intenzionalmente, nel momento presente, senza giudicare (Kabat- Zinn J., 2004)

Una definizione operativa condivisa da più esperti è che, la Mindfulness è un modello bi-componenziale ed implica:

- I. auto-regolazione dell’attenzione
- II. orientamento verso l’esperienza (Bishop et al. , 2004)

Le componenti dell’orientamento all’ esperienza si possono riassumere in

- Accettazione: Notare gli eventi interni che vengono esperiti, rinunciando agli sforzi per evitare o cambiare tali eventi (Hayes, 1994)
- Curiosità: Tutti i pensieri, emozioni e sensazioni che compaiono sono visti inizialmente come rilevanti e perciò soggetti di osservazione
- pazienza: permettere alle cose di accadere “al momento giusto”
- Mancanza di sforzo (non striving) : le meditazione è un non fare (Didonna 2007)

Sempre entro questo approccio, ci sono alcune “meditazioni” proposti da Kabat Zinn che possiamo chiamare “immaginative” ovvero che propongono una immaginazione mirata a innescare nel paziente ciò che potrebbe essere utile in termini di pazienza ed accettazione della sofferenza.

Iter dell’ immaginazione

Dopo che il paziente ha appreso la pratica “meditativa”, Kabat Zinn propone anche “immaginazioni” come quelle della montagna e del lago, che sono immaginazioni guidate.

In queste immaginazioni guidate viene chiesto al paziente, in primo luogo di fare attenzione a quello che durante la immaginazione gli appare, sente, percepisce, ascolta. La guida invita il paziente ad immaginarsi la “sua” montagna, la più bella che conosca, reale o non. Poi il paziente viene invitato a sentire dentro di sé le proprietà / caratteristiche della montagna, e ad entrare con il proprio corpo in sintonia con l’immagine montagna. Il trainer conduce il paziente per cambiamenti di scena (tempeste, stagioni) e guida il paziente ad “sentire” l’immutabilità della montagna.

Obbiettivi di questi esercizi sono:

- l’ attenzione per tutte le sensazioni somatiche, e mentali
- l’ accettazione, decentramento, distanziamento
- aiutare il paziente ad relazionarsi diversamente alla sofferenza

L’applicazione della Mindfulness finora è una pratica che primariamente viene proposta in cliniche psicosomatiche o ricoveri psicologici. Ha avuto degli esiti rispettabili nei disturbi di depressione (Teasdale, Williams, Segal), Boderline Personality Disorders (Linehan, 1993) DOC (Gorbius, 2004, Didonna 2007) Disturbi d’ansia (Kabat- Zinn, Roemer & Orsillo, 2002) ma anche sul PTSD (Foilette et al 2004, Foa et al. 2000).

Paragone, prospettiva, metaanalisi e discussione

Saranno di seguito riassunti e paragonati tra di loro le prove di efficacia delle tecniche citate.

La REI è la tecnica che indubbiamente lavora più sulla emozione avversa, con un metodo “classico” di intervento di risoluzione. L’intervento viene “iniziato”, proposto e “sollecitato” dal terapeuta e consiste nel dirottare/ sostituire/ scongiurare l’emozione avversa trasformandola in emozione “supportabile”.

Nell’ IRRT il processo consiste nel “riscrivere” mentalmente la sequenza che ha causato il PTSD . L’ “ideazione” di una sequenza meno drammatica avviene nella maggiore dei casi, con le qualità attuali del

paziente oppure con un aiuto “immaginato”. Questo “riscrivere” la sequenza è il meccanismo basale anche nelle tecniche orientate alle risorse. Lì, come nell’ IRRT il lavoro immaginativo è guidato e supportato. Nella “ri-immaginazione” orientata alle risorse, questo avviene con meno interventi verbali del terapeuta.

L’ EMDR con l’elaborazione accelerata è una tecnica che cerca di appoggiarsi a aspetti neurofisiologici e neuropsicologici. Ciò fornisce all’ EMDR il vantaggio di avere un canale in più, mentre nelle prime tre forse il vantaggio è che il paziente si sente più lui stesso ad essere il protagonista del cambiamento.

Tutte quattro lavorano in una prospettiva di esposizione, cosa che non si può dire per la Mindfulness, che non è una tecnica che mira ad una esposizione immaginativa, ma non la sopprime.

La Mindfulness porta una visione diversa e coglie aspetti/dimensioni a prima vista difficilmente comprensibili per una visione “confrontativa” (problema → antidoto/rimedio → risoluzione del problema) che è tipica per una visione occidentale. La Mindfulness, con il suo metodo di “assistere” e di stare nella percezione (con l’unico supporto di “percepire” il respiro) e con i viaggi mentali immaginati, attinge a un’ atteggiamento e ad un relazionarsi alla propria sofferenza in un modo marcatamente diverso dalle altre tecniche qui discusse. Traguardo di questa tecnica è dare al paziente la capacità di relazionarsi diversamente alla sofferenza sottolineando gli aspetti di “transitabilità” ed “accettabilità”, concetti che anche nelle visioni “occidentali” hanno rivestito sempre maggior importanza.

Possiamo riassumere che il lavoro con l’ immaginazione abbia il fine di rendere il paziente capace di sopportare e gestire la sofferenza (evocata dall’ evento traumatizzante) e integrarla nella sua storia di vita personale. Questo fine si ritrova però in tutte le tecniche cognitive comportamentali anche in quelle, che non attingono alle capacità immaginative. È però molto probabile ed in parte solidamente dimostrato, che gli strumenti più diretti alla rielaborazione della memoria procedurale si dimostrino particolarmente efficaci in confronto a interventi strettamente e solamente cognitivi e/o comportamentali (che lavorano primariamente a livello di memoria semantica ed episodica).

La nostra professione non ci chiede solo di alleviare la sofferenza del paziente, ma di farlo in maniera diretta, con metodi che hanno una base teorica solida, con una probabilità di guarigione dimostrabile, e ci chiede anche, di essere al corrente sulle conoscenze scientifiche aggiornate.

Sarebbe utile, sapere per esempio, se c’è una tecnica che è maggiormente indicata per il PTSD, oppure se una delle tecniche è più indicata per una certa tipologia di PTSD, oppure più indicata per un certo tipo di paziente, per l’intensità del PTSD ecc.

Saranno illustrati di seguito i risultati della ricerca sugli studi scientifici comparativi riguardanti l’effetto delle tecniche applicate nel PTSD (sempre rimanendo nell’orientamento Cognitivo Comportamentale).

Le meta – analisi, in questo caso sono lo strumento di “eccellenza” per sostenere affermazioni scientifiche. Si farà riferimento a due meta-analisi, che sia dal punto di vista del rilevamento dei dati, che dal punto di vista della rilevanza internazionale sembravano interessanti.

Una è la meta- analisi di Bradley, Greene, Russ, Dutra e Western pubblicata nel American Journal of Psychiatry nel febbraio del 2005 , l’ altra di Mitte, pubblicata dall’Università di Jena nel 2006.

Quest’ ultima, era stata progettata come studio comparativo per valutare l’ efficacia di diverse tecniche cognitive comportamentali nei disturbi d’ ansia (tra i quali il PTSD era stato valutato separatamente) a confronto al trattamento farmacologico.

Questa meta-analisi, non paragonando le varie tecniche cognitive comportamentali tra di loro, ma comprendole con il trattamento farmacologico si occupa solo della questione del confronto di efficacia tra trattamento farmacologico e psicoterapico.

I risultati sono:

- I risultati ottenuti dai trattamenti psicoterapeutici dimostrano un’efficacia paragonabile a quella farmacologica (il trattamento con SSRI era il più efficace)
- I pazienti con PTSD dimostrano maggiore accettazione del trattamento psicologico, la compliance è maggiore, meno drop out
- gli effetti di trattamenti psicologici dimostrano stabilità nel tempo, cosa che per il trattamento farmacologico non è stato possibile indagare

La meta analisi di Bradley, Greene, Russ, Dutra e Western invece aveva lo scopo di paragonare l’efficacia delle diverse tecniche Cognitive Comportamentali (includendo anche quelle immaginative) nel trattamento del PTSD.

Cercando una prospettiva sull’efficacia delle diverse tecniche che sia capace di rispecchiarne i punti di forza nella complessità dei possibili approcci di trattamento del PTSD riscontriamo una serie di problemi.

Il primo problema è che le tecniche sopra descritte non sono approcci a sé stanti ma elementi integrati, all’interno di un processo terapeutico. Questo è il caso sia per la REI, che per la Imagery rescripting and reprocessing Therapy, che per la Mindfulness, o meglio per la Mindfulness-Based Cognitive Therapy (Segal, Williams& Teasdale, 2002), - tutte tecniche che hanno trovato le loro specifiche possibilità di applicazione sempre in una cornice di un approccio/orientamento generale

Un’ eccezione sembra essere la tecnica EMDR, che è identificabile come approccio a sé stante nelle ricerche scientifiche di efficacia terapeutica (bisogna dire però che, anche la tecnica EMDR è concepita come una parte integrante di un’approccio terapeutico più ampio). Fatto è però, che negli studi comparativi l’ EMDR viene elencato come tecnica a sé stante, fatto che non avviene per le altre tecniche.

Anche la Mindfulness non è identificata come tecnica; questo però per il fatto che gli studi su questo approccio non sono ancora entrati nelle meta-analisi.

Abbiamo in questa meta- analisi allora un quadro di paragone di varie tecniche: quelle più centrate su una esposizione con ristrutturazione cognitiva, altre ad esposizione immaginativa e ristrutturazione cognitiva, esposizione e skill training , solo tecniche immaginative, desensibilizzazione e EMDR, altre ad esposizione e EMDR ecc.

Per la comparazione tra loro sono state unite in 5 tipi di trattamenti:

- terapie basate sull'esposizione (13)
- terapie cognitivo comportamentali diverse dall'esposizione (5)
- terapie combinate, cognitivo comportamentali + esposizione (9)
- desensibilizzazione dei movimenti oculari e rielaborazione (10)
- altre (7)

I risultati dell'efficacia differenziale:

1. Non è stata trovata una differenza significativa di efficacia tra i diversi trattamenti cognitivo comportamentale (con o senza esposizione) o tra questi e la desensibilizzazione dei movimenti oculari e rielaborazione

2. Gli autori annotano che non ci sono spiegazioni chiare a riguardo di questo anche perché i dati sono pochi e disomogenei.

Una possibile spiegazione per questo quadro poco differenziabile è forse riscontrabile nelle sollecitazioni con le quali Cesare De Silvestri ed al. (1995), hanno cercato di inquadrare queste difficoltà. Questi autori si sono posti la domanda se le particolari caratteristiche dei trattamenti delle varie scuole psicoterapiche (REBT - Ellis, RBT - Maultsby, PCT - Kelly, MT- Lazarus, SCT Liotti ecc.) sono così importanti da rendere molto diversa la psicoterapia che riceve il paziente. Questi autori presumono infatti che si tratta di differenze teoriche o addirittura nominalistiche. "Potrebbe infatti darsi che tutte queste psicoterapie in realtà offrano lo stesso tipo di trattamento ma lo spieghino in modo diverso e con termini diversi." (De Silvestri, 1995)

Tuttavia, tornando ai risultati della meta-analisi gli autori Bradley, Greene, Russ, Dutra e Western traggono una serie di implicazioni tra i quali le più importanti sono:

- una varietà dei trattamenti (esposizione in primo luogo, ma anche gli altri approcci cognitivo comportamentali, desensibilizzazione dei movimenti oculari e rielaborazione) sono molto efficaci nel ridurre i sintomi del PTSD
- il 40-70% dei pazienti risponde positivamente al trattamento: i trattamenti possono ridurre sostanzialmente i sintomi o a modificarli in tal modo che non sono più inquadrabili come PTSD
- l'effetto persistente per più di 6-12 mesi non è stato valutato nelle singole ricerche

- Visto che una vasta gamma di pazienti è stata esclusa da questi studi (concomitanza con: disturbi organici, disturbi psicotici, rischio di suicidio, abuso di droghe/alcol) e visto quelli, che non hanno risposto alla terapia, c'è necessità di ulteriori e approfonditi studi che siano in grado di valutare a) sia altri tipi di trattamenti e/o aumentare il numero di trattamenti b) valutare diversi parametri di trattamenti (come per esempio la durata del trattamento) c) parametri che tengono conto dei diversi tipi di traumi (eventi traumatici forti ma discreti o ripetuti traumi infantili)

È auspicabile, come scrive van der Kolk, che ulteriori ricerche approfondite siano in grado a dare risposta a questi questioni.

Bibliografia

- Alexander, C. & McFarlane & Yehuda, R. (2004): Resilienza, vulnerabilità e il decorso delle reazioni post traumatiche; in van der Kolk (a cura di) (2004): *Stress traumatico*. Roma: Magi edizioni
- Alexander, D.A. (1993): *Stress among police body handlers: A long-term follow up*. *British Journal of Psychiatry*, 163
- American Psychiatric Association (1994): *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*. IV Edizione. Milano: Masson
- Baldini, F. (1998): *Tecniche di intervento per la ristrutturazione cognitiva*. *Psicoterapia* (4) n.13
- Bishop, S.R. (2004) in Didonna Fabrizio (2007): *La Mindfulness e le sue applicazioni clinica*, Arco: Dispensa del Workshop: 06-07- 2007
- Blanchard, E. B. & Kolb, L.C. & Gerardi, R.J.(1986): Cardiac response to relevant stimuli as an adjunctive tool for diagnosing post traumatic stress disorders. *Behaviour Therapy* , 17
- Brewin, C.R. & Andrews, B. & Valentine, J.D. (2000) in Boos (2005): *Kognitive Verhaltenstherapie nach chronischer Traumatisierung. Ein Therapiemanual*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, Oxford, Prag: Hogrefe Verlag
- Boos, A. (2005): *Kognitive Verhaltenstherapie nach chronischer Traumatisierung. Ein Therapiemanual*. (Terapia Cognitiva Comportamentale del trauma cronico) Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, Oxford, Prag: Hogrefe Verlag
- Bradley, R. Ph. D. & Greene, J. M.A. & Russ E. & Dutra L. Westen, W. (2005): A Multidimensional Meta-Analysis of Psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry* (February)
- Davidson, J. & Smith, R. (1990): Traumatic experiences in psychiatric outpatients. *Journal of Traumatic Stress*, 3
- De Silvestri, C. (1995): Per un confronto fra le varie psicoterapie cognitive e cognitivo- comportamentali. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale* Vol.:1 , 1
- Dimaggio, G. & Semerari, A.(2005): *I disturbi di Personalità*, Milano: Laterza editori

- Düweke, P. (2006): Trauma und Bewusstsein, Träum dein Leben! (trauma e coscienza) *Psychologie Heute* – Psicologia oggi 10/2006
- Fullerton, C.S. & Ursano (2001): Le risposte acute e a lungo termine al trauma e al disastro. Torino, Centro scientifico editore in: *Stress traumatico a cura* di Bessel van der Kolk, (2007), Roma: Magi Edizioni
- Giannantonio, M. (2002): *Interventi riparativi e generativi nelle patologie gravi dell' attaccamento e nel Disturbo Post-traumatico da Stress: EMDR e psicoterapia ipnotica*, Comunicazione presentata all' XI Congresso Nazionale SITCC: Psicoterapia e Scienze Cognitive. Bologna: La realtà clinica tra procedure, dialogo terapeutico e ricerca scientifica, settembre 2002
- Harber, K.D. & Pennebaker, J. W. (1992): Overcoming traumatic memories. *Research and Therapy*, 145
- Horowitz, M.J.(1974): Stress response syndromes. *Archives of General Psychiatry*, 31
- Kolb, L.C.(1987): Neurophysiological Hypothesis explaining posttraumatic stress disorders. *American Journal of Psychiatry*, 144
- Krystal, H. (1978): Trauma and affect. *Psychoanalytic study of the child*, 33
- Lamprecht, F. (a cura di) (2007): *Wohin entwickelt sich die Traumatherapie ?* (In che direzione si evolve la terapia dei psicotraumi ?). Stuttgart: Klett-Cotta-editori
- Lang P.J. (1979): A bio-informational theory of emotional imagery. *Psychophysiology* 16
- Mitte, K. (2003): *Eine Meta-Analyse zur Effektivität verschiedener Therapien bei Angststörungen: Ein Vergleich von bihavioraler, kognitiv-behavioraler und pharmakologischer Therapie*. Jena: Dissertationsschrift an der Universität Jena
- Nisi A. (2005): *Il trauma psichico e il suo trattamento*. Scritti non pubblicati
- Pitman, R.K. & Orr, S. (1990): The black hole of trauma. *Biological Psychiatry* , 33
- Reddemann, L. (2001, rev. nel 2006): *Imagination als heilsame Kraft (Imaginazione, una sorgente salutare per il trattamento di effetti di traumi)*. Stuttgart: Klett- Cotta –editori (12° edizione)
- Reddemann, L. & Dehner Rau C. (2006): *Trauma, Folgen erkennen, überwinden und an ihnen wachsen*, (trauma, riconoscere gli effetti, superarli e crescere) Stuttgart: Medizinverlage Trias
- Reddemann, L. (2007): *Psychodynamische Therapie traumainduzierter Störungen, in: Wohin entwickelt sich di Traumatherapie ?* a cura di Lamprecht F. , Stuttgart: Klett Cotta verlag
- Saxe, G.N. & van der Kolk, B.A. & Hall, K. & Schwartz, J. & Chinman, G. & Hall, M. D. & Lieberg, G. & Berkowitz, R. (1993): Dissociative disorders in psychiatric patients; *American Journal of Psychiatry*, 150
- Schacter, D.L. (1987): Implicit memory: History and current status. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 13, www.Trauma-pages.com/lang

- Schäfer, I. & Krausz, M. (a cura di) (2006): *Trauma und Sucht, Konzepte- Diagnostik- Behandlung* (Trauma e dipendenza, concetti – diagnosi- trattamento), Stuttgart: Klett-Cotta editori
- Shapiro, F. (2000): EMDR. *Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso movimenti oculari*. Milano: McGraw-Hill
- Segal, Z.V.& Williams, J.M. & Teasdale, J.D. (2002): *Mindfulness-based Cognitiv Therapy for Depression*. Traduz. Italiana (2006): *Mindfulness: attraverso il pensiero, al di là del pensiero*, Milano: Boringheri
- Smucker, M.R., & Dancu C.V. (1999): *Cognitive-behavioral treatment for adult survivors of child trauma- Imagery rescripting and repressing*. Northvale, NJ., Jason Aronson
- Smucker M.R. & Vetter (1996): *Imagery rescripting: Therapie; Manual zur Behandlung von Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTSD) nach sexuellem Missbrauch* (manuale per il trattamento di PTSD causato da violenze sessuali). Zürich: Vetter Druck
- Squire, L.R. & Zola, M. S. (1991). *The medial temporal lobe memory system*. *Science*, 153, www.Trauma-pages.com/lang
- van der Kolk, B. (2007): *Stress traumatico, Gli effetti sulla mente, sul corpo e sulla società delle esperienze intollerabili*. Roma: Magi edizioni
- Vecchiarelli, A. (2007): *Cos'è un trauma in Molise* *Psicologia*, users aliseo.it
- Young, J. E. & Klosso, J.S. (2006): *Sein Leben neu erfinden* (riinventare la propria vita) Paderborn: Junfermann Verlag
- Zimbardo, P. G. & Gerrig, R. (1999): *Psychologie, 7. Auflage* (7° edizione): Berlin, Heidelberg, New York Springer Verlag
- Zinn, J.K. (2004): *Die heilende Kraft der Achtsamkeit*, München: Arbor Verlag

Kirchlechner Brigitte

Consulenza Psicosociale Caritas, Silandro, Bolzano

Specializzata a Verona, sede SPC con indirizzo Cognitivo Comportamentale

e-mail: brigitte.kirchlechner@rolmail.net