



Rivista di

Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria

SEMESTRALE DELLA FEDERAZIONE PSICOLOGI PER I POPOLI

Numero 11, 2013



Direttore responsabile
Giuseppe Maiolo

Direttore
Luigi Ranzato

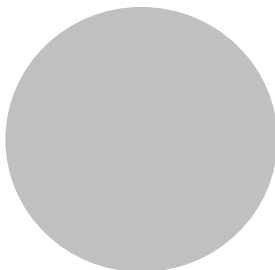
Vicedirettore
Marilena Tettamanzi

Direzione scientifica
Paolo Castelletti
Mariateresa Fenoglio
Alfredo Mela
Fabio Sbattella

Comitato professionale
Presidenti delle Associazioni Regionali/Provinciali
Di Psicologi per i Popoli

Redazione, grafica e impaginazione
Gabriele Lo Iacono
E-mail: gabrieleloiacono@psicologia-editoria.eu

Psicologia dell'emergenza e dell'assistenza umanitaria è edita da
Psicologi per i Popoli – Federazione
Presidenza: via Grosotto 5, 20149 Milano
E-mail: psicologixpopoli.fed@libero.it; tel. 3458499120; fax 0240708753.
Sede legale e segreteria generale: via E. Chini 59, 38123 Trento
E-mail: psicologixpopoli@alice.it; tel. 3356126406, fax 0461915434.



**Psicologia dell'Emergenza e
dell'Assistenza Umanitaria**

Numero 11, 2013

Indice

Marilena Tettamanzi <i>Introduzione</i> <i>Introduction</i>	P. 4
Massimo Giuliani <i>Blog, social network e strategie narrative di resistenza nel post-terremoto dell'Aquila</i> <i>Blogs, social-networks and narrative strategies for resistance in the aftermath of L'Aquila's earthquake</i>	P. 6
Louis Crocq <i>Trauma e mito</i> <i>Trauma and myth</i>	P. 26
Gabriele Lo Iacono e Marilena Tettamanzi <i>Introduzione alle psicoterapie del Disturbo Post-traumatico da Stress/DPTS: verso una possibile integrazione</i> <i>An introduction to the psychotherapies for Post-traumatic Stress Disorder/PTSD: Towards a possible integration</i>	P. 36
Norme per gli autori <i>Instructions to authors</i>	P. 77

Chiunque si occupi di emergenza, a qualsiasi titolo e con qualsiasi funzione lo faccia, possiede un calendario interno che punteggia il trascorrere dei mesi con la memoria di eventi tragici, disastrosi, che apparirebbero quasi surreali se non fosse che tali eventi sono ampiamente documentati e che molti, in qualità di operatori dell'emergenza, di vittime scampate al peggio, familiari o spettatori, hanno avuto la sventura di viverli da protagonisti.

Ed ecco, dunque, che se il mese di settembre non può non evocare il crollo delle Torri Gemelle, l'arrivo del mese di ottobre apre alla memoria della tragedia di Linate dell'8 ottobre 2001 (data doppiamente funesta, perché nel calendario segnò anche l'inizio della Guerra in Afghanistan), per poi passare immediatamente al ricordo del Vajont (quest'anno il 9 ottobre ricorre in particolare il 50° anniversario del disastro) e delle 1.910 vittime della scelleratezza umana che osò (e che osa ancora oggi) sfidare la forza e l'equilibrio della natura.

Ma ecco che mentre ci si prepara alla commemorazione e alla inevitabile revisione e rielaborazione delle esperienze passate, una nuova tragedia si affaccia alle nostre coscienze e sotto in nostri occhi. Quasi come se si trattasse di una profezia che si autoavvera, attesa e temuta da tempo, si materializza la tragedia della disperazione, delle centinaia di naufraghi che sfidando la forza del mare, si affidano a uomini spregiudicati e trovano la morte prima di giungere alle splendide e tanto anelate coste di Lampedusa.

Una simile calendarizzazione può risultare macabra e angosciante ai non addetti a lavori; eppure abbiamo tutti appreso dalla scuola elementare che lo studio della storia ha la funzione fondamentale di aiutarci a evitare gli errori del passato, di farci apprendere come gestire situazioni analoghe per ridurre la probabilità di trovarsi nelle stesse situazioni e per sviluppare nuovi strumenti di fronteggiamento.

Uno dei principali insegnamenti che pare giungerci dal passato è l'inevitabilità delle tragedie, che in genere superano la stessa immaginazione. Esse ci mostrano la forza della natura ma allo stesso modo evidenziano il determinante ruolo svolto dall'uomo nel potenziare l'impatto distruttivo della natura stessa: è sempre (o quasi) dall'intreccio tra equilibri naturali e progetti poco accorti e avidi del genere umano che nasce la tragedia. O meglio: se possono esistere eventi disastrosi puramente antropici, le calamità naturali (benché inevitabili) diventano distruttive là dove si scontrano con progetti umani che non riescono a tenere conto della natura.

A noi, che ci occupiamo principalmente di psicologia, è affidato il compito di lavorare proprio sul fattore umano dei contesti emergenziali. Se nulla possiamo rispetto al verificarsi di possibili scenari distruttivi, possiamo, al contrario, mettere la nostra professionalità al servizio di chi si occupa di prevenzione, previsione e gestione delle emergenze per proporre strategie di riduzione della vulnerabilità del sistema umano, potenzialmente esposto a eventi di varia forma, natura e intensità.

In questo numero della rivista proponiamo tre articoli che affrontano l'emergenza da diverse prospettive (prima e dopo) e che, con diversi strumenti, propongono una rilettura e una rielaborazione delle esperienze disastrose e potenzialmente traumatiche.

Il primo articolo, di Louis Crocq, tradotto e adattato da Nicoletti e Pietra-

santa, enfatizza l'idea appena esposta, secondo cui tragedia e trauma sono parte integrante dell'esistenza umana. La connessione tra trauma e mito risulta estremamente affascinante e ci offre importanti chiavi di lettura e, perché no?, si presta a diventare un potente strumento di lavoro in contesti terapeutici e non. La mitologia greca, per esempio, come altre mitologie, abbonda di racconti ricchi di significati simbolici, facilmente applicabili nel corso della psicoterapia. Jung indica i miti come una delle fonti più comuni della raffigurazione degli archetipi; in essi, l'autore individua la forza dei simboli, che risiede nel loro carattere "numinoso": suscitano in noi una risposta emotiva, un senso di soggezione e ispirazione. I miti, inoltre, fanno parte come le metafore di quel "linguaggio del cambiamento" di cui parla Watzlawick; è il linguaggio "dell'emisfero destro", nel quale sono presenti le componenti creative dell'uomo oltre che la metafora. Essi possono fare da specchio alla situazione di chi vive una situazione traumatica, il quale può così osservare la sua realtà da una posizione "meta" e trarne delle nuove letture e ipotesi, inoltre, per la loro forma ambigua e mai completamente afferrabile permette all'operatore di fornire nuove alternative e nuovi punti di vista, può suggerire scelte fino a quel punto non valutate, ma non contiene alcun carattere prescrittivo; in tal modo i miti, le metafore in generale, non solo appaiono meno minacciosi di affermazioni dirette, ma, in qualche modo, facilitano la costruzione comune del rapporto.

A seguire l'interessante e suggestivo articolo di Massimo Giuliani che rilegge le vicende aquilane dando voce a chi ne è stato il reale protagonista. L'articolo, fonte di innumerevoli spunti, ci mostra due importanti aspetti a cui prestare attenzione per il lavoro futuro. Da una parte, se la psicologia dell'emergenza ha oggi un ruolo riconosciuto nell'intervento diretto con la popolazione, ancora molto le resta da dire e proporre per quanto riguarda la gestione "meta" e organizzativa della ricostruzione; quest'ultima appare ancora oggi troppo distante dal reale coinvolgimento della popolazione, più attenta a ricostruire le mura piuttosto che l'anima di una società incrinata dagli eventi. Dall'altra, l'articolo sottolinea l'importanza di sfruttare le nuove tecnologie e di non trascurare il potere autocurativo e autoorganizzativo di chi si trova in difficoltà, che porta il bisogno di tornare protagonista della propria storia e che sa utilizzare spontaneamente e in modo creativo lo strumento narrativo.

Da ultimo, con il collega Lo Iacono, ci siamo permessi di fare un excursus, sicuramente non esaustivo, dei principali approcci terapeutici oggi sperimentabili nel trattamento di chi, a seguito di eventi minacciosi, sviluppa sintomi traumatici. L'articolo si propone come guida iniziale, passibile di perfezionamenti e approfondimenti, sollecitando alla massima responsabilità professionale e a un atteggiamento di apertura all'integrazione e al confronto.

Marilena Tettamanzi

Massimo Giuliani

Blog, social network e strategie narrative di resistenza nel post-terremoto dell'Aquila

Riassunto

Se un terremoto, aggredendo un territorio e la sua storia, costituisce un attacco alla memoria condivisa di una popolazione, l'intervento successivo di "ricostruzione" dopo il sisma dell'Aquila contenne elementi altrettanto problematici per la coesione del tessuto sociale e relazionale, e dunque per la salute psicologica, dei cittadini dei territori colpiti. I blog, Facebook, la comunicazione online hanno costituito per la popolazione (non solo per la fascia di età che più comunemente si serve delle tecnologie digitali) una possibilità di condividere informazioni, cronache, narrazioni sul post-terremoto e di raccontare una storia diversa da quella spesso edulcorata dei media. Tanti autori e blogger, mentre cercavano nel narrare una via di elaborazione della perdita e del proprio disagio, contemporaneamente diventavano, con le loro storie e le loro cronache, punti di riferimento di una comunità di lettori. Per la cittadinanza attiva, inoltre, il luogo virtuale della rete è diventato un sostituto dell'agorà fisica cancellata dal terremoto e dalla dispersione della comunità sul territorio nazionale.

L'esperienza aquilana, ricostruita anche attraverso conversazioni con i blogger e osservazione di post su Facebook, mostra elementi interessanti per comprendere il ruolo dei nuovi media nella vita quotidiana e in un contesto eccezionale come quello del trauma collettivo.

Parole chiave: Internet, informazione, terremoto, narrativa, identità.

Abstract

An earthquake, when it attacks a territory and its history, strikes the collective memory of a population. The reconstruction that followed the earthquake of L'Aquila contained elements that were equally problematic for the cohesion of the social and relational network, and therefore for mental health of stricken citizens and territories. Blogs, Facebook and online communication have been a possibility for the population (not only for the age group that usually makes use of digital technologies) to share informations, chronicles, narrations about the post-earthquake and to tell a story that was different from the sweetened one told by media.

While trying a way to process loss and their own discomfort, many authors and bloggers became datum points for a community of readers thanks to their stories and chronicles. In addition, for the active citizenry the virtual setting of the Web became a substitute to the physical agora that had been wiped out by the earthquake and the dispersion of the community all over national territory. The experience of L'Aquila, also recreated through conversations with bloggers and the observation of Facebook status updates, shows interesting elements in order to understand the role of new media in everyday life and in an exceptional context such as collective trauma.

Key words: Internet, information, earthquake, narrative, identity.

Il terremoto raccontato

Com'è noto, la notte del 6 aprile 2009 alle 3:32 un terremoto distrusse in gran parte la città dell'Aquila, una città di poco meno di settantamila abitanti, e molti centri della provincia. Da quasi quattro mesi scosse di intensità cre-

scente facevano tremare la città e il territorio circostante. 308 furono le vittime (309 per altre fonti: una era una donna incinta).

Il terremoto aquilano fu un evento dalle conseguenze difficilmente confrontabili con quelle altri analoghi, per via del fatto che colpì non, come accade più spesso, un certo numero di paesi in un territorio più o meno esteso, ma una città intera, per di più capoluogo di regione, oltre a un gran numero di località vicine, con una potenza molto concentrata. Senza precedenti fu la scelta di smembrare intere comunità, oltre che nelle numerose tendopoli allestite in tempi molto rapidi intorno ai luoghi colpiti, in un gran numero di alberghi in montagna e soprattutto sulla costa, abruzzese e non solo. Soprattutto, senza precedenti fu il fatto che interventi decisivi e dalle conseguenze irreversibili sul tessuto sociale, urbanistico e storico, e persino sull'ambiente, furono portati in una città praticamente svuotata e i cui abitanti erano a decine o centinaia di chilometri dai luoghi in cui si decideva il loro futuro. In un tempo insolitamente breve il Capo del Governo e quello della Protezione Civile identificarono diciannove aree, situate anche a grande distanza dai centri colpiti, per edificare altrettanti villaggi del cosiddetto "Progetto CASE" (Complessi Antisismici Sostenibili Ecocompatibili) che avrebbero ospitato oltre quindicimila abitanti. L'intervento, colossale e costosissimo,¹ fu promosso come il "miracolo aquilano" da proporre come modello per il resto del mondo, tanto che il primo dei diciannove complessi fu inaugurato il 15 settembre in diretta TV, modificando il palinsesto della televisione di Stato. Una sorta di "dispositivo mediatico-sovrano", per usare l'espressione di Ciccarelli (nella prefazione a Carnelli, Paris e Tommasi, 2012), che osserva come una sovranità che intenda trarre la propria legittimità dalla retorica emergenziale sia per forza di cose priva di vera strategia.

L'opera di edificazione, per quanto febbrile e organizzata su tre turni nelle ventiquattr'ore, terminò alle soglie dell'inverno. Questo costrinse gli abitanti delle tendopoli a quasi sette mesi di coabitazione in tende (che ospitavano anche più famiglie insieme) roventi d'estate e gelide in autunno, sottoposti a una disciplina quasi militare e in condizioni sociali, psicologiche e sanitarie che fiaccarono quegli aquilani che erano rimasti in prossimità delle zone terremotate. Nelle tende avevano trovato ricovero circa 29.000 sfollati: di questi, il 70% superava i 65 anni di età.²

Mentre le nuove case, tutte uguali e prearredate, venivano ricostruite altrove, quello che un tempo era stato il cuore pulsante della città veniva chiuso e militarizzato. Transenne e posti di blocco impedivano l'ingresso al centro storico anche a chi lì aveva la propria casa. Una volta tagliata la città fuori dallo sguardo e dalla vita delle persone, le pietre antiche venivano fatte oggetto di

¹ Il costo delle abitazioni si aggira sui 2.800 euro al metro quadrato: una quantità di denaro che non avrebbe più finanziato la ricostruzione vera. Fra l'altro, sull'efficacia degli isolatori sismici, e dunque sull'effettiva resistenza delle costruzioni ai terremoti, esistono fondati dubbi (http://www.repubblica.it/cronaca/2012/10/30/news/aquila_case_molla-45552919/).

² Sono i dati denunciati dal sindacato dei pensionati SPI-CGIL nel giugno del 2009: <http://www.cgil.it/DettaglioDocumento.aspx?ID=11901>.

saccheggio, le opere d'arte andavano in rovina. Affreschi, organi e vestigia storiche delle chiese tardomedievali scoperciate si disfacevano sotto l'effetto delle intemperie. In uno dei severi inverni successivi, dentro il duomo abbandonato si sarebbe accumulato oltre un metro di neve.

È probabile che anche una conoscenza superficiale di una peculiare realtà di provincia come quella aquilana impedisse non solo all'opinione pubblica, ma anche a chi intervenne nel disastro, di comprendere che il "centro storico" non era, semplicemente, una zona più o meno estesa della città che corrispondeva alla parte monumentale e turistica: si trattava, per dirla con le parole dello scrittore Errico Centofanti (2009), di "trecento ettari di città antica, uno dei più pregiati e più vivacemente vissuti centri storici d'Europa, fatto di straordinari pezzi unici (come le mura urbane fortificate, le chiese, i palazzi, le torri e le fontane) nonché di un lussureggiante campionario di architetture minori medioevali, rinascimentali, barocche e neoclassiche".³ Città antica che, col suo lungo corso centrale, la piazza del mercato (quotidiano), i locali pubblici, le chiese, i vicoli, era anche la sede della socialità. Trascurando questo aspetto, l'intervento considerò le implicazioni abitative ma non urbanistiche, né sociali e men che meno psicologiche della "ricostruzione". Il terremoto ha fratturato non solo mura e suolo, ma reti sociali e legami fra le persone, e fra esse e i luoghi.

Alla mancanza di conoscenza si unì un più o meno ingenuo trionfalismo dei media. Ben pochi erano i giornalisti che si recavano in città per vedere e raccontare: perlopiù le cronache erano di seconda mano e riportavano per sentito dire. Il risultato fu che le informazioni che il paese riceveva parlassero di cittadini contenti e di una città "ricostruita", dove l'ambiguità della parola "ricostruire" ("costruire di nuovo", ma anche "ricreare") permetteva la disinvoltura semantica con cui, per esempio, il Presidente del Consiglio dichiarò nel settembre del 2010 al quotidiano francese "Le Figaro":⁴ "In tempo record abbiamo aiutato 65.000 vittime e abbiamo *ricostruito un'intera città* per coloro che hanno perso le loro case. Abbiamo anche *ricostruito tutte le scuole distrutte*" (corsivi aggiunti).

Se ci fu ricostruzione, dunque, fu più che altro nella seconda accezione, nel senso della riproduzione artificiosa di un simulacro di città, senza servizi e senza luoghi di socialità, nei diciannove quartieri dormitorio satelliti.

Mentre i media mostravano un quadro decisamente meno preoccupante della realtà, all'inizio del 2010 oltre ai 12.056 sfollati alloggiati nei villaggi CASE e ai 2.362 sistemati nei MAP (Moduli Abitativi Provvisori), 8.905 si trovavano presso alberghi (in gran parte fuori provincia) e 1.223 erano ospitati in caserme.⁵

³ "Il 6 aprile ma soprattutto il post sisma", pubblicato in rete nelle settimane dopo il terremoto, è rintracciabile fra gli altri nell'archivio della rivista online *Ilcapoluogo.it*: <http://old.ilcapoluogo.com/page/982>.

⁴ Nell'edizione online: <http://www.lefigaro.fr/international/2010/09/15/01003-20100915ARTFIG00591-silvio-berlusconi-je-soutiens-nicolas-sarkozy.php>.

⁵ Dati Protezione Civile: http://www.protezionecivile.gov.it/cms/attach/editor/Report_aggiornamento_23_01_10_1.pdf e http://www.protezionecivile.gov.it/cms/attach/editor/Report_aggiornamento_23_01_10_2.pdf.

Nel 2010 una ricerca dell'università aquilana, dell'ASL e del Dipartimento di salute mentale, coordinata dai professori della Facoltà di psichiatria Massimo Casacchia e Alessandro Rossi, denunciava un aumento del 30% di patologie cardiovascolari, diabete e obesità,⁶ dovuto non solo al cambiamento delle abitudini alimentari nella nuova precarietà (l'abitazione, il luogo di lavoro, la scuola dei figli e le altre mete quotidiane erano all'improvviso dislocati a una distanza anche di decine di chilometri, l'intensità del traffico ricordava quello della vicina Capitale e per molti era normale pranzare regolarmente fuori casa, magari in auto) ma anche all'uso di psicofarmaci.⁷ Si moltiplicavano gli allarmi per una "depressione silente" che avrebbe interessato il settanta per cento della popolazione locale.

Un esempio macroscopico e quasi incredibile di scollamento fra la realtà raccontata dall'informazione e quella di cui erano testimoni non solo i terremotati, ma anche chi provasse a recarsi sui luoghi del disastro per rendersi conto di persona, sta nel fatto che nelle settimane precedenti il Natale dello stesso 2009 buona parte dei telegiornali annunciò che sarebbe stata celebrata una messa alla mezzanotte del 25 dicembre nella Basilica di Collemaggio finalmente restaurata (in tempo, ovviamente, "record"), alla presenza delle autorità. La basilica è un luogo di culto di notevole valore storico e artistico molto caro agli aquilani. Il pubblico della televisione accolse con sollievo la notizia che nel capoluogo abruzzese si era passati al restauro dei monumenti, dopo quello delle abitazioni, evidentemente. La celebrazione della Messa natalizia alla presenza di politici nazionali si svolse, naturalmente, nella chiesa sventrata e in macerie, sulla quale era stata installata una struttura metallica per riparare l'interno da ulteriori danni. Per quattro anni quell'impianto ha permesso di entrare in quel che restava del tempio e di valutarne il disastro, ma certo era tutt'altro che un'opera di restauro.⁸

Mentre moltissimi si ritrovavano senza casa e lavoro, e in un gran numero di casi lontano dalla città – con la rete di relazioni, che sarebbe stata fondamentale per coagulare energie e progettualità, disgregata per effetto del sisma e dell'intervento successivo –, la negazione trionfalistica della sofferenza costituiva per molti una ulteriore ingiuria. Alle prime manifestazioni di disagio nelle diciannove *new towns*, i residenti cominciarono a essere accusati da parte della politica e, ferocemente, nei dibattiti online, di essere irriconoscenti e ingrati, dal momento che mai si erano spese per un terremoto somme tanto cospicue: e probabilmente, a dispetto delle condizioni delle città e dei cittadini, era persino vero.

⁶ Si veda sul sito dell'Osservatorio Sociale Regionale: <http://www.osr.regione.abruzzo.it/do/index?docid=7687>.

⁷ Ecco la notizia riportata dall'agenzia Adnkronos un anno dopo il sisma: http://www.adnkronos.com/IGN/Speciali/LAquila_un_anno_dal_terremoto/In-aumento-i-casi-di-depressione-e-la-vendita-di-psicofarmaci-dopo-il-sisma_204997667.html.

⁸ All'inizio di agosto del 2013 la Basilica è stata chiusa per ragioni di sicurezza. Qualche settimana dopo il comune dell'Aquila ha firmato un accordo con l'ENI per il suo restauro.

Resta il fatto che molti aquilani abbiano avuto la percezione che l'intervento, anziché ridurre il disagio, fosse teso piuttosto a negarlo. A cominciare dalla famosa battuta pronunciata nelle prime ore dal Presidente del Consiglio, per il quale la vita in tendopoli avrebbe dovuto essere affrontata come una "vacanza in campeggio".

In uno dei suoi viaggi in città per l'inaugurazione dei nuovi villaggi, sostenne: "Qui è tutto in costruzione e per la primavera sarà immerso nel verde grazie ai prati e agli inserimenti arborei, così sembrerà che il villaggio abbia già qualche anno di vita".⁹ Se "sembra" che gli alberi siano lì da qualche anno, si può far finta che in aprile non sia successo niente; se il centro della vita quotidiana è negato allo sguardo, è come se al di là delle transenne non ci fosse nulla, non ci fosse mai stato. I problemi si risolvono con l'ottimismo e, se questo non basta, con una dose sufficiente di autoinganno, di falsificazione della memoria.

In questo contesto, con un impegno e una creatività che ha costituito una novità in frangenti simili, i social network e i blog locali hanno costituito uno spazio di salvaguardia della memoria: memoria della città che non c'era più, ma anche memoria della condizione in cui si è trovata la popolazione dopo il terremoto, della quale l'informazione professionale non è sempre stata testimone attendibile.

Lo spazio virtuale e lo spazio fisico

Quando il 7 luglio 2013 il quotidiano *Il Messaggero*¹⁰ ha dato notizia della cifra più che ragguardevole di 23.000 profili Facebook a L'Aquila – un dato che non ha sorpreso chi seguiva il rapporto fra la rete e il terremoto ma che non era stato mai contabilizzato con chiarezza (Massimo Prosperococco, che ha condotto la ricerca, ha osservato che contrariamente al resto d'Italia, la fascia sopra i cinquanta anni è molto attiva) –, la blogger Anna Pacifica Colasacco ha commentato sulla propria pagina: "Facebook, per noi aquilani, è stato salvifico. Lo dico da sempre. Il grande spazio virtuale, in luogo di ciò che abbiamo perduto, ci ha aiutati a non disperderci definitivamente. Ritrovarsi, conoscersi, confrontarsi, scontrarsi, organizzarsi: è stato possibile anche grazie a questo mezzo. Il buco nero, intorno al quale, a chilometri e chilometri di distanza, si svolgono le nostre vite, è stato sostituito, in parte, da una 'casa' con le pareti di vetro. C'è chi lo usa in maniera conveniente, chi meno, ma questa è la vita, fatta di anime diverse. Noi, nonostante tutto, ci siamo. In gioco ogni giorno, o solo a guardare. A fare, o solo a disfare. Ma ci siamo". Qualcuno, fra i suoi contatti, ha aggiunto: "La rete, e FB, in particolare è stata l'unica infrastruttura

⁹ Curiosamente, è "Il Messaggero Veneto" a riportare questa notizia, in un articolo dal titolo "Berlusconi: nasce una città di 30 mila abitanti". Online alla pagina http://ricerca.gelocal.it/messaggeroveneto/archivio/messaggeroveneto/2009/11/05/NZ_02_SEA1.html.

¹⁰ La notizia è consultabile nell'edizione online: http://www.ilmessaggero.it/abruzzo/facebook_boom_all39aquila_oltre_23_mila_i_profili_attivi/notizie/301496.shtml.

che – in quanto immateriale – non poteva essere danneggiata dal terremoto. Ci ha permesso di riallacciare contatti fisicamente impossibili e di trovarne di nuovi all'interno della cittadinanza attiva. [...] Con tutti i suoi difetti e limiti, FB è stata una benedizione!”.

Nell'esperienza di molti utenti, il social network, oltre a costituire un elemento di connessione e una possibilità di autonarrazione, era sperimentato come un “luogo”: virtuale sì, ma dove la qualifica di “virtuale” non ne riduce per nulla lo status di “realtà”.¹¹ Ancora una volta è utile ricordare che la dimensione del virtuale non ha a che fare col posticcio e il fasullo: essa è piuttosto un altro modo di essere “reale” (Lévy, 1997). D'altra parte, vivere un'esperienza nei termini di un'altra (per esempio uno “spazio” non fisico come uno spazio concreto) è un'attività comune che sostiene il nostro pensiero e ha a che fare con la nostra capacità di concettualizzare la realtà astratta (Lakoff e Johnson, 1998). Sperimentare il mondo attraverso la costruzione di metafore è tutt'altro che un penoso autoinganno post-traumatico. Per quanto insufficiente possa essere uno spazio virtuale in confronto ai luoghi di incontro e socialità perduti, la rete ha permesso un'esperienza di continuità o di minore discontinuità nella possibilità di vicinanza.¹²

La rete è stata per molti la possibilità di conservare la relazione con un luogo-contenitore, nell'attesa di tornare ad abitare i luoghi familiari.

È probabile che la psicologia sconti un ritardo nella comprensione della relazione fra gli individui e i luoghi. Non solo perché per molto tempo ha identificato i legami di attaccamento esclusivamente con quelli genitoriali ma anche perché una certa concettualizzazione dell'individuo sano come capace di individuazione e separazione è debitrice, un po' come tutto il pensiero medico normativo, al “solido ramo illuminista della cultura ‘cittadina’”, che ha a lungo identificato la sanità con la condizione dell'uomo a proprio agio dappertutto, adattabile e sempre pronto all'azione (La Cecla, 1988). Come spesso accade, le affermazioni scientifiche stanno del tutto dentro la cultura del proprio tempo e l'assecondano anziché costituire un punto di vista neutro o, men che mai, critico.

Ma l'antropologia da tempo conosceva l'“angoscia territoriale”, quella vertigine “di chi è sottratto ai propri punti di riferimento indigeni” (De Martino cit. in La Cecla, 1988). Le prime testimonianze del trauma da separazione, di

¹¹ La stessa Anna Colasacco, nella conversazione sul dopo-terremoto che ho riportato in un altro lavoro (Giuliani, 2012), mi disse: “Che cosa mi rimane? Questo blog. Il blog è lo stesso luogo di prima. Configurandolo come un luogo fisico, spesso dico: ‘Apro la porta ed entro’. Anche prima del terremoto dicevo: ‘Questa è la mia stanza di bambina, di ragazza’. Facci caso, c'è Che Guevara, ci sono i poster che da ragazzina si mettono in camera. Era questo luogo intimo in cui spesso avevo la sensazione di entrare aprendo la porta e chiudermela dietro le spalle”.

¹² Ci sono buone ragioni per pensare che la prossimità fisica non esaurisca l'esperienza della prossimità, e che l'esperienza di prossimità che offre il virtuale abbia un suo statuto di realtà psicologica da prendere in considerazione senza moralismi: provando magari a considerare nella loro complementarità la dimensione del virtuale e quella dell'attuale (Giuliani e Sartori, in preparazione).

questa sorta di “schizofrenia imposta”, risalgono a quella che nel 1678 fu detta “malattia degli svizzeri” (*Schweizerkrankheit*) per descrivere quanto accadeva ai soldati mercenari d’oltralpe che erano mandati a combattere nelle armate di altri Paesi: insonnia, anoressia, palpitazioni e “una persistente nostalgia della propria terra” erano i sintomi prevalenti.

Uno spiraglio su questo argomento è aperto, in psicologia, da autori che si occupano di migrazioni, che riferiscono che nel caso di recisione improvvisa del legame con un luogo seguono patologie a breve e a lungo termine, e che l’attaccamento ai luoghi è tanto essenziale alla definizione di sé che troncarlo colpisce “la concezione che gli individui hanno di se stessi e della propria comunità” (Rainisio e Inghilleri, 2006). Ma aiuterebbe una cornice di pensiero che consideri vitale l’attaccamento ai luoghi quanto i legami di attaccamento tradizionalmente studiati dalla psicologia. Nadin (2007) passa in rassegna gli studi che hanno cercato un parallelo con la teoria dell’attaccamento di Bowlby, e sottolinea l’importanza della relazione con un territorio nell’infanzia e nella vecchiaia, “due periodi della vita in cui siamo più deboli poiché si riduce la nostra competenza ambientale, cioè la capacità di far fronte ai compiti ambientali”.

L’insoddisfazione verso un approccio psicopatologico spinge Papadopoulos e Hildebrand (in Papadopoulos e Byng-Hall, 1999) a ragionare sui limiti della pur utile diagnosi di Disturbo Post-traumatico da Stress/DPTS e a rivolgersi ancora a osservazioni di stampo per lo più antropologico sull’esperienza dei profughi di guerra e delle loro famiglie. Gli autori propongono infatti una prospettiva che superi lo sguardo individuale e patologizzante e che piuttosto introduca una prospettiva sistemica, contestuale e relazionale. Citano al proposito Eisenbruch, che suggerisce di sostituire il concetto di DPTS con “perdita culturale” (p. 223). In questa prospettiva, la possibilità di un inserimento efficace nel Paese d’accoglienza dipende dalla “conservazione delle abitudini culturali, dei contatti e della rete di sostegno”.

Papadopoulos, a sua volta, propone di parlare di “disorientamento nostalgico”, dove “nostalgia” ha il senso dell’etimo greco di doloroso desiderio di ritorno a casa, e dove ciò di cui si sente la mancanza non è soltanto la cultura ma l’intero ambiente naturale di origine, con tutte le sue componenti e le funzioni pratiche e simboliche ad esso connesse. La casa, per Papadopoulos, è l’elemento che connette intrapsichico, interpersonale e sociopolitico: oggetto della nostalgia dei profughi non sono solo le abitudini culturali ma i luoghi, la casa con la sua funzione di contenimento e di “base sicura”.

Nel post-terremoto l’esperienza diffusa è la nostalgia paradossale del posto stesso in cui si abita: un desiderio di ritorno in un luogo che non c’è, eppure è lì. È una nostalgia che non sa se possa contare sulla consolazione del ritorno: sarà possibile rivedere quella città nell’arco della generazione attuale?

Per capire come sia difficile dire questa “nostalgia paradossale” è utile pensare a una vecchia canzone aquilana scritta intorno alla metà degli anni Trenta (*L’Aquila bella mè*, di Notarfranchi e Di Norcia) che raccontava il doloroso distacco di un emigrante. Il 2009 l’ha vista tornare improvvisamente non solo popolare, ma anche attuale e diffusa, presente nel repertorio di gruppi di musica popolare di antica tradizione o nati dopo il 6 aprile: decontestualizzata

e ricollocata nella cornice narrativa post-sismica, non era più una storia di treni di migranti e di scampagnate che non torneranno più ma diventava (col suo ritornello “L’Aquila bella mè, te vojio revetè” [“L’Aquila mia bella, ti voglio rivedere”]) il canto dolente di chi sentiva lontana e perduta la propria terra pur continuando a viverci!

La generalizzazione delle considerazioni dalla realtà dei profughi all’esperienza di una popolazione terremotata è legittimata anche dall’osservazione di Loizos (vedi Papadopoulos e Byng-Hall, 1999) per il quale i “cambiamenti profondamente disgreganti” osservati nei profughi di Cipro dopo l’invasione turca del 1974 sono legati a un’idea di perdita che li accomuna alle persone in lutto, alle vittime di disastri e a chi è costretto a emigrare: pur con le dovute distinzioni, ciò che si osserva negli individui coinvolti in tutte queste situazioni ha a che fare con altrettante varianti delle reazioni di lutto.

Notano Sbattella, Tettamanti e Iacchetti (2005) a proposito dello tsunami in Sri Lanka: “L’attacco, dunque, della natura si è tradotto in un crollo di certezze e punti di riferimento. La ferita culturale si è concretizzata in un disorientamento psichico”. Anche questi autori ricorrono al concetto di “crisi culturale” per descrivere quel disorientamento in cui lo smarrimento di ambienti e oggetti quotidiani è “smarrimento emotivo e confusione progettuale” (ivi). La vita nei campi si svolge in un tempo e in uno spazio anonimi, “privi di scansioni, di differenziazioni e di significato”. Gruppi di diversa appartenenza etnica e religiosa vivono forzatamente gli uni accanto agli altri. Non si vive del proprio lavoro ma di aiuti esterni. Il tempo è paralizzato, così che sembra fermarsi: gli eventi non sono prevedibili e non c’è possibilità di programmazione.

Questa descrizione potrebbe essere ugualmente illuminante se applicata ai lunghi mesi delle tendopoli aquilane. Altrettanti “cambiamenti profondamente disgreganti” possono essere rintracciati nell’esperienza del terremoto del 2009.

Anche il già citato volume curato da Carnelli, Paris e Tommasi (2012) proviene dalla riflessione psicoantropologica. A quello si rimanda per un’analisi delle premesse e degli effetti dell’intervento all’Aquila, e per una migliore comprensione di quello che Calandra, nel suo contributo su territorio e democrazia, chiama “il legame con i propri dove”.

Il trauma della memoria

Quando pensiamo a come una frattura nella relazione con gli spazi e i luoghi corrisponda a una frattura del tempo e del senso di continuità di sé, è suggestiva l’osservazione che una delle funzioni psichiche aggredite dalla disgregazione post-sismica è la memoria. Una delle ricerche (di quella sulla depressione abbiamo detto) sulla sintomatologia post-traumatica (Pollice et al., 2012) parla di disturbi della memoria che colpiscono oltre il 29% della popolazione fino a trent’anni. Gli autori, prudentemente, avvertono che il campione non è del tutto rappresentativo della popolazione giovanile sopravvissuta al terremoto ma certamente si tratta di numeri che mostrano come certi disturbi col-

piscano anche soggetti senza diagnosi di DPTS (e per inciso, possiamo dire che una casistica aneddotica raccolta fra clinici sembra espandere la rilevanza di questo dato anche alle altre fasce d'età).

Per dire del ruolo che si è attribuito, nella "ricostruzione", alle implicazioni emotive e autobiografiche del legame coi luoghi, basti notare che nei diciannove villaggi costruiti in tempi brevissimi gli abitanti (giovani, meno giovani, vecchi) si sono ritrovati a muoversi tra vie tutte uguali intitolate ai cantautori italiani, dunque con nomi totalmente privi di significato e di riferimenti alla vita e alla storia delle persone che intendevano ospitare. Ma i nomi dei luoghi sono una parte essenziale di quel processo che ce li fa riconoscere come nostri, e quindi parte di quella base sicura (La Cecla, 1988). Non è soltanto una necessità di orientamento nello spazio che ci fa sentire il bisogno di dare dei nomi alle strade: la toponomastica di un luogo è anche la connessione con la sua storia e la sua memoria collettiva.

Ma ancora una volta, probabilmente l'elevata complessità del problema da risolvere e la scarsa conoscenza della realtà locale hanno impedito che si considerasse la storia delle persone e la loro memoria come una parte essenziale di qualunque idea di ricostruzione.

Sulla dimensione sociale del ricordo mi sembra utile il punto di vista di Zamperini et al. (2011), per i quali un approccio individualista e decontestualizzato non aiuta a comprendere come la memoria sia un forte elemento di legame fra psiche e ambiente storico-culturale. Essa non è richiamo alla coscienza di immagini del passato: è piuttosto il prodotto di un'interazione fra individui e società. Ricostruire nel presente una selezione dell'accaduto è possibile perché con altri condividiamo ricordi o coordinate che ci permettono di posizionare i ricordi in maniera condivisa. Gli autori arrivano ad affermare che le esperienze traumatiche, o comunque gli eventi significativi della storia di un gruppo sociale, pongono la questione del dovere della memoria, che è funzionale non solo a evitare l'oblio ma anche a "legittimare e attribuire valore a determinati modi di raccontare e conservare il passato" (pp. 131-132). È il dovere di rendere presente il passato e far sì che la memoria raccontata sia anche "memoria che racconta", resoconto individuale che si fa spazio in un contesto pubblico.

Quanto nella vicenda aquilana sia rilevante la questione del dovere della memoria e della legittimazione di narrazioni altre, divergenti da quelle ufficiali, lo si capisce considerando che al trauma causato dallo sconvolgimento dei luoghi e delle vite quotidiane si aggiunse quello che Ranieri Salvadorini (2013) ha chiamato "trauma mediatico", riferendosi alla situazione in cui le vittime della tragedia si sentono defraudate del proprio dolore e sono costrette ad assistere, dalla propria abitazione di fortuna, senza prospettive (se non molto lontane) di ritorno a casa, a una narrazione pubblica che nega la sofferenza e al trionfalismo televisivo sulla "ricostruzione".

Uno dei dibattiti che incendiarono il Web nelle settimane dopo il 6 aprile fu intorno all'esatta stima della violenza della scossa. 5,9 gradi era il dato divulgato nel primo periodo, e che fu corretto successivamente in 6,3 gradi. La discrepanza dei numeri è dovuta prevalentemente alla confusione fra due scale differenti: la scala di magnitudo locale, cosiddetta Richter, e la scala di magni-

tudo momento (Mw), che oggi è effettivamente ritenuta più utile e a cui si fa riferimento di consueto.

La differenza non era banale: alcune frazioni di punto vogliono dire una energia superiore di parecchie volte. E la spiegazione della tragedia che faceva riferimento a imperizia costruttiva fu inizialmente generalizzata oltre le effettive responsabilità (che pure ci furono, e gravi, e i processi per definirle e sanzionarle sono tuttora in corso). Il pregiudizio che spiega qualunque evento tragico si verifichi al di sotto di una certa latitudine con l'ovvia tendenza alla approssimazione delle popolazioni locali, quando non con la colpevole acquiescenza, è quasi un riflesso condizionato, e scattò anche in quell'occasione. Ma al di là delle pur pesanti ed evidenti responsabilità, la scossa aquilana era stata di potenza decisamente eccezionale, e la valutazione precisa della sua intensità restituiva all'evento tutta la sua reale gravità.

Quanto raccontato fin qui è necessario a comprendere le condizioni e il contesto nei quali nacque la piccola ma importante forma di resistenza che è cresciuta nel Web.

Superficialmente, soprattutto nel momento in cui Internet divenne il veicolo per l'appello a mandare un euro attraverso SMS, alcuni media si affrettarono a nominare quello aquilano "il primo terremoto di Internet". Non sapevano quanto avessero ragione, ma in un senso assai più impegnativo di quanto potessero immaginare.

Il terremoto nel Web, il Web nel terremoto¹³

Funzione narrativa e funzione informativa

Già nella notte del 6 aprile, con una straordinaria concentrazione proprio a cavallo delle faticose ore 3:32, in rete era accaduto qualcosa che difficilmente può essere paragonato ad altri eventi. Ce ne accorgemmo quando gli amici e colleghi del blog collettivo Ibridamenti.com e io conducemmo un esperimento di ricostruzione di cronache "dal basso" di eventi di politica e attualità, attraverso l'aggregazione di status di Facebook. Osservammo che attraverso quei brevi messaggi lasciati sulla propria bacheca molti aquilani avevano scritto inconsapevolmente una storia collettiva del terremoto, per molti aspetti differente da quella ufficiale.¹⁴

Mentre all'indomani del 6 aprile i media tendevano a raccontare le 3:32 come la *katastrophè*, il capovolgimento improvviso, la storia del terremoto raccontata online cominciava più di tre mesi prima della grande scossa. Gli utenti del social network registravano le scosse di intensità crescente, verificavano i

¹³ Tutte le pubblicazioni online e gli autori citati in questo capitolo sono rintracciabili attraverso i link che ho elencato in appendice.

¹⁴ Vorrei citare un lavoro molto serio a proposito della possibilità di elaborazione di emozioni forti attraverso le narrazioni in Facebook, condotto attraverso l'analisi qualitativa degli scritti nel social network: quello di Alessandra Micalizzi (2010).

dati aggiornati in tempo reale sul sito dell'Istituto Nazionale di Geofisica e condividevano informazioni. Non solo reazioni personali, paure, emozioni private, ma anche informazioni approfondite e puntuali. Così fecero per mesi, anche negli ultimi giorni prima della tragedia, quando condividevano domande e preoccupazioni.¹⁵

Nella notte in cui la città venne giù, molti aquilani, dalle strade dove avevano cercato scampo, fra le nuvole di polvere lanciavano messaggi per ritrovarsi e scambiarsi informazioni. Nelle ore successive condividevano aggiornamenti sulle condizioni in cui versavano e indicazioni a chi volesse recarsi in zona.

Nei giorni successivi, quando l'informazione ufficiale era saturata dal terremoto, Facebook divenne la fonte iconografica più fornita sulla tragedia del capoluogo. I cittadini che tornavano, scortati dai Vigili del Fuoco, nelle proprie abitazioni in centro a recuperare oggetti necessari, indumenti, farmaci, scattavano fotografie a decine e le condividevano nei propri profili.

La rete cominciava a raccontare una storia alternativa. Rispetto ai reportage dei grandi quotidiani, le foto degli aquilani raccontavano una storia "da dentro".

Per quanto tempestivi, i reportage dell'informazione "ufficiale" avevano lo scopo di restituire un'idea della tragedia a un pubblico più ampio possibile, e di colpire al cuore nel modo più immediato e facile. Con la foto dell'orsacchiotto schiacciato fra le macerie, con quella, dall'ovvio simbolismo, del palazzo della Prefettura sventrato.

Probabilmente perché le redazioni avevano in archivio foto della Chiesa delle Anime Sante nella piazza centrale della città, la cupola crollata divenne una specie di logo della tragedia, che permetteva di illustrare i servizi dei giornali con un eloquente confronto prima/dopo.

Gli internauti aquilani, invece, si aggiravano nei luoghi a loro noti, ne documentavano le condizioni, li coglievano da un'angolazione che aveva senso per chi ci era cresciuto e che era sconosciuta al fotoreporter.

La funzione, diciamo così, autonarrativa del social network e quella informativa trovarono una sintesi nelle narrazioni sul terremoto, in una polifonia

¹⁵ È utile ricordare, almeno di passaggio, che nell'ottobre 2012 sono stati condannati in primo grado i membri della Commissione Grandi Rischi, accusati di avere inopportuno tranquillizzato la popolazione sulla possibilità di un rischio imminente. Per comprendere il clima dei giorni che precedettero il 6 aprile, inoltre, bisogna ricordare che in quel periodo un tecnico del Laboratorio di Fisica del Gran Sasso sosteneva di poter prevedere le scosse sismiche grazie all'osservazione di emissioni di gas radon dal sottosuolo e lanciava allarmi che da un punto di vista scientifico apparivano totalmente infondati. Nel 2013 il fisico dell'atmosfera Giovanni Pitari ha comunicato i risultati di una ricerca condotta dal 2004, dalla quale emerge che nel corso 2009 non solo il livello di radon non è aumentato, ma ha addirittura registrato una diminuzione del 30%: e dunque che "non è pertanto possibile arrivare ad alcuna legge deterministica che possa legare l'emissione di radon né a zone precise interessate da eventi sismici, né al periodo di tempo dell'attività stessa, né alla magnitudo degli eventi" (Pitari G. et al., 2013).

che mentre era autobiografica e narrativa, insieme costituiva una grande risorsa di informazione “dal basso” e di giornalismo partecipativo (Carotenuto, 2009), che raccontava gli eventi da un punto di vista privilegiato (si fa per dire...) e che in alcuni momenti ha svolto una funzione complementare all’informazione professionale, così come in altri ha raccontato una storia decisamente diversa.

Il Web e l’informazione

La prima circostanza in cui la rete si pose come “cane da guardia” dell’informazione si verificò tre giorni dopo il terremoto.

Nella notte della scossa e in quella successiva, nei telegiornali nazionali non mancarono le interviste agli sfollati. Grottesco fu il servizio in cui un cronista bussò al finestrino dell’auto di una famigliola che dormiva in strada per domandare “Come mai dormite in macchina?”. Non si può dire se simili accenti morbosi contribuirono a realizzare gli alti ascolti; fatto sta che mercoledì 8 aprile la conduttrice dell’edizione serale di un notiziario della TV pubblica comunicò il compiacimento della redazione per gli “ascolti record in tutte le edizioni” della “giornata del terremoto in Abruzzo” con “uno share intorno al trenta per cento”. Da quel momento, e per diverse ore, arrivò nella posta elettronica della redazione una enorme quantità di e-mail indignate da parte di utenti che trovavano cinico lo sfoggio trionfale dei dati d’ascolto sulla pelle di vittime e senz’altro di un’intera città e della sua provincia. Il passaparola della rete coordinava lo sdegno degli ascoltatori permettendo una risposta di tali dimensioni che il giorno successivo, sulla home page del sito di quel telegiornale, campeggiava la preghiera di non inviare più e-mail di protesta e la rassicurazione che “il messaggio è stato recepito chiaramente” (Giuliani, 2012).

Il fatto che la TV annunciasse ai cittadini di “avere ricevuto il messaggio”, quando è consueto e normale che accada proprio il contrario (la TV è il medium principe del modello di comunicazione “da uno a molti”), appare non solo la testimonianza più evidente di come si vada riconfigurando il rapporto fra i nuovi media e quelli più tradizionali, ma è anche il primo esempio di come nel dramma dell’Aquila la funzione di autonarrazione e quella di vigilanza sull’informazione siano entrate l’una nell’altra. Nel desiderio di una narrazione più veritiera della propria condizione, gli utenti della rete esercitavano un’influenza sull’informazione; nel tentativo di raccontare la realtà delle cose dall’interno, creavano uno spazio di narrazione che nel tempo si sarebbe rivelato vitale per quanti si accingevano a raccontare il proprio sradicamento, la ferita dei propri luoghi e delle proprie appartenenze.¹⁶

Nel marzo 2011 andò in onda una puntata di Forum, su Canale 5, in cui una figurante, cui il copione assegnava il ruolo di una commerciante aquilana terremotata, affermò che ogni cittadino colpito dal sisma aveva ormai una casa

¹⁶ Sulle motivazioni che hanno spinto i cittadini a produrre informazioni dal basso segnalo il lavoro di Farinosi e Treré su “Global Media and Communication” (in stampa).

con giardino e garage, e – in sostanza – che chi affermava il contrario era un parassita che intendeva evidentemente campare a spese dello Stato. Le proteste, partite dal passaparola nei social media, arrivarono sia in diretta che nelle ore successive, costringendo la donna e la conduttrice dello show alle scuse, con rimbalzo di responsabilità fra la figurante e gli autori: chi aveva scritto quelle affermazioni? Tutta farina del sacco della donna?

Sia quando il terremoto era ancora sotto i riflettori di informazione e show business, sia quando cominciava a perdere interesse per i media, le voci della rete non cessarono di raccontare le speranze dei cittadini. In Internet nacque il cosiddetto “movimento delle carriole”, che segnalava i ritardi dello Stato (migliaia di tonnellate di macerie, dopo mesi e mesi dal sisma, erano ancora ammassate entro le transenne del centro storico, che moriva di trascuratezza), costituendo un esempio eloquente di come un’agorà virtuale prendeva il posto di quella fisica, disintegrata e inaccessibile per una popolazione dispersa su un raggio troppo esteso (sull’“attivismo sismico” si vedano Farinosi e Treré, 2010; 2013).¹⁷

Narrativa post-sismica

Ma la rete non è costituita solo dai social network¹⁸ e, in un certo senso, non vive solo fra i cavi e i monitor dei computer. Anzi, per molti sfollati, soprattutto nei primi tempi, la possibilità di avere una connessione stabile non era per niente scontata.

La professoressa di liceo Luisa Nardecchia, dalla sua residenza forzosa in un hotel sulla costa, scrisse un testo autobiografico che intitolò *Cronache costiere*. Il titolo era ricalcato dalle *Cronache marziane* di Ray Bradbury e il testo era una testimonianza commovente dello straniamento di un’aquilana trapiantata a forza in un albergo di sette piani vista mare. Senza i propri vestiti, senza la propria vita, con la mente rivolta alla città ferita a morte. Un racconto in prima persona, scritto in italiano ma con passaggi in dialetto, che intesseva la cronaca dei giorni dello sfollamento con i ricordi dei luoghi della giovinezza, degli amici che avevano lasciato la città ai tempi dell’università, dei personaggi caratteristici che l’avevano animata. Il bisogno di scrivere nasceva anche dalla percezione della frattura che cominciava a separare gli aquilani al mare da quelli nelle tende: spesso questi ultimi trovavano la forza di affrontare la prospettiva di mesi e mesi di coabitazione forzata all’addiaccio in una specie di processo di nobilitazione della loro condizione. Connotando cioè la loro in-

¹⁷ Diciamo anche che nella Piazza Duomo, parzialmente resa accessibile nel giugno del 2009, un tendone ospitava riunioni dell’Assemblea Cittadina.

¹⁸ Non voglio sottovalutare l’ingente produzione letteraria, musicale, video e persino cinematografica nata in seguito al terremoto aquilano, che dice in fondo come l’intrecciarsi di conversazioni e storie online sia stato una parte di una grande reazione creativa alla disgregazione. Solo, qui mi interessa illustrare l’apporto, nella situazione dell’Aquila, delle forme di comunicazione legate alle nuove tecnologie.

sopportabile precarietà come una scelta di lealtà alla città colpita, che li contrapponeva all'ignavia di quelli che se ne erano andati a stare sulla costa.

Con mezzi di fortuna lo spedì ad amici aquilani. Le *Cronache costiere* suscitavano grande commozione fra gli aquilani terremotati. Ebbero una diffusione nelle tendopoli, la gente ne faceva fotocopie e le distribuiva. Per un bel po' tutto questo accadde senza nemmeno che l'autrice ne fosse consapevole.

La scrittura, sia nel primo periodo che dopo, quando Luisa Nardecchia ebbe consapevolezza di avere dei lettori, aveva una componente di autocura: "Per me, fin dall'inizio, fin da quei primi giorni in cui da sfollata ho scritto le *Cronache costiere*, fino agli scritti di quest'ultimo periodo, immagini, ricordi di un passato che sentivo non avremmo mai più rivisto, e di un presente doloroso, partire dalle persone che mi stavano vicino per creare dei personaggi curativi, dare voce alle cose che stavano succedendo, far identificare le persone in personaggi che la facessero sentire un po' speciali, come i protagonisti di un film, ha significato 'esserci' raccontando" (in Giuliani, 2012).

Nelle prime settimane uscì anche, su un forum del sito Terranera.net (dedito alla promozione del borgo omonimo e del locale dialetto), un irresistibile testo in dialetto di Fulvio Giuliani, che immediatamente fu ripreso da altri siti e blog con titoli diversi (per lo più *Ju tarramutu*), un'invettiva contro il terremoto e contro tutti gli "esperti in terremotologia applicata" che nei media attribuivano agli aquilani, senza cognizione di causa, scarsa cura nell'edilizia e scarsa attenzione alle regole. Il testo si chiudeva con una colorita imprecazione dialettale, liberatoria e irriuardosa. Un dialetto fino ad allora sconosciuto esplodeva nella sua grande capacità di leggere ironicamente la tragedia e di diventare lingua comune della resistenza psicologica di gente colpita anche nei legami.

Quello che contribuì maggiormente a rendere popolari *Ju tarramutu* e le *Cronache costiere* a L'Aquila e fuori fu il fatto che colpirono l'attenzione di Antonella Cocciante e Carlo Pelliccione, attrice lei, musicista lui, che avevano dato origine all'esperienza di Animammersa, associazione interessata alle tradizioni musicali locali. Nelle tendopoli leggevano le *Lettere dall'Aquila*, racconti e documenti rintracciati soprattutto in rete, a cui avevano dato una cronologia e una struttura, anche drammaturgica, accompagnati da un quintetto d'archi, una formazione forse troppo austera per i testi che recitavano. Così, sfollati anche loro al mare, conobbero Il Passagallo, un ensemble musicale che a Pineto lavorava da anni sulla tradizione abruzzese. *Lettere dall'Aquila* diventò uno spettacolo che girò l'intero Abruzzo e gran parte d'Italia. Le storie dalla rete si coniugavano alla musica suonata con strumenti d'epoca. Per molti aquilani fu un'occasione di condivisione del dolore e di elaborazione collettiva del lutto; per molti italiani un'opportunità di avvicinarsi a quel dramma e di conoscere quell'umanità che dai notiziari non emergeva con altrettanta forza.

Come il social network, in breve tempo la blogosfera cominciò a offrire alcuni punti di riferimento per chi cercasse informazioni sulla situazione della città terremotata. Alcuni blog esistevano da prima, come diari personali senza una vocazione precisa; altri nacquero proprio con l'intento di aggiungere una voce diversa al flusso delle informazioni. Per ciascuno dei loro autori fu un mo-

do di elaborare il proprio lutto, di fare qualcosa che lo connettesse al destino della città. Chissà quanti avevano immaginato di arrivare a farsi ascoltare fuori dalle mura, di diventare preziose fonti di informazioni o testimonianza dello spirito di una città ferita per chi non la conosceva ancora.

La già citata Anna Colasacco aveva un blog che si chiama *Miskappa* e un giro di lettori ampio e consolidato. Una volta sfollata, prima di trovare rifugio in una roulotte nella campagna della provincia, si era sistemata come meglio poteva in un'automobile. Fu rintracciata da alcuni dei suoi lettori che si erano autotassati per recapitarle un PC portatile con una chiavetta wi-fi e un biglietto in cui le chiedevano perentoriamente di raccontare.

Nella sua costante opera di informazione “dal basso”, come si dice, arrivò ad avere diciottomila accessi in un giorno. Veniva contattata da testate di tutto il mondo proprio perché raccontava aspetti della condizione dei terremotati dei quali non si trovava testimonianza altrove. Uno dei post che ebbero un numero esorbitante di contatti fu quello in cui raccontava di avere ricevuto una telefonata da una società di recupero crediti che la invitava a saldare delle rate in sospeso dell'abbonamento alla pay-tv. Anna rispose di non godere da tempo del suo decoder, che giaceva schiacciato fra le macerie. L'operatrice, allora, dapprima ammutolì, poi prese a farle domande: conosceva la città, ma non sapeva nulla del centro storico chiuso e militarizzato, delle tasse non sospese, dei mutui che invece no. “Non è possibile che non si sappia, chiamate i giornalisti!”, concluse. Quel post circolò ampiamente anche senza firma, persino firmato da altri. Accredito ad altri autori fu oggetto di interrogazione parlamentare.

Racconta Anna Colasacco: “per me è stato un supporto psicologico sostanziale. Io scrivo nel mio blog perché anche un blog può aiutare a rinascere. Ti assicuro che è vero! Quando succede una cosa così, devi aggrapparti a qualcosa. Per me è stato il fatto di diventare il reporter sul campo di una tragedia della quale non si sapeva *niente*, se non queste verità edulcorate e finte che dava la televisione. Io ci stavo dentro, e la stavo raccontando alle persone che conoscevo e al mondo intero. [...] Raccontavo una realtà dal di dentro e in prima persona. Non era la realtà del giornalista che viene a vedere: è la realtà di chi qui ci è nato, e conosce la situazione perché la vive” (in Giuliani, 2012).

Adriano Di Barba, ingegnere che vive a Roma ma è molto legato per ragioni biografiche a L'Aquila, aveva una profonda esperienza di interventi post-sismici e di ricostruzioni, maturata nei terremoti del Friuli e del Molise. Competenza che gli permetteva di leggere gli eventi da una prospettiva alla quale i media non rendevano giustizia. Senza esperienza di scrittura online, aprì il blog *Versolaquila*, col sottotitolo “La distanza fra il terremoto e l'informazione”. Pubblicava articoli e documenti suoi, ma anche una selezione critica dall'informazione ufficiale. Il suo blog divenne un caso unico, un luogo di discussioni anche tra professionisti e di informazione alternativa. Nei giorni in cui il Presidente del Consiglio vantava una continuità fra la sua opera e quello che era stato fatto in Friuli tanti anni prima, Adriano Di Barba scrisse spiegando con la competenza del mestiere e dell'esperienza diretta le differenze incolmabili fra i due contesti: in primo luogo, il fatto che lì i cittadini colpiti avevano potu-

to essere coinvolti nella ricostruzione rimanendo accanto alle abitazioni distrutte, avevano portato avanti le loro attività nei limiti del possibile e avevano tenuto insieme il tessuto sociale. Qui invece gli abitanti di un'intera città e di parte della sua provincia erano dispersi in una irreversibile diaspora e tenuti distanti dai luoghi delle decisioni.

Dice Di Barba: “Il mio interesse è quello di far vedere che la ricostruzione è possibile, e io l'ho vista. Mi sembra che possa essere questo il mio contributo, il mio aiuto all'opera. Poi quello di non far calare l'attenzione e la memoria sui problemi della città in quanto patrimonio collettivo, non solo degli aquilani”. Il lavoro di Adriano Di Barba è diventato inoltre un esempio di come l'informazione dei blog e quella tradizionale non debbano essere per forza alternative e in competizione, ma anzi – proprio nelle differenze e nelle complementarità di uno sguardo locale e di uno più distante – possano cooperare per offrire ai cittadini una visione binoculare degli eventi. Più volte il blogger è stato coinvolto da testate giornalistiche e in dirette televisive.

Ma oltre al genere, diciamo così, diaristico e alla narrazione giornalistica “dal basso”, anche altre esperienze diverse e singolari sono cresciute nella blogosfera dopo il terremoto. Il sito Diceche.com nacque dal divertimento di Mauro Montarsi e Francesco Paolucci (il primo lavora in uno studio di progettazione, il secondo è giornalista e videomaker), che nel loro rifugio di fortuna cominciarono a girare video in cui sorridevano dei luoghi comuni della provincia e del modo in cui i *rumours*, le voci più inverosimili raccolte al mercato, diventavano notizie di incontrovertibile certezza. Il primo video attirò l'attenzione di tanti aquilani che cominciarono a condividerlo. Così i due ci riprovarono, e Diceche.com diventò oggetto di culto per tanti che seguivano le conversazioni surreali dei due, e aggiungevano nei commenti i propri “dice che”; per esempio, “Oh ma dice che Berlusconi a forza di stà a L'Aquila aju prossimo festino invece delle ostriche si fa preparà j'arrusticini”. Oppure: “Dice che uno della protezio' civile de Verona ha chiesto a Gianni ju porchettaru ji semi pe piantà gli arrosticini perchè da issi non ci fanno” (“Dice che uno della protezione civile di Verona ha chiesto a Gianni il porchettaro i semi per piantare gli arrosticini perché da loro non crescono”).

Anche qui risalta l'utilizzo di un dialetto la cui ruvida musicalità non si era mai fatta conoscere al resto del Paese.

Uno dei blog di allora, espressamente ispirato al terremoto come testimonia il titolo (*Trentotto secondi*, cioè la durata stimata, soggettiva, della grande scossa), continua a raccontare alla blogosfera la città terremotata. Giusi Pitari, docente della locale università, racconta le perversioni burocratiche che rendono più difficile la strada verso la ricostruzione, la vita quotidiana nelle case dei villaggi satellite, gli ostacoli che devono superare insegnanti e allievi dell'università. Ma in generale le voci che hanno animato la narrazione dell'Aquila in rete sembrano tacere, o dedicarsi ad altro. Resta (come nota nella postfazione a un altro mio lavoro [Giuliani, 2012] Giorgina Cantalini, attrice, pedagogo della recitazione e autrice di racconti online) una mole di materiale testuale che, oltre a testimoniare l'esistenza di un'agorà virtuale che ha rimpiazzato l'agorà fisica distrutta e ha fatto da antidoto almeno parziale alla dissoluzione

delle reti di relazioni seguita alla diaspora, è passibile di valutazione letteraria in quanto laboratorio in cui rintracciare “archetipi strutturali e narrativi nel loro costituire forme nuove, o meglio nel loro riplasmarsi e rigenerarsi a seconda del medium disponibile”: Cantalini arriva ad accostare il flusso degli status di Facebook alla *sticomitia* del teatro greco. L’ipertestualità diventa nuova oralità, aggiunge: ma se già nella rete, fra i bit che compongono i caratteri sullo schermo, *scripta volant*, in questa narrativa post-sismica questa caratteristica della parola, che la riporta alla caducità dell’orale, è esaltata. I testi passano di mano in mano tanto che l’autore primo ne perde il controllo; essi stessi vivono e si trasformano in questi passaggi, come è accaduto per esempio alle *Cronache costiere*. Si pensi quanto poco abbia in comune con la stabilità della parola stampata un testo che si trova nel disco fisso di un computer rimasto in chissà quale delle case che si sono cambiate in pochi mesi, e che dev’essere ricostruito fidandosi della memoria e delle trascrizioni di altri.

Nella precarietà della vita e dei mezzi di scrittura, anche la parola ritrova la precarietà che era tipica della tradizione orale.

Oggi Diceche.com non racconta più le voci raccolte per la strada. *Versolaquila*, con frequenza irregolare, ripubblica informazioni e qualche foto. Gli ultimi post di Luisa Nardecchia e di Anna Colasacco appaiono interlocutori e lasciano intendere che forse il tempo di raccontare è passato. L’avvio di una faticosa e discontinua ricostruzione vede le speranze confrontarsi con la consapevolezza che i problemi da risolvere si sono fatti più complessi negli anni della attesa. I social network si prestano meglio dei blog a coordinare progetti e iniziative, a dar voce a contestazioni e discussioni. Le voci dell’Aquila continuano a parlare, e anche a confrontare le loro differenze, ma lo fanno su Facebook, dove possono comunicare in tempo reale fra di loro, col sindaco, con la politica.

In conclusione

Si può raccontare il terremoto dell’Aquila come l’esperienza che ha visto la città diventare un laboratorio di comunicazione. I primi sbrigativi titoli dell’informazione su “il primo terremoto di Internet”, che si riferivano per lo più all’appello per l’invio degli SMS da un euro, non coglievano quel che stava accadendo né riuscivano a immaginare quale ruolo la scrittura in rete avrebbe assunto nei mesi successivi.

I sei o sette mesi di tenda, il periodo ancora più lungo di sfollamento, l’esodo biblico che ha visto decine di migliaia di senza casa spostarsi nel resto della regione e del Paese e il rientro nella città posticcia e irriconoscibile delle diciannove *new towns* hanno costituito un’esperienza di deterritorializzazione che ha trovato modo di raccontarsi attraverso i mezzi di fortuna accessibili dalle roulotte, dagli *hotspot* volanti, dagli Internet café: attraverso la parola deterritorializzata a sua volta.



Utilizzando gli strumenti della rete per conservare il proprio senso di continuità in un territorio virtuale quando quello fisico era devastato, i terremotati sono diventati una comunità che creava e scambiava informazione.

Partecipando a una narrazione polifonica attraverso la quale salvaguardare la continuità di un'appartenenza e di un'autobiografia (il Sé individuale) hanno tenuto in vita quella di una storia collettiva. Come se un Sé individuale e un Sé collettivo fossero in continuità, in una relazione in cui si alimentano reciprocamente.

Se una certa letteratura guarda a Internet come parte di un processo di dissoluzione della prossimità, esperienze come questa ci fanno guardare alla rete come al luogo in cui le persone cercano sempre più, e sempre nuove, forme di vicinanza; al virtuale non come dimensione alternativa al mondo fisico ma come opportunità di ricostruire il più fedelmente possibile uno spazio di pensiero e di relazione quando quello fisico è annullato.

I modelli classici di lettura della comunicazione sono prodotti di un mondo in cui il massimo delle tecnologie della comunicazione era la telefonata interurbana o intercontinentale. In cui la comunicazione "da uno a uno" già non era l'unica forma possibile ma per qualche ragione continuava a rappresentare un paradigma (si veda Giuliani e Sartori, in preparazione).

È per tutto questo che la rete, mentre raccontava il dramma, parlava anche di qualcosa di più ampio (una buona storia è quella che riesce a raccontare cose che vanno oltre il suo contenuto esplicito): del rapporto fra trauma e narrazione e del narrare come costruzione e ri-costruzione di sé; e poi di come sta cambiando la comunicazione in questi nostri anni.

Appendice: le risorse citate nell'articolo

Le risorse citate di seguito sono un necessario complemento della trattazione fin qui condotta ma costituiscono solo una piccola parte di tutto quel che la rete ha prodotto intorno al terremoto dell'Aquila. Per una blogografia più esauriente rimando a Giuliani, 2012.

- La selezione degli status di Facebook sul terremoto sul sito Ibridamenti.com: "Di status in status - Il terremoto versione Facebook [controinformazione/1]", <http://www.ibridamenti.com/?p=4250>.
- Il sito che Luisa Nardecchia da tempo usava come strumento didattico e che ha ospitato i suoi scritti: dalla homepage si accede a *Cronache costiere* e ad altri testi: <http://www.didacta.altervista.org>. Oggi i suoi testi sono ospitati dal suo blog: <http://memoriedalsottosuolo.altervista.org>.
- Il forum nel quale Fulvio Giuliani pubblicò il 18 aprile *Ju tarramutu* (scorrendo la pagina si possono rintracciare altri suoi scritti): <http://www.terranera.net/sezioni/lapiazza/?vs=p&tudo=sfgl&imsg=5062>.
- Il sito della compagnia Animammersa: <http://www.animammersa.it>.
- *Miskappa*, il blog di Anna Pacifica Colasacco: <http://miskappa.blogspot.it>.

- Adriano di Barba e *Versolaquila*: <http://versolaquila.com>.
- *Diceche* di Mauro Montarsi e Francesco Paolucci: <http://www.diceche.com>.
- *Trentotto secondi*, il blog di Giusi Pitari: <http://giusipitari.blogspot.it>.
- I racconti di Giorgina Cantalini: <http://lacittafantasma.wordpress.com/>.

Massimo Giuliani, Centro Milanese di Terapia della Famiglia.
E-mail: info@massimogiuliani.it.

Bibliografia

- Carnelli F., Paris O. e Tommasi F. (a cura di) (2012), *Sismografie. Ritornare a L'Aquila mille giorni dopo il sisma*, Effigi, Arcidosso (GR).
- Carotenuto G. (2009), *Giornalismo partecipativo*, Nuovi Mondi, Modena.
- Farinosi M. e Treré E. (2010), *Inside the "People of the Wheelbarrows": participation between online and offline dimension in the post-quake social movement*, "The Journal of Community Informatics", 6, 3. Url: <http://ci-journal.net/index.php/ciej/article/view/761/639>.
- Farinosi M. e Treré E. (2013), *Attivismo sismico: partecipazione dal basso in un contesto di emergenza*. In Farinosi, M. e Micalizzi, A. (a cura di), *NetQuake. Media digitali e disastri naturali. Dieci ricerche empiriche sul ruolo della Rete nel terremoto dell'Aquila*, Franco Angeli Editore, Milano.
- Farinosi M. e Treré E. (in stampa), *Challenging mainstream media, documenting real life and sharing with the community: an analysis of the motivations for producing citizen journalism in a post-disaster city*, "Global Media and Communication".
- Giuliani M. (2012), *Il primo terremoto di Internet. L'Aquila: blog, social network, narrazioni del trauma nello show della "ricostruzione"*, CreateSpace Independent Publishing Platform, <http://www.amazon.it/primo-terremoto-Internet-narrazioni-ricostruzione/dp/1478113987>.
- Giuliani M. e Sartori T. (in preparazione), *Internet e comunicazione* (titolo provvisorio).
- La Cecla F. (1988), *Perdersi. L'uomo senza ambiente*, Laterza, Roma-Bari.
- Lakoff G. e Johnson M. (1998), *Metafora e vita quotidiana*, Bompiani, Milano.
- Lévy P. (1997), *Il virtuale*. Raffaello Cortina, Milano.
- Micalizzi A. (2010), *"Instabilità terrestri" e storie stra-ordinarie nella Rete: tra lutto collettivo e solidarietà*. In Fassari L. e Boccia Artieri G. (a cura di) *Giovani sociologi 2009*, Scriptaweb, Napoli, p. 33-56.
- Nadin P. (2007), *Il legame affettivo con i luoghi nella psicologia ambientale dell'invecchiamento*, "Problemi in psichiatria", n. 42-43, pp. 37-62.
- Papadopoulos R. K. e Byng-Hall J. (a cura di) (1999), *Voci multiple. La narrazione nella psicoterapia familiare sistemica*, Bruno Mondadori, Milano.
- Pitari G. et al. (2013), *Observations and box model analysis of radon-222 in the atmospheric surface layer at L'Aquila, Italy: March 2009 case study*, "Environmental

- Earth Sciences”, 4 July 2013, <http://link.springer.com/article/10.1007/s12665-013-2635-1>.
- Pollice R. et al. (2012), *Distress psicologico e disturbo post-traumatico da stress (PTSD) in una popolazione di giovani sopravvissuti al terremoto dell'Aquila*, “Rivista di psichiatria”, 47, 1, pp. 59-64.
- Rainisio N. e Inghilleri P. (2006), *Attaccamento ai luoghi, identità giovanile e benessere: una ricerca in Europa e implicazioni per la comunicazione interculturale*, “Ikon. Forme e processi del comunicare”, 53, pp. 39-65.
- Salvadorini R. (2013), *Il terremoto nell'anima*, “Mente e Cervello”, 100, pp. 24-33.
- Sbattella F., Tettamanzi M. e Iacchetti F. (2005), *Basic Therapeutic Actions: un modello di intervento psico-sociale per le vittime dello tsunami*, “Nuove Tendenze della Psicologia”, 3, 3, pp. 399-429.
- Zamperini A. et al. (2011), *Il lavoro della memoria come azione sociale*. In Zamperini A. e Menegatto M., *Cittadinanza ferita e trauma psicopolitico. Dopo il G8 di Genova: il lavoro della memoria e la ricostruzione di relazioni sociali*, Liguori Editore, Napoli.

Louis Crocq

Trauma e mito

Relazione presentata alla I edizione delle Giornate Siciliane di Psicotraumatologia, Piazza Armerina, 4-5 settembre 2009

Riassunto

I miti raccolgono l'eredità culturale di una civiltà. Alla base del pensiero occidentale vi sono i miti di origine indoeuropea e più precisamente greca, i quali sono arrivati fino a noi illustrando e al contempo dando risposta alle domande esistenziali dell'uomo. In quest'ottica risulta possibile, dunque, rileggere anche il trauma, esperienza umana comune a tutte le società, alla luce di miti greci che narrano le gesta di eroi e di divinità, producendo in chi li ascolta una partecipazione emotiva catartica e liberatoria, portatrice di senso lì dove l'imponderabile regna. Perseo, Orfeo, Sisifo, il platonico Er sono alcuni dei personaggi i cui miti meglio ci permettono di ripercorrere l'esperienza del trauma.

Parole chiave: trauma, mito, reminiscenze, rinascita, ritorno dagli inferi.

Abstract

Myths collect the cultural heritage of a civilization. At the basis of the western thinking there are some myths of Indo-European origin – more precisely of Greek origin – that came to us depicting and answering at the same time the existential questions of mankind. From this viewpoint it is therefore possible to reread also the trauma – a human experience which is common to all the societies – in the light of Greek myths which narrate the deeds of heroes and divinities, producing in the listener a cathartic and liberating emotional involvement, which brings sense in the reign of imponderable things. Perseus, Orpheus, Sisyphus, the Platonic Er, are some characters of myths which allow us to better reread the trauma experience.

Key words: trauma, myth, reminiscences, rebirth, return from hell.

I miti indoeuropei, e più specificatamente i miti greci, sono all'origine del pensiero occidentale. Questi miti, trasmessi da migliaia di anni, tra le altre cose ci hanno donato un'interpretazione e anche una spiegazione dei grandi interrogativi legati alla morte.

I miti legati all'esperienza del trauma che vi andrò a proporre saranno quello di Perseo e Medusa, che ci riporta allo *spavento* (per il concetto di spavento si veda il numero 9 di questa rivista); quello di Sisifo, relativo alla punizione e alla ripetizione; il mito di Orfeo, incentrato sulla ripetizione del dolore; i miti orfici, che affrontano il tema della rinascita dopo la morte; e il mito di Er, che riguarda l'elaborazione del trauma.

Perseo: lo spavento

Il mito di Perseo è legato allo spavento (*effroi*), ossia quel breve istante in cui l'individuo vede la propria morte. Diversamente dagli altri uomini, Perseo,

amato dagli dei per la sua nascita divina, trova il modo di sfuggirle. Per far ciò, egli fa proprie le caratteristiche dei morti, ossia l'invisibilità, la loro leggerezza fluttuante quasi immateriale e la rapidità dei movimenti; lungi dal subire o fuggire di fronte alla prova che lo aspetta, egli affronta il pericolo utilizzando l'arma stessa del nemico, ossia lo sguardo.

Il mito racconta che chiunque avesse incrociato lo sguardo delle Gorgoni sarebbe rimasto pietrificato, afferrato dal gelo della morte. Nel loro sguardo l'uomo vedeva la propria morte e per tale motivo il mito delle Gorgoni mette in evidenza la natura e gli effetti di questo breve istante: l'uomo che incrocia gli occhi di Medusa è penetrato dal suo sguardo fatale, uno sguardo da cui non può più sottrarsi. L'essere umano vede in anticipo la morte che arriva, iniziando così la metamorfosi che lo farà passare dal mondo dei vivi a quello dei morti: il suo viso esprime il terrore, l'orrore e lo smarrimento; i movimenti si bloccano fino a immobilizzarlo; il calore del corpo si dilegua, rendendolo freddo come il ghiaccio; infine si pietrifica, passando così dal regno animale a quello minerale. Quanto detto descrive perfettamente lo stato fisico (immobilità, congelamento, pietrificazione) e psicologico (terrore, stupore, incapacità di pensare o agire, ecc.) di chi vive un trauma. Colpiti dallo sguardo di Medusa, gli uomini dovranno lasciare il mondo dei vivi per entrare in quello dei morti, dove diverranno delle ombre immateriali, degli *eidola*.

Perseo, figlio di Zeus e della mortale Danae, fin dalla nascita è destinato alla morte in conseguenza della promessa di sacrificio fatta dal nonno al fine di allontanare una funesta profezia. Ma essendo figlio di Zeus, viene protetto dagli dei, i quali assicureranno a lui e alla madre la salvezza e gli saranno vicini anche nell'impresa contro Medusa. Per affrontare Medusa, Perseo si dota di due oggetti: un elmo che lo rende invisibile e dei sandali che gli conferiscono velocità e leggerezza – caratteristiche che ritroviamo nelle anime dei morti. Perseo è dunque ben equipaggiato per fronteggiare ciò a cui andrà incontro.

Faccio presente a tale riguardo che ciò che caratterizza lo spavento non è solo la paura estrema, il terrore e lo sgomento ma anche lo stato di paura che giunge di sorpresa, colpendo gli individui non preparati all'evento.

Perseo, dunque, munito del suo elmo, dei suoi sandali alati, di una bisaccia e della roncola per decapitare il mostro, sa già che non dovrà mai incrociarne lo sguardo mortale. Per aiutarlo a fare ciò, Atena gli dona uno scudo levigato a tal punto da diventare lucente come uno specchio, scudo che l'eroe avrebbe potuto usare durante il suo confronto con il mostro per rifletterne l'immagine. Per mettere in atto questo stratagemma è necessaria una specifica preparazione mentale e gestuale, elaborata dall'eroe insieme alla sua protettrice e alleata divina. Infatti Perseo, per non rimanere pietrificato, dovrebbe combattere Medusa senza rivolgere la testa verso di lei, mantenendo solo il proprio corpo in posizione frontale rispetto all'avversario, utilizzando lo specchio per controllare i movimenti della Gorgone ed essere così sicuro di non incrociarne mai lo sguardo. Medusa in tale modo si presenta all'eroe riflessa nello scudo, un'immagine speculare che, come l'ombra, è qualcosa che, pur essendo prodotta dal nostro corpo, non è dotata di vita propria e per questo presenta delle analogie con il mondo misterioso dell'aldilà.

Perseo, dunque, è colui che padroneggia il proprio sguardo, che sceglie cosa vedere e che non sarà sorpreso o preso alla sprovvista. È vigile già all'inizio della sua avventura (sapendo fin da allora cosa avrebbe dovuto trovare, prendere e riportare), prima ancora di scontrarsi con Medusa, nell'affrontare le Graie, rivelatrici del luogo in cui troverà le Gorgoni. Il suo sguardo spia l'attimo propizio, il *kairos*, l'occasione che va colta al volo, per i capelli, e che non si ripresenterà più.

Nel combattimento con Medusa, quindi, Perseo, invisibile grazie all'elmo, si scaglia sulla sua antagonista, l'afferra per i capelli e le trancia la testa senza mai guardarla direttamente, senza mai incrociare il suo sguardo, dato che controlla i movimenti della Gorgone attraverso lo specchio. Non è mai visto ma vede, e il suo sguardo di persona invisibile tiene sotto controllo la situazione fino a rendere inservibile il terribile potere pietrificante dell'avversario.

Perseo è colui che conosce lo spavento ed è preparato ad affrontarlo. È colui che utilizza le armi del mondo dell'aldilà – rapidità, invisibilità, controllo – in cui lo condurrebbe lo sguardo di Medusa per trionfare sulla morte stessa.

Nella storia di Perseo e Medusa noi riusciamo a cogliere ciò che c'è di più estremo nello spavento, vale a dire quell'istante improvviso in cui il nostro sguardo non è più attivo ma diventa passivo, viene catturato e a sua volta "visto", viene penetrato dall'apparizione epifanica della nostra stessa morte senza che noi siamo riusciti a prevederla o ad anticiparla – il che rappresenterebbe già un'iniziativa o un'azione da parte nostra. È questa apparizione che ci penetra per intero, ci immobilizza, ci assidera, ci priva di vita trasformandoci in pietre e in ombre, facendoci così mettere piede nel regno dei morti. Ma nello stesso tempo il medesimo mito di Perseo ci fornisce l'esempio di chi riesce a fuggire allo spavento: l'eroe greco, infatti, è colui che utilizza le armi stesse dell'avversario per trionfare sulla morte riuscendo a vincerla ma solo a condizione di trasformarsi per lo spazio di un istante in un'ombra rapida, leggera e impalpabile. Scapperà alla morte solo rendendosi per un attimo partecipe di essa e portandosi nella vita questa esperienza.

Sisifo: punizione e ripetizione

Il primo mito che mi viene in mente ascoltando i pazienti che presentano una nevrosi traumatica è quello di Sisifo, un mito che evoca la maledizione di dover incessantemente ripetere all'infinito un compito schiacciante e vano.

Sisifo, figlio di Eolo e fondatore di Corinto, viene condannato da Zeus a una pena massacrante, senza fine ed eternamente ripetuta che consiste nel dover spingere un pesante masso fino alla sommità di un monte. Giunto in cima, però, il masso è eternamente destinato a sfuggirgli, rotolando giù per il pendio; così Sisifo deve ricominciare nuovamente il suo compito.

Come mai Zeus gli ha inflitto questa pena? Secondo una versione popolare, il re degli dei avrebbe assegnato questa punizione a Sisifo a causa delle sue continue scorrerie nell'Attica. Secondo un'altra versione, invece, Zeus, dopo essere stato denunciato da Sisifo al dio fiume Asopo come rapitore

della figlia, invia sulla terra Thanatos con il compito di uccidere Sisifo. Ma questi cattura il dio della morte, facendo sì che sulla terra non muoia più nessuno. Sarà solo grazie all'intervento di Zeus che Thanatos potrà ritrovare la libertà e riprendere il suo compito. Chiaramente, la prima vittima sarà proprio Sisifo che astutamente prima di morire chiede alla moglie di non far svolgere il corteo funebre. Giunto al cospetto di Ade, gli chiede di ritornare sulla terra in modo da costringere la moglie a celebrare le esequie. Ade acconsente alla richiesta ma dopo qualche tempo, preso dalle incombenze divine, dimentica di richiamare Sisifo, che vivrà serenamente fino al termine naturale della sua vita. Alla morte di Sisifo, Zeus decide di infliggergli una punizione esemplare sia per le empietà e gli imbrogli perpetrati nei confronti degli uomini e degli dei, sia per impedirgli di trovare altri stratagemmi per sfuggire alla giustizia divina.

Sisifo, condannato a ripetere per l'eternità un compito assurdo e impossibile, rappresenta il destino funesto dei traumatizzati psichici presi dalla loro vana sindrome di ripetizione. Camus (1942) vede nel mito di Sisifo l'assurdità della condizione umana che è resa ancora più tragica dal fatto che Sisifo, mentre ritorna ai piedi del monte, ha l'animo sufficientemente libero per riflettere sulla sua condizione e sull'inutilità dei suoi sforzi. Ma Sisifo è anche colui che viene punito per essere stato empio nei confronti degli dei, per avere ingannato la morte (e tutti i traumatizzati sono degli scampati alla morte) ed essere scappato dagli Inferi, cosa non permessa agli esseri umani.

Orfeo: la ripetizione della sofferenza

Il terzo mito che andiamo ad analizzare è quello di Orfeo, colui che, tornato dagli Inferi, con i suoi lamenti incarna la ripetizione della sofferenza. Questo mito, benché appartenga al mondo greco, è l'erede di altri antichi miti, presenti sia nel pantheon egiziano che in quello mesopotamico.

Orfeo, figlio di Apollo e della musa Calliope, è il poeta e musicista più famoso del tempo degli eroi. Davanti alla sua voce e al suono della sua lira le montagne si scuotono, i fiumi fermano il loro corso e gli animali selvatici, soggiogati, lasciano la foresta per ascoltarlo. Il significato simbolico del mito è che il poeta riesce con il suo canto a strappare i suoi contemporanei ai loro costumi selvaggi per farli accedere alla dolcezza della vita civilizzata.

Orfeo si innamora della ninfa Euridice ma il giorno stesso delle nozze questa viene morsa mortalmente da un serpente mentre cerca di fuggire alle attenzioni di Aristeo. Sconvolto dal dolore, Orfeo osa scendere negli Inferi per chiedere a Ade di permettergli di riportare nel mondo dei vivi la sua sposa. Ade e Persefone, sentendo il canto straziante di Orfeo, accondiscendono alla richiesta dell'eroe ma alla condizione che Orfeo non si volti indietro a guardare Euridice finché la ninfa non sia giunta anche lei alla luce del sole. I due procedono in fila verso l'uscita dall'Ade, ma Orfeo, alla fine del percorso, non sentendo i passi della sua amata, si volta impaziente, perdendola così per sempre. Non riuscendo a rassegnarsi, aspetterà invano che le porte degli Inferi si riaprano al suono della sua lira; poi, disperato e inconsolabile, si ritira sul monte Rodope, indifferente ormai al fascino femminile e alla vita. Le Baccanti,

però, sacerdotesse di Dioniso, si vendicheranno di questo suo atteggiamento, facendo il suo corpo a brandelli e gettando la sua testa e la sua lira nel fiume Ebro che le trasporterà fino al mare, da dove giungeranno infine sulle rive dell'isola di Lesbo.

Claude Barrois associa giustamente la nevrosi traumatica al mito di Orfeo. Infatti, a loro modo i traumatizzati psichici incarnano il destino di Orfeo poiché hanno viaggiato negli Inferi e ne sono tornati afflitti, tagliando il rapporto con gli uomini. Come Orfeo, il traumatizzato abbandona il mondo poiché è ossessionato e dominato da un'attività incoercibile di reviviscenza terrificante. Barrois sottolinea di proposito i due aspetti di questa patogenesi: ricordo dell'inferno (reviviscenza) e inferno del ricordo (dramma della reviviscenza). L'inferno personale del traumatizzato consiste contemporaneamente nel contenuto stesso delle reviviscenze e nella loro funzione ripetitiva, che non dà tregua al paziente. Ma Orfeo espia anche una doppia colpa: quella di essere ritornato dall'inferno – atto di per sé mostruoso ed empio, dal momento che è vietato agli umani scendere vivi nel mondo dei morti e Orfeo non solo vi è entrato ma ne ha anche fatto ritorno – e quella di avere trasgredito nel ritorno l'interdizione divina, vale a dire il divieto di voltarsi a guardare la sua sposa. Di questa seconda colpa è lui interamente responsabile. Riassumendo, quindi, Claude Barrois collega la nevrosi traumatica al mito d'Orfeo poiché la persona traumatizzata è ossessionata come l'eroe dall'esigenza incoercibile della “ripetizione”; al contempo, la disgrazia d'Orfeo è doppia: ha perduto il suo oggetto d'amore e ha ceduto all'affascinante tentazione di guardare indietro.

I miti orfici: la rinascita

L'inferno non è solo la residenza dei morti, è anche il luogo mitico delle grandi espiazioni, delle sofferenze indicibili e della distruzione finale che riporta al *chaos* delle origini. Nella mitologia greca, il viaggio di Orfeo negli Inferi non è che il punto di partenza della teologia dell'orfismo, è l'esplicitazione dell'universo e di una dottrina sull'esistenza di un'altra vita, che implica morte e resurrezione. Per l'orfismo, all'origine del mondo c'è Chronos, il tempo, che genera Chaos, l'infinito, e Ether, il finito. Dalla loro unione si crea l'uovo cosmico, che ha come guscio la notte, Nyx; l'uovo cosmico genera Protogonos, il primo essere – chiamato anche Phanes, la luce – ed Eros, l'amore. Protogonos è un essere bisessuale, origine di tutti gli esseri. Da Protogonos nascono il sole, la luna, Zeus, sua sorella Demetra, la madre terra, e Ade, il quale, divorato dal padre, verrà riportato in vita da Zeus per andare in seguito a regnare sugli Inferi. Zeus e Demetra avranno una figlia, Persefone, che, rapita da Ade, sarà da lui portata negli Inferi, divenendone la regina. Prima di essere rapita, Persefone, fecondata dal padre, partorisce Zagreo, il quale dopo essere stato rapito dai Titani su ordine di Era, verrà da questi fatto a pezzi e divorato, per essere poi resuscitato da Zeus nella persona di Dioniso. Allevato dalla musa sul monte Nysa, il piccolo Dioniso inventa la produzione del vino e scopre l'ebbrezza, vicina alla follia. Viaggiando per il mondo greco, nel corso delle sue

innumerevoli avventure, Dioniso, definito da Euripide come “il più delicato e il più terribile degli dei”, inebria i pastori del re Icario, che lo uccideranno annessi dal vino; sposa Arianna, abbandonata da Teseo sull'isola di Naxos; aiuta il dio Amon a riconquistare Cirene; rende folle Licurgo, re della Tracia, colpevole di averlo cacciato. Anche Dioniso dopo la morte ritorna dagli Inferi, e la sua resurrezione farà parte del culto che gli sarà reso in seguito. Infatti i Bacchanali sono dei festeggiamenti che glorificano questa resurrezione e la liberazione degli istinti, nonché occasione per i ditirambi (canti corali in suo onore) e la messa in scena di rappresentazioni teatrali dette “canti del capro”, che stanno all'origine della tragedia greca, originariamente ispirata alla sua leggenda e poi estesa agli altri miti. Il mito di Orfeo perpetua quello di Dioniso, da cui egli è generato: Dioniso, come Orfeo, è ritornato dal viaggio negli Inferi e ha portato agli uomini la dolcezza di una “cultura” e lo stordimento di un incantesimo, provocato questa volta non dal canto ma dal vino.

La dottrina orfica, al di là del mito di Orfeo al cui significato si ispira, sembra corrispondere al senso ultimo del trauma. Lo psicanalista Barrois non si sbaglia quando vede in esso il riferimento al “trauma originario”, relativo alla nascita e alla visione del *chaos*, non-organizzazione da cui esso fu originato; questo “trauma originario” è rimasto come potenzialità in ciascuno di noi e risorge in occasione di un conflitto, di un'aggressione o di una catastrofe come “terrore primario” o minaccia di ritorno verso il non-umano, e, in quanto tale, come sorgente di “significati enigmatici”, essi stessi “oggetti-fonte” della ripetizione traumatica. Tutti i traumatizzati psichici ritornano spaventati da questo “nulla degli Inferi”. Questa metafora viene loro spontanea, non trovando le parole per descrivere l'esperienza fatta. In qualche modo, al di là del mondo organizzato e significativo, essi hanno intravisto il *chaos* originale esistente prima della creazione. Un luogo che non ha ancora vita: il nulla, il non-senso, il non-essere.

Er: la riviviscenza, ovvero il viaggio iniziatico negli Inferi

L'orfismo non è che una via per indagare la morte e il *chaos*, e al contempo un'incursione iniziatica attraverso gli Inferi. A proposito del destino dell'uomo e della sua vita oltre la morte, l'orfismo dice che le anime, pure in origine, soggiornano nel cielo ma che, sotto l'effetto di una colpa, decadono e sono condannate a vivere sulla terra, prigioniere di un involucro umano o animale. Tutte le anime migrano da un corpo a un altro, il che corrisponde a diverse tappe della loro purificazione; tra una reincarnazione e l'altra, esse espiano negli Inferi le proprie colpe. Quando avranno raggiunto la completa purificazione saranno autorizzate a ritornare in cielo, accanto agli dei. È questa promessa presente nell'orfismo che noi troviamo sviluppata nel mito di Er, così come esposto da Platone alla fine del libro X della *Repubblica*.

Er, originario della Panfilia, è un valente soldato morto nel corso di una battaglia; il dodicesimo giorno, mentre è disteso sulla pira funebre, ritorna inaspettatamente in vita e comincia a raccontare ciò che ha visto nell'aldilà.

Narra come la sua anima, uscita dal corpo, abbia camminato con molte altre fino a un luogo meraviglioso, un prato di asfodeli dove c'erano quattro aperture: due, vicine, sulla terra e, di fronte a queste, altre due alte nel cielo. In mezzo sedevano dei giudici che, dopo il giudizio, invitavano i giusti a prendere la strada di destra, salendo così verso il cielo, e gli ingiusti a prendere la strada di sinistra, in discesa verso la profondità della Terra. Attraverso le altre due aperture passavano altre anime: da una quelle che scendevano dal cielo, pure e senza macchia; dall'altra quelle che risalivano dal ventre della Terra, coperte di sporcizia e polvere. In base al giudizio ricevuto, le anime trascorrevano mille anni in cielo o nel ventre della Terra, trascorsi i quali si dovevano reincarnare. Questo non avveniva per le anime dei tiranni o di chi si fosse macchiato di un delitto gravissimo, le quali non facevano ritorno dal loro soggiorno sotterraneo, perché la voragine rifiutava loro il passaggio e demoni di fuoco le spingevano nuovamente negli Inferi verso il Tartaro.

Er, soldato coraggioso caduto nell'ardore del combattimento, rappresenta ai miei occhi il mito più completo del traumatizzato e del suo viaggio iniziatico negli Inferi. Egli conosce l'esperienza della morte e del nulla, concretizzatasi nella sua incursione nel mondo ultraterreno, la convivenza con le anime e gli spettacoli orribili che ha dovuto vedere. Tutti quelli che hanno vissuto l'orrore del combattimento seguono il suo destino, come Er hanno vissuto la morte e con essa il mistero della cancellazione della vita e la fuga misteriosa nel caos dell'aldilà. Il trauma ha bruscamente svelato all'individuo lo spettacolo terrificante del nulla assoluto, negazione dell'ordine del mondo e negazione dell'umano. Ma se le riviviscenze insistenti riportate da questa incursione infernale sono improntate a un terrore sacro, esse contengono al contempo un messaggio di speranza. Negli Inferi il soggetto ha vissuto l'apocalisse, in tutti i sensi del termine, visioni terrifiche e la rivelazione di un messaggio che egli ha il compito di decifrare ed esplorare. La sua testimonianza, sia per colui che parla che per colui che ascolta, può far rivivere una catarsi liberatrice e istruttiva, contribuendo all'edificazione di un'anima più filosofica, responsabile e serena.

Coloro che ritornano dagli Inferi sono ammessi a un nuovo livello di conoscenza, a una conoscenza diversa rispetto a quella introspettiva o analitica: si tratta dell'epifania (manifestazione improvvisa), una contemplazione inquieta o estatica e, soprattutto, un accesso alle origini e alla genesi stessa dei significati. Il traumatizzato, avendo bevuto alle acque del Lete, sorgente di oblio e di morte, e di Mnemosyne, sorgente di memoria e vita, riporta le reminescenze di tale evento (briciole di ricordi, più frammentarie e meno mentalizzate di questi). Depositari di una saggezza che viene dal fondo dei tempi, gli iniziati sapranno applicarla al presente e proiettarla nei tempi a venire. Per loro, più che per gli altri, la filosofia è, secondo la formula di Platone, un "esercizio di morte" nel vero senso del termine.

Mentre di solito del trauma viene considerato esclusivamente l'aspetto negativo, se lo si legge alla luce del mito di Er se ne mette in luce la parte positiva. Pertanto, questo mito è superiore a quello di Orfeo e in ultima analisi può essere assimilato ai miti orfici che, attraverso la tradizione di Osiride e di Dioniso, anch'essi morti e tornati indietro dagli Inferi, ricollegano il trauma al

traumatismo originario, condizione della nascita a partire dal suo contrario, vale a dire il *chaos* da cui essa emerge.

È giunto il momento, dopo questa analisi dei miti, di decifrare cosa voglia dire per i traumatizzati entrare negli Inferi, soggiornarvi e, soprattutto, ritornarvi, e di trovare il messaggio insito in tutto ciò. Dell'entrata negli Inferi ciascuno di essi ricorda il vissuto della sorpresa, dell'impreparazione, dello "spavento", la sensazione di assenza di soccorsi e lo sconforto che ne è seguito. Ma sono soprattutto il confronto con la morte, la prospettiva imminente della perdita del sé e la comparsa del nulla che dominano questa immersione e che si sviluppano in un vissuto di estraneità e di perdita della realtà, persino di spersonalizzazione. Sono stati invocati due meccanismi patogeni: il debordare (o l'effrazione quasi meccanica) delle difese del soggetto e, soprattutto, il confronto brutale con la realtà della morte e del nulla, senza la mediazione edulcorante del linguaggio e dei sogni, che nella vita quotidiana ci evitano questo brusco contatto. L'esperienza ultima del trauma è proprio questa esperienza improvvisa del nulla, *in ictu oculi*, nel breve volgere di un battere di ciglia, e la rivelazione della sua evidenza, di questo nulla misterioso e temuto di cui ciascuno di noi è certo pur non potendone mai acquisire conoscenza diretta. Tanto è vero che la conferma della nostra esistenza e la fede nella vita sono fondate non solo sull'istinto vitale ma ancora di più sulla negazione appassionata del nulla. Passato questo stadio iniziale vi è il soggiorno negli Inferi. Il trauma è spesso vissuto come orrore assoluto, terrore che perdura, sofferenze e tormenti che vanno oltre ciò che si è patito fino a quel momento, in una convinzione di assenza di vie d'uscita che porta alla disperazione. In altri casi il soggiorno negli Inferi è vissuto come uno stato di immaterialità vicino all'estasi. In un caso come nell'altro, l'atmosfera di estraneità e di perdita dalla realtà sussiste, suscitando a volte vane negazioni esorcizzanti ("non è vero") ma più generalmente la scoperta di appartenere ormai a un mondo nuovo. Egli non appartiene più al mondo dei vivi e ai suoi valori, ma all'aldilà; scopre di non essere nient'altro che un'ombra, senza sostanza, senza identità, senza nome. Il soggiorno negli Inferi è la promiscuità con i morti, l'appartenenza al popolo delle ombre.

Al momento del ritorno dagli Inferi si ha il concretizzarsi della sindrome psicotraumatica, come conseguenza dell'esperienza traumatica. Il "sopravvissuto" (parola che esprime bene il fatto che si tratta di un inatteso *bonus* che si aggiunge alla vita sino ad allora vissuta), il "resuscitato" o "colui che ha fatto ritorno" è ancora impregnato delle esperienze vissute nel viaggio negli Inferi e non riconosce il suo mondo di prima, che gli sembra lontano e non familiare; non riconosce più gli altri, i vivi, che gli sembrano stranieri, a volte nemici. Più precisamente, non gli sembra possibile che gli altri possano comprendere ciò che dice loro e rinuncia a comunicare con loro. Nello stesso tempo non può recuperare la sua normale temporalità, e il suo tempo resta sospeso, fissato all'istante del trauma, perpetuandosi nel tempo a venire e ricostruendo a sua immagine un passato funesto. L'individuo non riconosce più se stesso. In sintesi, questa alterazione della personalità si caratterizza per

l'instaurarsi di un nuovo rapporto dell'individuo con il mondo, con gli altri e con se stesso, un nuovo modo di percepire, di provare, di pensare, di amare, di volere e di agire.

Per quanto riguarda la relazione di "colui che ha fatto ritorno" con gli altri, si tratta di un fenomeno che presenta anche un altro punto di vista, quello degli altri, appunto, i quali percepiscono il mutamento, percepiscono il cambiamento intervenuto nell'uomo rispetto a ciò che era e rispetto a loro stessi. Sono terrorizzati dal ritorno di questo fantasma da un altro mondo, si rendono conto di non essere più in grado di comunicare con lui e usano nei suoi confronti un linguaggio che sancisce questa incomunicabilità: eccesso di commiserazione, critica, irritazione e rifiuto. I vivi non perdonano a colui che ha fatto ritorno di avere trasgredito il divieto rappresentato dalla morte e, con il loro atteggiamento ostracizzante, gli impongono una seconda morte. L'esperienza degli Inferi si perpetua nell'impossibilità di trasparenza nel rapporto con gli altri.

Il traumatizzato, tuttavia, può anche interrogare la sua perplessità, la sua alienazione e scoprire questo "altro da sé" tornato dagli Inferi insieme a lui; può trovare nelle nuove parole, man mano che le pronuncia, la verità dell'esperienza degli Inferi, il cambiamento che essa ha provocato nell'anima e la possibilità di accettare questo cambiamento e di ricordare questa nuova anima a quella antica, facendo in modo che l'esperienza traumatica non sia più un corpo estraneo, una "mistificazione" in una temporalità morta, fissata nell'istante tragico, ma una peripezia dell'esistenza in un tempo che scorre come il fiume stesso della vita.

Louis Crocq, psichiatra militare e professore di psicologia presso l'università Paris-V.

Traduzione e adattamento:

Giovanni Nicoletti, Psicologi per i Popoli – Sicilia. E-mail: g.nicoletti@psicologiperipopoli-sicilia.org.

Daniela Pietrasanta, PhD in storia antica.

Bibliografia di riferimento

- Barrois C. (1992), *Souvenir de l'enfer e l'enfer du souvenir*, "Stress, psychiatrie et guerre", Simposio dell'Associazione mondiale di psichiatria, Parigi 26/27 giugno 1992.
- Camus A. (1994), *Le mythe de Sisyphe. Essai sur l'absurde*, Vol. 1, collection Folio, Gallimard, Parigi.
- Crocq L. (2012), *16 Leçon sur le trauma*, Odile Jacob, Parigi.
- Crocq L. (2000), *Les retour des Enfer et son message*, "Paris, Stress et Trauma", 1(1), 5-19.
- Crocq L. (1999), *Les traumatismes psychiques de guerre*, Odile Jacob, Paris.
- Crocq L. (2002), *Persée, la Méduse et l'effroi*, "Paris, Stress et Trauma", 2(3), 133-138.

Graves R. (1983), *I miti greci*, Longanesi, Milano.

Kerényi K. (2009), *Gli dei e gli eroi della Grecia*, Il Saggiatore, Milano.

Vernant J. (2000), *L'universo, gli dei, gli uomini*, Giulio Einaudi Editore, Torino.

Gabriele Lo Iacono e Marilena Tettamanzi

Introduzione alle psicoterapie del Disturbo Post-traumatico da Stress/DPTS: verso una possibile integrazione

Riassunto

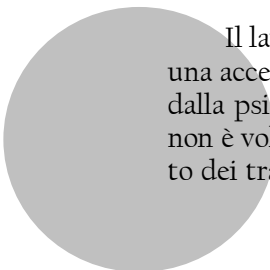
L'articolo affronta il delicato tema della psicoterapia del Disturbo Post-Traumatico da Stress/DPTS. Nella prima parte vengono analizzate le differenze e le connessioni tra emergenza e trauma, sottolineando l'importanza di una stretta comunicazione e conoscenza reciproca tra chi interviene sul campo nella fase acuta e nell'immediato post-emergenza e chi promuove interventi terapeutici a lungo termine. Vengono quindi presentati gli scopi perseguiti dalle psicoterapie per il Disturbo Post-traumatico di Stress e le loro componenti comuni, soffermandosi in particolare sul racconto del trauma e sulla specificità del ruolo dello psicoterapeuta. Nella seconda parte vengono passati rapidamente in rassegna gli approcci psicoterapeutici riguardo ai quali si possiedono prove di efficacia, partendo dal riconoscimento della complessità della ricerca in quest'ambito ma anche della necessità di possedere sufficienti garanzie di professionalità e utilità dei differenti percorsi terapeutici, a tutela dei pazienti già gravemente provati e resi fragili da esperienze traumatiche.

Parole chiave: trauma, Disturbo Post-Traumatico da Stress, psicoterapia, scopi, efficacia.

Abstract

This paper deals with the delicate issue of Post-Traumatic Stress Disorder/PTSD. In the first part, the differences and the connections between emergency and trauma are examined, underlying the importance of close communication and mutual acquaintance between the people who intervene on the field during the acute and immediate post-emergency phases and those who promote long-term psychotherapeutic interventions. Then the goals of psychotherapies for Post-traumatic Stress Disorder and their common components are illustrated, expanding specifically on both the trauma narrative and the specificity of psychotherapist's role in treatment. In the second part, the evidence-based psychotherapy approaches are briefly reviewed, starting with a recognition of the complexity of the research in this field but also of the need to possess adequate guarantees for both the competence of psychotherapists and the usefulness of the different approaches, to protect the patients who already are profoundly exhausted and impaired by traumatic experiences.

Key words: trauma, Post-traumatic Stress Disorder/PTSD, psychotherapy, goals, effectiveness.



Il lavoro psicologico nei contesti di emergenza e assistenza umanitaria ha una accezione più ampia e una differente prospettiva rispetto a quella assunta dalla psicotraumatologia, nel senso che l'intervento immediato e prospettico non è volto esclusivamente e primariamente all'individuazione e al trattamento dei traumi psichici conseguenti agli eventi calamitosi. La psicologia dell'e-

mergenza, piuttosto, assume una prevalente prospettiva preventiva rispetto all'instaurarsi di risposte patologiche propriamente dette e conseguenti agli eventi traumatici; lavora sul campo, in interazione con i sistemi di soccorso e supporto; opera in stretta coerenza e armonia con il contesto sociale e culturale, al fine di favorire il recupero di un senso di normalità e di continuità, pur integrando e facendo fronte al mutato contesto e favorendo l'attivazione di risposte resilienti nel sistema colpito (Sbattella e Tettamanzi, 2013).

In ogni caso lo psicologo dell'emergenza non può prescindere da un confronto e un'attenzione costante al tema del trauma poiché il suo intervento si connette a più livelli e in differenti ambiti con tale concetto e con le manifestazioni psicopatologiche e relazionali del trauma. Lo stesso intervento in contesti di emergenza prende le mosse dall'ormai accertato riconoscimento che vivere eventi distruttivi e improvvisi può dare origine a una sofferenza psichica, emotiva e relazionale che si manifesta sotto diverse vesti ma sempre connesse alla sperimentazione di un evento potenzialmente traumatico. L'intervento di supporto precoce è, infatti, volto a innescare processi virtuosi e a ridurre il rischio di evoluzioni patologiche.

I manuali diagnostici hanno ben chiarito che l'individuazione di risposte psicopatologiche a eventi potenzialmente traumatici richiede un tempo di osservazione, entro il quale comprendere se la normale risposta di stress sia in grado di rientrare o se si stia strutturando in patologia. La presenza immediata sul campo dello psicologo mira a: inserire nel contesto delle variabili in grado di ridurre gli ulteriori fattori stressanti; proporre strategie immediate di elaborazione che riducano le evoluzioni croniche e la cristallizzazione della sofferenza in patologie; riconoscere le persone più a rischio; attuare a favore di queste ultime degli interventi adatti a promuovere delle risposte resilienti ed eventualmente una crescita post-traumatica. Lavorare sul campo significa potenziare le forme di supporto là dove i normali sistemi di sicurezza relazionale non sono in grado di attivarsi autonomamente o di crearne di nuovi quando non ne esistano affatto.

Si tratta di interventi non propriamente psicoterapeutici ma capaci di innescare processi terapeutici (nel senso di cura) naturali e spontanei.

L'essere presenti sul campo consente, inoltre, di riconoscere e orientare precocemente alla cura psicoterapeutica coloro che manifestano una sofferenza conclamata, oppure di fornire ai sistemi con cui si interagisce degli strumenti utili a riconoscere future manifestazioni sintomatiche potenzialmente connesse a quanto accaduto. Chi si occupa di emergenza deve anche sapere come gli essere umani (singoli e aggregati in sistemi) rispondano a eventi potenzialmente traumatici.

Più volte abbiamo fin qui utilizzato l'espressione *potenzialmente traumatico*; la necessità dell'avverbio si fonda sulla constatazione che il trauma non è dato dall'evento in sé ma dalla profonda e complessa interconnessione tra una serie di elementi: eventi in grado di minacciare la sopravvivenza propria e altrui; schemi o modelli operativi interni per leggere e interpretare quanto accaduto; strumenti di attribuzione di senso individuale, familiare e culturale; risorse interne ed esterne per fronteggiare psichicamente, relazionalmente e pragmaticamente quanto sperimentato.

La parola *trauma* da un punto di vista etimologico significa “forare” ma il fatto che un evento crei un foro psichico non dipende solo dall’evento in sé. De Donno (2013) osserva infatti che oggi prevale una definizione funzionale del concetto di trauma e lo indica come un’esperienza minacciosa, estrema e inevitabile di fronte alla quale l’individuo si sente impotente (van der Kolk, 1996); egli sottolinea inoltre che “il processo traumatico che lega l’evento alle conseguenze non è completamente esterno all’individuo” (p. 163). Parallelamente Horowitz (2004) definisce gli eventi traumatici sperimentati da un individuo come qualcosa che non può essere assimilato negli schemi interiori del Sé in relazione con il mondo.

Sulla stessa linea di pensiero si colloca la scuola francofona che, riprendendo lo schema metaforico dell’apparato psichico proposto da Freud nel 1920 in *Al di là del principio del piacere*, distingue il concetto di trauma da quello di stress: se in quest’ultimo l’evento rimane esterno e provoca una compressione sull’apparato psichico, affaticandolo finché il fattore esterno è presente, nel trauma l’elemento di disturbo perfora la membrana protettiva, non trova sistemi di significato a cui aggregarsi e quindi permane nell’apparato psichico come fattore estraneo e patogeno (Lebigot, 2012).

La ricerca scientifica ha chiarito con maggiore precisione gli aspetti neurofisiologici delle memorie traumatiche (Ledoux, 1986). Parallelamente, il diffondersi del paradigma sociocostruttivista e narrativo ha favorito una profonda revisione dei tradizionali modelli psichiatrici e medici per il trattamento dei traumi, sottolineando l’importanza delle influenze esercitate dai significati culturali e sociali (individuali e familiari) disponibili e utilizzabili dall’individuo e dai sistemi nell’interpretare e rispondere a eventi potenzialmente traumatici nonché gli effetti che tali eventi hanno non solo sul funzionamento pragmatico del singolo ma anche sul sistema di significati e affetti che connette l’individuo alla comunità.

Il concetto di trauma vede spesso distinti due ambiti di ricerca: da una parte gli studi nelle discipline più affini alla psicologia dell’emergenza e dall’altra gli studi che si occupano dei vissuti traumatici conseguenti a relazioni di accudimento profondamente disturbanti (maltrattanti e/o abusanti). Benché spesso le tipologie di eventi, i modi e i tempi con cui si destabilizza il funzionamento psichico appaiano molto differenti, solo da una comunicazione e uno scambio più stretti tra tali ambiti di studio può evolvere una maggior comprensione degli effetti psichici dei traumi. Come osserva De Donno (2013), i traumi inflitti da mano umana (soprattutto qualora avvengano nel contesto di relazioni affettive significative) hanno un potere dissociante e patogeno molto più potente. In questo contesto, una variabile di cruciale importanza è il legame di attaccamento (Liotti, 2005) tra l’individuo e le figure affettive primarie: se è distorto e disturbante, esso compromette in modo duraturo il funzionamento psichico dell’individuo, esponendolo a continue relazioni pericolose e disturbanti (se non addirittura traumatizzanti). Sulla base di tali osservazioni possiamo ipotizzare che il legame di attaccamento possa rappresentare un’ulteriore variabile interveniente che influenza il modo in cui un evento stressante (per esempio calamitoso) si incontra con differenti strutture psichiche e possa in alcuni casi diventare traumatizzante e in altri no.

Il trauma è dunque un tema che avvicina la psicologia dell'emergenza alla psicologia dello sviluppo e alla psicoterapia. Qualsiasi intervento preventivo e di supporto immediato venga messo in atto per attutire l'impatto di eventi potenzialmente traumatici, in alcuni casi (non sempre facilmente prevedibili) il trauma si può andare a strutturare entro il vissuto psichico dell'individuo al punto che si rende necessario un intervento propriamente psicoterapeutico.

Data la complessità appena accennata, è indispensabile soffermarsi a riflettere e analizzare quali approcci terapeutici possano essere considerati più adeguati ed efficaci, nel rispetto della complessità delle storie umane e della storia del trauma stesso. In questi ultimi decenni si è assistito a un proliferare di approcci psicoterapeutici e di tecniche specificatamente indicate come efficaci nel trattamento di vissuti traumatici e nello specifico del DPTS, che ancora oggi è considerato (a torto o a ragione) la manifestazione sintomatica prevalente in risposta a eventi potenzialmente traumatici.

La trattazione di tale tematica è tutt'altro che semplice poiché non sempre al terapeuta si presentano situazioni problematiche così chiaramente connesse a eventi traumatici; per questo motivo, per la delicatezza dei vissuti di chi ha sperimentato un trauma e per l'impatto che tali situazioni hanno sul terapeuta stesso, chi si avvicina a questo affascinante ma complesso ambito di cura necessita di una preparazione specifica e profonda che vada necessariamente al di là dell'applicazione pura e semplice di tecniche. L'invio alla cura e la successiva presa in carico devono dunque essere effettuati con particolare attenzione e professionalità.

Una delle prime difficoltà in cui può trovarsi un terapeuta riguarda il riconoscimento di un vissuto traumatico profondo che agisce e influenza l'esistenza del paziente. Possiamo distinguere almeno tre situazioni di richiesta di aiuto di fronte alle quali può trovarsi un terapeuta:

1. l'intervento di psicologia di emergenza attuato sul campo a seguito di eventi distruttivi o calamitosi può portare all'individuazione di soggetti particolarmente sofferenti, per i quali si ritiene importante un approfondimento diagnostico o già propriamente un trattamento per l'instaurarsi di una sintomatologia traumatica. Questo può essere considerato il caso più semplice e forse l'evoluzione ottimale di un ipotetico intervento di psicologia di emergenza sul campo. Qui, infatti, l'evento traumatico è ben noto e l'intervento può essere precoce e mirato;
2. il paziente avanza una specifica richiesta di aiuto e cura a seguito di una diagnosi di DPTS (o per disturbi conseguenti a vissuti traumatici ripetuti, per esempio a livello relazionale) sviluppatosi nel tempo a seguito di uno o più eventi non completamente presenti alla memoria del paziente e in parte cristallizzati. In questa situazione la richiesta è mirata e specifica ma l'accesso al materiale traumatico è più complesso e a volte distorto e il cambiamento è più arduo da raggiungere;
3. molti pazienti chiedono un supporto psicoterapeutico per problemi più o meno cristallizzati in forme psicopatologiche che solo a seguito di un'indagine e un lavoro di cura accurati possono rivelarsi risposte a traumi mai riconosciuti e trattati. È del resto noto che ci sono altre risposte

a eventi traumatici che possono evolvere in forme psicopatologiche diverse dal DPTS, quali disturbi sessuali, disturbi dell'alimentazione, disturbi d'ansia, dipendenze da sostanze psicotrope o alcool, depressione, disturbi di personalità e disturbi dissociativi. In questi casi il trauma, per poter essere trattato, va prima riconosciuto. Non sempre inoltre, in questi casi, i pazienti sono disposti o capaci di rimettere in campo tematiche arcaiche, dissociate, rimosse o negate.

È di cruciale importanza individuare dei criteri di orientamento che permettano di individuare, tra i molti approcci psicoterapeutici esistenti, quelli più indicati nel trattamento di pazienti che abbiano sperimentato vissuti traumatici, variamente evolutisi in risposte patologiche, in primis il DPTS. Possiamo classificare i possibili approcci terapeutici utilizzabili in questo ambito distinguendo tra 1) terapie cognitive e cognitivo-comportamentali, 2) terapie narrative sistemiche e familiari e 3) modelli integrati. Tenendo presente questa distinzione, in questo lavoro ci proponiamo di esplorare il senso e l'utilità del lavoro terapeutico con pazienti affetti da DPTS, le difficoltà di cui tenere conto e le prove di efficacia a favore dei differenti tipi di trattamento. Ciò al fine non solo di offrire uno strumento di orientamento agli psicoterapeuti ma anche e soprattutto di accrescere la possibilità di scambi e integrazioni tra approcci terapeutici accomunati dalla sfida di sostenere e aiutare chi ha sperimentato un trauma psichico.

Gli scopi delle terapie per il Disturbo Post-traumatico da Stress/DPTS

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

- stabilire un senso di sicurezza;
- migliorare le abilità decisionali e di fronteggiamento adattivo;
- aiutare il paziente a farsi un'idea realistica di sé, come persona stabile, coerente, competente e degna;
- migliorare la competenza nelle funzioni sociali, familiari e personali;
- migliorare la preparazione razionale e la resilienza agli stressor futuri (Horowitz, 2001, p. 182).

Il trattamento terapeutico è di fondamentale importanza perché il paziente con DPTS, data la sua condizione, deve essere protetto da una serie di pericoli: gli incidenti dovuti alla minore attenzione e ai tempi di reazione ridotti, le decisioni inadeguate e prese sulla base di convinzioni erranee o di ripetizioni compulsive, la stigmatizzazione sociale conseguente a perdite, ferite,

colpa o vittimizzazione, la demoralizzazione o il rischio di suicidio (dovuti alla crisi del senso di identità e alla perdita di senso), la cattiva regolazione chimico-fisiologica dovuta a forte stanchezza, incremento degli ormoni dello stress, abuso di sostanze o abuso di farmaci.

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

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

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

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

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

In sintesi, la costruzione di una nuova narrazione emerge da ciò che il paziente farà concretamente per rimodellare la sua vita. I pazienti devono compiere degli “esperimenti personali” nella loro quotidianità; questi esperimenti forniranno loro delle nuove informazioni che potranno essere utilizzate per modificare assunti e convinzioni disfunzionali su di sé e sul mondo. Devono cominciare a raccontare a se stessi storie nuove che consentano loro di passare dal considerarsi “vittime” a considerarsi “sopravvissuti”. Per esempio, in un caso clinico la paziente inizialmente si vedeva come una “vittima irrimediabile” e nel corso del trattamento giunse a considerarsi una “sopravvissuta tenace”. Nel corso della terapia, le fu chiesto che cosa avesse fatto che giustificasse la sua osservazione di essere una “sopravvissuta tenace”. Rispondendo non si limitò a fornire informazioni al terapeuta ma riuscì anche a convincersi della sua “tenacia”. Questo è un modello di cambiamento probativo che deriva dalla prospettiva costruttiva narrativa (White, 2007).

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

Le componenti comuni nei trattamenti per il DPTS

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

Fondamentalmente è possibile distinguere i vari approcci psicoterapeutici ai vissuti traumatici in due grandi categorie:

- psicoterapie fortemente standardizzate, focalizzate sul trattamento e la remissione dei sintomi (si tratta di approcci psicoterapeutici fortemente specifici e in genere a carattere prevalentemente individuale);
- approcci psicoterapeutici, meno standardizzati e non necessariamente focalizzati primariamente sui sintomi, volti principalmente a ottenere la riabilitazione sociale e contestuale del paziente attraverso un lavoro di ricostruzione dei significati.

Tutti gli approcci psicoterapeutici volti a trattare i vissuti traumatici presentano comunque degli elementi specifici e aspecifici comuni. Tra questi ultimi riteniamo importante sottolineare che la maggior parte dei percorsi di cura (anche se non tutti) si basano sulla parola e sul racconto del trauma mirando a

favorire il cambiamento dell'immagine che il paziente ha di sé e della propria storia. Si mira così a svincolare tale narrazione dai condizionamenti di una ferita indelebile, favorire l'emergere di nuovi processi di significazione e liberare il presente e la progettazione futura dalla coazione a ripetere. Com'è noto, la dimensione narrativa e ricostruttiva può essere considerata un elemento specifico e comune a tutti gli approcci psicoterapeutici (non solo quelli volti al trattamento del DPTS).

In questa sede, tuttavia, intendiamo focalizzare la nostra attenzione sugli aspetti specifici comuni ai differenti approcci psicoterapeutici focalizzati sul trattamento di DPTS. Tutti prevedono un lavoro progressivo (anche se con modalità e tempi variabili) basato sui seguenti aspetti:

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

Secondo Friedman (1996), diversi psicoterapeuti che hanno lavorato con persone che hanno subito eventi traumatici di vario genere (guerra, disastri naturali, ecc.) in genere concordano sul fatto che la terapia può essere divisa in tre fasi:

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

Friedman osserva che i pazienti che raggiungono la terza fase hanno integrato gli eventi post-traumatici e sono quindi pronti a concentrarsi in modo quasi esclusivo sui problemi del qui e ora che riguardano il matrimonio, la famiglia e altri ambiti della vita presente.

Sulla stessa linea, la Società Internazionale per lo Studio della Dissociazione e del Trauma nel 2005 e la Società Internazionale per lo Studio dello Stress Traumatico nel 2012 hanno proposto delle linee guida per il trattamento del Disturbo Post Traumatico da Stress e dei Disturbi Dissociativi evidenziando l’importanza che lo psicoterapeuta, a prescindere dal suo approccio teorico e metodologico, attraversi gradualmente e senza forzature tre fasi di cura che consentono la creazione di un contesto rassicurante, creano le condizioni per il trattamento e la reintegrazione e riducono i rischi di una nuova traumatizzazione (De Donno, 2013). Nello specifico, vengono indicate le seguenti tre fasi successive:

1. la prima fase deve porsi come obiettivo la costruzione di condizioni di sicurezza sufficienti nella vita del paziente, annullando lo stato di allarme e, secondariamente, il rafforzamento delle capacità reattive di espressione delle emozioni, il ripristino di una buona visione di sé e la promozione di competenze interpersonali e sociali;
2. la seconda fase dovrebbe poi essere specificatamente volta all’elaborazione del trauma e dei lutti, integrando l’evento traumatico nella narrazione di sé e ristabilendo un senso di continuità del Sé;
3. la terza e ultima fase riguarda il processo di reintegrazione del paziente, riconnettendolo alla vita esterna reale, pur nel mutato contesto relazionale, affettivo, sociale e a volte anche materiale.

Il racconto del trauma in terapia

Il clinico che cerca di coinvolgere il paziente nel trattamento gli chiede di correre un rischio molto grande, cioè quello di rinunciare a tutte le sue strategie psicologiche e ai comportamenti difensivi che ha sviluppato per tenere lontani i ricordi intrusivi e i sintomi di iperattivazione. Quindi il terapeuta deve essere consapevole del fatto che l’assessment e il trattamento sono potenzialmente destabilizzanti.

La terapia può avere successo soltanto in un contesto di sensibilità, fiducia e sicurezza. Il terapeuta deve sapere che il paziente può avere bisogno di

molto tempo per liberarsi dai molti strati di sintomi difensivi accumulatisi negli anni successivi al trauma. Il prima possibile, deve fare capire al paziente che sa che la terapia può fare paura e provocare dolore. Inoltre deve reprimere il proprio bisogno di farsi raccontare al più presto la storia del trauma e dare alla terapia un ritmo che il paziente possa tollerare. Può essere conveniente seguire l'esempio di Friedman (1996) e dire al paziente di avvertire se la terapia comincia a provocare un disagio eccessivo; in tal caso il terapeuta fa un passo indietro, ottenendo così il risultato di mantenere un'atmosfera di fiducia e sicurezza.

Alcuni pazienti possono essere tanto sollevati dal fatto di avere finalmente l'opportunità di discutere delle loro esperienze dolorose del passato, che sono rimaste a lungo represses, da non vedere l'ora di parlarne con il terapeuta. Altri, pur non essendo meno motivati, possono dare l'idea di opporsi alla terapia, a causa della paura che essa possa risvegliare emozioni troppo dolorose; queste persone hanno un estremo bisogno di percepire un ambiente sicuro. Altri ancora magari si sono rivolti allo psicoterapeuta per problemi di depressione, ansia, dipendenza da sostanze, disturbi alimentari, malesseri fisici o disturbi dell'adattamento più che per la sindrome del DPTS in sé e per sé. A questo proposito va ricordato che fino all'80% delle persone affette da DPTS che cercano un trattamento ha almeno un'altra diagnosi psichiatrica: disturbi dell'umore (26-65%), disturbi d'ansia (30-60%), abuso di alcol o altre sostanze (60-80%) o disturbi di personalità (40-60%) (Friedman, 1990; Jordan et al., 1991; Kulka et al., 1990). Con questi pazienti, a volte il DPTS emerge come possibilità diagnostica soltanto dopo che il clinico ha raccolto una descrizione dettagliata della storia del trauma nel contesto di un assessment generale. Infine esiste un gruppo di pazienti difficili che arriva in terapia a causa di comportamenti distruttivi o autodistruttivi e che inizialmente sembra soffrire principalmente di un disturbo di personalità. I pazienti di questa categoria possono essere i superstiti adulti di abusi sessuali infantili protratti la cui storia traumatica può essere messa in ombra da etichette psichiatriche come disturbo di personalità borderline, disturbo di personalità multipla e disturbo somatoforme. Oltre ai sintomi di DPTS, queste persone spesso presentano problemi di regolazione emozionale, comportamento impulsivo, sintomi dissociativi, problemi di fiducia, comportamento sessuale inappropriato e un'ampia gamma di disturbi somatici. Questi problemi possono impegnare la maggior parte della terapia. Il trattamento di questi pazienti può essere ulteriormente complicato dalla presenza di processi di pensiero disturbati, ricordi incompleti e sintomi dissociativi.

Come osserva Friedman (1996), la storia del trauma è essenziale per la diagnosi: data l'esistenza di tassi di comorbilità elevati e di una sovrapposizione significativa fra i sintomi del DPTS e quelli della depressione e di altri disturbi d'ansia, il racconto del trauma è il principale strumento per diagnosticare il DPTS e distinguerlo dagli altri disturbi mentali più importanti. Esistono molti casi di pazienti gravemente traumatizzati il cui psicoterapeuta non si è mai curato di verificare se avessero subito dei traumi nell'infanzia o da adulti e che, con la guida del terapeuta, hanno trascorso un'infinità di ore ad analizzare i loro conflitti edipici, le loro dinamiche familiari e i loro conflitti interperso-

nali attuali. La scoperta tardiva della centralità di un abuso sessuale, di uno stress da combattimento o di una situazione di violenza domestica, in seguito, ha fornito la chiave per comprenderne i sintomi e ha dirottato la terapia verso un terreno più fecondo.

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

Il coinvolgimento del terapeuta

Lavorare sui traumi è difficile per diversi ordini di motivi. In primo luogo, come già accennato, perché le persone che hanno subito traumi presentano una tale complessità e varietà di sintomi che spesso possono ricevere diagnosi sbagliate e cure inadeguate, che portano poi alla cristallizzazione di strutture patologiche la cui connessione a eventi traumatici può essere ricostruita con grande difficoltà, resistenza e sofferenza da parte del paziente. Herman (1992) inoltre osserva che in genere il trauma danneggia la capacità del paziente di stabilire in relazioni di fiducia, difficoltà che rende complesso creare in ambito terapeutico un'alleanza di lavoro. Il paziente traumatizzato, inoltre, è portatore di una grande sofferenza che può impattare in modo complesso anche sul terapeuta, destabilizzandolo. Su quest'ultimo punto riteniamo importante soffermarsi con maggior attenzione.

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

A volte i terapeuti hanno pensieri intrusivi e incubi che riprendono i racconti dei loro pazienti. A volte si sentono in colpa per il fatto di essere stati risparmiati da questi orrori. Possono sentirsi profondamente impotenti per non avere potuto proteggere i loro pazienti dai traumi passati e dalla sofferenza presente. Questi sentimenti possono suscitare varie reazioni poco appro-

priate che interferiscono con la terapia e disturbano il terapeuta a livello personale. Herman (1992) osserva che le forti emozioni provate nel corso della terapia possono indurre il terapeuta a mettere in atto tentativi di soccorso, a violare i confini del setting o a cercare di controllare il paziente. Il terapeuta inoltre può mettere in atto una serie di strategie di fronteggiamento basate sull'evitamento/ottundimento e cioè il dubbio, la negazione, il disconoscimento, l'isolamento, l'intellettualizzazione, la dissociazione, la minimizzazione o l'evitamento del materiale traumatico (Friedman, 1996). Questo fenomeno è stato definito "traumatizzazione vicaria" o "stanchezza da compassione".

Secondo Friedman (1996), è utile distinguere tre circostanze diverse in cui un terapeuta che lavora con clienti traumatizzati può sviluppare dei sintomi, entrare in uno stato di stress o paralizzarsi. Tali circostanze possono presentarsi contemporaneamente.

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

Per Friedman (1996) non basta che i terapeuti riconoscano questi rischi connessi al loro lavoro ma devono cercare consapevolmente e sistematicamente di prevenire la traumatizzazione. A questo scopo dovrebbero: a) creare attorno a loro un ambiente capace di offrire sostegno; b) controllare il carico di lavoro in termini di numero di persone traumatizzate e gravità delle loro condizioni; c) stabilire dei confini chiari fra il lavoro e la vita privata; d) farsi supervisionare costantemente; e) creare una struttura istituzionale che affronti questo problema, per esempio un contesto terapeutico di gruppo.

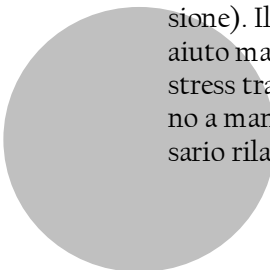
Oltre allo sviluppo di sintomi, secondo Catherall (2000), il lavoro con persone traumatizzate può produrre sugli psicoterapeuti altri effetti che descriviamo di seguito.

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

Perdita di obiettività. Se si perde di obiettività, la consapevolezza che gli aerei a volte precipitano, e che degli adulti apparentemente innocui in realtà molestano i bambini, può trasformarsi nell'aspettativa che tutti gli aerei abbiano molte probabilità di precipitare e che tutti gli adulti tenderanno a fare del male ai bambini. Quando si perde di obiettività in questo modo, si entra nel mondo dei traumatizzati. Questo atteggiamento è accompagnato da uno stato di iperattivazione; si sta costantemente in allerta, aspettandosi continuamente un pericolo. Se non si riesce a recuperare il proprio senso di obiettività, il passo successivo tende a essere l'evitamento, e la vita finirà per organizzarsi intorno a ciò che potrebbe succedere anziché a ciò che sta succedendo. È a questo punto che l'esposizione secondaria produce la traumatizzazione secondaria. Proprio come nello stress traumatico primario, il rischio di perdere il senso delle proporzioni cresce con l'aumentare dell'esposizione agli stressor secondari. Ma, come accade per i superstiti di traumi primari, gli effetti dell'esposizione secondaria sono modulati da un ambiente popolato da persone disposte ad ascoltare e aiutare.

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

Da molti punti di vista, ciò di stiamo parlando è simile al vecchio concetto di burnout (che qualcuno considera un elemento della stanchezza da compassione). Il burnout non riguarda solo le persone che svolgono una professione di aiuto ma assume una qualità speciale quando si combina con l'esposizione allo stress traumatico secondario. Molti lavori comportano stress. Molti costringono a mantenere un livello di attivazione fisiologica elevato, per cui poi è necessario rilassarsi. Molti sono logoranti sul piano emozionale, anche se i più logoranti



ranti tendono a essere quelli che richiedono di trattare con le emozioni altrui. E ce ne sono altri che scuotono la nostra visione del mondo e mettono in crisi gli assunti fondamentali su cui è costruita la nostra sicurezza personale. Ma sono pochi i lavori in cui si combinano tutti questi elementi. Chiunque faccia lo psicoterapeuta rischia di vivere in prima persona le esperienze traumatiche dei suoi pazienti, o in piccolo o in forma di DPTS conclamato.

Per questi complessi motivi, come già sottolineato, è di fondamentale importanza che gli psicologi e gli psicoterapeuti che si relazionano con pazienti traumatizzati abbiano un'adeguata e continua formazione nonché un setting che preveda, per esempio, spazi di supervisione ma anche decompressione, confronto e rielaborazione dei propri vissuti.

Quali trattamenti psicoterapeutici per il DPTS?

Fino a qui ci siamo soffermati a riflettere sugli aspetti comuni che è opportuno possedano tutti i trattamenti terapeutici che prendono in carico pazienti traumatizzati, le difficoltà a cui tali percorsi di cura espongono e gli obiettivi da perseguire.

Come anticipato, tuttavia, oggi si dispone di una grande varietà di approcci psicoterapeutici e sempre più emergono modelli specifici, volti al trattamento dei traumi in generale e del DPTS in particolare. Di fronte a tale varietà è di fondamentale importanza interrogarsi sulla effettiva efficacia dei differenti trattamenti, al fine di meglio orientare pazienti bisognosi di cura e, in qualità di psicologi e psicoterapeuti, per meglio comprendere su quali aspetti soffermarsi e quali, invece, andrebbero evitati.

Il tema della valutazione dell'efficacia dei differenti approcci terapeutici, tuttavia, espone a ulteriori complessità e a possibili equivoci. Come è noto a chi opera nel settore, essendo i percorsi psicoterapeutici dei processi relazionali sempre in divenire e fortemente interdipendenti, la verifica dell'efficacia non è di semplice risoluzione, data la difficoltà di applicare il metodo scientifico di ricerca a ciò che secondo alcuni si avvicina più a un'arte, a una danza tra psicoterapeuta e paziente. Tenendo conto di questo limite, è pur vero che la serietà professionale richiede perlomeno delle prove parziali di efficacia e ciò è quello che differenzia la pratica professionale della psicoterapia come forma accreditata di cura e riconosciuta dal mondo scientifico da altre forme di cura naïf.

Va, tuttavia, tenuto presente che la disponibilità di maggior o minori prove dell'efficacia dei differenti approcci psicoterapeutici è in parte funzione della strutturazione stessa del trattamento: più quest'ultimo è standardizzato, modellizzato e focalizzato su un unico ben definito oggetto di lavoro più è facile ottenere prove di efficacia attraverso il metodo scientifico classico; al contrario, gli approcci più olistici e complessi, meno standardizzabili e protocollabili meno si incontrano con le necessità di misurazione del mondo scientifico e a volte non si prestano a restrizioni di ricerca che rischierebbero di snaturare il metodo stesso.

A partire da tale precisazione riteniamo sia importante poi comprendere

con maggiore precisione di quali approcci terapeutici disponiamo oggi per il trattamento del DPTS e quali risultano più adeguati ed efficaci.

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

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

Le raccomandazioni riportate nelle linee guida sono le seguenti:

1. Chi offre una psicoterapia dovrebbe illustrare a tutti i pazienti con DPTS la gamma di opzioni terapeutiche disponibili ed efficaci per il loro disturbo.
2. La terapia cognitiva, la terapia di esposizione e l'Eye Movement Desensitization and Reprocessing/EMDR sono fortemente raccomandati per il trattamento del DPTS in popolazioni di militari e non. L'EMDR è risultato efficace quanto gli altri trattamenti in alcuni studi e meno efficace in altri.
3. La terapia di ripetizione immaginativa e quella psicodinamica possono essere prese in considerazione come cure per il DPTS.
4. L'informazione è una componente terapeutica consigliata per tutti i pazienti.
5. Nel caso di pazienti con disturbo di personalità borderline che si traduce in comportamenti parasuicidari, va presa in considerazione la terapia comportamentale dialettica.
6. Le tecniche ipnotiche possono essere utili specialmente per i sintomi associati del DPTS sui quali l'ipnosi si è dimostrata efficace – come il dolore, l'ansia, la dissociazione e gli incubi.
7. Può essere utile integrare le terapie specialistiche per il DPTS con metodi/servizi mirati su problemi specifici o con farmacoterapia.
8. La combinazione di diversi metodi terapeutici cognitivo-comportamentali (per es., terapia di esposizione e terapia cognitiva) pur essendo efficace non si è dimostrata superiore alle componenti singole.

Tabella 1. Qualità delle prove di efficacia per i principali trattamenti psicoterapeutici utilizzati per il DPTS (tratto da Management of post-traumatic stress working group 2004).

Gli obiettivi di riferimento sono la riduzione della gravità dei sintomi e il miglioramento del funzionamento globale del paziente. L'importanza e la rilevanza clinica di altri indicatori di esito – per esempio, il miglioramento della qualità della vita e della salute fisica e mentale – al momento della compilazione della sintesi erano poco conosciute.

Nel 2010 il Management of Post-Traumatic Stress Working Group ha pubblicato una nuova sintesi delle prove di efficacia emerse da una rassegna della bibliografia sugli studi di valutazione delle psicoterapie per il DPTS (Management of Post-Traumatic Stress Working Group, 2010). Qui vengono considerati anche altri tipi di intervento: le tecniche di rilassamento, la terapia di gruppo e la terapia familiare – che vengono giudicati interventi che danno “qualche beneficio” – nonché la terapia cognitivo-comportamentale via Web e la Acceptance and Commitment Therapy – che vengono inseriti nella categoria “utilità sconosciuta”. Per la spiegazione dei criteri di inclusione degli studi usati nella rassegna e dei criteri sintetici di valutazione dell'utilità, si veda il lavoro originale. Rispetto alla tabella qui riprodotta non figurano variazioni sostanziali. Riteniamo sia da segnalare l'accorpamento di terapia cognitiva, terapia di esposizione e EMDR sotto l'etichetta Trauma-Focused Psychotherapy e lo spostamento della terapia comportamentale dialettica nella categoria “utilità sconosciuta”.

Valutazione	Benefici sostanziali	Qualche beneficio	Utilità sconosciuta	Nocività
A	<ul style="list-style-type: none"> - Terapia cognitiva - Terapia di esposizione - Stress inoculation training - Eye Movement Desensitization and Reprocessing/ EMDR 			
B		<ul style="list-style-type: none"> - Terapia di ripetizione immaginativa - Terapia psicodinamica <p>Come trattamenti integrativi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terapia comportamentale dialettica - Ipnosi 		
C				
D				
I		Informazioni sul DPTS		

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

9. Le tecniche psicoterapeutiche specifiche possono non essere ugualmente efficaci con tutti i pazienti. Nella scelta di una modalità terapeutica specifica, può avere senso tenere in considerazione certe caratteristiche del paziente, come il sesso, il tipo di trauma (per es., da guerra o di altro tipo) e la storia passata.
10. La scelta del trattamento psicoterapeutico o farmacologico da utilizzare dovrebbe orientarsi sui metodi di efficacia provata.
11. La scelta degli interventi individuali dovrebbe basarsi su:
 - le preferenze del paziente;
 - il livello di abilità e di familiarità del clinico con una data modalità;
 - il tentativo di aumentare al massimo i benefici e ridurre al minimo dei rischi per il paziente;
 - una valutazione di fattibilità e di disponibilità di risorse.
12. Le psicoterapie dovrebbero essere erogate il più possibile da persone dotate di una specifica formazione nei metodi utilizzati (Management of post-traumatic stress working group, 2004).

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

Nei prossimi paragrafi analizzeremo con attenzione i differenti tipi di trattamento per il DPTS distinguendoli in funzione dell'efficacia documentata. Integreremo nella riflessione anche approcci psicoterapeutici più olistici, non specificatamente volti a trattare esclusivamente i traumatismi psichici, ma che mostrano di avere una certa utilità ed efficacia, soprattutto se combinati con gli approcci focalizzati.

Trattamenti per cui si possiedono prove “forti” di utilità

La terapia cognitiva

Le teorie cognitive dei disturbi emozionali, come la teoria degli schemi, si basano sul principio secondo cui esisterebbe una connessione fra disturbi psicologici e disturbi del pensiero. In particolare, l'ansia e la depressione sono caratterizzate da pensieri automatici negativi e distorsioni interpretative. Si ritiene che le interpretazioni o i pensieri negativi derivino dall'attivazione di

convinzioni negative immagazzinate nella memoria a lungo termine. Lo scopo della psicoterapia cognitiva è modificare i pensieri e le convinzioni negative, nonché i relativi comportamenti associati, che mantengono i disturbi psicologici.

Secondo questo approccio, i disturbi emozionali sono legati all'attivazione di schemi disfunzionali. Gli schemi sono strutture mnestiche che contengono due tipi di informazioni: le convinzioni e gli assunti. Le convinzioni sono costrutti di base riguardanti sé e il mondo che hanno carattere assoluto e generale (per es., "Sono vulnerabile" o "Il mondo è un posto pericoloso") e che vengono presi per veri. Gli assunti sono invece relativi e specifici e sono la rappresentazione di relazioni specifiche fra eventi e valutazioni riferite a sé (per es., "Se ho dei sintomi fisici che non si spiegano, devo essere gravemente malato").

Si ritiene che gli schemi disfunzionali che caratterizzano i disturbi emozionali siano più rigidi, inflessibili e definiti di quelli delle persone prive di disturbi emozionali; il contenuto degli schemi, inoltre, sarebbe connesso in modo specifico al tipo di disturbo. Gli schemi caratteristici associati alle condizioni di ansia consistono di convinzioni e assunti relativi al pericolo e all'incapacità di fronteggiare una situazione. Nella depressione invece gli schemi sono incentrati sui temi della "triade cognitiva negativa": alcune esperienze infantili fornirebbero una base per la formazione di concetti negativi riguardo a sé, al futuro e al mondo esterno. Quando si attivano, gli schemi disfunzionali introducono delle distorsioni nell'elaborazione e nell'interpretazione delle informazioni. Queste distorsioni si manifestano a livello superficiale sotto forma di pensieri automatici negativi che si introducono nel flusso della coscienza. Questo tipo di valutazioni negative è una manifestazione dei meccanismi cognitivi sottostanti che mantengono i disturbi emozionali (Wells, 2002).

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

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

Terapia di elaborazione cognitiva per i traumi

Questo metodo mira ad alleviare il PTSD e i disturbi emozionali aiutando i clienti a elaborare il trauma in modo completo, ad accettare che l'evento traumatico è accaduto e a adattare gli schemi esistenti per includervi le nuove informazioni. Un punto focale importante della terapia consiste nell'identificare e modificare gli *stuck point* (punti di blocco), ovvero le aree di elaborazione

incompleta. Gli stuck point si manifestano spesso sotto forma di distorsioni cognitive come la negazione (per es., nel caso di una violenza sessuale, “Non si è trattato veramente di uno stupro”), autobiasimo (“Me la sono cercata perché ho bevuto troppo”) e ipergeneralizzazione (per es., “Tutti gli uomini sono pericolosi”). La valutazione degli stuck point dura per tutto il processo terapeutico e si concentra principalmente nelle sedute della parte centrale del trattamento.

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

Susanna, violentata da un conoscente, ha uno stuck point riguardo alla fiducia. Non riesce a farsi una ragione del fatto che una persona a cui ha voluto bene e di cui era convinta di potersi fidare l'abbia improvvisamente aggredita. Si sente anche in conflitto perché aveva sempre pensato di essere brava a giudicare il carattere delle persone, ma non aveva mai sospettato che lui potesse fare una cosa simile. È perseguitata dall'immagine del volto di quell'uomo, deformato dal furore, mentre si avvinghiava alla sua gola e la colpiva (Resick e Mechanic, 1995).

L'elaborazione delle informazioni può restare incompiuta anche quando altre persone inculcano nella vittima informazioni conflittuali (per es., biasimano la vittima per il trauma che ha subito). Alcuni clienti possono essere predisposti a utilizzare l'evitamento come strategia di difesa – e anche questo può provocare un'elaborazione inadeguata del trauma. Altri possono non essere capaci di elaborare un evento quando esso gli appare del tutto estraneo e non possiedono, quindi, degli schemi validi in cui classificarlo.

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

Per facilitare l'elaborazione dei traumi, la terapia di elaborazione cognitiva utilizza:

- l'informazione;
- l'esposizione;
- strumenti di ristrutturazione cognitiva.

Il terapeuta fornisce informazioni sul DPTS e dimostra la relazione esistente fra pensieri ed emozioni. Gli stuck point vengono portati alla luce sollecitando i ricordi del trauma con gli affetti connessi. Poi le convinzioni erranee o conflittuali vengono messe in discussione e risolte. Il terapeuta si concentra in modo particolare sugli effetti che il trauma ha avuto sulle cinque aree di funzionamento identificate da McCann et al. (1988): la sicurezza, la fiducia, il

potere, la stima e l'intimità. Naturalmente traumi differenti, a seconda del genere, possono intaccare in modo particolare alcune di queste aree.

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

Stress Inoculation Training

Lo Stress Inoculation Training/SIT è una psicoterapia cognitivo-comportamentale messa a punto da Donald Meichenbaum (si veda in italiano il primo manuale sullo stress inoculation training: Meichenbaum, 1990). È una sorta di cassetta degli attrezzi per favorire l'apprendimento di strategie di gestione dell'ansia e dello stress. Originariamente venne sviluppato per la gestione dei sintomi d'ansia ma presto venne adattato per essere usato come trattamento delle donne vittime di violenza sessuale. Solitamente prevede l'apprendimento e l'applicazione di abilità di fronteggiamento e comprende training di rilassamento muscolare profondo, controllo della respirazione, assertività, arresto del pensiero, pensieri e autoaffermazioni positive.

Le tre fasi del SIT

Il SIT può essere suddiviso concettualmente nelle tre fasi seguenti (Meichenbaum, 1990).

1. *La concettualizzazione*, che si compone di:
 - a. informazione sullo stress e
 - b. ristrutturazione delle idee errate sullo stress.

2. *Acquisizione e prova delle abilità di fronteggiamento*. Qui si apprendono e si sperimentano praticamente:
 - a. Il problem solving, cioè il metodo razionale di soluzione dei problemi, che comprende:
 - L'identificazione problema: Qual è il problema?
 - La selezione degli obiettivi: Che cosa voglio?
 - L'individuazione delle alternative: Che cosa potrei fare?
 - L'analisi delle conseguenze: Che cosa succederebbe?
 - La decisione: Cosa è meglio fare?
 - L'applicazione: Ora agisci!
 - La valutazione dell'operato: Ha funzionato?
 - b. Le tecniche di rilassamento.

- c. Alcune strategie cognitive, fra cui la ristrutturazione.
- d. Autoaffermazioni positive. Si preparano insieme al paziente delle frasi (o dei ragionamenti) da ripercorrere nei momenti critici. Esse dovrebbero arrivare a sostituire i pensieri automatici che inducono reazioni comportamentali e affettive disfunzionali. Insieme al paziente vengono definite delle autoaffermazioni positive adatte alle varie fasi dell'esposizione alle situazioni ansiogene, e cioè alle fasi di:
 - preparazione alle situazioni difficili
 - gestione dell'ansia
 - gestione del senso di sopraffazione
 - valutazione finale dell'esperienza di esposizione.

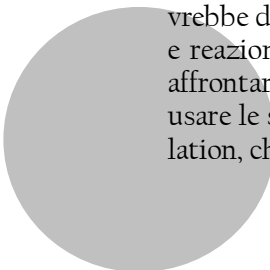
3. *Applicazione e richiamo delle abilità*, che si compone di:

- a. Prova immaginativa (il paziente immagina di affrontare le situazioni difficili, identifica i punti critici e li gestisce efficacemente sul piano dell'immaginazione).
- b. Prova comportamentale, role-playing e modeling.
- c. Esposizione graduale in vivo.
- d. Prevenzione delle ricadute.

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

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

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



1. valutare obiettivamente la probabilità che l'evento traumatico si ripeta;
2. gestire la tendenza all'evitamento comportamentale;
3. controllare la tendenza all'autocritica e all'autosvalutazione;
4. mettere in atto i comportamenti temuti;
5. concedersi delle ricompense per i tentativi comportamentali attuati e per l'impegno nell'applicazione del protocollo.

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

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

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

Terapia di esposizione

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

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

Anche le *Expert consensus guidelines* per il trattamento del DPTS considerano il trattamento di esposizione come uno dei più efficaci per il DPTS (Foa et al., 1999). Nel testo si afferma che l'esposizione è il trattamento più veloce per il DPTS e uno dei trattamenti preferenziali per varie popolazioni di persone traumatizzate. Nonostante la numerosità e la coerenza delle prove empiriche a favore dell'efficacia del trattamento di esposizione per il DPTS, molti clinici non lo usano volentieri. Infatti, nelle *Expert consensus guidelines* l'esposizione è stata giudicata meno sicura e meno accettabile di altre modalità di trattamento, come la terapia cognitiva, l'intervento psicoeducativo e la gestione dell'ansia. Inoltre, nella stessa pubblicazione, l'uso dell'esposizione è giudicato poco raccomandabile in presenza di disturbi psicopatologici associati (per es., depressione, abuso di sostanze, ecc.).

Descrizione della procedura

Il nucleo della terapia di esposizione consiste nell'aiutare il cliente a confrontarsi con gli stimoli temuti finché non si ottiene una direzione della paura. Sebbene esistano molte varianti applicative della tecnica di esposizione con le persone sopravvissute a un trauma, nell'approccio di Foa e Rothbaum si chiede al paziente di "rivivere" l'esperienza del trauma descrivendola più volte ad alta voce, usando il tempo presente, per 45-60 minuti (Foa e Rothbaum, 1998). Il paziente viene incoraggiato a verbalizzare il maggior numero possibile di particolari – specialmente ricordi sensoriali come odori, suoni, ecc. – nonché i pensieri e gli stati d'animo vissuti durante l'evento.

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

Linee guida cliniche per l'esposizione

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

I pazienti dovrebbero restare nella situazione di esposizione abbastanza a lungo da consentire all'ansia e alla sofferenza di ridursi. La tendenza, nella maggioranza dei clinici, è di interrompere l'esposizione ai primi segni di sofferenza nel paziente. Benché in genere venga fatto con buone intenzioni, per proteggere il paziente, in realtà ciò rinforza l'evitamento del trauma e impedisce la dovuta elaborazione emozionale. All'inizio del trattamento, una certa dose di sofferenza dovrebbe essere preannunciata al paziente e normalizzata. Poiché il ricordo del trauma – vale la pena ricordarlo – non è di per sé pericolo

so, l'affetto associato al trauma diminuirà se gliene si darà la possibilità. Vogliamo che i clienti imparino che non hanno motivo di temere i loro ricordi del trauma. Il compito del terapeuta è aiutare il paziente a tollerare l'ansia in un ambiente sicuro, finché essa non diminuisce significativamente o non scompare.

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

I pazienti dovrebbero poter procedere secondo il loro ritmo. Nonostante la necessità di eseguire le esposizioni abbastanza a lungo, con un numero di ripetizioni sufficientemente elevato e abbastanza dettagliatamente, è essenziale adeguarsi al ritmo personale del paziente. Ciò è particolarmente vero nella prima esposizione, quando probabilmente il paziente rivivrà con intensità gli affetti connessi al trauma. Alla prima esposizione bisognerebbe evitare di insistere affinché il paziente rievochi i particolari. Inoltre le persone variano quanto a velocità di abituação e risposta alle situazioni ansiogene. Il terapeuta deve tenere conto di queste differenze. Non bisogna mai passare a un nuovo ricordo traumatico o al livello successivo della gerarchia (nell'esposizione in vivo) se non c'è tempo sufficiente perché avvenga l'abituação. Se l'ansia e la sofferenza del paziente non calano significativamente prima della fine della seduta, occorre dedicare un po' di tempo ad aiutare il cliente a rilassarsi. Se un paziente è molto ansioso dopo l'esposizione, è di importanza fondamentale aiutarlo a calmarsi prima di terminare la seduta, in modo che apprenda che può pensare al trauma e provare stati d'animo intensi e ciò nonostante continuare a stare bene.

I terapeuti dovrebbero regolarsi in base a come il paziente reagisce all'esposizione. Le reazioni problematiche tendono a ricadere in due estremi: o il paziente ha difficoltà a coinvolgersi nel ricordo e a provare le emozioni connesse al trauma, oppure è così preso dal trauma da esserne sopraffatto. Spesso, quando un paziente è immerso nell'esposizione, fatica a ricordare che al momento non si trova veramente nella situazione traumatica. In questi casi, conviene che il terapeuta ricordi al paziente che si trova in un posto sicuro, che il terapeuta è lì accanto a lui e che ciò che sta affrontando è soltanto un ricordo. Questo aiuta il paziente a prendere un po' le distanze dall'esposizione in modo che l'emozione associata al trauma sia più gestibile.

Lo scenario più tipico e problematico è quello del paziente che ha difficoltà a calarsi nell'esposizione. L'esposizione, naturalmente, richiede che il paziente creda nel terapeuta abbastanza da ritornare proprio a quei ricordi che fino a quel momento ha cercato attivamente di evitare. L'evitamento può essere piuttosto diretto ma spesso in realtà è straordinariamente sottile. Alcuni

pazienti fanno finta di praticare l'esposizione ma si distaccano emotivamente. La loro descrizione del trauma spesso è piatta e circoscritta ai fatti oggettivi. Molte persone sopravvissute a traumi hanno imparato a usare la dissociazione come forma di evitamento e possono non rendersi nemmeno conto che si stanno distaccando dal ricordo del trauma. In questa situazione, sta al terapeuta cercare delicatamente di coinvolgere il paziente nel ricordo. A volte lo si può fare sollecitando il paziente a rievocare più dettagli ("Dove si trova Lei quando l'uomo l'attacca?") o facendo delle domande sulle emozioni e sui pensieri avuti durante il trauma ("Che cosa sente quando lui Le dice questo?") o cercando di fare emergere ricordi sensoriali ("Sente il suo odore?"). Tutto quel che riesce a rendere più vivido il ricordo può aiutare il paziente a partecipare emotivamente all'esposizione.

Durante le fasi di preparazione, prima che l'esposizione cominci, è molto importante sia incoraggiare i pazienti a concedersi di provare certe emozioni sia rispondere ai timori riguardo a ciò che succederà se proveranno a farlo. Quando l'esposizione è finita è importante rinforzare questo messaggio e lodare gli sforzi fatti per calarsi nelle emozioni associate al trauma.

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

Critiche e risposte

Quando Astin e Rothbaum hanno pubblicato il loro lavoro su persone sopravvissute a traumi, diversi clinici e ricercatori hanno espresso varie osservazioni critiche. Di seguito vediamo come ribattono gli autori (Astin e Rothbaum, 2000).

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

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

2. L'esposizione nega ai sopravvissuti la loro autonomia perché si ritrovano di fronte a ciò che non vorrebbero ricordare.

L'evitamento è un aspetto di cui è essenziale tenere conto per comprendere il DPTS. I ricordi del trauma si intromettono nella coscienza perché non sono stati elaborati adeguatamente; e poiché sono penosi, il superstite li evita, la qual cosa ne impedisce l'elaborazione. Questo circolo vizioso deve essere interrotto affinché il sopravvissuto riprenda il controllo dell'esperienza traumatica. Di fatto, l'esposizione mette il sopravvissuto in condizione di recuperare il controllo dei ricordi traumatici.

Dal momento che questo è un aspetto chiave del cambiamento terapeutico, tutti i bravi terapeuti a volte mettono i loro clienti di fronte a informazioni dolorose che loro preferirebbero evitare. Tale "confronto" è cruciale per la terapia del trauma. Benché esso possa avvenire in vari modi, la terapia di esposizione in particolare è un metodo molto efficace ed efficiente per aiutare i superstiti a confrontarsi con i loro ricordi traumatici. È importante descrivere le componenti dell'esposizione e spiegarne la logica in modo che il cliente possa fare una scelta consapevole sul trattamento. Inoltre, vari pazienti hanno scelto di partecipare a questo tipo di terapia, e così i loro terapeuti li stanno aiutando a fare ciò che non sono riusciti a fare per conto loro. Evidentemente il cliente è libero di fare le sue scelte.

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

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

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

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

di terapia, intelligenza al limite del ritardo, danno cerebrale lieve o disturbi psicopatologici associati come la depressione, il disturbo di panico e l'abuso di sostanze.

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

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

6. Per i sintomi connessi al trauma diversi dall'ansia e dalla sindrome del DPTS l'esposizione non serve.

Anche se l'uso dell'esposizione è giustificato principalmente per la modificazione delle strutture di paura, in assenza di conseguenze sfavorevoli gli affetti più forti andranno incontro ad abituação. Nella nostra esperienza clinica, affermano gli autori, molti clienti osservano che i loro sentimenti di depressione, rabbia, tristezza e colpa si riducono con l'esposizione. In genere gli studi dimostrano che oltre ad attenuare i sintomi del DPTS l'esposizione prolungata riduce anche la depressione e l'autoaccusa (Rothbaum et al., 2000). Pitman et al. (1991) hanno ottenuto risultati equivoci quando hanno applicato l'esposizione a stimoli evocatori di colpa e vergogna con un piccolo gruppo di reduci di guerra che soffrivano di senso di colpa e vergogna perlopiù collegato al comportamento in combattimento. Inoltre, Foa et al. (1995) riferiscono che pazienti con problemi prevalenti di rabbia anziché ansia possono non trarre grande beneficio dall'esposizione. Una ricerca preliminare di Novaco e Chemtob (1998) suggerisce che alcune popolazioni di persone traumatizzate possono trarre beneficio dalla gestione della collera in combinazione con il trattamento del trauma. Inoltre l'esposizione viene frequentemente associata alla ristrutturazione cognitiva nella gestione di altre problematiche cruciali per la soluzione del trauma, come l'autobiasimo o una visione distorta delle relazioni o del mondo.

7. L'esposizione non permette al paziente di recuperare il benessere seguendo i suoi ritmi.

Il punto è che se una persona traumatizzata cerca un trattamento per il DPTS e ha bisogno di un aiuto professionale *non* si è ripresa con i suoi ritmi. La sensibilità del terapeuta alle differenze individuali nella velocità di abituação e nella risposta alle situazioni ansigene è una componente essenziale di una buona terapia di esposizione. Allo stesso tempo, è altrettanto essenziale assicurarsi che le esposizioni del cliente siano sufficientemente lunghe e ven-

gano reiterate abbastanza frequentemente. A questo riguardo, l'esposizione può essere paragonata a una procedura medica che, per quanto spiacevole per il paziente, viene considerata necessaria per la guarigione. Inoltre, la procedura deve essere condotta in modo ottimale per ottenere una ripresa ottimale.

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

Di solito i pazienti con storie di traumi multipli, altre condizioni associate o disturbi dell'Asse II non vengono esclusi dagli studi controllati. In genere i principali fattori di esclusione sono limitati alla dipendenza da sostanze, al rischio di suicidio imminente, a una storia di psicosi o mania, all'analfabetismo e al ritardo mentale (Rothbaum et al., 2000).

EMDR

L'EMDR è un trattamento psicoterapeutico messo a punto originariamente per alleviare l'angoscia associata ai ricordi traumatici (in italiano si vedano per es., Fernandez e Giovanozzi, 2012; Shapiro, 2000). Secondo l'inventrice del metodo, la psicologa Francine Shapiro, l'EMDR faciliterebbe l'accesso ai ricordi traumatici e permetterebbe una loro elaborazione tale da portarli a una risoluzione adattiva. La possibilità di ottenere miglioramenti clinici significativi in poche sedute rende questo metodo un'alternativa meritevole di essere presa in considerazione. Nel corso del trattamento EMDR il paziente viene aiutato a identificare:

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

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

Il paziente viene istruito a tenere un diario fra una seduta e l'altra, prendendo nota delle situazioni che risvegliano i sintomi di DPTS nonché delle

intuizioni e dei sogni a proposito del trauma. Nel caso di DPTS non complicato¹ possono essere sufficienti due sedute. Per i traumi multipli o più complessi ne servono di più.

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

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

Trattamenti per cui si possiedono prove parziali di utilità

In questa parte prenderemo in considerazione i trattamenti per i quali, secondo quanto indicato dalle linee guida pubblicate dal Management of Post-Traumatic Stress Working Group (2010), si hanno solo limitate prove di efficacia nella cura del DPTS. Come anticipato, tuttavia, integreremo la trattazione con forme terapeutiche non propriamente prese in esame dalle linee guida indicate ma che comunque sembrano costituire delle importanti alternative terapeutiche in questo così complesso ambito di cura.

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

Informazioni/intervento psicoeducativo

Benché esistano pochissime ricerche sull'efficacia di un intervento basato sull'offerta di informazioni riguardo al DPTS, questo aspetto è considerato in genere importante, anche sul piano preventivo nel caso di persone che hanno subito traumi ma che ancora non hanno tutti i requisiti per una diagnosi di DPTS (Management of post-traumatic stress working group, 2004; 2010). Del resto non va trascurato che, come precedentemente sottolineato, qualsiasi approccio psicoterapeutico a persone traumatizzate richiede una prima fase di lavoro volta a fornire informazioni su quanto accade esternamente e internamente (le possibili risposte psicologiche ed emotive), offrendo strumenti per distinguere le reazioni intense ma normali da quelle che dovrebbero destare preoccupazione ed essere un punto di partenza per richiedere aiuto. L'informazione, inoltre, favorisce il processo di cura perché permette di orientare e fornire punti di riferimento per comprendere e interpretare quanto sta accadendo.

In una nota pubblicazione, Young e colleghi (2002) evidenziarono quali informazioni sarebbe opportuno fornire a chi abbia subito un trauma nel contesto di un disastro molto recente; questi consigli possono essere utilizzati anche in terapia con gli adattamenti opportuni. Young e colleghi sottolineano l'importanza che alla persona colpita dal trauma e ai suoi familiari vengano illustrati i sintomi di stress post-traumatico e i vari trattamenti disponibili. È inoltre di fondamentale importanza che alle persone da poco reduci da eventi calamitosi questi sintomi vengano spiegati inquadrandoli come normali risposte di stress che hanno una loro funzione adattiva specifica, utilizzando la nota affermazione che si tratterebbe di "risposte normali a eventi anormali".

Gli autori invitano, poi, a fornire chiarimenti e informazioni rispetto a una serie di aspetti specifici, quali:

- *La definizione di stress traumatico nelle sue dimensioni qualitative e quantitative* (il criterio A del DSM-IV; l'esposizione sensoriale; la fenomenologia della perdita – persone amate, beni, senso di controllo e significato).
- *Le comuni reazioni di stress.* Oltre all'insegnamento sulle reazioni sopra elencate, è utile che i superstiti conoscano le fasi psicologiche successive a un disastro e le reazioni dei bambini e degli anziani.
- *La risposta di "attacco-fuga-congelamento":* si ritiene di fondamentale importanza spiegare che i superstiti possono sentirsi pieni di energia (il cuore batte, i muscoli si tendono, la respirazione accelera e si suda) oppure sperimentare uno stato di irritazione o collera (il desiderio di "reagire"), paura e preoccupazione (il desiderio di "fuggire" dal pericolo) o paura talmente forte da provocare un'immobilizzazione temporanea ("congelamento"). Va sottolineato che ogni risposta ha potenzialmente un valore per la sopravvivenza. "Reagire" può significare darsi da fare per prevenire ulteriori danni. "Fuggire" può significare trovare un posto sicuro per "superare la tempesta". "Restare immobili" può servire a guadagnare tempo per valutare la situazione e pianificare una risposta intelligente. Informate i partecipanti che spesso i superstiti si sentono in

colpa e si vergognano per avere avuto queste reazioni normali, poiché credono che in qualche modo sarebbero dovuti restare immuni alla sana reazione di “eccitamento” automatico del corpo di fronte al pericolo. Di fatto il problema vero è lo shock emozionale del trauma – il terrore, il dolore, l’impotenza, l’orrore e la confusione – e non le normali reazioni di attacco, fuga o congelamento.

- *Il senso di impotenza.* Spiegate che i pensieri e il senso di impotenza sono normali e realistici durante il trauma ma che, se i superstiti non trovano modi costruttivi per riacquistare un significativo senso di controllo positivo nella vita, l’impotenza può diventare o disperazione cronica e depressione oppure uno stile di comportamento basato sull’ipercontrollo che ferisce e aliena le altre persone (oltre che lo stesso superstite del disastro). Assicurate ai partecipanti che la maggioranza delle persone preferirebbe credere di essere immune al trauma e che tuttavia un trauma è uno shock emozionale che lascia un segno anche nelle persone sane.
- *La disillusione.* Forse lo shock più grande per molti superstiti deriva dal fatto di essersi resi conto che la vita e le altre persone possono essere tremendamente crudeli e incontrollabili. Il trauma spesso costringe i superstiti a sopportare tragedie e abiezioni indicibili. A volte li costringe a compiere scelte impossibili che violano le convinzioni religiose e i valori morali fondamentali. Molti superstiti si sentono “sporchi” o “vuoti” perché la loro fede nelle persone, in Dio e in loro stessi sembra tradita.

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

Terapia psicodinamica

Quando si parla di trauma non si può trascurare che proprio a partire da questo concetto partirono gli studi di Freud sull’isteria, inizialmente fortemente influenzati dal pensiero di Charcot, che portarono all’elaborazione della teoria psicanalitica e alla terapia su di essa fondata.

Nel 1895 Joseph Breuer e Sigmund Freud, infatti, fondarono i loro studi sull’isteria sull’idea che gli episodi traumatici possano causare disturbi menta-

li. Nel secolo successivo questo principio venne sviluppato e applicato a una maggior varietà di casi, e influenzò fortemente la psichiatria militare della Prima e Seconda Guerra Mondiale. I principi psicodinamici vennero in seguito applicati ai problemi psicologici dei superstiti dell'Olocausto, dei veterani del Vietnam, delle vittime di violenze e abusi sessuali in età adulta o nell'infanzia e ai superstiti di altri eventi traumatici. Le idee psicodinamiche hanno anche aiutato i clinici a gestire le problematiche a volte complesse che possono affiorare nella relazione fra il superstite e il terapeuta.

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

Nel corso del trattamento vengono esplorati i significati psicologici delle risposte post-traumatiche vagliando e ordinando le paure, le fantasie e le difese risvegliate dall'evento traumatico (in italiano si vedano per es., Luborsky, 1989; Malan, 1981). La terapia può collocarsi in punti diversi del continuum che va dal sostegno alla facilitazione dell'espressione, e in genere contiene l'uno e l'altro elemento.

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

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

Tale approccio terapeutico è in genere considerato elettivo nel caso di storie di sofferenza cristallizzate e complesse, che spesso sono l'esito di gravi forme di maltrattamento, abuso e sofferenza strutturate nel tempo in gravi fragilità psichiche. Si tratta di situazioni cliniche estremamente delicate che rischierebbero di non ricevere beneficio da approcci psicoterapeutici eccessivamente mirati al trauma; esse, al contrario, sembrano necessitare di un contesto accogliente entro cui instaurare una solida alleanza terapeutica, per poi andare a rielaborare la propria storia per porre nuove basi su cui instaurare un vissuto di benessere e fiducia verso un mondo che è stato fortemente destabilizzante e traumatizzante.

Terapie sistemiche, familiari, narrative

Per brevità raggruppiamo in questa categoria tutti quegli approcci psicoterapeutici di matrice sistemica, costruttivista e narrativista che fondano il lavoro di cura sulla dimensione prevalentemente relazionale (sia che il lavoro coinvolga solo il paziente, sia che si tratti di una psicoterapia di coppia, familiare o di gruppo). Sono metodi eterogenei e non specificatamente sviluppati per il trattamento di vissuti traumatici ma che a diverso titolo possono rappresentare delle importanti alternative di cura in questo ambito.

A nostro avviso, sono prevalentemente tre gli aspetti comuni di questi approcci terapeutici che possono diventare essenziali nel trattamento di pazienti affetti da DPTS o sintomatologie correlate.

Il primo elemento importante da considerare è proprio la forte componente narrativo-costruttivista, che abbiamo visto essere di fondamentale importanza nella rielaborazione dei vissuti traumatici. Pazienti che hanno vissuto esperienze fortemente destabilizzanti (siano esse puntuali e facilmente identificabili o croniche e strutturate in funzionamenti patologici) giungono in terapia con una narrazione saturata dal problema, per usare le parole di White (2007), e con un'immagine di sé cristallizzata e rigida, fortemente mediata dalle esperienze vissute. Il lavoro narrativo e ricostruttivo permette di uscire dalla storia stereotipata, introdurre delle differenze – partendo dal presupposto che il passato lo costruiamo a partire dal presente (Boscolo et al., 2004) –, generare nuovi significati, fare emergere ed elaborare vissuti emotivi negati, promuovere una ridefinizione di sé nei confronti degli altri e del mondo.

In secondo luogo, poiché fonda il proprio lavoro sulla dimensione relazionale, l'approccio sistemico permette di contrastare il vissuto di isolamento tipico di chi ha sperimentato eventi stressanti o traumatici. Che il lavoro di cura si svolga a livello individuale, familiare o di gruppo, è comunque fondamentale introdurre nelle narrazioni del paziente il mondo relazionale esterno; ciò permette di cogliere il ruolo dei significati culturali, sociali o familiari, i condizionamenti impliciti o espliciti e liberare il paziente dal senso di estraniamento, favorendo nel contempo la cura del sintomo e la riabilitazione sociale. Parallelamente, tale approccio favorisce la riattivazione di processi comunicativi a volte congelati o distorti per effetto degli eventi e della successiva ristrutturazione sistemica. L'importanza del lavoro su queste dimensioni diventa ancora più evidente quando siamo in presenza di traumi collettivi, di fronte ai quali può diventare essenziale un intervento precoce sul gruppo. In questi casi è possibile attingere dalla significativa mole di strumenti e tecniche terapeutiche di stampo narrativo, utilizzabili fin dalle fasi precoci dell'intervento sul campo.

Il terzo e ultimo motivo per cui riteniamo che le terapie sistemiche possano rappresentare un'importante alternativa al trattamento del DPTS riguarda l'importanza e il valore del coinvolgimento della famiglia nel percorso di cura. La modalità con cui il singolo risponde agli eventi traumatici è fortemente mediata dalla dimensione socioecologica del problema, dal significato attribuito non solo a livello individuale ma anche familiare e dalla capacità di risposta del

sistema nel suo insieme. Su questi aspetti diventa dunque importante poter lavorare in senso evolutivo. Per una trattazione più dettagliata di tali aspetti rimandiamo ad altra sede (Tettamanzi e Sbattella, 2009; Tettamanzi e Molteni, Sbattella 2013).

Benché, come anticipato, non si tratti di approcci psicoterapeutici specificatamente mirati a trattare il vissuto traumatico, essi offrono l'importante alternativa di non estrapolare il paziente dal suo contesto; contesto che può essere parte del vissuto traumatico e/o possibile risorsa a cui il soggetto deve imparare ad attingere.

Terapia di ripetizione immaginativa

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

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

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

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

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

Terapia comportamentale dialettica

È un trattamento cognitivo-comportamentale ideato dalla psicologa Marsha Linehan per la cura di disturbi complessi e difficili da trattare e rivolto in modo particolare alle persone cronicamente inclini al suicidio e a quelle con diagnosi multipla e personalità borderline (in italiano si vedano Linehan, 2001; Swales e Heard, 2012).

Nel corso degli anni la terapia comportamentale dialettica è stata adattata in modo da poter essere utilizzata per trattare altri disturbi difficili in cui vi sia una cattiva regolazione emozionale – fra cui la dipendenza da sostanze e il binge eating in persone con personalità borderline – e altre popolazioni cliniche (per es., persone depresse, adolescenti che hanno tentato il suicidio) in vari contesti di cura (per es., con pazienti ricoverati o con ospedalizzazione parziale).

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

Questo approccio psicoterapeutico comprende gli elementi validi di altre forme di terapia e si basa sull'esplicito riconoscimento del valore di una salda relazione fra terapeuta e paziente. La terapia è organizzata in fasi, e in ciascuna fase si stabilisce una chiara gerarchia di bersagli terapeutici.

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

Ipnosi

L'ipnosi non è un trattamento in sé e per sé ma un'integrazione delle terapie psicodinamiche, cognitivo-comportamentali o di altro tipo. È stato dimostrato che è in grado di aumentare significativamente l'efficacia di queste terapie nel trattamento di una varietà di condizioni cliniche. Nel contesto specifico della sintomatologia post-traumatica, le tecniche ipnotiche sono state utilizzate per il trattamento psicologico dello shock da granata, della *battle fatigue*, delle nevrosi traumatiche e più recentemente del DPTS e della sintomatologia dissociativa (Management of post-traumatic stress working group, 2004; 2010).

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



Psicoterapia sensomotoria

Abbiamo sottolineato sopra che la maggior parte degli approcci psicoterapeutici si fonda sull'utilizzo della parola, partendo dal presupposto che la rinarrazione di sé, l'espressione dei vissuti emotivi e la rielaborazione delle esperienze vissute siano curative e capaci di produrre un cambiamento positivo.

È pur vero, però, che molto spesso i traumi, soprattutto se arcaici, si bloccano e si fissano in una fase preverbale di elaborazione e risultano difficilmente accessibili attraverso la parola. Ciò è particolarmente vero nei casi, per esempio, di abuso o maltrattamento infantile: il trauma si fissa sul corpo in una epoca in cui la parola non è ancora in grado di dare un senso a quanto sperimentato e quindi dà origine a traumi non solo indicibili ma propriamente non narrabili perché precedenti alla parola e quindi non verbalizzabili.

Anche in epoche evolutive successive, inoltre, le esperienze devastanti e sconvolgenti si bloccano a livello di memoria sensoriale e non riescono a evolvere fino al mondo della rappresentazione verbale. Il trauma è spesso muto, costituito da sensazioni corporee sconnesse, destabilizzanti e scarsamente controllabili.

Di fronte a situazioni di questo genere, l'approccio psicoterapeutico classico diventa arduo e rischia di destabilizzare ulteriormente i pazienti già fragili, i quali, di fronte all'impossibilità di narrarsi come richiesto, potrebbero irrigidirsi o battere in ritirata.

Particolarmente interessante è a questo riguardo la proposta terapeutica avanzata da Pat Ogden e colleghi (Ogden et al., 2006; De Donno, 2013); essa consiste in un trattamento integrato, basato sulle teorizzazioni delle terapie centrate sul corpo, delle neuroscienze e della teoria dell'attaccamento. Secondo tale modello, il terapeuta dovrebbe impostare il lavoro in modo tale da aiutare il paziente a ristabilire un senso di controllo sul proprio corpo, per ricostituire la percezione di riuscire a proteggersi fisicamente e la capacità di ascoltare e regolare le proprie percezioni corporee.

Tale obiettivo può essere raggiunto utilizzando varie tecniche che agiscono sull'attivazione fisiologica; tra le tecniche potenzialmente fruttuose vanno annoverate anche quelle della mindfulness, un approccio oggi sempre più diffuso e riconosciuto a livello scientifico.

La psicoterapia sensomotoria è un approccio flessibile che può essere anche integrato facilmente con altri metodi psicoterapeutici.

Conclusioni

Il lavoro proposto non intende assolutamente essere esaustivo. Riteniamo tuttavia importante mantenere alti l'interesse e l'attenzione per lo sviluppo degli approcci psicoterapeutici in quest'ambito; ciò al fine sia di favorire una preparazione attenta e profonda degli psicoterapeuti che, per scelta o a volte per caso, incontrano pazienti con potenti vissuti traumatici, sia di promuovere un orientamento attento e professionale di chi vive le conseguenze di traumi devastanti (e troppo spesso rischia di essere incasellato in categorie diagnosti-

che poco pertinenti, con effetto cronicizzante).

Come si è detto, si tratta di un ambito estremamente complesso ma anche di grande fascino su cui la storia della psicoterapia si è più volte confrontata.

È evidente che non è possibile definire in modo esclusivo l'approccio ottimale. Il lavoro di rielaborazione effettuato, al contrario, ci porta a sottolineare l'importanza di mantenersi flessibili, ovviamente aderenti alla propria formazione terapeutica di base ma anche pronti a integrare diverse opportunità di cura a partire dal riconoscimento degli specifici bisogni cognitivi, emotivi e relazionali del paziente.

I rischi a cui gli psicoterapeuti potrebbe essere esposti in quest'ambito di lavoro (oltre a quelli precedentemente esaminati) sembrano riassumibili in due grandi settori: da una parte c'è il rischio di sbilanciarsi troppo o esclusivamente sull'aspetto sintomatico e individuale a discapito di quello ricostruttivo dei significati e delle connessioni con il sistema familiare e sociale; dall'altra l'eccessiva concentrazione sulla dimensione narrativa e relazionale può portare a trascurare importanti manifestazioni sintomatiche.

Qualunque sia l'approccio psicoterapeutico privilegiato, riteniamo importante non perdere mai di vista la complessità dell'individuo, la connessione con la sua storia e il suo contesto, favorendo una positiva elaborazione dei sintomi e curando la propria integrità professionale ed emotiva.

Gabriele Lo Iacono, psicologo psicoterapeuta, redazione "Rivista di psicologia dell'emergenza e dell'assistenza umanitaria". E-mail: gabrieleloiacono@psicologia-editoria.eu.

Marilena Tettamanzi, Unità di Ricerca in Psicologia dell'Emergenza, Università Cattolica del Sacro Cuore. E-mail: marilena.tettamanzi73@gmail.com.

Bibliografia

Astin M. e Rothbaum B. (2000), *Exposure therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder*, "Clinical quarterly", 9, 4, 49-54.

Beck A. (1984), *Principi di terapia cognitiva*, Astrolabio, Roma.

Boscolo L., Cecchin G., Hoffman L. e Papp P. (1987), *Milan Systemic Family Therapy*, Basic Books, New York. Tr. it. *Clinica sistemica*, Bollati Boringhieri, Torino, 2004.

Carpenter M. (2003), *One solution to nightmares: Imagine a better ending*, <http://www.post-gazette.com/pg/03343/249097.stm>.

Catherall D. (2000), *Secondary stress and the professional helper*, "Traumanews. The Newsletter of the Canadian Traumatic Stress Network", 9, 1, <http://www.ctsn-rcst.ca/Secondary.html#Secondary%20Stress>.

De Donno L. (2013), *La ricerca scientifica sul trauma psichico*. In F. Sbattella e M. Tettamanzi (a cura di), *Fondamenti di psicologia dell'emergenza*, Franco Angeli, Milano, pp. 162-177.

- Foa E. e Rothbaum B. (1998), *Treating the trauma of rape: A cognitive-behavioral therapy for PTSD*, Guilford, New York.
- Foa E., Riggs D., Massie E. e Yarczower M. (1995), *The impact of fear activation and anger on the efficacy of exposure treatment for PTSD*, "Behavior Therapy", 26, pp. 487-499.
- Foa E., Davidson J. e Francis A. (1999), *Expert Consensus Guideline Series: Treatment of Post-traumatic Stress Disorder*, "Journal of Clinical Psychiatry", 60, 16.
- Foa E., Keane T. e Friedman M. (a cura di) (2000), *Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*, Guilford, New York.
- Friedman M. (1990), *Interrelationships between biological mechanisms and pharmacotherapy of posttraumatic stress disorder*. In Wolf M. e Mosnaim D. (a cura di), *Posttraumatic Stress Disorder: Etiology, Phenomenology, and Treatment*, "American Psychiatric Press", Washington.
- Herman J. L. (1992), *Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma*, "Journal of Traumatic Stress", 5, 3, pp. 377-391.
- Herman J. (1992), *Trauma and Recovery*, Basic Books, New York.
- Jordan K., Schlenger W., Hough R., Kulka R., Weiss D., Fairbank J. e Marmar C. (1991), *Lifetime and current prevalence of specific psychiatric disorders among Vietnam veterans and controls*, "Archives of General Psychiatry", 48, 3, pp. 207-215.
- Klerman G. e Weissman M. (a cura di) (1993), *New applications of interpersonal psychotherapy*, American Psychiatric Press, Washington.
- Kulka R., Schlenger W., Fairbank J., Hough R., Jordan B., Marmar C. e Weiss D. (1990), *Trauma and the Vietnam War Generation*, Brunner/Mazel, New York.
- Lebigot F. (2012), *Stress e trauma*, "Psicologia dell'emergenza e dell'assistenza umanitaria", 9, pp. 22-35.
- Ledoux J.E. (1986), *Sensory Systems and Emotions: A model of Affective Processing*, "Integrative Psychiatry", 4.
- Linehan M. (2001), *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline. Il modello dialettico*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Liotti G. (2005), *Trauma e dissociazione alla luce della teoria dell'attaccamento*, "Infanzia e adolescenza", 4, 3, pp. 130-144.
- Litz B., Blake D., Gerardi R. e Keane T. (1990), *Decision making guidelines for the use of direct therapeutic exposure in the treatment of post-traumatic stress disorder*, "The Behavior Therapist", 13, pp. 91-93.
- Luborsky L. (1989), *Principi di psicoterapia psicoanalitica. Manuale per il trattamento supportivo-espressivo*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Malan D. (1981), *Psicoterapia individuale e la scienza della psicodinamica*. Cappelli, Bologna.
- Management of post-traumatic stress working group (2004), *VA/DoD clinical practice guideline for the management of post-traumatic stress. Version 1.0*, Department of Veterans Affairs and Department of Defense, <http://>

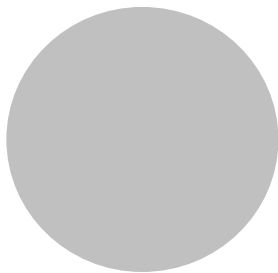
- www.oqp.med.va.gov/cpg/PTSD/PTSD_cpg/frameset.htm (link non più attivo).
- Management of post-traumatic stress working group (2010), *VA/DoD clinical practice guideline for the management of post-traumatic stress. Version 2.0*, Department of Veterans Affairs and Department of Defense, http://www.healthquality.va.gov/ptsd/cpg_PTSD-FULL-201011612.pdf.
- Horowitz M. (2001), *Stress response syndromes. Personality styles and interventions*, Aronson, Northvale.
- Horowitz M. (2004), *Sindromi di risposta allo stress. Valutazione e trattamento*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- McCann I., Sakheim D. e Abrahamson D. (1988), *Trauma and victimization: a model of psychological adaptation*, "Counseling Psychologist", 16, pp. 531-594.
- Meichenbaum D. (1990), *Al termine dello stress. prevenzione e gestione secondo l'approccio cognitivo-comportamentale*, Erickson, Trento.
- Meichenbaum D. (1994), *Treating Post-Traumatic Stress Disorder*, Wiley & Sons.
- Meichenbaum D. (2000), *Treating patients with PTSD: a constructive narrative approach*, "NC-PTSD Clinical Quarterly", 9, 4.
- National Center for Post-traumatic Stress Disorder (2006), *Treatment of PTSD*. http://www.ncptsd.va.gov/facts/treatment/fs_treatment.html.
- National Institute of Mental Health (2002), *Mental Health and Mass Violence: Evidenced-Based Early Psychological Intervention for Victims/Survivors of Mass Violence. A Workshop to Reach Consensus on Best Practices*, NIMH Publication No. 02-5138, U.S. Government Printing Office, Washington.
- Novaco R. e Chemtob C. (1998), *Anger and trauma: Conceptualization, assessment, and treatment*. In Follette V., Ruzek J. e Abueg F. (a cura di), *Cognitive-behavioral therapies for trauma*, Guilford, New York.
- Ogden P., Minton K. e Pain C. (2006), *Trauma and the body. A Sensorimotor approach to Psychotherapy*, Norton New York.
- Pitman R., Altman B., Greenwald E., Longpre R., Macklin M., Poitre R. e Steketee G. (1991), *Psychiatric complications during flooding therapy for posttraumatic stress disorder*, "Journal of Clinical Psychiatry", 52, pp. 17-20.
- Resick P. (1994), *Cognitive processing therapy for rape related PTSD and depression*, "NCP Clinical Quarterly", 4, 3/4.
- Resick P. e Mechanic M. (1995), *Brief cognitive therapies for rape victims*. In Roberts A. (a cura di), *Crisis intervention and time-limited cognitive treatment*, Sage Publications, Thousand Oaks.
- Roth A. e Fonagy P. (1997), *Psicoterapie e prove di efficacia. Quale terapia per quale paziente*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Rothbaum B., Meadows E., Resick P. e Foy D. (2000), *Cognitive-behavioral therapy*. In Foa E., Keane T. e Friedman M. (a cura di), *Effective treatments for posttraumatic stress disorder: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*, Guilford, New York.
- Sbattella F. e Tettamanzi M. (a cura di), *Fondamenti di psicologia dell'emergenza*, Franco Angeli, Milano.

- Shapiro F. (2000), *EMDR. Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso movimenti oculari*, McGraw-Hill, Milano.
- Sifneos P. (1972), *Short term psychotherapy and emotional crisis*, Harvard University Press, Cambridge.
- Swales M.A. e Heard H.L. (2012), *La terapia dialettico-comportamentale. Caratteristiche distintive*, Franco Angeli, Milano.
- Tettamanzi M., Molteni M. e Sbattella F. (2013), *Famiglie in emergenza tra vulnerabilità e resilienza*. In F. Sbattella e M. Tettamanzi (a cura di), *Fondamenti di psicologia dell'emergenza*, Franco Angeli, Milano, pp. 70-93.
- Tettamanzi M. e Sbattella F. (2009), *Modelli di risposta familiare a incidenti stradali*, "Psicoterapia Cognitivo Comportamentale", 15, 1, pp. 33-62.
- Van der Kolk B.A., McFarlane C. e Weisaeth L. (1996), *The effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society*, Guilford Press, New York.
- Young J., Ford J., Ruzek J., Friedman M. e Gusman F. (2002), *L'assistenza psicologica nelle emergenze*, Edizioni Erickson, Trento.
- Wells A. (2002), *Disturbi emozionali e metacognizione*, Erickson, Trento.
- White M. (2007), *Maps of Narrative practices*, Norton, New York.
- Wraith R., McPhee B., Buckle P., Healy V., Rowlands A. e Valent P. (2004), *Guidelines for Psychological Service Practice. Mental health practitioners guide*, Emergency Management Australia, <http://www.ema.gov.au/ema/emaInternet.nsf/AllDocs/RWP11758B11BF799092CA256C820>. Tr. it. *Servizi psicologici nel contesto di disastri. Linee guida per la prassi del servizio psicologico*, pubblicazione interna dell'Associazione Psicologi per i Popoli - Trento.

Altre pubblicazioni sull'argomento

- APA (2009), *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder*, http://www.togetherwithvito.org/images/PDF/3_practice_guideline.pdf.
- Craparo G. (2013), *Il disturbo post-traumatico da stress*, Carocci, Roma.
- Fernandez I. e Giovanozzi G. (2012), *EMDR ed elaborazione adattiva dell'informazione. La psicoterapia come stimolazione dei processi psicologici autoriparativi*, supplemento alla "Rivista di psichiatria", 47, 2.
- Foa E.B., Keane T.M., Friedman M.J. e Cohen J.A. (a cura di) (2009), *Effective treatments for PTSD. Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*, Guilford, New York.
- Friedman M.J., Keane T.M. e Resick P. (2007), *Handbook of PTSD: Science and practice*, Guilford Press.
- Institute of Medicine (2008), *Treatment of post-traumatic stress disorder: An assessment of the evidence*, The National Academies Press, Washington DC.
- Krystal H. (2007), *Affetto, trauma, alessitimia*, Edizioni Scientifiche MaGi, Roma.
- Lewis Herman J. (2005), *Guarire dal trauma. Affrontare le conseguenze della violenza, dall'abuso domestico al terrorismo*, Edizioni Scientifiche MaGi, Roma.

- Liotti G. e Farina B. (2011), *Sviluppi traumatici. Eziopatologia, clinica e terapia della dimensione dissociativa*, Raffaello Cortina, Milano.
- Occhi S., Moya Albiol L. e Cicognani E. (2007), *Il disturbo post-traumatico da stress. Una rassegna*, "Psicoterapia cognitiva e comportamentale", 13, 3.
- Rosen G. (a cura di) (2004), *PTSD: Issues and controversies*, Wiley, Londra.
- Van der Kolk B.A., McFarlane A.C. e Weisaeth L. (2005), *Stress traumatico. Gli effetti sulla mente, sul corpo e sulla società delle esperienze intollerabili*, Edizioni Scientifiche MaGi, Roma.
- Yule W. (2000), *Disturbo Post-Traumatico da Stress. Aspetti clinici e terapia*, McGraw-Hill, Milano.



**Norme per gli autori della rivista
“Psicologia dell’Emergenza e dell’Assistenza Umanitaria”**

1. La rivista “Psicologia dell’emergenza e dell’assistenza umanitaria” è semestrale e prevede due uscite annue (gennaio e settembre) per complessive duecento pagine (ogni numero consta di cinque articoli per un totale di circa cento pagine).
2. Vengono considerati pubblicabili gli articoli che trattano temi connessi alle emergenze nazionali, alle emergenze internazionali e ai diritti umani; rientrano tra le tipologie di articoli pubblicabili: a) ricerche; b) review; c) case history; d) esperienze pratiche; e) contributi teorici; f) riflessioni e rielaborazioni metodologiche.
3. Gli articoli proposti per la pubblicazione dovranno pervenire in formato word o rtf all’indirizzo e-mail marilena.tettamanzi73@gmail.com.
4. Gli autori avranno cura di fornire un indirizzo di posta elettronica e un recapito telefonico per eventuali comunicazioni.
5. Gli articoli proposti per la pubblicazione verranno visionati dalla direzione, la quale si riserva di richiedere agli autori stessi modifiche e revisioni qualora i lavori non rispondessero alle caratteristiche descritte.
6. Gli articoli proposti e revisionati verranno pubblicati sul primo numero della rivista disponibile in termini temporali.

Preparazione del manoscritto

1. Riportare *in prima pagina*: autore, ente di appartenenza e titolo dell’articolo;
2. nella prima riga, a sinistra, si dovrà indicare il nome e il cognome dell’autore per esteso in corsivo, seguiti da una virgola, l’ente di appartenenza e un a capo;
3. il titolo dell’articolo dovrà essere scritto in grassetto;
4. l’articolo deve essere preceduto da un riassunto in italiano e in inglese di circa 200 parole e 5 parole chiave (in italiano e in inglese);
5. la lunghezza massima di ciascun articolo deve essere compresa tra le 15 e le 20 cartelle (circa 8.000/12.000 parole);
6. usare carattere Times New Romans, corpo 12, interlinea singola, allineamento giustificato;
7. usare il tasto Enter (a capo) soltanto per cambiare paragrafo;
8. non usare comandi di sillabazione o comandi macro;
9. non usare doppi spazi per allineare o fare rientrare il testo;
10. usare i seguenti stili:
 - titolo delle sezioni (paragrafi) principali: **neretto**
 - titolo sottosezioni (sottoparagrafi): *corsivo*
 - titolo sezioni di ordine inferiore: tondo
11. non sottolineare mai; per evidenziare parti di testo, utilizzare eventualmente il corsivo, non il neretto;
12. non numerare le sezioni;

13. negli elenchi, usare la seguente gerarchia: numeri seguiti da un punto: 1.; lettere con la parentesi chiusa: a); lineette medie: –;
14. dopo i segni di punteggiatura lasciare sempre uno spazio; non si devono invece mettere spazi prima dei segni di interpunzione (punti, virgole, due punti, punti esclamativi e di domanda), dopo la parentesi aperta e prima della parentesi chiusa;
15. nel citare i passi direttamente da un altro autor,e porre all’inizio e alla fine della citazione le virgolette aperte e chiuse “...” e, nel caso di omissioni all’interno di un brano, indicarle con [...];
16. nelle citazioni di autori nel corpo del testo:
 - se si cita un autore: subito dopo, tra parentesi, inserire l’anno, una virgola e l’eventuale indicazione della pagina;
 - se si cita una teoria o una metodologia: subito dopo in parentesi inserire l’autore seguito da una virgola con l’indicazione dell’anno e, dopo una seconda virgola, eventualmente le pagine o l’indicazione del capitolo;
 - se si citano più autori: in parentesi, dopo l’indicazione del cognome del primo autore mettere una virgola e i cognomi degli altri autori; prima dell’ultimo, usare la congiunzione “e” senza farla precedere dalla virgola; dopo il cognome dell’ultimo autore, inserire una virgola seguita dall’indicazione dell’anno e dopo un’altra virgola indicare la/e pagina/e preceduta da p. o pp.;
17. per i riferimenti bibliografici interni al corpo del testo e la bibliografia finale, se gli autori citati sono più di tre, è preferibile indicare solo il cognome del primo e farlo seguire da et al.;
18. è preferibile usare “si veda” o “vedi” piuttosto che “cfr.” o “vd.”;
19. nel corpo del testo è da evitare l’uso indiscriminato o enfatico del maiuscolo e delle virgolette; eventualmente utilizzare il corsivo. È da evitare in ogni caso l’uso del sottolineato e del neretto;
20. inviare le figure in un file a parte e indicare nel testo dove inserirle;
21. la bibliografia finale va riportata in ordine alfabetico e secondo quanto indicato nei seguenti esempi:

Articolo su rivista:

Castelletti P. (2006), *La metafora della resilienza: dalla psicologia clinica alla psicologia dell’assistenza umanitaria e della cooperazione*, “Nuove tendenze della psicologia”, 4(2), pp. 211-233.

Libro:

Sbattella F. (2009), *Manuale di psicologia dell’emergenza*, Franco Angeli, Milano.

Capitolo in libro:

Grotberg, E.H. (2001), *The international resilience research project*. In A.L. Communian e U. Gielen (a cura di), *International perspectives on human development*, Pabst Science Publishers, Miami, pp. 379-399.

22. le opere citate nel testo devono essere inserite nella bibliografia finale e la bibliografia finale dovrebbe contenere solo opere citate nel testo.