

AFFRONTARE IL TRAUMA PSICHICO: la pandemia che ci ha cambiato la vita

Risorse nel post-emergenza per sanitari, operatori, cittadini



a cura di AISTED

AFFRONTARE IL TRAUMA PSICHICO

a cura dei soci AISTED

Raffaele Avico

Chiara Bellardi

Paolo Calini

Alessandra Catania

Matteo Cavalletti

Valeria Fusco

Camilla Marzocchi

Giovanni Tagliavini

Ilaria Vannucci

Milano, maggio 2020

Emergenza Covid19 in atto

Ad uso di tutti gli operatori sanitari coinvolti

PRESENTAZIONE DELL'EBOOK

AISTED, Associazione Italiana per lo Studio del Trauma e della Dissociazione, è stata fondata a Milano nel 2016 con l'obiettivo di mettere in rete specialisti, di ogni orientamento terapeutico, che si dedicano allo studio e alla cura dei disturbi trauma-correlati e delle problematiche di traumatizzazione cronica legata ad abusi e trascuratezza precoci e pervasive, con origine soprattutto (ma non solo) in età infantile.

É formata attualmente da quasi 200 soci, psicologi psicoterapeuti e medici psichiatri, su tutto il territorio nazionale.

Desideriamo divulgare alcune conoscenze e strategie specialistiche, in modo che siano fruibili e utili a tutti gli operatori sanitari coinvolti nella gestione dell'attuale crisi sanitaria (contestuale alla pandemia da Covid19), crisi che, come purtroppo ben sappiamo, sta attivando alti livelli di stress negli individui, nelle équipes di lavoro e a livello sociale.

A nostro parere comprendere la dimensione psicotraumatologica dell'esperienza di lavoro in contesti di emergenza aiuta non solo a individuare meglio i **problemi** in corso ma anche a comprendere e utilizzare meglio tutte le proprie **risorse** di resilienza.

Attraverso il seguente contributo, vorremmo rispondere alle domande:

1. cosa succede quando un evento, prolungato e ad alto impatto emotivo, investe la nostra vita?
2. quali sono le caratteristiche degli eventi traumatizzanti e dei disturbi trauma-correlati?
3. come si sopravvive a periodi di grave stress e agli eventi traumatici?
4. cosa possiamo fare per fuoriuscire nel migliore dei modi da una esperienza che mette così a dura prova la nostra capacità di gestire alti livelli di stress e avvenimenti pesanti e imprevedibili?

Nelle prossime pagine descriveremo vari aspetti, a nostro parere utili e interessanti, che potranno fornirVi alcuni spunti di approfondimento, per Voi stessi o per le équipes da Voi coordinate qualora rivestiate ruoli di responsabilità su altri operatori.

Noterete nel testo dei **link ipertestuali** (sono le **parole sottolineate**): cliccandoli, arriverete alle fonti. Le nostre fonti, come vedrete, sono selezionate e scelte con cura dal bacino di contenuti offerto dalle più autorevoli riviste internazionali.

Ecco il sommario di questo ebook:

1. Introduzione: una mappa per orientarsi (pag. 1)
2. Parte prima: comprendere (pag. 19)
3. Parte seconda: agire (pag. 43)
4. Parte terza: conclusione (pag. 82)

Buona lettura.

INTRODUZIONE: UNA MAPPA PER ORIENTARSI

“Quando ci proteggiamo dalla sofferenza, pensiamo di fare un favore a noi stessi. La verità è che non facciamo che divenire più spaventati, induriti, alienati. Ci sentiamo separati dall'interno. Questa separatezza diviene per noi una sorta di prigione, una prigione che ci confina nelle nostre speranze e paure personali, in una preoccupazione rivolta solo a chi ci è più vicino.

É piuttosto curioso: se il nostro primo obiettivo è difenderci dal malessere, soffriamo. Tuttavia, quando non ci isoliamo e lasciamo che i nostri cuori si spezzino, scopriamo di essere in armonia con tutte le cose viventi.”

PEMA CHODRON, The Pocket Pena Chodron

STRESS, RESILIENZA, ADATTAMENTO, TRAUMA

Alcune definizioni per creare una mappa clinicamente efficace

di Paolo Calini e Giovanni Tagliavini

Il periodo che stiamo attraversando, l'emergenza determinata dalla pandemia di SARS-Cov2, nella sua eccezionale complessità sta creando situazioni di fondamentale importanza, che richiedono attente riflessioni.

Da settimane ormai sentiamo utilizzare apertamente dai mass media termini come guerra, eroe, trincea, campo di battaglia, coprifuoco. Le parole che utilizziamo sono importanti, perché definiscono aree di significato e precisi orizzonti di senso che, a loro volta, strutturano la realtà in cui ci troviamo immersi: stiamo combattendo contro un nemico sconosciuto e invisibile, mutevole ed estremamente aggressivo.

Questo è l'ambito all'interno del quale tutti noi viviamo da diverse settimane: da questo ambito deriva il vissuto di **minaccia** (pervasiva sia nello spazio che nel tempo) e la **risposta** da formulare, con tutto il suo carico di responsabilità, a tutti i livelli (personale, terapeutico, politico, sociale).

Minaccia e risposta alla minaccia: questo, in estrema sintesi, è il tema che desideriamo affrontare in questo ebook.

La **minaccia**, comunemente intesa, è qualcosa che accade all'esterno, al di fuori di noi; un evento, quindi, su cui non possiamo esercitare controllo. La **risposta**, per contro, è quanto accade dentro di noi in termini di reazioni fisiche (nel nostro corpo), emozionali e psicologiche.

Dal momento che l'essere umano è un organismo particolarmente complesso, tutte queste reazioni sono sempre sovrapposte e compenstrate tra loro: si influenzano reciprocamente e si estendono a cascata coinvolgendo aspetti relazionali, sociali, culturali, etici. Da qui deriva la straordinaria complessità della risposta alla minaccia che gli esseri umani

sono capaci di mettere in campo. Questo grande “ventaglio” comprende anche la risposta di *negazione*, che da tante parti abbiamo sentito all’inizio della pandemia.

In contesti di normalità, di quotidiana *routine*, la nostra percezione della realtà è stabile: di solito vengono confermate le aspettative che abbiamo sui comportamenti, nostri e degli altri. Quando, ad esempio, arrivo sul luogo di lavoro la mattina e saluto un collega con un sorriso, so anticipatamente che quel collega mi risponderà o meno con un sorriso in funzione dell’esperienza che io ho di lui e dell’esperienza che lui ha di me: la sua risposta è funzione della qualità del nostro rapporto, che conosco bene. Questo si traduce in un senso di **mastery** (padronanza), di possibilità di controllo sulla realtà. Il filosofo tedesco Edmund Husserl, padre fondatore della fenomenologia filosofica, nel 1931 scriveva: “***il mondo reale esiste solo nella presunzione costantemente prescritta che l’esperienza continui costantemente nel medesimo stile costitutivo***” (*Meditazioni cartesiane*).

Ci aspettiamo, quindi, che, in generale, le cose “vadano come ci aspettiamo”.

Condizioni eccezionali e straordinarie, come la pandemia SARS-Cov2, disarticolano e alterano completamente questa linearità dell’esperienza, la presunzione dell’aspettativa attesa, il suo stile costitutivo: conseguentemente disarticolano il mondo reale per come lo viviamo.

Non è certo l’obiettivo di questo ebook approfondire oltre questo tema così complesso. Ma, nell’evidenza della trasformazione del mondo reale così come lo conosciamo e così come ci attendiamo che sia (basti fare riferimento all’obbligo del distanziamento sociale come misura protettiva contro l’infezione, distanziamento che, per lo meno nella nostra cultura, è piuttosto innaturale), concetti come minaccia, risposta alla minaccia, stress, adattamento allo stress, evento potenzialmente traumatico e trauma possono assumere un significato più ampio, se volete meno tecnico: assumono certamente uno spessore più esistenziale e più vicino al nostro vissuto quotidiano.

Da alcuni mesi siamo di fronte ad una minaccia che altera completamente la nostra percezione del mondo e che impone la prescrizione di stili di esperienza innaturali, non consolidati, del tutto nuovi e pertanto non prevedibili. Anche se rimaniamo nel tessuto socioculturale, sia micro che macro, in cui siamo immersi, la risposta che metteremo in atto è del tutto personale e peculiare: essa, in ogni caso, rappresenta il nostro tentativo di adattamento integrativo ad un mondo trasformato e sconosciuto, un tentativo finalizzato a recuperare il senso di *mastery* (padronanza sul reale).

In questo senso, ognuno di noi risponde alla minaccia trasformativa in corso utilizzando gli strumenti che gli sono propri, che derivano dal proprio modo di fare esperienza, modo che ha molte diverse componenti: qualità e quantità delle risorse a disposizione, basi biologiche (in psichiatria biologica si direbbe: in funzione del temperamento), aspetti soggettivi legati alla percezione di sé all'interno delle relazioni e alla percezione dell'altro rispetto a sé stessi. Nel tentativo di ripristinare il senso di mastery e la prevedibilità del mondo, ognuno di noi cerca di "neutralizzare" lo stimolo nuovo e sconosciuto e prova a integrarlo nel proprio mondo di esperienze: ogni individuo lo farà in modo del tutto personale, individuale, idiosincratico.

Da ciò deriva che, nel fronteggiare una minaccia, ogni individuo avrà una reazione propria ed unica.

Di fronte ad un evento abnorme e minaccioso, quindi, saltano i nostri schemi precostituiti di anticipazione delle risposte ad una data situazione. Questo impone cautela nella valutazione delle risposte che potremo osservare negli altri: semplificando, dovremo considerare "normale" ogni reazione emotiva, anche molto intensa, se a causarla sono eventi come quelli che stiamo vivendo nelle ultime settimane. Questo, naturalmente, non significa accettare con passività qualunque cosa osserviamo nelle reazioni nostre e altrui, procrastinando possibili interventi atti a gestirla: non significa, cioè, abdicare al proprio senso etico e deontologico di curanti. Su questo tema, si ritornerà più avanti in questo ebook, nel tentativo di mettere in luce un possibile agire finalizzato e dotato di senso.

Una conclusione legata a queste prime osservazioni è quindi la seguente: **la reazione ad un evento abnorme può essere di qualunque tipo e di qualunque intensità.**

Ma di cosa stiamo parlando quando usiamo la parola “evento”?

Troppo spesso viene operata una equivalenza di significato tra trauma ed evento che lo ha scatenato. In questo modo si incorre nell'errore di diagnosticare una sindrome posttraumatica solo in funzione del fatto che una persona sia stata esposta a uno o più eventi estremi (intendendo con estremo un evento caratterizzato da una minaccia reale alla propria o altrui integrità fisica e vita). Si arriva quindi alla equivalenza (errata) per cui se un soggetto è stato esposto ad un evento estremo e manifesta sintomi a livello emozionale, psicologico e/o comportamentale, allora vuol dire che è stato traumatizzato.

L'aspetto problematico fondamentale in questo modo di ragionare è che non vengono poste due domande di essenziale importanza: **quali sintomi presenta la persona di cui stiamo parlando? E, ancora più importante, quale dinamica correla l'esposizione all'evento con i sintomi presentati?**

Per rispondere a queste domande bisogna ripartire dalla questione, basilare, delle reazioni psicofisiche individuali agli eventi stressanti.

Tutti noi, di fronte ad un evento fortemente stressante, manifestiamo una reazione psicofisica più o meno intensa e di durata variabile (pensiamo alla reazione che abbiamo quando siamo testimoni, per esempio, di un incidente stradale), tuttavia solo una parte degli individui esposti ad eventi estremi sviluppa una sindrome posttraumatica stabilizzata.

Di per sé, l'evento estremo ed abnorme ha quindi la potenzialità di indurre una sindrome traumatica; ma essere coinvolti in un evento estremo non significa automaticamente avere la certezza che tale sindrome si avveri, cioè che si inneschi il meccanismo patogenetico detto **traumatizzazione.**

Possiamo quindi ridenominare gli eventi ad alto livello di stress come “eventi **potenzialmente** traumatizzanti” (notare l’enfasi sull’avverbio, *potenzialmente*): è assolutamente fisiologico e normale che tali eventi causino risposte psicofisiche piuttosto intense e particolari, che fisiologicamente richiedono un certo lasso di tempo per diminuire, calmarsi ed estinguersi.

La descrizione dei vari aspetti di tali risposte è raggruppata nella definizione di **risposta acuta da stress**.

La base corporea di tale risposta si fonda sul funzionamento del nostro sistema nervoso autonomo: in particolare, per comprendere i meccanismi fisiologici ortosimpatici e parasimpatici (e la loro modulazione) che sono in azione in caso di minaccia grave e gravissima risulta preziosa la **Teoria Polivagale** di Stephen Porges, che verrà descritta in un altro capitolo di questo ebook.

La risposta acuta da stress, per quanto intensa, attiva fisiologicamente tutte le risorse (biologiche, emotive, psicologiche, relazionali, affettive, sociali) dell’individuo, legate alla sua sopravvivenza e al suo benessere: collettivamente queste risorse possono essere raccolte sotto l’ampio concetto “ombrello” di **resilienza**¹.

Essendo tutto il genere umano (*Homo sapiens*) dotato di notevole resilienza, nella maggior parte delle situazioni le risorse di resilienza prevalgono: questo porta la maggior parte degli individui a ritrovare uno stato di equilibrio in modo abbastanza rapido (da qualche ora fino a qualche giorno), con un ritorno del nostro arousal (livello di attivazione del sistema nervoso autonomo) allo stato precedente all’esposizione all’evento stressante. In tal caso, l’evento, seppur estremo, intenso, altamente stressante, non è stato traumatizzante, non ha attivato il meccanismo patogenetico che chiamiamo traumatizzazione. Un esempio: per alcuni giorni dopo l’esposizione a un evento molto stressante è possibile avere importanti disturbi del sonno ed un livello di allarme costante,

¹ Per chi è interessato in particolare all’argomento della resilienza, una trattazione molto completa è disponibile nel volume “*Resilienza e salute mentale. Le sfide nel corso della vita*”, di SM Sedgwick et al. (Fioriti Editore, 2016).

come se ci sentissimo sempre in pericolo, nonostante sappiamo perfettamente che il pericolo è passato. Questi segnali possono gradualmente attenuarsi fino a scomparire completamente ed in modo spontaneo.

La risposta acuta da stress non deve quindi essere in alcun modo considerata come un disturbo, rientrando in tutto e per tutto in una normale risposta fisiologica ad un evento abnorme.

Gli studi e le conoscenze psicofisiologiche e psicoterapiche su tutti i tipi di stress da una parte permettono di affermare che la resilienza degli esseri umani è potente e molto versatile (previene in molti casi il meccanismo di traumatizzazione), dall'altra ci aiutano a identificare situazioni in cui la resilienza durante lo stato di crisi acuta (come ad es. nel disturbo acuto da stress, vedi sotto) sia stata superata, "spezzata", e si sia instaurata la traumatizzazione con tutto il suo corteo sintomatologico (come nel disturbo da stress post-traumatico o PTSD).

Se desideriamo diventare più consapevoli della presenza di dinamiche traumatiche, di crisi o superamento della resilienza, dobbiamo quindi porre molta attenzione a quelle situazioni in cui i segnali/"sintomi" che hanno caratterizzato la fase di risposta acuta **non scompaiono in pochi giorni** ma invece rimangono numerosi, intensi, si consolidano e permangono per un periodo di tempo più lungo.

Questa condizione viene definita come **Disturbo acuto da stress**.

I sintomi possono essere molto vari, andando da vissuti di intrusione sensoriale (immagini, odori, rumori che erano associati all'evento, come ad esempio il vedere i fari dell'automobile con cui ho avuto un incidente frontale, sentire il rumore dello schianto delle lamiere, avere nel naso l'odore ed in bocca il sapore del sangue), alterazioni dello stato emotivo (come vissuti di profonda ed intensa tristezza o incapacità di tollerare frustrazioni o anche gratificazioni e momenti di felicità), comportamenti di evitamento delle situazioni che in qualche modo richiamano l'evento a cui siamo stati esposti (non riuscire più a guidare o a salire su un'automobile), sintomi di attivazione

simpatica (disturbi del sonno, irritabilità, ipervigilanza, ecc.) fino ad arrivare a sintomi più complessi, e soggettivamente molto inquietanti, come si verifica in alcune esperienze dissociative (come ad esempio vedersi fuori dal proprio corpo o avere la percezione di un'espansione abnorme del tempo, che non passa mai, o che al contrario "ci sfugge" a causa di amnesie più o meno lunghe in durata).

I sintomi dell'**area intrusività**, più degli altri, sono quelli che maggiormente caratterizzano le dinamiche di traumatizzazione come riattualizzazioni dell'evento passato nella quotidianità odierna.

É presente un "corto-circuito" tra passato e presente, poiché l'intrusione di una parte del passato nel presente mi fa vivere di nuovo il passato, perdendo, in qualche modo (talora parziale e breve, talora completo e/o prolungato) la "presa" sul presente e la distinzione, fondamentale, che ciò che è passato è terminato e non è più attivo nella sua compente di minaccia, inquietudine, senso di impotenza, disperazione, ecc. L'intrusività del passato è indubbiamente una delle cifre essenziali di qualunque esperienza autenticamente traumatica: l'evento traumatizzante viene *rivissuto*, non semplicemente ricordato. Girando nell'altro senso la stessa riflessione: quando un evento è traumatizzante non può venire ricordato in modo normale (è rimasto non elaborato, non digerito, come un corpo estraneo all'interno della psiche), e verrà di conseguenza evitato il più possibile. Ma più viene evitato, più tale evento "si carica di energia" (per venire ricordato e realmente elaborato) e tale energia crea una irruzione del contenuto traumatico nella vita psicofisica della persona, sotto forma di ri-vissuto, di riviviscenza traumatica.

Per convenzione, una durata inferiore a 30 giorni di questi disturbi viene definita e diagnosticata come **disturbo acuto da stress**². É una condizione che richiede attenzione clinica, almeno sotto forma di una consulenza/valutazione da parte di un professionista (psicologo psicoterapeuta o psichiatra) esperto. Se intrusioni, evitamento, disregolazione dell'arousal

² Per chi desidera conoscere con maggior precisione i criteri diagnostici ufficiali (secondo il DSM-5) può consultare la seguente pagina web: <https://bit.ly/dsadm5>

(attività del sistema nervoso autonomo) e disregolazione emozionale (rabbia, paura, tristezza, vergogna, senso di colpa) persistono oltre i 30 giorni, va valutata la possibile presenza di un disturbo da stress post-traumatico (PTSD, vedi le prossime pagine e i prossimi capitoli dell'ebook).

Va subito sottolineato che risultare traumatizzati da un evento o da una serie prolungata di situazioni estreme **non è un segno di debolezza psicologica**: come spesso afferma un grande maestro della psicotraumatologia contemporanea, il professor Onno van der Hart, “ognuno di noi ha il suo punto di frattura” che viene raggiunto e soverchiato dall'insieme della esperienza traumatizzante in corso. La dinamica di traumatizzazione riguarda un aspetto di fragilità che è certamente parte della condizione umana, vissuta da ognuno di noi, dal primo all'ultimo giorno della nostra vita (vedi il mito del “tallone d'Achille”, perfetta descrizione mitologica di tale condizione), condizione che non è assolutamente riconducibile a una banale dicotomia tra “forti psicologicamente” e “deboli psicologicamente”.

Al contrario, la dinamica della traumatizzazione (ovvero il superamento delle capacità di resilienza) è sempre il risultato di una complessa interazione tra l'evento, la situazione del momento, le vulnerabilità della persona (sia precedenti l'evento sia attivate dall'evento stesso) e le sue risorse disponibili (fisiche, psicologiche, relazionali) in quel preciso istante.

Dalla lettura di questi ultimi paragrafi possiamo iniziare a comprendere meglio come mai, pure essendo state esposte allo stesso evento abnorme, alcune persone vadano incontro ad una risposta acuta prolungata o ad un vero e proprio disturbo da stress post-traumatico, mentre altre possano ripristinare in maniera soddisfacente il proprio livello di attivazione simpatica in qualche ora.

L'evento di per sé, ripetiamolo, ha la caratteristica di essere potenzialmente traumatizzante per tutti gli individui esposti. Nuovamente, ribadiamo che non dobbiamo cercare nell'evento in sé la cifra del trauma. Un **evento** diventa effettivamente traumatizzante nel momento in cui soverchia la possibilità dell'individuo di adattarsi alla stimolazione eccessiva insita nell'evento stesso; ovvero, **l'evento diventa traumatizzante quando il suo impatto sovrasta**

ed annienta la resilienza dell'individuo, che vive questo peculiare stato come annichilimento, impotenza totale, come essere in totale balia di quanto ci accade senza poterne avere alcun controllo, come usurpazione della propria volontà da parte dell'evento.

In psicotraumatologia, il concetto di resilienza pertanto non è sinonimo di semplice adattamento, nel senso comune di capacità passiva di plasmarsi sui cambiamenti che la vita ci impone (si pensi al diffuso adagio popolare: ci si abitua a tutto) e non è solo la capacità di avere una risposta uguale e contraria finalizzata ad azzerare il cambiamento imposto dall'esterno.

La resilienza è, piuttosto, **una funzione attiva dell'individuo**, a volte volontaria e consapevole, a volte basata su capacità psicofisiche autonome e automatiche (strumenti innati e acquisiti) capace di ripristinare la risposta fisiologica che il nostro corpo mette in atto di fronte a condizioni cariche di energia e che possono potenzialmente soverchiare il nostro intero funzionamento corporeo e psichico.

Date queste premesse, a seguito dell'esposizione ad un evento potenzialmente traumatico -cioè un evento che possieda le caratteristiche intrinseche di soverchiare la resilienza dell'individuo esposto-, potremo osservare una *restitutio ad integrum* in alcuni individui (la maggior parte); in altri lo sviluppo di una sintomatologia che può essere anche invalidante ma che tende in breve tempo (al massimo entro quattro settimane dall'esposizione) a risolversi, anche grazie all'aiuto e alla consulenza di un professionista esperto; in altre persone ancora osserveremo invece il *consolidamento* di questa sintomatologia -dopo un periodo, considerato "standard", di 30 giorni dall'esposizione all'evento.

In quest'ultimo caso parleremo di **Disturbo da Stress Posttraumatico (PTSD)** caratterizzato dai **gruppi sintomatologici dell'intrusione** (di aspetti sensoriali estranei e connessi più o meno direttamente all'evento, che entrano nel campo di coscienza dell'individuo in condizione sia di veglia -immagini, rumori, suoni, odori o sapori esperiti durante l'evento che si ripresentano tali e quali a distanza di tempo- che di sonno -incubi notturni), **dell'evitamento** (di tutte le situazioni che in qualunque modo richiamino

l'evento in sé), **della disregolazione dell'arousal** (sistema nervoso autonomo) e **della disregolazione emozionale**.

Arrivati a questo punto, ci si pone un ulteriore problema, che la pandemia SARS-Cov2 ci presenta in tutta la sua dirompente potenza. Tutto quello che abbiamo detto fino ad ora si applica in maniera piuttosto semplice se l'evento potenzialmente traumatico è singolo e puntiforme (come accade per un incidente stradale), oppure se è possibile prendersi una pausa di osservazione dalle situazioni di stress continuativo in corso, riuscendo a valutare con un minimo di chiarezza e competenza i sintomi in corso, su se stessi o sulle persone che ci chiedono un parere o una consulenza in quanto sanitari.

Dobbiamo constatare, purtroppo, che la situazione è più complessa. La pandemia di SARS-Cov2 è tutt'altro che puntiforme e singola: ci stiamo convivendo e ne siamo esposti ormai da mesi. La pandemia sta ancora continuando, in parte nella sua parte più chiaramente epidemica, in parte attraverso le sue conseguenze, che stanno lentamente emergendo e che riguardano la salute, le relazionali sociali, la situazione economica di miliardi di esseri umani in tutto il pianeta. Dopo tutto questo tempo (mesi) di reazione al virus siamo ancora ben lontani dal poter ipotizzare e considerare una completa smobilitazione dall'emergenza: nell'emergenza siamo ancora immersi. Di conseguenza, siamo ancora ben lontani dal poterci pensare di nuovo al sicuro e protetti.

Il livello di stress a cui siamo stati acutamente esposti non sta calando completamente, anche se lo desidereremmo: in parte rimane immutato, in parte si sta trasformando, in quanto iniziamo a dover affrontare scenari diversi, legati non solo a una protezione e cura dell'aspetto più acuto dell'infezione (fase 1), ma anche alla necessità di ripristinare un livello più usuale di vita socio-lavorativa, mentre in virus è ancora in circolo (fase 2).

Anche le équipes sanitarie si trovano in questa doppia situazione, da una parte con l'obiettivo di mantenere le metodologie e le prassi operative necessarie per affrontare la patologia ancora in corso, dall'altra di ripristinare

una quotidianità clinica e un lavoro di équipe conosciuto e messo in atto da anni -legato a un ritorno alla “normalità”.

Mentre alcune persone stanno già vivendo, dolorosamente, una situazione di traumatizzazione (come disturbo da stress acuto o come PTSD), tutti noi siamo immersi in una difficoltà reale e molto umana, legata alla oggettiva fatica ad adattarci a condizioni pesanti e in gran parte imprevedibili, a eventi abnormi (emergenze, lutti gravi) e in gran maggioranza non usuali, di difficile decifrazione. Parliamo in questo non di problemi traumatici (nei quali la resilienza viene sopraffatta e il funzionamento dell'individuo in qualche modo si “spezza”), ma di **problemi di adattamento** nei quali la resilienza è “affaticata”, ma non soverchiata, e il funzionamento dell'individuo (o dei gruppi familiari, sociali, lavorativi) muta, si “deforma”, ma non si spezza. Utilizzando una analogia abbastanza precisa mutuata dall'ortopedia (un'altra branca medica competente, non a caso, di traumi), possiamo dire che **un ambito sono le fratture** (dove il disturbo acuto da stress è una frattura composta e il PTSD una frattura più netta, talora complessa, che necessita di un intervento specialistico, magari semplice ma mirato ed esperto come un gesso), **un altro ambito sono le contusioni**, che in primis hanno bisogno di una terapia sintomatica (riposo, ghiaccio, anti-infiammatori, attenzione e cura delle parti colpite, da parte del contuso in primis ma anche di chi gli sta intorno).

Solo in caso di contusioni multiple e invalidanti è necessario un intervento specialistico mirato: spostandoci di nuovo in ambito psicodiagnostico, utilizziamo in tal caso la descrizione clinico-diagnostica di **disturbo dell'adattamento, o DdA**.

Approfondiamo un attimo il tema, molto ampio, delle dinamiche legate all'adattarsi/abituarsi a situazioni e periodo stressanti. Osservando cosa ci sta accadendo in attualità, questi temi si ripropongono con forza: stiamo infatti tentando di riprendere il controllo della situazione, in una condizione durevole che implica, con regolarità, una minaccia solo un poco più conosciuta di quanto fosse alcune settimane fa. Ci si chiede di continuare ad andare avanti a vivere, riprendendo modalità sospese per 2-3 mesi, pur sotto la costante

minaccia della morte, della malattia, della discontinuità, dell'interruzione dei ritmi, delle ritualità e delle consuetudini. Dobbiamo costruirci delle difese per sopravvivere nel costante pericolo del contagio e delle sue conseguenze. Ci troviamo quindi nella necessità di trovare un equilibrio fra i continui stimoli che tendono a soverchiare le nostre capacità di resilienza e la necessità di andare avanti nella quotidianità.

In qualche modo dobbiamo regolare il nostro sistema autonomo; non possiamo esporci continuamente ad un tale livello di stress senza poterci autoregolare. L'abituazione ci permette di raggiungere questo obiettivo ma ad un prezzo non sempre accessibile. Certamente, come dice il popolare adagio: *ci si abitua a tutto*. Molto spesso è vero (tranne per ciò che ci risulta traumatico), ma c'è sempre un costo a questo abituarsi, e a volte il costo risulta troppo alto e faticoso: in tal caso è utile poter dire che lo sforzo di abituarsi si trasforma in una situazione che richiede cura specifica, che convenzionalmente chiamiamo disturbo d'adattamento.

Utile fare un esempio di una fatica da adattamento in ambito lavorativo sanitario. Un operatore di rianimazione (medico o infermiere) è abituato a gestire la sofferenza e la morte del paziente e le conseguenze di questo evento potenzialmente traumatizzante sui famigliari e su se stesso in quanto operatore; da operatore esperto e professionale svolgerà i suoi compiti con umanità ed attenzione, prestando cure che vanno ben oltre gli aspetti prettamente tecnici rappresentati da un esame clinico-diagnostico o da una procedura terapeutica: lo fa occupandosi il più possibile della persona, garantendone la dignità, la riservatezza, l'autodeterminazione, prestando attenzione ai bisogni anche psicologici. Ciò che caratterizza ogni operatore sanitario esperto ed efficace è proprio questa capacità di rispondere, abbastanza contemporaneamente, a vari livelli e tipologie di bisogno dei pazienti.

In molti modi la pandemia di SARS-Cov2 ha provocato uno stravolgimento delle nostre competenze e della nostra professionalità di curanti. Uno dei (purtroppo molti) aspetti è legato a questioni basilari di protezione e sopravvivenza. Va ricordato che nella **descrizione dei bisogni** di ogni

individuo, proposta da Abraham Maslow tramite una famosa figura a piramide, alla base troviamo il bisogno di essere al sicuro e venire protetti. Il personale ospedaliero, in particolare quello dei reparti intensivi e subintensivi, è stato coinvolto in una realtà, durata molte settimane, di continuo stravolgimento di tali bisogni, sia per un aumento delle situazioni che necessitavano cure ad alto livello di intensità e specializzazione, sia per un incremento del numero dei decessi a cui neanche gli operatori di rianimazione erano abituati.

Già solo questo livello di stravolgimento ha portato intensa fatica di adattamento.

Ad esso si sono sommate molte altre situazioni di stravolgimento della vita ordinaria nella vita di ogni operatore, sia a livello professionale che personale e familiare (citiamo solo ad esempio quante preoccupazioni di infezione, mai prima vissute, sono nate riguardo al tornare ogni giorno a casa dall'ospedale e incontrare il partner, i propri bambini o familiari anziani).

Risulta ovvio che è e sarà alto il costo fisico ed emotivo di occuparci dei bisogni di sicurezza e protezione dei nostri pazienti nel momento in cui ci troviamo nel paradosso che, per poter concretizzare questa nostra *mission* professionale, stiamo mettendo in discussione i nostri personali bisogni di sicurezza e protezione. Pensando concretamente a questo costo come a una spesa energetica, osservando la colonna delle “uscite” sul mio conto corrente, riuscirò a fare un bilancio, riuscirò a rendermi conto se sto “andando in rosso”?

Questa domanda è cruciale e incoraggiamo ognuno a farsela, non appena la situazione emergenziale al lavoro recederà.

Il rischio, se non valutiamo la nostra **fatica di adattamento**, sarà, nella migliore delle ipotesi affrontare il lavoro tornato “abbastanza normale” senza l'energia sufficiente, quindi sentendoci costantemente “col fiato corto”. Nella peggiore delle ipotesi non daremo importanza a sensazioni, vissuti, comportamenti che sono già da considerarsi come sintomi (cioè aspetti

problematici che richiedono cura) di un vero e proprio disturbo dell'adattamento che porta danno a noi e all'ambiente intorno a noi (soprattutto: lavorativo, familiare e amicale).

Un possibile segnale di fatica di adattamento è la nascita di una sorta di *fatalismo cinico*: pensare “*tanto tutti moriamo prima o poi, è soltanto arrivata la sua ora*” indubbiamente ci permette di riprendere la nostra quotidianità (di autoregolarci) ma a scapito della ricchezza e della profondità che avevamo prima nel nostro lavoro. Il cinismo costituisce uno dei primi segnali di difficoltà di adattamento a condizioni di stress estremo in ambito lavorativo (oltre al primo segnale di una prossima capitolazione del nostro ruolo professionale di curanti). Perdere di vista la deontologia ed il senso etico durante un lavoro, perdere di vista il proprio ruolo, significa perdere la propria identità professionale, e di conseguenza lesionare anche parte del senso di identità personale.

La **sindrome da burn-out**, con perdita talora completa di motivazione in ambito professionale -fino a un senso di alienazione-, è un buon paradigma per descrivere, osservare e diagnosticare molti aspetti di disturbo dell'adattamento (DdA) conseguente a grave stress lavorativo.

Se desideriamo applicare le conoscenze sul burn-out nel campo del lavoro sanitario (sia per noi stessi, per valutare il nostro livello di fatica di adattamento, sia per l'ambiente intorno a noi, al fine di pianificare interventi di miglioramento dello stress tra i sanitari) è utile conoscere anche il concetto, sempre proveniente dalla letteratura anglosassone di **compassion fatigue**, termine sicuramente più suggestivo, evocativo ed efficace del suo corrispettivo italiano di *trauma vicario*. La osservazione e valutazione della *compassion fatigue*³ può certamente portare beneficio per molte delle condizioni di “malessere professionale”, in cui assistiamo ad un sovraccarico della resilienza sia individuale che gruppale ed organizzativa (pensiamo alle riorganizzazioni degli ospedali per approntare reparti Covid che hanno determinato lo scioglimento di équipes consolidate ed il loro

³ Per una trattazione approfondita di questo tema si rimanda al lavoro fondativo di Charles Figley: “Compassion Fatigue”, Ed. Routledge, New York, 1995).

rimescolamento, comportando per necessità proprio il rischio di riduzione della resilienza offerta dal gruppo).

Oltre al burn-out e alla compassion fatigue, nella valutazione del disturbo di adattamento (DdA) nel personale sanitario va aggiunta particolare attenzione all'allargamento “a macchia d’olio” dei sintomi **al di fuori dell’ambito lavorativo**.

Molti segni e sintomi di DdA coinvolgono infatti: 1) il **funzionamento individuale** soprattutto riguardo alla regolazione corporea (con insonnia, dolori migranti, somatizzazioni talora gravi, esordio di malattie o aggravamento di patologie pre-esistenti, ad es. ipertensione, diabete, nevralgie, problemi autoimmuni) e riguardo alla regolazione emozionale (con manifestazioni in particolare ansiose e depressive); 2) **la vita relazionale e affettiva**, con estensione a livello personale e familiare delle difficoltà nate sul lavoro (senso di estraneità e distanza con persone prima a noi care, atteggiamento cinico o polemico coi nostri familiari, aumento della litigiosità e irritabilità nei loro riguardi, fino alla violenza verbale o fisica, ecc.).

Molto frequente, come modalità auto-prescritta di “autocura” del disagio emotivo da DdA, **il ricorso a sostanze d’abuso** (tranquillanti, alcool, cannabis, cocaina) e a dipendenze comportamentali (gioco d’azzardo, dipendenza da internet, ipersessualità, *sensation seeking* grave con comportamenti ad alto rischio).

In conclusione, parlare di stress, resilienza, adattamento (e i suoi disturbi) e traumatizzazione significa muoversi all’interno di un ambito ampio e complesso, ma esplorabile mediante punti di reperi e utilizzando strumenti di orientamento specifici.

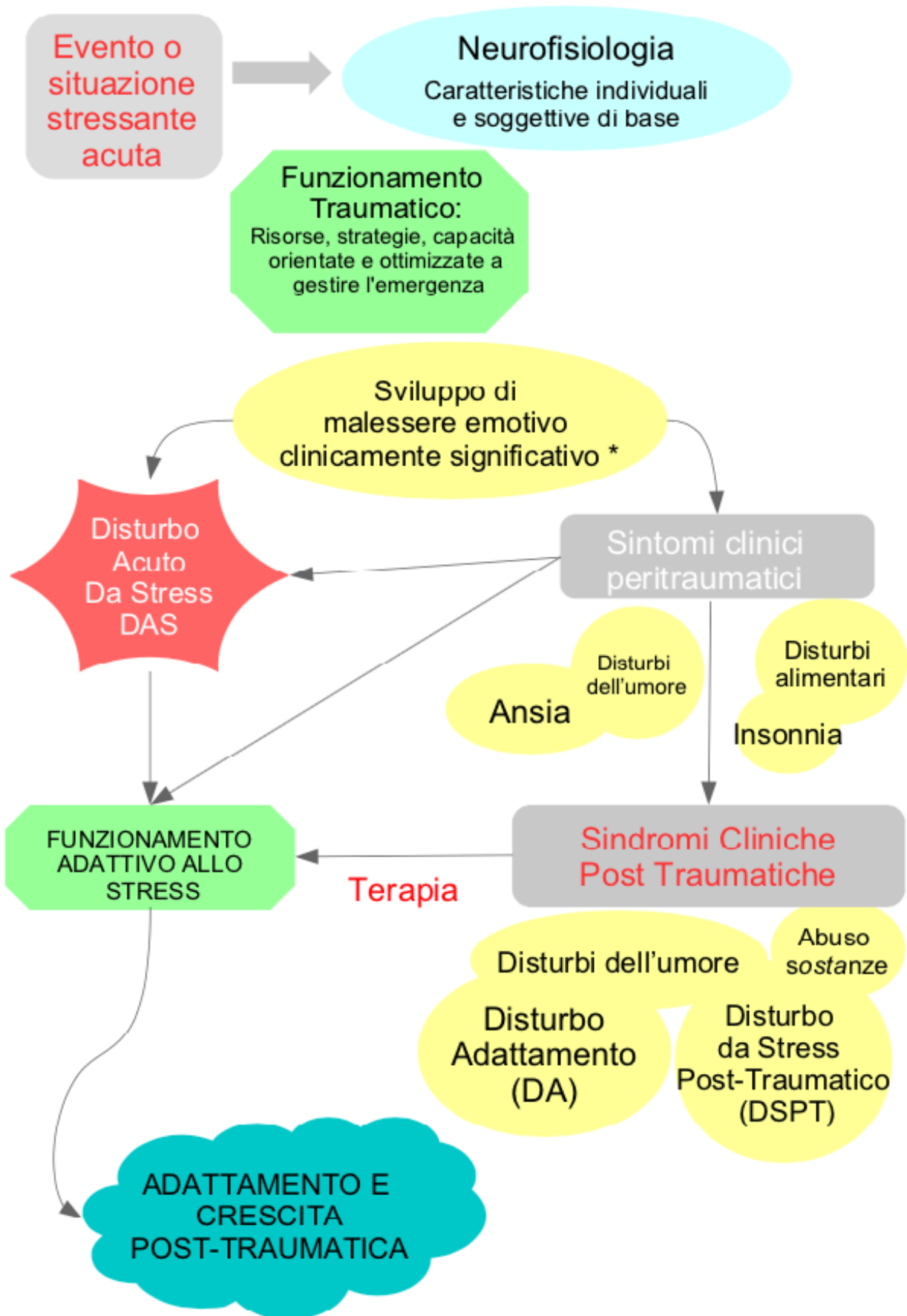
Ogni sanitario ha la possibilità (e aggiungerei il dovere) di utilizzare le proprie competenze di cura, già presenti e a disposizione grazie alla propria formazione professionale, per informarsi in merito, anche tramite questo ebook, e procedere innanzitutto ad una auto-valutazione del proprio livello di stress e di fatica di adattamento.

Il passo ulteriore, sempre utilizzando le proprie competenze terapeutiche, è quello di decidere di mettere in atto un piano di cura personale, piano che potrà o meno includere l'intervento di un professionista competente nell'area dello stress e del trauma.

Incoraggiamo Voi lettori a **chiedere il consiglio di un esperto** se doveste avere dubbi sulla completezza della Vostra indagine auto-valutativa sullo stress percepito e vissuto; se persone care intorno a Voi Vi segnalassero Vostre modalità di sofferenza emotiva e/o comportamentale prima non presenti; se il livello di fatica di adattamento fosse globalmente alto o se i segnali di tale fatica fossero pochi ma intensi (probabile presenza di disturbo dell'adattamento), se Vi doveste riconoscere nella descrizione di professionista in burn-out o con compassion fatigue, se dopo oltre un mese dall'inizio degli eventi stressanti viveste in modo stabile gran parte o tutti i sintomi di PTSD (intrusione, evitamento, disregolazione emozionale e della attività del sistema nervoso autonomo).

Allo stesso modo, incoraggiamo i lettori che hanno responsabilità di coordinamento e di management/direzione di équipe ad attivare lo stesso pensiero valutativo-terapeutico focalizzandolo non sul singolo ma sulle modalità di funzionamento e il livello di stress/disturbo di adattamento/trauma della équipe che dirigono.

Nelle prossime pagine approfondiremo molti temi accennati in questo capitolo, con la speranza di arricchire il vostro bagaglio di conoscenze riguardo a cura del corpo, dello stress e dei problemi post-traumatici.



* Per approfondimento completo degli aspetti diagnostici: DSM 5, ICD-11

PARTE PRIMA: COMPRENDERE

“L'essenza del trauma è che è travolgente, incredibile e insopportabile. Ogni paziente richiede che si accantoni il senso di ciò che è normale e si accetti il confronto con una duplice realtà: la realtà di un presente relativamente sicuro e prevedibile, che vive a fianco con un passato catastrofico e sempre presente.”

BESSEL VAN DER KOLK, Il corpo accusa il colpo

I SEGNI DEL TRAUMA

di Camilla Marzocchi

Cosa intendiamo per trauma psicologico?

Tràuma s. m. [dal gr. τραῦμα (-ατος) «ferita»] (pl. -i). – 1. In medicina, lesione prodotta nell'organismo da un qualsiasi agente capace di azione improvvisa, rapida e violenta. 2. a. In psicologia e in psicanalisi, t. psichico, turbamento dello stato psichico prodotto da un avvenimento dotato di notevole carica emotiva. b. estens. e fig. Grave alterazione del normale stato psichico di un individuo, conseguente a esperienze e fatti tristi, dolorosi, negativi, che turbano e disorientano (fonte).

Nella storia della psicopatologia sono state date numerose definizioni di trauma psicologico e lo stesso studio del trauma e delle sue conseguenze psichiche è stato oggetto di continua ricerca, proprio nel tentativo di riformulare e ridefinire le categorie diagnostiche e i sintomi riconducibili ad eventi avversi. In generale possiamo definire il trauma psicologico, come la **conseguenza di un evento fortemente negativo e minaccioso** per la vita, che genera una frattura emotiva nell'individuo e/o nella comunità che lo vive, tale da minare il senso di stabilità, di sicurezza, di identità e di continuità fisica e psichica della persona o delle persone che si sono trovate ad affrontarlo.

In psicotraumatologia:

"Per trauma in psicopatologia si intende un'esperienza minacciosa estrema, insostenibile, inevitabile, di fronte alla quale un individuo è impotente." (Hermann, 1992b; Krystal, 1988; Ven der Kolk, 1996)

Il Manuale Diagnostico dei Disturbi mentali (DSM 5) riporta:

"La sofferenza psicologica che segue l'esposizione ad un evento traumatico o stressante è molto variabile. É chiaro tuttavia che molti individui che sono stati esposti mostrano un fenotipo in cui, piuttosto che sintomi basati sull'ansia o sulla paura, le caratteristiche cliniche

più evidenti sono: sintomi anedonici e disforici, sintomi di rabbia e aggressività esternalizzate o sintomi dissociativi. A causa della variabilità di tali manifestazioni, i disturbi conseguenti a traumi emotivi sono stati raggruppati in una categoria a parte: Disturbi correlati ad eventi traumatici e stressanti.”

In particolare, nel **Disturbo da Stress Post Traumatico (PTSD)**, l'evento traumatizzante, inteso come situazione causale di sintomi post traumatici - viene definito come un accadimento che espone la persona a morte o ad una minaccia di morte, grave lesione oppure violenza sessuale, in uno o più dei seguenti modi:

- 1) fare esperienza diretta dell'evento
- 2) assistere a un evento traumatico **accaduto ad altri (*trauma vicario*)**
- 3) venire a conoscenza di un evento traumatico accaduto a un membro della famiglia oppure a un amico stretto. In caso di morte o minaccia di morte, l'evento deve essere stato di natura accidentale o violenta;
- 4) fare esperienza di una ripetuta o estrema esposizione a dettagli crudi dell'evento traumatico (es: primi soccorritori che raccolgono resti umani, agenti di polizia ripetutamente esposti a dettagli sugli abusi dei minori)

Rientrano in questa categoria: abuso sessuale, aggressione, lutto, incidente, malattia, calamità naturali.

Possiamo definire stressanti tutti gli eventi sentiti come negativi per l'individuo e che causano sofferenza psicologica e fisiologica: se tali eventi, superando la capacità di elaborazione del singolo, creano fratture (*dissociazione post-traumatica*) nel funzionamento del Sé, verranno definiti traumatici.

Quando alcuni eventi espongono l'individuo alla minaccia di vita, si possono innescare delle **risposte fisiologiche di difesa** che restano attive più del necessario e lasciano l'individuo "bloccato" nel tempo del trauma e "costretto" a riviverne le sensazioni, le emozioni e i pensieri, fino a perdere talora il contatto con il presente.

Come riconoscere i sintomi del PTSD?

I sintomi del PTSD riguardano soprattutto l'evento singolo vissuto e sono il risultato dell'impossibilità della mente di elaborare il ricordo in modo funzionale e collocarlo nella memoria semantica e autobiografica. Il risultato è che molti **frammenti del ricordo** non sono integrati e continuano a riaffiorare alla mente in modo frammentato, facendo sentire la persona ancora in pericolo nel presente, o con difficoltà di gestione emozionale, quando l'evento scatenante è ormai passato.

I cluster di sintomi più frequenti riguardano:

- 1) sintomi di **evitamento** (tentativi di evitare di pensare all'evento, di rievocare elementi essenziali del ricordo, di trovarsi nel luogo dell'evento o in luoghi che lo ricordano)
- 2) sintomi **intrusivi** (immagini e flashback dell'evento, pensieri ricorrenti e intrusivi su evento, intensa o prolungata sofferenza psicologica all'esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che ricordano l'evento, marcate reazioni fisiologiche a fattori scatenanti)
- 3) sintomi legati a disregolazione dell'**arousal** (fisiologica attivazione del sistema nervoso autonomo): comportamento irritabile o esplosioni di rabbia, comportamento spericolato o autodistruttivo, ipervigilanza, esagerate risposte di allarme, problemi di concentrazione, difficoltà relative al sonno, decadimento apparente delle funzioni cognitive)
- 4) **alterazioni negative** del pensiero e delle emozioni (amnesia verso parti importanti dell'evento, persistenti, pervasive ed esagerate convinzioni negative relative a se stessi, agli altri o al mondo, persistenti e distorti pensieri di colpa e responsabilità verso l'evento o le conseguenze dell'evento, marcata riduzione di interesse verso attività significative, sentimenti di distacco ed estraneità verso gli altri, persistente incapacità a provare emozioni positive).

“Quando non è possibile resistere né fuggire, il sistema umano di auto-difesa viene sopraffatto e si disorganizza. Ogni aspetto della normale risposta al pericolo, avendo perso la sua utilità, tende a permanere in una modalità alterata ed amplificata per molto tempo dopo che l’effettiva situazione di pericolo è terminata”.

Judith Herman, 1992

VERDE, GIALLO, ROSSO: LA TEORIA POLIVAGALE DI STEPHEN PORGES

di Raffaele Avico

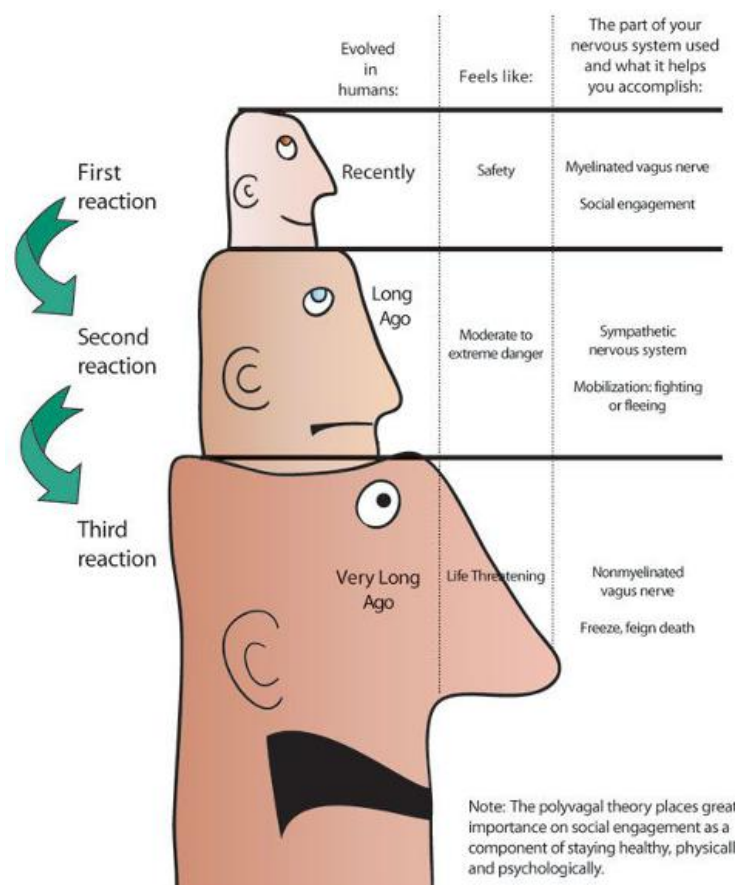
Un recente contributo di grande importanza per comprendere la visione psicotraumatologica di alcune realtà cliniche è rappresentato dalla **Teoria Polivagale** del Prof. Stephen Porges, neurofisiologo statunitense. Tramite tale proposta è possibile osservare le basi neurofisiologiche delle risposte corporee di fronte a minacce.

Il modello proposto da Porges rappresenta una prospettiva nuova di lettura delle problematiche psichiche a partire da alcuni assunti che possono essere così sintetizzati:

1. **Ogni volta che reagiamo a uno stimolo**, attiviamo una risposta neurofisiologica di diversa intensità che dipende da come valutiamo lo stimolo stesso (se più o meno preoccupante, più o meno pericoloso): questo processo avviene in modo pre-cognitivo, al di sotto del livello della coscienza (o, più precisamente, in modo tanto rapido da essere al di fuori delle tempistiche di realizzazione cosciente della reazione stessa).
2. Il processo di valutazione della pericolosità dello stimolo è chiamato **neurocezione**; è plausibile che la soglia di attivazione dell'allarme si sposti in alto o in basso a partire da fattori soggettivi (come la storia personale di attaccamento, o fattori temperamentali)
3. La risposta neurofisiologica del corpo rappresenta quanto un certo stimolo ci attiva: quanto ci allarma o quanto al contrario ci comunica un senso di stabilità e tranquillità. Esistono degli indizi di pericolo che il cervello intuitivamente e pre-cognitivamente riconosce, che dipendono da elementi non verbali, come prosodia della voce di chi ci parla, lettura

della parte superiore del volto degli esseri umani o degli animali di fronte a noi, postura, frequenza dei suoni percepiti (siamo ad esempio più portati a interpretare le frequenze basse come pericolose). Tutti questi indizi ci portano a valutare un certo stimolo come più o meno pericoloso).

A seguito del processo di neurocezione, esistono tre possibili risposte associate a tre differenti vie neurali, come sintetizzato in figura e in seguito approfondito:



Le tre risposte sono mediate da:

1. NERVO VAGO VENTRALE, che innerva la maggior parte degli organi sovra-diaframmatici (evoltivamente è più recente)
2. SISTEMA NERVOSO SIMPATICO

3. NERVO VAGO DORSALE, che innerva gli organi sotto-diaframmatici (evolativamente più antico)



Per capire i diversi tipi di risposta, Porges suggerisce di usare l'immagine del **semaforo**, dove a ogni colore corrisponde un diverso assetto di attivazione neurofisiologica, e un comportamento finale differente:

1. **RISPOSTA VERDE.** Lo stimolo è interpretato come non pericoloso o moderatamente attivante: viene coinvolto il nervo vago ventrale, che innerva i muscoli del volto (in particolare è coinvolta la parte superiore del viso, maggiormente espressiva) e gli organi sovra-diaframmatici, e ha la funzione di modulare la risposta del sistema nervoso simpatico frenandone l'attivazione (il "freno vagale"). Questo circuito viene definito Social Engagement System (SES, Sistema di Coinvolgimento Sociale), e rappresenta la risposta sociale del sistema nervoso autonomo alle nostre necessità di protezione e sicurezza. Attraverso il SES, noi cerchiamo il contatto oculare e somatico con l'altro, situazione che ci permette di modulare il nostro stato neurofisiologico a partire dalla vicinanza/contatto con questo "altro" (che sia un uomo, una donna, un animale, eccetera). In questo stato, cerchiamo idealmente una risposta di **immobilità senza paura**, cioè uno stato di tranquillità in presenza dell'altro. Questo tipo di risposta rappresenta una risposta socialmente adeguata, in presenza di qualsivoglia stimolo, nel corso della nostra quotidianità. Il problema si presenta quando lo stimolo viene percepito

come pericoloso: in questo caso vi è una risposta di mobilitazione (risposta gialla).

2. **RISPOSTA GIALLA:** pre-cognitivamente, attraverso la neurocezione, interpretiamo lo stimolo come molto pericoloso. Interviene il sistema nervoso autonomo simpatico che ci porta ad attivarci in due modi: in un primo momento cerchiamo la fuga; poi, quando questa non è possibile, produciamo un attacco allo stimolo/"predatore". Questa risposta è primitiva ed è definita di attacco/fuga (in inglese è flight/fight, che rappresenta anche la sequenza esatta dei comportamenti, con la fuga come prima risposta, l'attacco come ultima risorsa). L'attivazione del sistema nervoso simpatico avviene perché i precedenti - gerarchicamente- sistemi di modulazione della risposta fisiologica (il Social Engagement System) non hanno funzionato; essendo *bypassato* (cioè disattivato) il SES, la risposta attacco e fuga non tiene conto dell'altro: è una risposta non sociale. Questa risposta conduce idealmente a una mobilitazione, ad un movimento.

3. **RISPOSTA ROSSA:** quando lo stimolo è soverchiante, e si percepisce un reale rischio per la vita, il Sistema Nervoso Autonomo mette in atto una risposta molto antica, attivando la via del nervo vago-dorsale (risposta dorso-vagale), che conduce al collasso dei sistemi di risposta sia in termini di mobilitazione (attacco e fuga) che in senso pro-sociale, e produce il comportamento di feigned death (finta morte): la persona sviene (sincope dorso-vagale) oppure vengono prodotti sintomi di natura dissociativa in cui la mente si distrae da se stessa, annullandosi. Vengono attivati gli organi sotto-diaframmatici, con attivazione gastrointestinale (nausea, talora vomito e rilascio sfinteri), poiché sono innervati dal ramo dorsale del nervo vago. Meno sangue ed energia va agli arti, con senso di debolezza, anestesia, analgesia, il cuore rallenta e si ha broncocostrizione (fiato corto, tosse). Evoluzionisticamente la finta morte ha avuto una funzione di difesa estrema in casi di soverchiante pericolo proveniente da un predatore. Un **video molto interessante** e completo su queste reazioni dorsovagali, dette anche di immobilità

tonica, negli animali (uomo compreso) è stato prodotto dal Prof. Carlo Clerici della Università di Milano, ed è visibile a [**questo link**](#).

Considerando gli aspetti più clinici, queste tre differenti risposte, mediate da circuiti nervosi distinti, possono essere messe in atto in differenti situazioni di eventi vissuti come soggettivamente pericolosi o quasi mortali.

Ricordiamo che la risposta psicofisiologica avviene pre-cognitivamente, prima e al di sotto del livello della coscienza. La risposta all'evento altamente stressante dipende dalla "rappresentazione neurocettiva" (livello di pericolo) che la persona fa dell'evento stesso mentre lo sperimenta.

La rappresentazione che ogni individuo fa dello stimolo/evento è genealogicamente connessa alla propria storia di vita, ed è figlia dei ricordi relazionali conservati dalla persona: in questo senso essa è **sempre soggettiva** e collegata a quello che la persona ha già vissuto in passato.

La possibilità di rispondere seguendo tutte e tre le vie (SES, flight/fight, all'occorrenza una risposta dorsovagale) in modo adeguato e proporzionato al contesto rappresenta un modo adattivo di affrontare le difficoltà nel quotidiano ed è indicativo di un buon equilibrio psicofisiologico globale. Uno stile di modulazione troppo incentrato solo su una singola delle tre possibili modalità risulterebbe disadattativo.

In linea con le considerazioni espresse precedentemente e riprese da Giovanni Liotti nel suo volume *Sviluppi Traumatici*, la teoria polivagale conduce a una ri-lettura possibile di alcune diagnosi: per esempio, una depressione potrebbe essere riletta e ripensata come una risposta dorsovagale "cronicizzata" messa in atto nel contesto di uno stress traumatico complesso. In altre parole, è possibile che uno stress traumatico protratto assuma le forme cliniche di una depressione- intesa nel senso usuale del termine.

MEMORIA, COSCIENZA E CORPO: TRE AREE DI IMPATTO DELLO STRESS POST TRAUMATICO

di Raffaele Avico

Vivere uno stress post-traumatico significa essere stati esposti a uno o più eventi che hanno messo a rischio l'incolumità fisica o mentale di un individuo. Pensiamo per esempio a incidenti d'auto, episodi a forte impatto come una guerra civile, o ancora terremoti e disastri naturali in genere. Dobbiamo pensare a un evento che irrompe nella vita del soggetto creando uno **spartiacque** tra le esperienze della sua vita. A seguito di un evento traumatizzante, esisterà sempre un prima e un dopo, con la vita divisa in due parti, come un testo suddiviso in due grandi capitoli, separati dall'evento in questione.

L'elemento centrale, e più importante da tenere a mente, è che l'evento e la susseguente dinamica di traumatizzazione mettono in crisi il senso di **stabilità e sicurezza** di un individuo, rendendolo meno "saldo sui suoi piedi", per così dire, e causandogli uno stato di costante mancanza di sicurezza percepita, apparentemente invincibile.

La sensazione di non avere luoghi protetti o sicuri dove poter riposare la mente e trovare ristoro, diventa in poco tempo talmente impegnativo, da creare nel soggetto uno stato di esaurimento psichico spesso confuso con depressione.

Il **PTSD** (disturbo da stress post traumatico) è stato studiato in particolare su soggetti provenienti da contesti di guerra: pensiamo per esempio al film *American Sniper*, dove il protagonista al ritorno da condizioni di guerriglia civile e costretto in quell'ambito a eseguire molteplici omicidi per ragioni militari, precipita in una sorta di incubo a occhi aperti che lo porta lentamente a svuotare di significato le sue relazioni attuali e a una sorta di completo ritiro sociale.

Il PTSD è stato definito anche una patologia della *memorizzazione*. Perché?

A seguito di un evento traumatizzante, il meccanismo di elaborazione e di immagazzinamento dei ricordi si altera, ed è come se nel flusso dei ricordi della persona coinvolta si impiantassero **ricordi vividi**, che tenderanno a rimanere **inalterati nel tempo** e a ripresentarsi alla coscienza della persona senza perdere il proprio potere allarmante e attivante sul piano fisico.

Per questo infatti si dice che l'esperienza traumatica non viene ricordata, ma *rivissuta*.

Il concetto centrale, che permette tra l'altro di fare una sorta di diagnosi semplificata di PTSD, è che il ricordo traumatico mantiene la sua vividezza per molto tempo a seguito del trauma e che l'accedere a questi ricordi procura una **forte attivazione a livello fisico** in termini di palpitazioni, tachicardia, senso di panico, o al contrario senso di distacco e alterazione dello stato della coscienza (e in questo caso parliamo di tipologia di PTSD con sintomi dissociativi).

Un aspetto che è importante tenere a mente, è che il PTSD ha delle ripercussioni su **tre aree** del funzionamento della persona, principalmente.

1. La prima area è quella, come dicevamo prima, della **memoria**. In altre parole, alcuni ricordi rimangono come incagliati nel flusso di ricordi e pensieri, divenendo disturbanti e attivanti, non diventando mai cose passate, ma permanendo con il loro carico ingombrante nel presente dell'individuo, in questo modo eclissandone, per così dire, anche l'idea di futuro.
2. La seconda area è quella della **coscienza**, intesa come capacità di vigilanza e orientamento, non sempre garantiti dal PTSD soprattutto se in presenza di sintomi, come dicevamo, dissociativi. I **sintomi dissociativi** sono il risultato di un'alterazione a scopo difensivo della coscienza che si restringe per evitare di consentire l'accesso ai ricordi traumatici, si deforma perché l'attenzione diviene un'**attenzione selettivamente evitante** di tutto

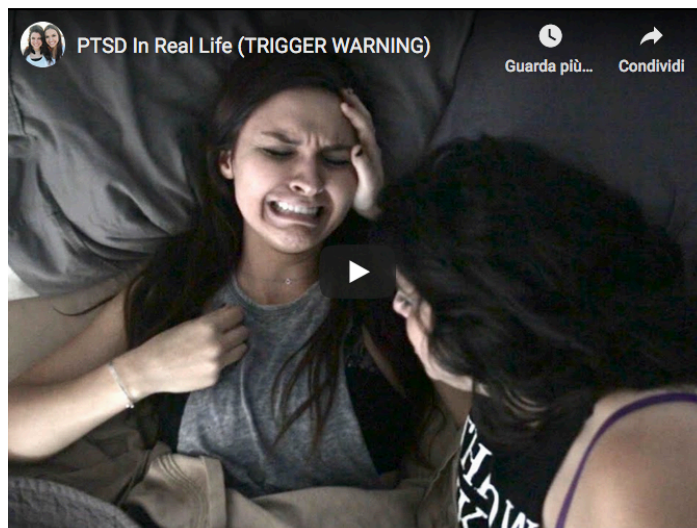
ciò che potrebbe anche lontanamente ricondurre all'esperienza traumatica, e si "intorbidisce" a seguito di un processo di *detachment*, ovvero di dissociazione leggera che avviene a scopo di difesa dai percetti mnestici a contenuto traumatico. Mentalmente diventiamo perfettamente capaci di evitare tutto ciò che potrebbe innescare (*trigger*) il ricordo traumatico: non sarà solo quindi un evitamento di fotografie, strade, luoghi, persone, per fare esempi banali, ma saranno anche ricordi e luoghi della memoria a diventare per noi oggetto di evitamento, rendendoci di fatto discontinui e spesso (in apparenza) deficitari a livello cognitivo.

3. Terzo ambito, molto importante, è l'area del **corpo**. Il trauma si incarna e diviene corpo a causa delle ripercussioni neurofisiologiche dello stesso evento traumatico sul corpo. Peter Levine, psicotraumatologo di importanza mondiale, sostiene che per esserci trauma debbano esserci, insieme, paura e immobilità. Questo significa che per essere veramente traumatico, un evento dovrà, oltre che terrorizzarci, impedirci una fuga reale o simbolica, obbligandoci di fatto a tenere "tutto dentro di noi". Questo però vorrà dire vivere le ripercussioni del trauma in modo corporeo per molto tempo dopo l'evento. Non saremo cioè in grado di **dissipare** il trauma, come fanno gli animali più velocemente di noi, attraverso il corpo: anzi, **il corpo "accuserà il colpo"** riattivandosi in senso di allarme ogni volta che ripenseremo all'evento traumatizzante, alterandosi con più o meno violenza, in modo soggettivo. Spesso noteremo inoltre che il ricordo traumatico produrrà un'alterazione neurofisiologica a "*dente di sega*", ovvero, fino a una certa soglia riusciremo a gestire un certo attivarsi del corpo impegnato nella gestione degli effetti allarmanti del ricordo del trauma; dopo una certa soglia, sarà possibile osservare una sorta di crollo e il precipitare del nostro stato di coscienza entro una sorta di zona grigia di *numbing* (ottundimento), di distacco dissociativo utile, da una parte, per proteggerci, ma a costo di alterare, a volte in modo pesante, il nostro stile di vita.

Ricapitolando, il Disturbo da stress post traumatico (PTSD) è un disturbo che ci può cogliere di sorpresa, interferendo con le nostre abilità di memoria, con il nostro stato di coscienza e con l'integrità delle nostre funzioni corporee.

VIVERE IL POST-TRAUMA: UN VIDEO PER CAPIRE

di Raffaele Avico



[APRI QUI](#)

(nota: è possibile che i contenuti possano sollecitare in modo disturbante la sensibilità di alcuni)

Il disturbo da stress post-traumatico (PTSD) può essere genericamente definito come un insieme di sintomi che si presentano dopo **almeno 30 giorni** da un evento, unico o ripetuto, che supera la capacità di elaborazione (“digestione”) dell’individuo e causa problemi di vario tipo, tra cui problemi di insonnia, flashback vividi (“paesaggi” cioè visivi o sonori rievocati in modo eccezionalmente realistico) in cui ci si trova mentalmente immersi nel ricordo o scena traumatica, e una serie di sintomi riguardanti il corpo e le ripercussioni somatiche del rivivere i ricordi traumatici.

Nel video sopra riportato (occorre cliccare su “APRI QUI” per accedervi), filmato negli Stati Uniti, è stato fatto un tentativo di rappresentare in soggettiva, in modo “romanzato”, quello che significa vivere un PTSD.

In questo caso la ragazza, che è la regista del video ed essa stessa affetta da PTSD, racconta di essere stata vittima di un episodio di violenza in rete da

parte dell'ex compagno. Da qui le ripercussioni in senso post traumatico.

Nel filmato sono ben rappresentati alcuni dei più comuni sintomi del PTSD:

1. **incubi** vividi (e risveglio precoce)
2. **pensieri intrusivi** (che si presentano cioè contro la nostra volontà) che in questo caso (il video) hanno forma di immagini di commenti letti ai video postati in rete dall'ex-compagno: la lettura dei commenti aveva innestato una memoria traumatica
3. il senso di **mancata permanenza nel momento presente**, con la difficoltà a concentrarsi su quelli che, nel qui ed ora, sarebbero i compiti a lei assegnati (dopo pochi secondi, non ricorda ciò che deve fare, la memoria e la coscienza stessa assumono una forma frammentata, intermittente: in alcuni momenti è presente a se stessa, in altri la mente viene "risucchiata" dall'accesso post-traumatico, portandola al mondo interiore traumatizzato e distaccandola a forza dal presente). Questo ha la conseguenza di renderle difficoltoso e impegnativo portare a termine un compito
4. **iperestesia**: i suoi nervi sono accesi, ipervigili, sente i rumori come forti e violenti; percepire i rumori come disturbanti e troppo forti è un sintomo di stress che troviamo anche in assenza di un vero e proprio PTSD
5. il momento del contatto con un uomo (un semplice passante) si trasforma in una potenziale minaccia: la ragazza si prepara a scappare e difendersi. La mente della ragazza appare costantemente impegnata nel **prevenire** un potenziale attacco da parte di un predatore: si mantiene come in un **continuo stato di allarme**
6. **insonnia**: il sonno, nel periodo post-traumatico, è frammentato e non riposante

Il trauma psicologico ha la caratteristica di essere non-metabolizzabile dalla mente, e di non essere soggetto a "decadimento": rimane cioè stabile nella memoria, immutato. Di solito quando si parla di evento traumatico si parla di

un singolo evento estremamente traumatico per la persona che lo vive, in cui ci sia di mezzo una reale minaccia di vita per sé o per i propri familiari.

Non a caso infatti la sindrome da stress post traumatico (PTSD) venne teorizzata a seguito delle osservazioni compiute su reduci alla fine della I guerra mondiale (la definizione iniziale del disturbo era infatti Stress da Granata, Shell Shock, a indicare il trauma di vivere da vicino bombardamenti o situazioni di combattimento). L'evento traumatico si installa dunque nei pensieri del soggetto e lo disturba continuamente in modo intrusivo, creando una discontinuità non solo a livello di mantenimento dell'attenzione (non riusciamo a lungo a mantenere il focus dell'attenzione su un determinato compito, poiché distratti dall'interno da flashback che ci riportano all'evento) ma anche, a volte, una discontinuità nella trama della coscienza, attraverso sintomi chiamati *dissociativi*.

Gli eventi traumatici producono una **frammentazione nella continuità della coscienza**: uno dei più importanti studiosi di queste tematiche, Onno Van Der Hart, nella sua opera principale Fantasma nel Sé (che ha un efficace titolo in inglese *The Haunted Self*, ovvero "il sé infestato"), sostiene che a seguito di un evento traumatico la personalità di un individuo possa arrivare a frammentarsi in due o più parti:

- la parte colpita dall'evento traumatico rimane secondo Van Der Hart bloccata e tramortita dal colpo subito; è depositaria di tutte le paure e del senso di terrore senza nome -memorizzato anche a livello somatico- sperimentato quando l'evento accadde; l'autore la definisce "**parte emozionale**"
- esiste poi una seconda parte del Sé che fa sì che la persona continui a sopravvivere e a funzionare in modo sufficientemente organizzato, che Van Der Hart chiama "**parte apparentemente normale**" che, pur svuotata della capacità di emozionarsi, è capace di portare avanti la sua vita "come se" le cose fossero rimaste le stesse. Questa parte ha un valore adattivo perchè permette alla

persona di non soccombere a seguito del trauma, mantenendo un certo controllo.

Secondo Van Der Hart, ogni indizio che richiami alla memoria l'evento o gli eventi traumatizzanti, diverrà un potenziale innesco delle emozioni sperimentate in passato: in quei momenti la vita del soggetto, dunque, si modellerà nel tentativo di evitare ogni possibile contatto con ciò che potrebbe innescare il ricordo traumatico: saranno dunque **evitate** situazioni, luoghi, persone, atmosfere, dettagli potenzialmente evocativi; ma saranno anche pensieri, ricordi, luoghi o eventi "mentali", a indicare che la persona sta evitando anche interiormente.

SONNO, STRESS E TRAUMA

di Matteo Cavalletti, Alessandra Catania, Valeria Fusco

È esperienza comune di tutti noi che il sonno sia fondamentale nelle nostre vite. Ci rendiamo subito conto, appena svegli, della qualità del nostro sonno e di come e quanto abbiamo dormito. La letteratura degli ultimi anni sul sonno e sulla sua deprivazione suggerisce che svolga diverse funzioni in più sistemi e a più livelli, dal sistema nervoso a quello immunitario ed endocrino e che questa azione sia fondamentale per il benessere sia fisico che psichico. Il sonno svolge inoltre un ruolo cardine nel funzionamento della memoria, nei meccanismi di apprendimento e nella plasticità neuronale, necessaria e funzionale a questi processi. Inoltre sembra fondamentale per una sana regolazione emotiva, inclusa la capacità di ridurre il carico emotivo dei ricordi.

Cosa accade al nostro sonno quando viviamo un evento genericamente stressante o così intenso da diventare traumatico?

Inevitabilmente ne risente. Non solo in termini di insonnia, intesa come la difficoltà ad addormentarsi o mantenere il sonno, che ne può rappresentare un sintomo o una manifestazione clinica a sé stante, ma ne risente in maniera più complessa e clinicamente rilevante. Alcuni studi dimostrano che l'insonnia può essere **già presente** prima dell'evento traumatico e che proprio la sua presenza può **predire il decorso del PTSD**; le difficoltà relative al sonno, nelle varie modalità in cui possono comparire, rappresentano un fattore di vulnerabilità per lo sviluppo del Disturbo da stress post traumatico (PTSD). D'altro canto, il PTSD è l'unico disturbo del DSM-5 in cui le problematiche legate al sonno sono contenute in due distinti criteri: incubi ricorrenti per quanto riguarda il criterio dei **sintomi intrusivi** e difficoltà relative al sonno (difficoltà ad addormentarsi o rimanere addormentati, sonno non ristoratore) per il criterio relativo all'**arousal** (stato di attivazione fisiologica del sistema nervoso autonomo).

Di fatto, a seguito di eventi stressanti o traumatici, il sonno può risultare più **frammentato**, sia soggettivamente che oggettivamente e il tempo di sonno diminuito; possono presentarsi incubi più o meno frequenti il cui contenuto

può essere inerente l'evento traumatico, come veri e propri flashback notturni, oppure il contenuto non ha a che fare con l'evento ma è caratterizzato da **sensazioni** ed esperienze sensoriali, somatiche ed emotive collegate all'evento stesso; si sperimenta uno stato di **iperattivazione e vigilanza** sia nel momento dell'addormentamento sia nel momento dei risvegli notturni. Queste esperienze possono essere accompagnate da reazioni fisiologiche di paura ed ansia, come tachicardia, forte sudorazione e respiro affannoso che predispongono le persone a restare in uno stato di allerta, di preparazione o anticipazione, "in guardia", come se stesse per accadere o riaccadere qualcosa che minaccia la propria sicurezza ed incolumità: tutto ciò rende difficile il riaddormentarsi o riposarsi in modo adeguato.

Proprio questo stato di ipervigilanza ed iperattivazione rende le persone particolarmente sensibili e suscettibili alle proprie sensazioni somatiche e alle stimolazioni ambientali (suoni, oggetti, ombre, odori, sensazioni tattili) che possono innescare ed alimentare tale stato.

Un'altra componente delle problematiche legate al sonno nel PTSD è la **paura di dormire**, che sembra avere una relazione lineare con la gravità sintomatologica del PTSD: maggiore è la paura di addormentarsi e maggiore è la gravità.

Le problematiche del sonno sono molto frequenti e rappresentano un aspetto molto importante del PTSD. La letteratura suggerisce come spesso ne precedono la diagnosi e possono accentuarne i sintomi durante il giorno. A sua volta, la sintomatologia del PTSD va ad interferire con la fisiologica regolazione del sonno, rendendolo più frammentato ed aumentando la frequenza degli incubi, creando così un **importante circolo vizioso**. Inoltre, se queste difficoltà non vengono affrontate permangono come i più comuni sintomi residui anche dopo il trattamento.

La nostra esperienza utilizzando uno strumento in corso di validazione orientato alla diagnosi dei disturbi dissociativi e post traumatici (TADS-I, *Trauma and Dissociation Symptoms Interview*, di Suzette Boon, per maggiori informazioni ricerca@areatrauma.eu), che contiene una **specifica sezione**

volta ad indagare le problematiche legate al **sonno**, conferma tale complessità. Una accurata valutazione degli aspetti legati al sonno può fornire un contributo prezioso per la diagnosi di PTSD, PTSD complesso e disturbi dissociativi post-traumatici. L'indagine approfondita della dimensione del sonno include la paura di addormentarsi o di chiudere gli occhi, il posporre l'andare a dormire, l'agitazione notturna caratterizzata dal muovere gambe e braccia o dalla presenza di tremori, sperimentata direttamente o riferita dal partner; parlare, piangere o urlare durante il sonno, mettere in atto gli incubi, avere la sensazione di non riuscire a svegliarsi. Permette inoltre l'esplorazione di veri e propri sintomi dissociativi quali amnesia per ciò che si è fatto durante il sonno, il disorientamento nel non riconoscere l'ambiente circostante anche se familiare o avere la sensazione di essersi svegliati nel passato o la sensazione di sentirsi qualcun altro. Il considerare quanto prima queste difficoltà permette di porci in un'ottica di prevenzione di un possibile PTSD e di includere questi aspetti nel trattamento qualora il disturbo sia già stato diagnosticato.

Da un punto di vista terapeutico, la letteratura indica la **terapia cognitivo comportamentale per l'insonnia** (CBT-I) come trattamento di elezione efficace in grado di ridurre la paura di andare a dormire, la difficoltà ad addormentarsi e favorire un sonno ristoratore aumentando la capacità di mantenere il sonno. La CBT-I prevede l'uso di una serie di strategie focalizzate sul controllo dello stimolo, sulla restrizione del sonno, l'utilizzo di tecniche di regolazione dell'arousal (*iperattivazione*) e di ristrutturazione cognitiva nonché indicazioni circa l'igiene del sonno. Anche le tecniche di **imagery**, mutate dall'approccio cognitivo comportamentale, possono essere utilizzate per andare ad agire sulla frequenza e l'intensità degli incubi. Questi interventi potrebbero essere un primo step del trattamento del PTSD. Data la complessità del fenomeno, l'intensa attività fisiologica che lo caratterizza, la rilevanza clinica e l'interferenza col funzionamento quotidiano, l'intervento relativo alle difficoltà del sonno si inserisce nella **prima fase di stabilizzazione sintomatologica** secondo il modello trifasico che verrà in seguito illustrato, in cui anche l'utilizzo e lo sviluppo di risorse sensomotorie quali *grounding*, *centratura* e *allineamento* possono apportare un beneficio. Anche nelle fasi successive è necessario un costante monitoraggio: la presa

in carico delle problematiche relative al sonno deve essere **integrata** all'interno dell'approccio trifasico per un trattamento ottimale

Bibliografia:

- Babson, K. A., & Feldner, M. T. (2010). Temporal relations between sleep problems and both traumatic event exposure and PTSD: a critical review of the empirical literature. *Journal of anxiety disorders*, 24(1), 1–15.
- Baddeley, J. L., & Gros, D. F. (2013). Cognitive behavioral therapy for insomnia as a preparatory treatment for exposure therapy for posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychotherapy*, 67, 203–214.
- Belleville G, Guay S, Marchand A (2011). Persistence of sleep disturbances following cognitive-behavior therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 70(4):318–327.
- Bryant RA, Creamer M, O'Donnell M, Silove D, McFarlane AC (2010). Sleep disturbance immediately prior to trauma predicts subsequent psychiatric disorder. *Sleep*. 33(1):69–74.
- Casement, M. D., & Swanson, L. M. (2012). A meta-analysis of imagery rehearsal for post-trauma nightmares: effects on nightmare frequency, sleep quality, and posttraumatic stress. *Clinical psychology review*, 32(6), 566–574.
- Colvonen, P. J., Straus, L. D., Stepnowsky, C., McCarthy, M. J., Goldstein, L. A., & Norman, S. B. (2018). Recent Advancements in Treating Sleep Disorders in Co-Occurring PTSD. *Current psychiatry reports*, 20(7), 48.
- Cox, R. C., Tuck, B. M., & Olatunji, B. O. (2017). Sleep Disturbance in Posttraumatic Stress Disorder: Epiphenomenon or Causal Factor? *Current Psychiatry Reports*, 19(4).
- El-Solh A. A. (2018). Management of nightmares in patients with posttraumatic stress disorder: current perspectives. *Nature and science of sleep*, 10, 409–420.
- Gehrman P, Seelig AD, Jacobson IG, et al. (2013). Predeployment sleep duration and insomnia symptoms as risk factors for new-onset mental health disorders following military deployment. *Sleep*.36(7):1009–1018.
- Gehrman, P., Harb, G., Ross, R., (2016). PTSD and Sleep. *Research Quarterly. PTSD Research Quarterly*, 24(4), 1–8.
- Germain, A., Buysse, D. J., & Nofzinger, E. (2008). Sleep-specific mechanisms underlying posttraumatic stress disorder: integrative review and neurobiological hypotheses. *Sleep medicine reviews*, 12(3), 185–195.
- Giosan, C., Malta, L.S., Wyka, K., Jayasinghe, N., Evans, S., Difede, J. and Avram, E. (2015), Sleep Disturbance, Disability, and Posttraumatic Stress Disorder in Utility Workers. *J. Clin. Psychol.*, 71: 72–84.
- Ho, F. Y-Y., Chan, C. S., & Tang, K. N-S. (2016). Cognitive-behavioral therapy for sleep disturbances in treating posttraumatic stress disorder symptoms: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review*, 43, 90–102.
- Kanady, J. C., Talbot, L. S., Maguen, S., Straus, L. D., Richards, A., Ruoff, L., Metzler, T. J., & Neylan, T. C. (2018). Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia Reduces Fear of Sleep in Individuals With Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of clinical sleep medicine : JCSM : official publication of the American Academy of Sleep Medicine*, 14(7), 1193–1203. 24
- Koffel, E., Khawaja, I. S., & Germain, A. (2016). Sleep disturbances in posttraumatic stress disorder: Updated review and implications for treatment. *Psychiatric Annals*, 46(3), 173–176.
- Mignot, E. (2008). Why we sleep: The temporal organization of recovery. *PLoS Biology*, 6(4), 661–669.
- Ogden P, Fisher, J. (2016). Psicoterapia Sensomotoria. Interventi per il trauma e l'attaccamento. Raffaello Cortina Editore
- Pace-Schott, E. F., Germain, A., & Milad, M. R. (2015). Effects of sleep on memory for conditioned fear and fear extinction. *Psychological bulletin*, 141(4), 835–857.
- Spoormaker, V. I., & Montgomery, P. (2008). Disturbed sleep in post-traumatic stress disorder: Secondary symptom or core feature? *Sleep Medicine Reviews*, 12(3), 169–184
- van Liempt, S. (2012). Sleep disturbance and PTSD: a perceptual circle? *European Journal of Psychotraumatology*, 3: 19142.

IL LUTTO INTERROTTO

L'elaborazione del lutto al tempo del COVID-19

di Chiara Bellardi

Pare che lo spettro del contagio abbia preso in ostaggio l'intersoggettività, quell'*essere-con* proprio dei rituali della compassione, del commiato e del congedo in occasione di una perdita. In questa dimensione sospesa il tempo, lo spazio e la libertà sono coartati, facendo sperimentare a tutti, ma in particolare agli operatori del sistema sanitario, il senso d'impotenza.

Ad appesantire ulteriormente i vissuti c'è da aggiungere che tale senso d'impotenza viene vissuto all'interno di un contesto altamente deprivato sia nella possibilità di poter accedere al proprio sentire, che nella possibilità di accedere e sintonizzarsi con la dimensione corporea e con i vissuti dell'altro, siano essi colleghi, congiunti o estranei. Se nei contesti sanitari da un lato c'è una grande sovraesposizione a contenuti attivanti, dall'altro lato si assiste a una drastica deprivazione in termini di capacità di rappresentarsi il come poter *essere-con* l'altro secondo i protocolli conosciuti (attualmente inapplicabili).

Oltre ad esserci una grande deprivazione qualitativa, c'è una grande deprivazione quantitativa in termini energetici, temporali e ritmici: unitamente al carico della turnistica lavorativa, viene sovvertito il ritmo soggettivo e intersoggettivo delle rappresentazioni e delle aspettative note, insieme al fatto che, a volte, anche i colleghi non sono conosciuti per via dei numerosi smembramenti di *équipe* dovuti alle contingenze. Già nel secolo scorso, a prescindere da quest'epoca d'interazione disincarnata e di rappresentazioni sospese, Kübler-Ross, parlando delle fasi di elaborazione del lutto (negazione, rabbia, depressione, patteggiamento, accettazione) ci indicava che la loro alternanza non avviene necessariamente in sequenza cronologica, ma che l'andamento può essere variabile con **andirivieni** tra una fase e l'altra.

In generale, la letteratura in materia ci insegna che la variabile **tempo** è fondamentale per l'elaborazione delle perdite. Il punto è che al tempo del

Covid-19 gli operatori sanitari si trovano a vivere in una situazione particolare nella quale le categorie organizzative del reale (spazio, tempo e libertà) vengono sovvertite da diluizioni, contrazioni, differite, limitazioni che non sono sotto il loro controllo. Si vive una quotidianità stra-ordinaria e sospesa nella quale, sia nella dimensione lavorativa che nella dimensione personale, pare siano venuti meno i rituali di elaborazione e le occasioni di condivisione e rispecchiamento con gli altri.

Sono saltati i protocolli di comunicazione delle cattive-notizie in presenza, è saltata la possibilità di mantenere la posizione di semplice testimone discreto del soggetto che accompagna la dipartita del proprio congiunto ed infine è saltata la possibilità di “chiudere il cerchio” con la consegna degli effetti personali. Gli operatori in ambito socio-sanitario devono fare i conti con molteplici livelli di vissuti decisionali (espliciti ed evidenti) e di vissuti emotivi (spesso impliciti). Alcuni operatori si sono trovati su due piedi a decidere di accompagnare la dipartita di un paziente, non concedendosi poi di metabolizzare l'accaduto, anzi, imponendosi di continuare nel proprio efficiente operato.

Assistiamo alla doppia dimensione di interazioni corporee assolutamente “scafandrate” all'interno di permeabilissime dinamiche relazionali fortemente disincarnate ed altamente deprivate in termini di possibilità di *essere-con*.

Ci si trova in presenza di corpi assolutamente allarmati e “protetti” in termini di attenzione selettiva ai segni del contagio, ma all'interno di dinamiche relazionali altamente detonanti in termini psico-emotivi, proprio per questa impossibilità di lasciar scorrere la nota ritualità inter-soggettiva.

Viene negata l'immediatezza di un abbraccio, del porgere un fazzoletto o un bicchiere d'acqua. La dimensione etimologicamente e fenomenologicamente collettiva della compassione e del commiato paiono essere fagocitate dalla dimensione patologica del timore del contagio. Ritmo di riposo e lavoro, possibilità di sintonizzarsi con il prossimo vengono a mancare. La persona deve districarsi essendo a corto di risorse personali e relazionali in un orizzonte temporale incerto, con possibilità decisionali limitate e all'interno di

un contesto spaziale ridotto e potenzialmente “contaminante”. A tutto questo va aggiunto il fatto che gli operatori addestrati all'emergenza spesso non si concedono nemmeno la possibilità di poter avvertire questa fatica, derubricandola come “ordinaria” all'interno della propria professione. Proprio a causa della mancanza di questa intersoggettività, in certi momenti di sovraccarico, o al contrario nei momenti di pausa dall'apnea del fare, può sembrare di attraversare una sorta di *stanza degli specchi* dove la propria immagine viene presentata deformata, allungata, schiacciata.

Un valido aiuto arriva proprio dall'iniziare a prendere **consapevolezza** del fatto che si tratta di una situazione stra-ordinaria rispetto alla quale è possibile trovare una solida scaletta alla fine della stanza che permette di scendere in sicurezza da questa dimensione straordinaria, per iniziare a ritrovare la propria stabilità e metabolizzare le intense esperienze vissute in questo lasso di tempo sospeso.

La letteratura ci insegna che recuperando la stabilità soggettiva ed elaborando i propri vissuti, da un lato, c'è la possibilità di chiudere il cerchio, storicizzando quanto accaduto, “*lasciando il passato nel passato*”, come direbbe Francine Shapiro, e, dall'altro lato, si può avere la possibilità di riorganizzare la propria vita, integrare queste esperienze in maniera adattiva nella propria dimensione esistenziale e sentire di padroneggiare le proprie risorse e la propria progettualità, riappropriandosi, in maniera adattiva, del proprio ritmo esistenziale.

Bibliografia

Kübler-Ross, E. (2013). La morte e il morire. Cittadella Editore

Ogden, P. Fisher, J. (2016), Psicoterapia sensomotiva. Raffaello Cortina Editore.

Shapiro, F. (2013) Lasciare il passato nel passato. Casa editrice Astrolabio.

Stanghellini, G. (2017), Noi siamo un dialogo. Raffaello Cortina Editore.

Tellenbach, H. (2015), Melancolia. Il pensiero scientifico Editore.

PARTE SECONDA: AGIRE

“Quando le immagini e le sensazioni connesse a un'esperienza restano in forma “esclusivamente implicita” rimangono in una confusione neurale non integrata, senza venire classificate come rappresentazioni derivanti dal passato.

Queste memorie in forma esclusivamente implicita continuano a modellare le sensazioni soggettive della nostra realtà nel qui ed ora e il senso di chi siamo momento per momento, ma tale influenza non è accessibile alla nostra consapevolezza.”

DANIEL SIEGEL, La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale

DOPO IL TRAUMA: RECUPERARE IL SENSO DI CONTROLLO

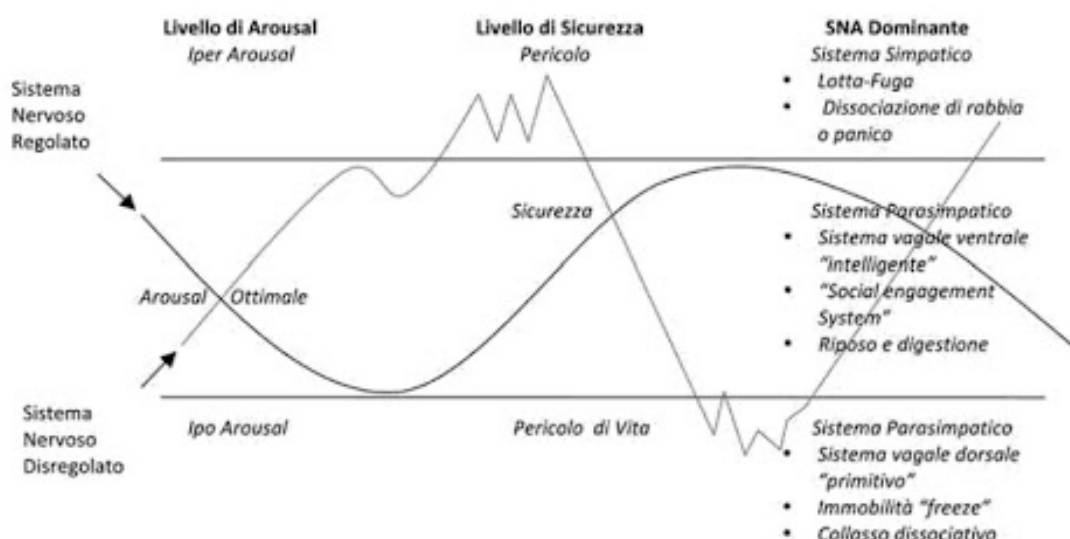
di Raffaele Avico

Parlare di *controllo* a seguito di situazioni traumatiche, significa parlare di **mastery**.

Per parlare di mastery, dobbiamo rifarci ad alcuni concetti mutuati dalla psicoterapia cognitiva, in particolare in riferimento a quelle che sono definite *strategie* di mastery.

Mastery significa **padronanza**, e indica uno stato mentale caratterizzato da senso di equilibrio, regolazione emotiva e sensazione di “avere il controllo sul proprio stato mentale”.

Se prendiamo come riferimento concettuale la **finestra di tolleranza** di Daniel Siegel, spiegata in figura, sperimentare mastery significa permanere entro i due limiti estremi della finestra di tolleranza, mantenendo quindi un buono stato di attivazione neurofisiologica (né iperarousal, né ipoarousal), in modo da sperimentare un senso di tranquillità e stabilità.



Cosa si intende per finestra di tolleranza?

Il concetto di finestra di tolleranza va spiegato in relazione al concetto di **disregolazione emotiva**, fenomeno relevantissimo e molto frequente nella cura dello stress grave e delle sindromi trauma-correlate.

La linea sinusoidale che si osserva tra le due linee orizzontali segnalate dalle due frecce nell'immagine sopra riportata, rappresenta il tono di attivazione neurofisiologica (arousal) con le sue normali fluttuazioni. Nel corso della giornata, il nostro stato di arousal si muove a tratti verso l'alto (tendendo allo stato di iperarousal) e a tratti verso il basso (ipoarousal), contestualmente a situazioni percepite più o meno "attivanti" o più o meno "calmanti".

Fluttuare all'interno della finestra di tolleranza è totalmente normale, fino al punto in cui per varie ragioni il tono di arousal non superi verso l'altro o verso il basso i confini della "finestra di tolleranza": in quel momento inizia il **senso di "disregolazione"**, percepito soggettivamente come un senso di essere "fuori controllo" (troppo agitati/ansiosi/attivati) o al contrario troppo "scarichi" o apatici (lo stato di ipoarousal), accompagnato da uno stato di profondo malessere soggettivo psichico, da cui si tenta di fuoriuscire.

Secondo questa rappresentazione del malessere psichico, procurato quindi da una disregolazione del tono di attivazione neurofisiologica, il problema del "*recupero del controllo*" consiste nel trovare **strategie di regolazione corporea ed emotiva** che consentano all'individuo di **rientrare** in finestra di tolleranza quando ne sia fuoriuscito sia in senso di "iper" che in senso di ipoarousal.

Queste strategie consentono di tornare all'interno della finestra di tolleranza e di recuperare un senso di controllo e di padronanza, a seguito di un momento di disregolazione.

Il gruppo di lavoro di Antonio Semerari di Roma esplora da tempo quelle che sono le strategie di recupero del senso di controllo qualora venga sperimentato un senso di alterazione nervosa verso il troppo alto (iperarousal) o il troppo basso (ipo). Esistono tre classi di **strategie di mastery** che usano canali differenti:

1. *strategie di mastery di primo livello*, che usano il **corpo** per procurare un senso di rilascio di tensione oppure di riattivazione a partire da uno stato di troppo rallentamento, per mezzo dello strumento del corpo (per esempio lo sport, l'uso di sostanze, fumare, manipolare il corpo in vari modi per ristabilire un senso di controllo ed equilibrio)
2. *strategie di mastery di secondo livello*, che usano le **relazioni** con gli altri e il contatto interpersonale per ristabilire un senso di regolazione emotiva e di mastery; sono esempi di queste strategie il cercare un contatto oculare e fisico con altri, parlare con loro e cercare conforto da chi abbiamo intorno a noi
3. *strategie di mastery di terzo livello*, per le quali non si passa né dal corpo né attraverso la ricerca di un contatto con gli altri: il lavoro di autoregolazione avviene per via **interiore**, attraverso forme di dialogo riflessivo funzionale, esercizi di meditazione, pratiche di consapevolezza

Queste strategie consentono di tornare all'interno della finestra di tolleranza e di recuperare un senso di controllo e di padronanza, a seguito di un momento di disregolazione.

Più genericamente la mastery è sempre strettamente collegata a un senso di benessere.

In particolare, per esempio, alcuni tipi di problemi psicologici hanno a che fare con una minaccia percepita o la memoria di un episodio particolarmente disturbante che torna a farci visita nel ricordo: lo stress post traumatico, per esempio, è una forma di stress collegato al presentarsi alla coscienza di potenti flashback che fanno rivivere al soggetto la scena dell'episodio traumatico.

La prostrazione legata alla fatica di fronteggiare questi ricordi intrusivi precipita spesso in forme depressive “da esaurimento”.

In questi casi, la mastery, come senso di padronanza, viene recuperata quando i ricordi potranno essere **reintegrati nel normale flusso di pensieri**, depotenziati del loro potere attivante. Il fatto di poterli “pensare” in modo libero, poiché (ora) innocui, restituisce un senso di controllo istantaneo, collegato a benessere soggettivo e maggiore libertà percepita.

RESPIRARE PER DOMINARE: TRAUMA E RESPIRO

di Raffaele Avico

Sappiamo che una delle difficoltà, non solo del Disturbo da stress post-traumatico, ma di molte altre problematiche psichiche, è rappresentata dalla questione della “regolazione emotiva”.

Esistono dei momenti di disregolazione in cui lo stato neurofisiologico del nostro corpo è alterato o troppo verso l’alto (iperarousal), oppure troppo verso il basso (ipoarousal). È molto utile in questo senso conoscere il concetto di finestra di tolleranza di Daniel Siegel, in precedenza approfondito.

Che fare nei casi di iperarousal? Come ritornare all’interno della “finestra di tolleranza”?

Esistono molteplici vie, integrabili e potenzialmente percorribili in parallelo.

Un approfondimento merita di essere fatto tuttavia sul tema “controllo del respiro”. Il respiro può infatti rappresentare un ottimo strumento, talora abbastanza veloce e di pronto impiego per produrre un effetto di regolazione emotiva quando ci si trovi in uno stato di eccessiva attivazione vissuta con sofferenza.

Questa lunga ed approfondita meta-analisi sugli studi (15) che hanno valutato il ruolo del respiro della regolazione dell'attivazione neurofisiologica, evidenzia alcuni aspetti di rilievo che ci possono dare alcuni spunti in merito al tema “regolazione emotiva”. In particolare le chiavi di ricerca usate per fare questa review, sono state “respiro”, “uso del respiro” e “outcome neurofisiologico”. Gli autori volevano circoscrivere l’analisi ai risultati misurabili dell'applicazione delle tecniche di regolazione del respiro, così da produrre evidenze il più possibile solide.

Cosa emerge? Possiamo veramente considerare il respiro come la “*via regia per l’accesso al Sistema Nervoso Autonomo*”?

La prima citata review tenta di estrapolare i fattori causali ed esplicativi sottostanti gli effetti benefici del “respiro controllato”, su soggetti sani, in particolare riferendosi al **respiro lento** (meno di 10 respiri al minuto; si tratta di una tecnica di respiro che differisce da altre, non limitandosi al semplice prestare attenzione all’attività del respiro o al decelerare il respiro):

Quali i parametri indagati?

1. attività del cervello (tramite EEG e fMRI)
2. attività del sistema nervoso autonomo tramite Heart Rate Variability (HRV), Respiratory Sinus Arrhythmia (RSA) e Cardio-Respiratory Synchronization

Gli studi considerati sono stati 15 (gli unici a presentare tutti i criteri di inclusione), riassunti ed elencati in questa tabella. I risultati in termini di parametri, invece, sono riassunti qui.

Cosa evidenzia questa meta-analisi? Gli autori sottolineano come, in questi 15 studi, le evidenze forti e “definitive” sembrano mancare; tuttavia, riassumono i risultati ottenuti in alcuni punti più salienti di altri, disegnando un modello psicofisiologico delle tecniche di respiro lento (slow-breathing), così riassumibile:

- in generale, le tecniche di respiro lento sembrano aumentare la flessibilità del costruito Sistema Nervoso autonomo+cervello+sensazione psicologica di benessere sperimentato, per via del coinvolgimento del sistema nervoso autonomo parasimpatico che come sappiamo funziona da “**freno**” su molti aspetti corporei in generale e sul sistema nervoso autonomo stesso
- La modulazione dell’HRV, dipendente dalla frequenza del respiro, varia al rallentare del respiro: “*It is worth underlining that HRV*”

*modulation is highly dependent on the respiration frequency, **increasing along with the slowing of breath*** (“è bene sottolineare che la modulazione dell’HRV è altamente dipendente dalla frequenza respiratoria, e che al rallentare del respiro corrisponde un suo aumento”), come ben chiarito qui

- l’RSA è stato osservato aumentare in concomitanza con attività di slow breathing. *“In this framework, we found consistent proofs linking the slowing of breath rhythm to increases in RSA”* (“in questa struttura, abbiamo trovato prove consistenti di correlazione tra il rallentare del respiro e l’aumento dell’RSA”) dove per RSA è da intendersi aritmia correlata al respiro (quando si inspira, il cuore accelera, quando si espira, decelera)
- al di sotto delle pratiche di respiro controllato e rallentato, potrebbero esserci meccanismi di funzionamento simili a quelli sottostanti la pratica dello Yoga. Molteplici filoni di ricerca hanno evidenziato un intervento dei network cerebrali “esecutivi” durante la pratica dello Yoga, con gli effetti di regolazione solitamente ricercati da queste pratiche. *“Taylor et al. (2010) in a review about mind-body therapies (i.e., techniques focusing on functional links between mind and body) such as slow breathing techniques, suggested the existence of an executive homeostatic network as a fundamental substrate of these practices”* (“Taylor et al. in una review a proposito delle terapie corpo-mente -terapie focalizzate sulle connessioni tra mente e corpo- come il respiro lento, ipotizzarono l’esistenza di un network esecutivo omeostatico come sostrato fondamentale di queste stesse pratiche”). Questo “network esecutivo omeostatico” ipotizzato da Taylor et al. potrebbe produrre effetti di regolazione emotiva in quelle che l’autore chiama “terapie mente-corpo”, tra cui appunto Yoga e slow breathing.
- la **respirazione nasale alternata** (praticata nello Yoga), narice dopo narice, sembra possedere caratteristiche peculiari, poichè regolata da meccanismi psicofisiologici specifici: (*“The modulating effect of*

nostril breathing on the activity of the piriform cortex, amygdala and hippocampus has been unambiguously demonstrated in humans (Zelano et al., 2016). [...] In addition, the role that nostrils (and more specifically, the olfactory epithelium) play during slow breathing techniques is not yet well considered nor understood: evidence both from animal models and humans support the hypothesis that a nostril-based respiration stimulating the mechanoreceptive properties of olfactory epithelium, could be one of the pivotal neurophysiological mechanisms subtending slow breathing techniques“ (“l’effetto modulatore del respiro alternato sull’attività della corteccia piriforme, dell’amigdala e dell’ippocampo è stato dimostrato in modo chiaro negli umani -Zelano et al., 2016-; [...] In più, il ruolo che le narici -e più precisamente l’epitelio olfattivo- rivestono durante le tecniche di respiro lento non sembra ancora stato ben considerato e compreso: le evidenze su modelli sia animali che umani propendono per l’ipotesi che la respirazione nasale alternata stimoli le proprietà meccanocettive dell’epitelio olfattivo, e che questo possa essere il meccanismo centrale nella neurofisiologia delle tecniche di respiro lento”).

Gli autori concludono quindi con una rassegna dei risultati estrapolati dalla meta-analisi, esprimendo un **parere positivo** nei confronti dello strumento “slow-breathing” usato in termini auto-regolativi.

Infine, le tecniche di regolazione emotiva mediate dal respiro sembrano possedere alcuni vantaggi rispetto alle altre tecniche bottom-up:

1. non è necessario molto coinvolgimento corporeo né molta interazione con l’ambiente: il respiro è per così dire uno strumento di regolazione “portatile” e allo stesso tempo centrale
2. sono facili da insegnare (anche se per raggiungere una padronanza in questo senso occorre sottoporsi a dei training

specifici)

3. la letteratura sugli effetti del controllo del respiro è molto vasta e approfondita: al di là dei meccanismi che ne sottendono il funzionamento, i risultati sono ben documentati e ne esiste una tradizione mutuata dalla medicina orientale che li spiega in modo completo

Nel concreto, però, come fare?

Qui il link di un semplice video tutorial per fare slow-breathing. **Qui invece un approfondimento e un libro** (in inglese).

FARE PSICOTERAPIA: IL MODELLO TRIFASICO

di Camilla Marzocchi

Il trattamento delle sindromi trauma-correlate pone molte sfide terapeutiche e difficoltà legate proprio alle caratteristiche peculiari di questi disturbi.

Il nucleo centrale dei disturbi post-traumatici è costituito infatti dalla loro componente dissociative, dalla “non realizzazione”, quella difficoltà/fobia/resistenza a “rendersi conto”, in toto o parzialmente, che le storie traumatiche, gli abusi, i maltrattamenti e la trascuratezza emotiva subiti siano effettivamente accaduti e/o che costituiscano la causa delle proprie difficoltà nella vita quotidiana o dei sintomi psicopatologici. Tale meccanismo dissociativo è, almeno all’inizio, protettivo e permette alla persona di salvare aspetti di sé e di proteggersi dal pericolo prima e poi dal dolore, ma al contempo costituisce il meccanismo principale di mantenimento della dissociazione stessa e della frammentazione dell’identità: per tale motivo il meccanismo di mantenimento della non realizzazione rispetto agli eventi traumatici avvenuti risulta sul medio-lungo periodo molto costoso in termini personali (psicofisici, relazionali, lavorativi, esistenziali, spirituali).

Come procedere verso la guarigione?

La difficoltà a realizzare la propria storia è quindi al centro del processo terapeutico, poiché la guarigione necessita di una graduale presa di coscienza di quello che è accaduto, per riuscire a tollerare, dare un senso e successivamente integrare gli eventi traumatici nella propria storia di vita, senza dover rinunciare a parti di sé o a intere parti della propria vita.

L’identità e la stabilità affettiva si nutrono di una sufficiente consapevolezza di sé e della propria storia individuale: l’obiettivo principale dei percorsi di cura del trauma è quindi quello di stare con la persona incoraggiandola lungo il viaggio della piena realizzazione e integrazione, attraverso un approccio graduale e rispettoso delle paure, delle fobie, della risorse e delle resistenze

individuali. La trasformazione può avvenire solo in un **contesto terapeutico di sicurezza** che aiuti la persona traumatizzata a sbloccare le emozioni del passato e a sviluppare energia e risorse per il futuro.

Pierre Janet (1889/1911), padre della moderna Psicotraumatologia, fu il primo a suggerire la necessità di un **trattamento suddiviso in fasi** per costruire gradualmente la capacità integrativa del paziente. Da allora questo modello è rimasto lo standard di cura per il Disturbo da Stress Post Traumatico Complesso e dei Disturbi Dissociativi.

Gli step del modello trifasico si sintetizzano in:

1. FASE I: **STABILIZZAZIONE**. La prima fase del trattamento comporta la creazione di sicurezza interna ed esterna, la riduzione dei sintomi, lo sviluppo di competenze e la stabilizzazione del funzionamento nella vita quotidiana, delle relazioni e della cura di sé. È importante in questa fase rinforzare la capacità di restare orientati nel presente, per non essere sopraffatti dai ricordi traumatici.
2. FASE II: **ELABORAZIONE DEI RICORDI TRAUMATICI**. Gli obiettivi di questa fase sono molteplici e complessi, poiché la persona può mostrare diversi gradi di realizzazione verso diversi ricordi traumatici oppure alcune parti dissociative possono conservare aspetti differenti degli stessi ricordi e non essere in grado di accettare gli eventi nel loro insieme. In questa fase il lavoro procederà molto gradualmente nell'affrontare i ricordi del passato, rispettando ciò che la persona riesce di volta in volta a tollerare. Le fobie verso alcuni aspetti dei ricordi possono essere più intense in questa fase e vanno affrontate in terapia stimolando la cooperazione e il dialogo interno. Sarà importante in questa riconoscere i legami ma anche la distanza del passato traumatico rispetto alla vita quotidiana.

3. FASE III: INTEGRAZIONE DELLA PERSONALITÀ E RIABILITAZIONE.

Questa fase permette il consolidamento delle risorse e delle realizzazioni che la persona è riuscita ad affrontare nelle fasi precedenti. L'inevitabile lutto verso aspetti del passato che non possono essere più modificati apre in questa fase la strada al futuro e al recupero di una identità piena e vitale che può sostenere al meglio le sfide della vita quotidiana. Spesso la paura delle emozioni positive è parte di questa fase del processo terapeutico, per molte persona infatti sperimentare libertà e una rinnovata possibilità di esplorazione può suscitare in prima istanza emozioni negative, che vanno affrontate in terapia come aspetti normali di una nuova fase di adattamento.

Ogni situazione clinica è differente e va valutata con accuratezza nelle fasi iniziali e durante tutto il percorso.

Il processo terapeutico segue questa cornice generale di lavoro, ma deve prevedere anche la possibilità di transitare tra una fase e l'altra secondo un andamento a spirale in cui alcune fasi di elaborazione possono essere anticipate in fase I, mentre alcuni interventi di stabilizzazione possono continuare ad essere necessari in Fase II e III. È indispensabile conoscere questo modello e sapersi muovere in modo flessibile, mantenendo obiettivi terapeutici chiari, trasparenti e comprensibili ai pazienti.

L'elemento cruciale è l'attenzione costante alle risorse e alle capacità di regolazione emotiva, insieme al grado di realizzazione che la persona riesce a tollerare.

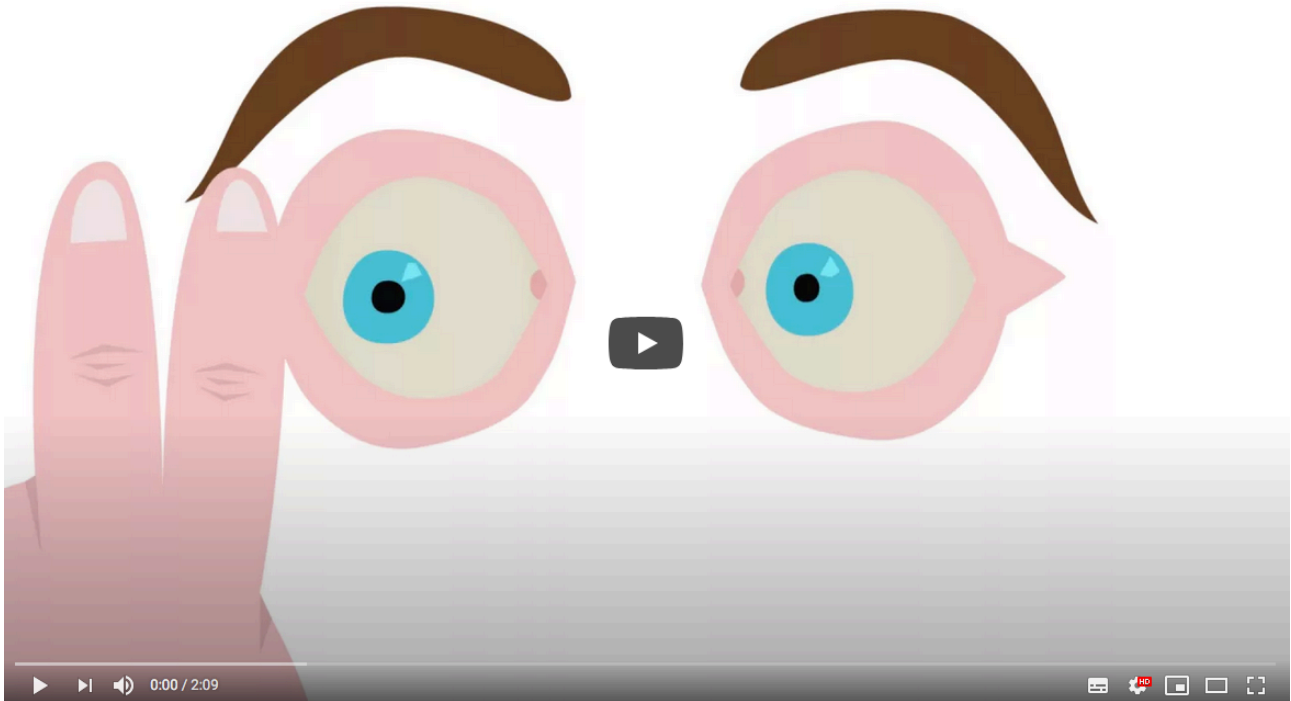
Molti strumenti clinici e tecniche terapeutiche trauma oriented (Ad es: *EMDR*, *Psicoterapia Sensomotoria*, *Somatic Experiencing*, *Accelerated Experiential Dynamic Psychotherapy*, *Internal Family Systems*, *Neurofeedback*, *Narrative Exposure Therapy*) presenti nel panorama scientifico permettono oggi di scegliere terapeuti specializzati in psicotraumatologia ed esperti nel trattamento di queste sindromi.

Per tutti la cornice teorica del Modello Trifasico offre la base fondamentale su cui strutturare ogni intervento clinico ed è garanzia di un processo terapeutico sicuro e in grado di offrire comprensione e sollievo alla sofferenza.

Per un approfondimento completo del modello: Kathy Steele, Suzette Boon, Onno van der Hart (2017) “La cura della dissociazione traumatica. Un approccio pratico e integrativo.” Edizioni Mimesis, Milano.

GIOVARSI DELL'EMDR

di Camila Marzocchi



APRIQUI

L'EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) è un modello clinico articolato, utilizzato per elaborare eventi traumatici e consiste in una metodologia strutturata che può venire integrata in vari tipi di programmi terapeutici aumentandone l'efficacia. Il **video al link sopra riportato** ne dà una brevissima descrizione illustrata.

Il modello considera tutti gli aspetti di una esperienza stressante o traumatica, sia quelli cognitivi ed emotivi che quelli comportamentali e neurofisiologici e vede nella patologia il “sintomo” di un'**informazione immagazzinata in modo non funzionale**, su tutti i livelli: cognitivo, emotivo, sensoriale e corporeo. Quando avviene un evento “traumatico” l'equilibrio tra le nostre reti neurali (eccitatorie e inibitorie) viene disturbato e l'elaborazione di conseguenza resta bloccata, come “congelata” nella sua forma ansiogena originale.

Questo è il modo in cui le sensazioni del passato si ripropongono come “sintomi” nel presente.

Questa metodologia si basa su un processo neurofisiologico naturale, legato all’elaborazione accelerata dell’informazione (AIP) e utilizza movimenti oculari o altre forme di stimolazione alternata destra/sinistra, per ristabilire l’equilibrio neurofisiologico, provocando così una migliore comunicazione tra gli emisferi cerebrali.

I movimenti oculari saccadici e ritmici (destra-sinistra) usati in abbinamento alla immagine traumatica, alle convinzioni negative e al disagio emotivo ad essa collegate facilitano infatti la rielaborazione dell’informazione fino alla risoluzione dei condizionamenti emotivi correlati.

Nella risoluzione adattiva l’esperienza è usata in modo costruttivo dalla persona ed è integrata in uno schema cognitivo ed emotivo positivo.

Le ricerche condotte su vittime di violenze sessuali, di incidenti, di catastrofi naturali, ecc. indicano che il metodo permette una desensibilizzazione rapida nei confronti dei ricordi traumatici e una ristrutturazione cognitiva che porta a una riduzione significativa dei sintomi del soggetto (stress emotivo, pensieri invadenti, ansia, flashback, incubi).

L’EMDR è usato fondamentalmente per accedere, neutralizzare e portare a una risoluzione adattiva **i ricordi di esperienze traumatiche** che stanno alla base di disturbi psicologici attuali della persona. Queste esperienze traumatiche possono consistere in:

1. piccoli/grandi traumi subiti nell’età dello sviluppo
2. eventi stressanti nell’ambito delle esperienze comuni (lutto, malattia cronica, perdite finanziarie, conflitti coniugali, cambiamenti)
3. eventi stressanti al di fuori dell’esperienza umana consueta quali disastri naturali (terremoti, inondazioni) o disastri provocati dall’uomo (incidenti gravi, torture, violenza)

Negli ultimi anni ci sono stati più studi e ricerche scientifiche sull'EMDR che su qualsiasi altro metodo usato per il trattamento dei ricordi traumatici.

I risultati di questi lavori hanno portato questo metodo terapeutico ad aprire una nuova dimensione nella psicoterapia. L'**efficacia** dell'EMDR è stata dimostrata in tutti i tipi di trauma, sia per il Disturbo da Stress Post Traumatico (PTSD) che per i disturbi d'adattamento legati a eventi stressanti di minor entità. Nel 1995 il Dipartimento di Psicologia Clinica dell'American Psychological Association (APA) ha condotto una ricerca per definire il grado di efficacia di questo metodo terapeutico e le conclusioni sono state che l'EMDR è non solo efficace nel trattamento del Disturbo da Stress Post Traumatico ma che ha addirittura l'indice di efficacia più alto per questa categoria diagnostica.

La terapia EMDR è rappresentata in Italia dalla Associazione EMDR Italia, che fornisce formazione e supervisione ai terapeuti che desiderano utilizzare tale metodologia.

NUTRIRE LA NOSTRA SALUTE MENTALE DURANTE LA PANDEMIA

I CONSIGLI DI BESSEL VAN DER KOLK

di Camilla Marzocchi

Dal Webinar del 3 Aprile 2020 di Bessel van der Kolk. Risorsa originale in inglese: <https://www.besselvanderkolk.com/blog/how-we-can-nurture-our-mental-health-during-the-covid-19-pandemic>

La riflessione del Dr. Bessel van der Kolk ([biografia](#)), nasce dall'idea di dare un contributo su come affrontare e gestire la situazione pandemica che ci sovrasta tutti.

Nelle settimane di quarantena stiamo vivendo una condizione che Van Der Kolk definisce “pre-traumatica”, una condizione cioè che potrebbe **preparare il terreno** allo sviluppo di una traumatizzazione psicologica, poiché coinvolge diversi aspetti centrali per la nostra vita: la sicurezza fisica e la malattia, le condizioni economiche e il costo psicologico del vivere rinchiusi in casa e separati dagli altri.

Ecco una trasposizione del contenuto del webinar accessibile dal link sopra riportato.

Abbiamo imparato molto dalla cultura del trauma negli ultimi decenni e qualcosa potrebbe esserci utile per capire ora come affrontare la situazione attuale, in un modo che sia il più possibile adattivo per la mente.

Quali sono le **pre-condizioni** per lo sviluppo di un trauma? Cosa favorisce lo sviluppo di traumatizzazione?

Sappiamo ormai che alcune condizioni emotive possono facilitare e favorire processi di traumatizzazione. Vediamo quali sono:

1. **Perdita di prevedibilità** del mondo conosciuto

2. **Immobilità**

3. Perdita di connessione

4. Ottundimento (*Numbing out*) e Distacco/Distanziamento (*Spacing out*)

5. Perdita del senso del **tempo**

6. Perdita del senso di **sicurezza**

7. Perdita di **senso e scopo** nella vita

Ci sarà molto da imparare da questa esperienza. Non ci saranno esperti in questo campo, poiché il verificarsi di una pandemia è un fenomeno del tutto nuovo per il mondo che conosciamo ed è passato molto tempo dall'ultima volta che abbiamo dovuto affrontare un simile problema. Si tratta di una condizione differente per ognuno. Per qualcuno la pandemia può costituire un tema emotivo e familiare carico di significato.

L'esperienza familiare del Dr. Bessel van der Kolk è, come lui stesso condivide, molto condizionata dall'aver vissuto enormi perdite durante la pandemia del 1918 e sottolinea come una grande parte della sua storia genetica e dell'eredità emotiva di questa terribile esperienza che ha colpito la sua famiglia, siano l'aver vissuto un **enorme senso di impotenza** e disperazione legato ai numerosi lutti e alla grave povertà vissuta in quegli anni. Magari qualcuno di noi ha un vissuto familiare legato alla diffusione della tubercolosi, o qualcun altro potrebbe avere nella sua famiglia l'esperienza di essere stati sequestrati o imprigionati: ogni evento del passato, familiare o personale, può "tornare vivo e presente" nel nostro sistema emotivo oggi ed esserci d'aiuto nella situazione attuale, aiutarci a riflettere e a capire le diverse situazioni, ma anche contribuire a disorganizzare ulteriormente la nostra esperienza emotiva, proprio in virtù del riaprirsi di vecchie ferite.

Vediamo come sarà possibile aiutarci:

1. **Ritorno alla prevedibilità**: Creare delle routine, degli appuntamenti, delle attività che permettano di tenere uno sguardo proiettato in avanti e di collocarsi in una cornice temporale definita e organizzata -anche se siamo

chiusi in casa. Scrivere e creare un **calendario** di attività ludiche, relazionali o lavorative e condividerlo con le persone care.

2. **Immobilità vs Movimento:** Quando siamo traumatizzati ci troviamo in una condizione emotiva in cui sentiamo letteralmente che “*non c'è niente che possiamo fare per cambiare le cose*”. Insieme a questo perdiamo anche il nostro stesso senso fisico e corporeo di poter agire (agency) e questo ha un impatto enorme per il corpo. La nostra normale reazione di fronte a eventi stressanti è muoverci: *attaccare o fuggire* sono reazioni normali per mettersi al sicuro, fare qualcosa che ci salvi, reagire. Ma per ora il nostro naturale sistema di difesa non può attivarsi in questa direzione, dobbiamo restare immobili e una grande quantità di attivazione fisiologica viene bloccata, non può semplicemente esprimersi.

Questo potrebbe portare, come i primi dati di ricerca stanno evidenziando, ad un incremento dell'aggressività, dell'irritabilità e della violenza intrafamiliare. Che fare? Se teniamo però l'idea che il corpo sta accumulando una grande quantità di energia che sarebbe destinata all'azione di proteggersi, possiamo coltivare la possibilità di utilizzare questa energia per azioni, soprattutto fisiche, utili per la nostra vita: realizzare cose, per fare con il corpo quello che ci è ancora possibile fare, cucinare insieme, fare lavori in casa, fare la spesa, fare pulizie, prendersi cura delle cose e delle persone. La ricerca neuroscientifica suggerisce che lo Yoga, il Qi Gong, Tai Chi, la meditazione, gli esercizi di respirazione, la **mindfulness**, sono tutte attività di comprovata efficacia per questo scopo: calmare il corpo, restituire un senso di sé e offrire un’“àncora” forte per aiutare a contenere e orientare tutte le normali reazioni fisiologiche di questo periodo.

3. **Restare connessi vs Disconnessione:** come esseri umani siamo creature sociali, non esistiamo come singoli individui. L'interazione con altri cervelli e altri corpi, essere sintonizzati con gli altri è una caratteristica fondamentale della condizione umana. Essere rinchiusi e soli in casa è dunque una condizione completamente innaturale per noi. Chi si trova a vivere da solo la condizione di quarantena, potrebbe vivere quindi con più difficoltà tale condizione e talora essere portato a pensare di non essere

“reale” quando deprivato troppo al lungo di ogni forma di connessione umana.

Connessione visiva: sappiamo che vedere il volto, incontrare lo sguardo, ascoltare il tono di voce sono elementi fondamentali per il nostro cervello per tornare sintonizzati e connessi; in questa fase le **videochiamate** sono molto importanti per mantenere o ritrovare la sensazione di essere visti da qualcuno, per rientrare in quel ritmo e in quella sintonizzazione emotiva che ci permette di entrare meglio in connessione anche con noi stessi e di sostenerci. Nelle epidemie del passato non c'è sempre stata questa possibilità di essere così connessi a grandi distanze, ed è importante ricordarci oggi di questa risorsa fondamentale che può contribuire a mantenere nutrita la nostra “vitalità” come esseri umani, nel corpo e nella mente. Giochiamo, cuciniamo, cantiamo, suoniamo insieme.

4. **Numbing vs Mindfulness:** una risposta emotiva naturale quando si attraversano eventi di vita drammatici è l'ottundimento emotivo (*numbing*), sentirsi cioè in uno stato di nebbia e confusione che ci consente di non sentire le emozioni negative, conducendoci a un distacco più duraturo dalla realtà e dalle relazioni, con un senso di passività e impotenza pericolose sul lungo periodo. Per uscire dal numbing traumatico è fondamentale re-immettere **vitalità nel nostro corpo**, sentirci di nuovo vivi dopo quello che abbiamo vissuto. Come fare?

- **“Riconoscere se stessi”:** imparare a osservare e notare cosa succede all'interno, che emozioni ci guidano, che reazioni ci abitano, che pensieri ricorrono. Senza questo livello di osservazione della nostra mente, potremmo agire come un “pollo con la testa tagliata”, vivendo cioè in uno stato reattivo e automatico di paura, rabbia, irritazione verso gli stimoli esterni, senza consapevolezza di quello che ci accade davvero.
- **“Fare scelte”:** una volta acquisito maggior contatto con se stessi e con la nostra esperienza emotiva, diventa più facile scegliere cosa fare o almeno avere una idea più chiara di quale strada sia possibile per noi.
- **“Sguardo esterno”:** avere qualcuno che ci parli, che ci aiuti ad osservare quello che ci succede, ad identificare cosa succede

dentro di noi, al nostro corpo, alle nostre emozioni o pensieri. Dare insieme un nome alle esperienze interne e condividerle con un amico, un terapeuta, un insegnante di yoga, un collega, chiunque possa ascoltare e condividere con noi quello che ci succede e offrire uno sguardo capace di “testimoniare” la nostra esperienza interna.

- **“Meditare”**: è molto utile ed importante trovare un modo per esercitare uno stato di mindfulness attraverso la meditazione, meglio se condivisa con classi online, poiché la capacità di osservare quello che succede all'interno può essere a volte difficile o spaventosa. È importante attivare insieme alla Mindfulness una **attitudine compassionevole verso se stessi** (Self-Compassion), una accettazione incondizionata di tutto quello che emerge, e questo è più facile, probabilmente, se non siamo soli e qualcuno osserva insieme a noi quello che stiamo sperimentando dall'interno del nostro corpo o della nostra mente. Nell'esplorare l'esperienza emotiva interna potranno affiorare infatti parti arrabbiate o parti ostili alla ricerca di uno stato di calma: sarà importante ricordarci che è normale avere diverse parti o aspetti dentro di noi e che anche la rabbia è un'emozione che merita rispetto e accoglienza: potrebbe averci aiutato a sopravvivere nel passato e a tollerare emozioni insostenibili. È importante dunque provare ad includere le parti ostili nella meditazione, osservarle e accettarle per il ruolo che hanno avuto nella nostra vita, sentendole “alleate” dentro di noi e non vivendole come una minaccia.

5. **Perdita del senso del tempo vs Guardare al futuro**: una delle caratteristiche principali nei processi di traumatizzazione è la perdita del senso del tempo, di non riuscire più a vedersi nel futuro, di sentire che la condizione traumatica e il dolore dureranno per sempre. Per tornare a guardare al futuro, è necessario recuperare intanto un senso del tempo più ancorato al presente, e di nuovo la meditazione ci tornerà utile a questo scopo: nell'osservazione non giudicante della nostra esperienza interna, potrebbero affiorare emozioni o sensazioni corporee molto disturbanti (ansia, rigidità o dolore), ma se riusciremo a stare nelle sensazioni e a notarle mentre respiriamo, potremo osservare che i pensieri inizieranno a

spostarsi lentamente. Respiro dopo respiro potremo percepire che il nostro corpo cambia, momento per momento, e possiamo vivere la sensazione interna che ogni momento è diverso dal precedente, e che passerà.

6. **Senso di sicurezza interno:** acquisire un senso di sicurezza interno è centrale per chi ha vissuto situazioni traumatiche e per tutti è una condizione necessaria da preservare, sia quando viviamo con altre persone, sia quando viviamo da soli. Per ognuno di noi è importantissimo dunque **identificare: cosa ci fa sentire al sicuro?** Magari è un certo tipo di musica, magari un certo tipo di lettura: cosa ci aiuta a sentire uno stato di calma interiore? Alcuni aspetti andrebbero focalizzati:

- **Il contatto fisico** è l'elemento che più di ogni altro ci garantisce come esseri umani di sentire un senso profondo di sicurezza e conforto. Per chi vive in famiglia è il momento delle coccole, degli abbracci, del far sentire agli altri la vicinanza e l'importanza del contatto umano nella nostra percezione di sicurezza; per chi vive da solo in questa fase critica è molto più difficile, ma potrebbe essere altrettanto importante trovare una strada per offrire a se stessi un senso di maggior contatto e calore con alcuni **esercizi corporei**, per sviluppare un senso più profondo di sicurezza interno al corpo e di contatto con sé.
- **Privacy/confini:** il nostro senso di sicurezza tuttavia può passare anche dall'averne necessità di uno spazio di privacy e solitudine, di uno spazio in cui possiamo non essere raggiunti, quando abbiamo bisogno di questo per avere un maggior contatto con noi stessi. Cosa possiamo fare se condividiamo spazi limitati? Identificare un **angolo o un luogo della casa** in cui gli altri sappiano che in quel momento abbiamo bisogno di non ricevere richieste, compiti, domande ed è nostro diritto chiederlo e trovarlo. Ecco il nostro **“luogo al sicuro”**
- Le persone traumatizzate sentono un costante senso di minaccia all'interno del loro corpo, poiché sono continuamente bombardate da segnali viscerali di allerta e pericolo e nel tentativo di controllare questo processo, spesso diventano molto bravi nell'ignorare i loro segnali viscerali e nell'annebbiare la consapevolezza: imparano cioè

a nascondersi da loro stessi. Di nuovo lo Yoga, il Tai Chi e il Qi Gong sono pratiche valide e scientificamente provate per aiutare a creare un senso di sicurezza interno, per imparare ad abitare il proprio corpo in un modo sicuro.

Infine, non dimentichiamo che in questo momento chi vive una condizione di traumatizzazione, maltrattamento o violenza in famiglia potrebbe essere in pericolo nella condizione di quarantena forzata e potrebbe aver bisogno di chiedere aiuto. Di seguito i numeri di emergenza in Italia per farlo:

Numero Unico Nazionale Antiviolenza e Stalking: **1522**.

PSICOFARMACI E STRESS POST TRAUMATICO

di Paolo Calini, Raffaele Avico

Riguardo al **trattamento farmacologico** del Disturbo da stress post traumatico (PTSD), la letteratura internazionale è piuttosto ricca di lavori che purtroppo non arrivano, però, a conclusioni univoche. Mancano ancora delle linee guida supportate da evidenze chiare e soprattutto condivise dalla comunità scientifica.

Basti citare le linee guida, pubblicate nel 2014, dell'Anxiety Disorders Association of Canada che, curiosamente, reinseriscono il PTSD fra i disturbi d'ansia pur utilizzando il DSM 5 (*Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*) come strumento diagnostico - il DSM 5 ha riconosciuto dignità ed autonomia diagnostica al PTSD, scorporandolo dai disturbi d'ansia che tutte le precedenti edizioni del DSM, compreso il IV TR, gli avevano assegnato.

Questa indecisione nosografica è molto indicativa della scarsa chiarezza presente nella comunità scientifica internazionale al riguardo. In ogni caso, in queste linee guida fluoxetina, paroxetina e sertralina (SSRI) e venlafaxina (SNRI) vengono indicati come farmaci di prima scelta (ottenendo il livello 1 di evidenza nello studio metanalitico condotto dall'associazione Canadese); mentre trazodone viene considerato come farmaco di ultima scelta (livello 4). In un altro studio metanalitico del 2011, gli autori evidenziano come trazodone sia particolarmente indicato nel trattamento farmacologico del PTSD, in significativo contrasto con le linee guida canadesi.

Qualunque approccio farmacologico al PTSD è, pertanto e ancora, argomento complesso e non definitivo.

In questo articolo del 2016 viene condotta una review di altri articoli che hanno discusso e approfondito la psicofarmacologia del PTSD.

Come prima cosa, viene fatto notare come l'impatto del farmaco, a riguardo del PTSD, sia limitato. Viene osservato come un impatto significativo usando i farmaci di prima linea in questi casi (paroxetina e sertralina) avvenga in non più del 60% della popolazione studiata, e che una vera remissione dei sintomi si osservi in circa il 30% del totale dei soggetti. Quindi, vengono presi in esame differenti **aspetti neurobiologici** attraverso la lente psicofarmacologica.

SEROTONINA

Considerando la neurobiologia dei farmaci di prima linea usati per il Disturbo da stress post traumatico (paroxetina e sertralina), gli autori riportano molteplici studi che negli anni sono giunti a risultati controversi, arrivando a mettere in discussione lo stesso utilizzo dei suddetti farmaci nel trattamento del PTSD. I farmaci che promuovono il rilascio di maggiori quantità di serotonina in alcune aree del cervello del paziente, sembrano presentare alcune limitazioni di utilizzo, dai bassi livelli di impatto, agli effetti collaterali, all'eccessivo tempo intercorso tra l'assunzione e l'effetto desiderato. Viene infine riproposta la questione di un futuro possibile uso del MDMA (qui approfondito), promettente ma ancora poco studiato in modo accurato e che, a oggi, costituisce un trattamento sperimentale e non certo d'uso nella prassi clinica quotidiana.

SISTEMA NORADRENERGICO

In questa sezione dell'articolo viene effettuata un'analisi approfondita della neurobiologia connessa al sistema noradrenergico, coinvolto nella regolazione dello stato di arousal (la risposta neurofisiologica del sistema nervoso a stimoli ambientali -e non solo- più o meno attivanti in termini di sicurezza percepita); la liberazione di neurotrasmettitori da parte del sistema noradrenergico (collocato in un'area profonda del cervello e al di fuori della coscienza e del controllo volontario dell'individuo), è da considerarsi centrale nello sviluppo del PTSD se consideriamo come un'anomala risposta protratta di attacco e fuga (un cervello per così dire costantemente allarmato)

interferisca sulla nostra modalità di percepire la realtà e sulla qualità del sonno, solo per citare alcuni aspetti problematici della risposta a un trauma.

In senso psicofarmacologico, vengono citati due principi attivi:

1. prazosina (non commercializzato in Italia, usato come integrazione ad altre terapie usate per il trattamento dei disturbi del sonno connessi al PTSD; qui un approfondimento)
2. desipramina (equivalente alla paroxetina in termini di effetti, particolarmente studiato in presenza di dipendenza da alcol in comorbilità al PTSD)

SISTEMA DEL GLUTAMMATO

Molteplici evidenze portano a ipotizzare che il PTSD si associ a una difettosa capacità inibitoria da parte della corteccia prefrontale su zone profonde del cervello come amigdala e ippocampo. In senso farmacologico, gli autori considerano:

- ketamina in dosi sub-anestetiche: la ketamina assunta in dosi non pericolose e sotto controllo medico si è introdotta in ambito psicofarmacologico in primo luogo nel trattamento “rapido” di disturbi depressivi resistenti. La ketamina ha tuttavia mostrato risultati importanti anche in altri disturbi; a riguardo del PTSD, questo studio è l’unico studio RCT che ha messo a confronto l’uso di ketamina e di benzodiazepine su soggetti colpiti da PTSD, mostrando un netto superamento degli effetti positivi ottenuti dall’uso di ketamina.

SISTEMA GABAERGICO

Il GABA, in quanto neurotrasmettitore inibitorio, è ampiamente studiato nei quadri di PTSD. Gli autori rilevano come le comuni benzodiazepine vengano usate meno, negli ultimi tempi, a causa di una serie di effetti collaterali importanti da evitare (primo su tutti, il fatto che inducono dipendenza e

assuefazione). Citano a supporto di questo punto numerosi studi che, anzi, sconsigliano l'utilizzo di benzodiazepine nel trattamento di PTSD, per via degli effetti collaterali già sopra citati e di potenziali effetti iatrogeni sul trattamento del PTSD (si veda [qui per un approfondimento](#)).

A questo livello agiscono gli antiepilettici tradizionali (topiramato, valproato, lamotrigina, gabapentin sono stati studiati in modo particolare nel trattamento del PTSD). La loro azione verosimile è quella di bilanciare il sistema GABAergico (ad azione inibitoria sul sistema nervoso centrale) con l'azione glutammatergica (ad effetto eccitatorio), facilitando pertanto la funzione inibitoria della corteccia prefrontale sulle strutture cerebrali profonde, le quali, come già citato, possono permanere molto attivate a seguito dell'esposizione ad un evento potenzialmente traumatico. L'effetto esercitato dagli antiepilettici risiederebbe pertanto nella modulazione dei network associativi cerebrali. Sulla base di ciò, gli antiepilettici costituirebbero una valida alternativa all'utilizzo di benzodiazepine per il controllo dei sintomi di iperarousal del PTSD.

GLI ANTIPSICOTICI

Gli antipsicotici sono una categoria di farmaci ampiamente usati nella pratica clinica quotidiana. Anche per questa categoria di farmaci, le evidenze a favore del loro utilizzo nel trattamento del PTSD sono discordanti e non definitive. Nella [già citata review](#) condotta dal gruppo canadese nel tentativo di formulare delle linee guida per il trattamento farmacologico del PTSD, risperidone ha ottenuto un livello 1 di evidenza. Sicuramente, il potente effetto di blocco del sistema dopaminergico esercitato dagli antipsicotici (sedazione), può avere indicazioni nel trattamento dei sintomi determinati dall'iperarousal. Gli antipsicotici più studiati sono comunque quelli di seconda generazione, con particolare attenzione, oltre che per risperidone, per olanzapina, quetiapina ed aripiprazolo.

Indubbiamente, l'effetto negativo di questi farmaci che risulta particolarmente significativo nel trattamento del PTSD, è l'azione negativa sul sistema del *rewarding* che utilizza proprio la dopamina come neurotrasmettitore; questo

potrebbe aumentare il rischio di complicanze legate al ricorso a sostanze psicoattive, già significativamente alto in pazienti affetti da disturbi post-traumatici. Un'altra significativa suggestione per la potenziale efficacia degli antipsicotici deriva dalla loro azione sulla salienza (ovvero la possibilità di discriminare intenzionalmente il dettaglio dallo sfondo, funzione anch'essa determinata dalla trasmissione dopaminergica che risulta gravemente alterata nei disturbi psicotici). Per un approfondimento su questo tema in realtà ancora poco studiato nell'ambito traumatologico, a differenza di quanto accade per le psicosi endogene, si rimanda ai lavori di Kapur, come ad esempio [questo](#).

CANNABINOIDI

A riguardo dell'utilizzo di cannabis nel trattamento di PTSD, esistono alcune evidenze di scarsa forza in termini statistici, che quindi necessitano di ulteriori approfondimenti, maggiormente strutturati. Inoltre, alcuni aspetti problematici vengono riportati dagli autori:

- l'emergere di aspetti persecutori/paranoici nei soggetti consumatori
- la presenza di evidenze che correlano livelli alti di utilizzo di cannabis e sintomi di PTSD, senza una comprensione reale di cosa venga prima in termini causali (se i sintomi di PTSD o l'uso di cannabis)
- un uso prolungato di cannabis può alterare il funzionamento di alcuni recettori specifici, causando un conseguente effetto rebound di natura ansioso/depressiva

Occorre citare, per completezza, **altre molecole** in fase di studio che però non hanno ancora un'applicazione nella pratica clinica quotidiana; sicuramente i farmaci più studiati sono: ossitocina, melatonina ad alto dosaggio, corticosteroidi e betabloccanti; questi farmaci sono in fase di studio per differenti momenti dello sviluppo del PTSD, ovvero come trattamento preventivo (da somministrare immediatamente dopo l'esposizione all'evento - corticosteroidi-, oppure come trattamento vero e proprio del disturbo conclamato o, ancora, come agenti facilitanti l'elaborazione psicoterapica dei

ricordi traumatici - betabloccanti, che riducono in modo consistente i sintomi fisici dell'iperarousal, permettendo al paziente di meglio tollerare l'esposizione ai ricordi).

OSSITOCINA

L'ossitocina viene studiata come farmaco "integrativo", in grado di modulare la risposta allo stress e alla paura; in particolare, un po' come si evince dalla ricerca sull'utilizzo dell'MDMA, anche qui si ragiona sulla possibilità di **predisporre** il soggetto a un miglior impatto della terapia espositiva, attraverso l'uso dell'ossitocina. Se infatti il lavoro sul PTSD consta di un inevitabile approccio ai ricordi traumatici (per via dell'approccio trifasico), un utilizzo coadiuvante di principi attivi di questo tipo potrebbe diminuire la risposta autonoma del soggetto di fronte al ricordo traumatico, favorendone una sua elaborazione/cognitivizzazione (per un approfondimento).

CONCLUSIONI

Sappiamo che parte della sintomatologia del PTSD è affrontabile valutando le modalità di funzionamento della memoria. Come qui approfondito, ogni modalità che nella terapia del PTSD aiuti il paziente ad avvicinarsi e a lavorare sui ricordi, elaborandoli almeno in parte, andrà nella direzione di un miglioramento clinico.

Tentando quindi una conclusione critica, il trattamento farmacologico del Disturbo da stress post traumatico presenta ancora notevoli criticità che sono ben lontane dall'essere chiarite. In mancanza di evidenze e di comprensione sull'utilizzo dei farmaci e sul loro effetto neurobiologico in situazioni cliniche che possono anche essere estremamente dirompenti (basti pensare ad alcuni dei sintomi da iperarousal manifestati da numerosi soggetti, in particolare i comportamenti aggressivi e le manifestazioni conseguenti al discontrollo della rabbia), la scelta di un farmaco deve essere innanzitutto cauta ed in ogni caso guidata da un'attenta riflessione entro un più globale inquadramento relativo al funzionamento del soggetto. Sicuramente le benzodiazepine devono essere evitate in terapia cronica; il loro utilizzo

estemporaneo, soprattutto in ambito ospedaliero protetto, deve essere attentamente valutato. A livello farmacologico, possiamo cercare di migliorare singoli sintomi, ma non esiste ad oggi un farmaco unico che permetta una presa in carico “totale” del PTSD.

É d'altronde molto importante che il medico prescrittore, mentre cerca la migliore terapia sintomatica possibile insieme al paziente, tenga nella sua mente il quadro psicotraumatologico generale, di cui i singoli cluster sintomatici sono “punte dell'iceberg”.

AFFRONTARE LO STRESS POST TRAUMATICO CON L'ATTIVITÀ FISICA: SI PUÒ FARE?

di Raffaele Avico

La letteratura in ambito psicotraumatologico che riporta dati rigorosi che attestino l'**impatto dell'attività fisica sul PTSD**, è in espansione ma ancora poco consistente in termini di protocolli standard e linee guida dettagliate su cosa possa giovare a pazienti affetti da PTSD conclamato.

È noto l'impatto del PTSD sul corpo, evidenziato in molteplici studi su riviste di grande autorevolezza in ambito scientifico, e ben spiegato nel lavoro di studiosi in materia che tracciano la via della psicotraumatologia del presente, come il noto *The body keeps the score (Il corpo accusa il colpo)* di Bessel Van Der Kolk.

Alcune riviste maggiori, come l'American Journal of Psychiatry o il Journal of Clinical Psychology, fanno riferimento a studi molto recenti condotti su pazienti affetti da PTSD attraverso l'applicazione di protocolli standardizzati di esercizi inerenti il corpo: emerge l'importanza generica di effettuare **attività fisica di natura aerobica e mirata a sviluppare "resistenza muscolare"**, al fine di mitigare gli effetti somatici del PTSD.

In questo articolo troverete i **contributi** maggiori e più importanti, elencati in ordine cronologico.

Il lavoro di Hegberg et al. (2019), rappresenta il **contributo al momento più completo in letteratura**; in termini generali, come in esso viene esplicitato, esistono diverse teorie a riguardo dei meccanismi che rendono l'**attività fisica aerobica** uno strumento potenzialmente in grado di integrarsi al trattamento standard per il PTSD, che potrebbero essere ascritte a 4 ipotesi/punti-cardine:

- IPOTESI DELL'AUTOREGOLAZIONE

Usare il corpo a fini regolativi è da considerarsi una strategia di **mastery**, dove per strategia di mastery intendiamo un comportamento attivo che promuova il recupero dello stato di “padronanza” in termini di regolazione emotiva, quando questa fosse andata perduta. Esistono diverse modalità di recupero della mastery: il corpo rappresenta un modo primitivo, ma spesso efficace, di rientrare nei ranghi di quella che Daniel Siegel chiama “finestra di tolleranza”. Svolgere attività fisica, consente di placare stati di disregolazione neurofisiologica quando questi siano eccessivamente tendenti verso l'alto (iperarousal) oppure di promuovere un “ritorno alla vita” quando ci si senta affossati entro stati di disattivazione apparentemente invincibile (ipoarousal). Sappiamo che il PTSD produce disregolazioni in senso sia di iperarousal, che di ipoarousal.

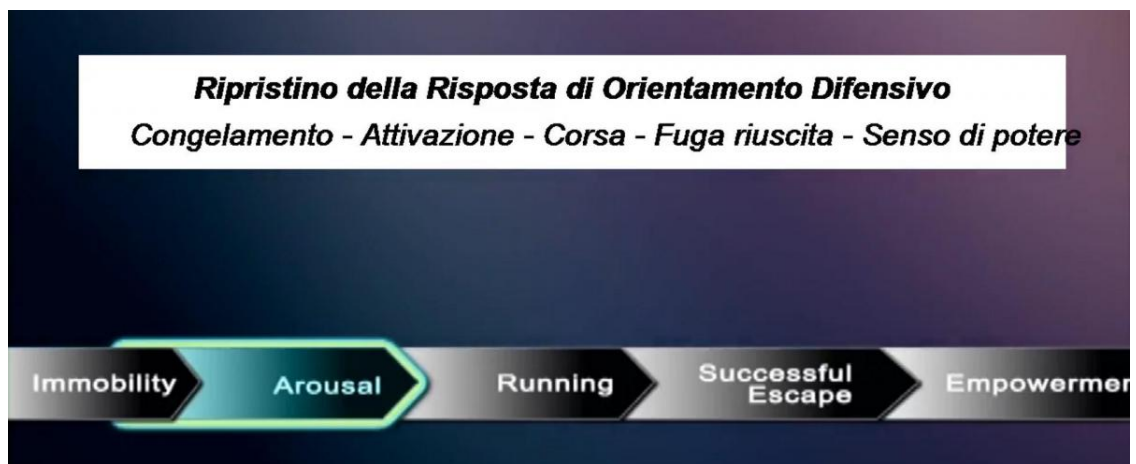
- IL CORPO DISSIPA IL TRAUMA

Questa espressione mutuata dal lavoro di uno dei riferimenti mondiali per l'approccio somatico al trauma, Peter Levine, esprime il senso di **lasciare andare via il vissuto traumatico per via corporea**. Pat Ogden, fondatrice della Psicoterapia Sensomotoria, ha ripreso e sviluppato un tema di Pierre Janet, relativo alla questione dello sviluppo e della *realizzazione* delle “tendenze all'azione” bloccate nel corso e in seguito al trauma. Levine si pone sulla stessa linea, arrivando da un lungo studio del trauma in senso neurobiologico ed etologico, attraverso l'osservazione gli animali. Gli animali, quando non provenienti da storie di sviluppo traumatico, rispondono al singolo evento stressante in modo efficace, “scrollandolo” via dal corpo e ripristinando per via corporea lo stato neurofisiologico antecedente il trauma stesso. L'uomo non sempre è in grado di fare questo: nonostante la sostanziale sovrapposibilità interspecifica delle parti più antiche del cervello osservabile negli animali vertebrati, il sistema nervoso umano è dotato di alcuni potenti strumenti di memorizzazione e problematizzazione della realtà esperita, che paradossalmente conducono a una

memorizzazione eccessiva e distorta dell'evento stressante stesso. Levine in questo senso parla di un eccesso di "energia" fisica che, non potendo svilupparsi in senso biologico a causa dello stato di profonda impotenza sperimentato durante il trauma, rimane nel corpo e lo perturba (stress post-traumatico): questo aspetto della teoria di Levine precede ed è assimilabile alla già citata idea di Pat Ogden sul "completamento delle tendenze all'azione troncate", tendenze all'azione che dovranno essere idealmente "scaricate" per via sensomotoria, quindi attraverso il corpo (primo veicolo e naturale sede dei movimenti di fuga/attacco elicitati dalla minaccia), con alcune sfumature semantiche differenti (Pat Ogden parla di tendenze all'azione come di un movimento più finalizzato, Levine di un troppo pieno che vuole essere scaricato).

Lo sport, in questo caso, potrebbe essere pensato come veicolo di **scarico** (*release*) di tendenze all'azione maturate durante l'evento traumatizzante. Sempre Levine, descrive come uno degli effetti somatici del PTSD siano tremori, eccessiva sudorazione, mani fredde: dal suo punto di vista segni medici di questo tipo ci racconterebbero di una risposta autonoma del sistema nervoso centrale bloccato in una anormale, protratta modalità di "difesa" in previsione di un ipotetico, futuro nuovo momento traumatico. Levine, e con lui altri studiosi dell'ambito, interpreta questi segni e sintomi come "spie" corporee di qualcosa che necessita di essere evacuato o appunto dissipato (per esempio una forte rabbia che non è riuscita a esprimersi, una fuga impossibile rimasta intrappolata nel corpo).

Se per esempio osserviamo un animale bloccato in una condizione di congelamento (*freezing*), e lo osserviamo fuoriuscirne, vedremo che l'animale scarica attraverso il tremore lo stato di freezing stesso: alcuni animali -come gli orsi- tremano tendenzialmente di più (sono sconsigliati da forti tremori che poi si placano), altri meno. Il tremore rappresenta una risposta naturale funzionale a dissipare il terrore e l'ansia: alcune scuole di psicoterapia (afferenti, anche se non direttamente, alla scuola di pensiero della psicoterapia sensomotoria) ne prescrivono l'autoinduzione in modo volontario come strumento per scaricare il corpo. Quello che sembra essere



necessario, in effetti, in natura, è che il processo di “scarico della paura” a seguito di un forte shock o trauma, avvenga in modo completo, **fino in fondo**.

Sappiamo che il comportamento animale ricapitola, in un certo senso semplificato, il nostro stesso comportamento, e che a volte dall’osservazione degli animali possiamo imparare ciò che difficilmente riusciamo a osservare in noi. Il lavoro fatto da Peter Levine ci insegna che il corpo, a seguito di una forte attivazione, deve scaricarsi: lo sport, in questo senso, fornisce un contenitore ideale e potenzialmente modulato/modulabile, al fine di esprimere con successo queste tendenze bloccate. L’immagine sopra riportata descrive una sequenza ideale che dallo stato di immobilità porta, attraverso la corsa, al recupero di una condizione di empowerment (senso di potere). Il rationale dell’utilizzo dello strumento “corsa” sarebbe in questo caso lo sviluppo e il compimento della tendenza di attacco/fuga, rimasta congelata al momento del trauma (Levine, molto efficacemente, spiega come per creare il trauma debbano associarsi immobilità e paura: in senso clinico occorrerà dissociare e risolvere questi due aspetti dell’esperienza di vita del paziente, per liberarlo dalla trappola creata dal post-trauma).

- **TERAPIA ESPOSITIVA ENTEROCETTIVA**

La terapia espositiva fonda il suo rationale sul concetto di rehearsal, cioè di **reiterazione e abituazione**, che la rende uno strumento di fronteggiamento efficace nei casi in cui la tendenza sarebbe invece quella di evitare. Ripetere un discorso da fare in pubblico, frequentare luoghi percepiti come pericolosi per poi abitarvisi, dedicarsi alla lettura di stati interiori di paura e terrore, sono appunto

esempi di strategie espositive usate per rendere meno “attivanti” quegli stessi stimoli, interiori o esteriori che siano.

Una delle conseguenze del PTSD è il protrarsi dell’evitamento interiore ed esteriore di tutto ciò che concerne l’evento o gli eventi traumatici e i contesti in cui avvennero: seguendo la terminologia coniata da Onno van der Hart (teoria della dissociazione strutturale della personalità) parliamo di *fobia degli stati interni* per indicare il risultato di un evitamento totale, da parte dell’individuo, di ciò che potrebbe elicitare una riattivazione corporea disregolata (vengono evitati gli elementi attivanti, i *trigger* interni -pensieri, immagini- che scatenerrebbero, nuovamente, l’accesso al materiale traumatico). Svolgere attività fisica consentirebbe secondo questa ipotesi di riappropriarsi di un senso di maggiore controllo, tramite esposizione ed abitudine, sulle sensazioni corporee indotte da attività fisica regolare.

- EFFETTO ANTIDEPRESSIVO E ANSIOLITICO DELL’ESERCIZIO FISICO

Molteplici studi hanno valutato, e dimostrato, l’impatto positivo dell’esercizio fisico su sintomi di natura depressiva e ansiosa ingenerati da molteplici, diverse storie di vita. Se consideriamo la **teoria a “network” dei disturbi mentali**, promossa da Denny Borsboom, secondo cui i sintomi psicopatologici sarebbero da considerarsi come orizzontalmente presenti sulla scena psicologica dell’individuo, connessi e interdipendenti gli uni dagli altri, potremo considerare come l’impatto dell’attività fisica sul PTSD possa avvenire in modo anche indiretto, andando cioè a colpire alcuni dei sintomi collaterali dello stress post-traumatico stesso come l’insonnia grave, o l’ansia generalizzata. Consideriamo per esempio come migliorando la qualità del sonno, si migliorino in generale le prestazioni cognitive di un individuo affetto da PTSD, impegnato quotidianamente nel fronteggiare la gestione del disturbo. Non va dimenticato che lo stress post-traumatico si gioca su un costante lavoro di adeguamento a una realtà percepita come minacciosa: fronteggiarla in uno stato di prostrazione da carenza di sonno, la

rende oltremodo allarmante (già Pierre Janet descriveva come in una condizione di “stanchezza psichica” fosse più facile, per un evento potenzialmente traumatico, radicarsi in profondità nella mente dell’individuo che ne fosse vittima). Lo stesso potremmo dire per il vissuto depressivo da “esaurimento”: procurare sbilanciamenti o innalzamenti del tono umorale per via corporea (per esempio stimolando la produzione di endorfine a seguito di una sessione di esercizio aerobico protratto), andrebbe considerato come un tentativo di migliorare la propria qualità della vita, in generale, verso una successiva liberazione dal PTSD primario.

UN PROGRAMMA DI ALLENAMENTO

Gli studi che abbiamo citato aiutano a comprendere come sia generalmente consigliabile integrare l’esercizio di natura aerobica, praticato in modo regolare, con la canonica psicoterapia usata per il PTSD. Potrebbe essere utile, quindi, seguire un **programma di esercizi settimanali** pensato per fronteggiare uno stress-post traumatico, formulato in assenza di limitazioni mediche e seguendo il parere di un esperto (per esempio, un dottore in Scienze Motorie o un trainer professionista).

Il programma, dovrebbe idealmente tendere verso:

- Il rilascio delle “tendenze all’azione” per via di esercizi di natura aerobica, come suggerito dai protocolli utilizzati negli esperimenti prima citati
- Il generico rafforzamento del “core” (schiena, addominali, fianchi) per via di esercizi mirati
- Il miglioramento della stabilità del corpo per via di esercizi propriocettivi e di natura posturale, al fine di aumentare il senso di radicamento ed equilibrio
- Un rafforzamento generale in senso cardiovascolare, così da meglio tollerare e regolare gli scompensi post-traumatici

CONCLUSIONI

La presente review si pone sulla scia di altri articoli che hanno messo in evidenza come, passando per una via esclusivamente corporea, si possano intaccare alcuni nuclei “duri” della sindrome del PTSD, in particolare nelle sue ripercussioni più neurofisiologiche e somatiche. Un uso ragionato di un programma di esercizi specifico, da integrare a una psicoterapia trifasica, potrebbe **velocizzare i tempi di recupero** e promuovere un aumentato senso di grounding, con le sensazioni di stabilità e mastery che ad esso si accompagnano.

BIBLIOGRAFIA

Borsboom D. & Cramer A. O.J. (2013). Network Analysis: An Integrative Approach to the Structure of Psychopathology, Annual Review of Clinical Psychology, 9:1, 91-121

Hegberg, N. J., Hayes, J. P., & Hayes, S. M. (2019). Exercise Intervention in PTSD: A Narrative Review and Rationale for Implementation. Frontiers in psychiatry, 10, 133. doi:10.3389/fpsyt.2019.00133

Levine, P.A. (2014) Somatic Experiencing, casa Editrice Astrolabio, Roma

Mathew G. Fetzner & Gordon J.G. Asmundson (2015) Aerobic Exercise Reduces Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized Controlled Trial, Cognitive Behaviour Therapy, 44:4, 301-313, DOI: 10.1080/16506073.2014.916745

Mehling, Wolf & Chesney, Margaret & Metzler, Thomas & Goldstein, Lizabeth & Maguen, Shira & Geronimo, Chris & Agcaoili, Gary & Barnes, Deborah & Hlavin, Jennifer & Neylan, Thomas. (2017). A 12-week integrative exercise program improves self-reported mindfulness and interoceptive awareness in war veterans with posttraumatic stress symptoms. Journal of Clinical Psychology. 74. 10.1002/jclp.22549.

Ogden, P., Minton, K., Pain, C. (2006). Il trauma e il corpo. Manuale di psicoterapia sensomotoria. Tr.it. Istituto di Scienze Cognitive Editore, Sassari 2012

Pagani M, Amann BL, Landin-Romero R and Carletto S (2017) Eye Movement Desensitization and Reprocessing and Slow Wave Sleep: A

Putative Mechanism of Action. Front. Psychol. 8:1935. doi: 10.3389/fpsyg.2017.01935

Philip & Rosenbaum, Simon. (2016). Physical Activity in People With PTSD: A Systematic Review of Correlates. Journal of Physical Activity and Health. 13. 910-918. 10.1123/jpah.2015-0436.

Rosenbaum, S, Sherrington, C, Tiedemann, A. (2014) Exercise augmentation compared to usual care for post-traumatic stress disorder: a randomized controlled trial, Acta Psychiatrica Scandinavica, Vol. 131, Issue 5, Pag. 350-359

Siegel, D. (2013). Il Terapeuta consapevole. Guida per il terapeuta al Mindsight e all'Integrazione neurale. Sassari: Istituto di Scienze Cognitive Editore

Vancampfort, Davy & Stubbs, Brendon & Richards, Justin & Ward, Philip & Firth, Joseph & Schuch, Felipe & Rosenbaum, Simon. (2016). Physical fitness in people with posttraumatic stress disorder: a systematic review. Disability and Rehabilitation. 39. 10.1080/09638288.2016.1226412.

PARTE TERZA: CONCLUSIONE

“Quando questi aspetti di noi stessi vengono inconsciamente rifiutati ritornano, quando vengono resi coscienti, accettati, tollerati o integrati, il sé può sentirsi in armonia, il bisogno di mantenere in piedi l'edificio dell'autoconsapevolezza scompare, e la forza della compassione per sé viene liberata.”

MARK EPSTEIN, Pensieri senza un pensatore

FUORIUSCIRE DAL TRAUMA

lasciare indietro il passato

di Aisted

Il processo di fuoriuscita da un vissuto post-traumatico, può essere lungo e accidentato: certamente, però, è fattibile. Con questo breve Ebook, abbiamo inteso fornirVi alcuni spunti di riflessione e approfondimento sul tema “trauma psicologico”. Come avrete osservato e concluso, le parole chiave da “portare a casa”, sono 3:

1. *stabilizzare/regolare*
2. *narrare*
3. *integrare*

..il che equivale a dire che un’esperienza traumatizzante, per essere superata e “consegnata al passato”, dovrà essere tollerata e meglio *regolata* nei suoi sintomi psichici e corporei, *narrata* e infine *integrata* nel normale flusso di ricordi.

Desideriamo ora fornirVi alcune indicazioni operative qualora desideraste contattare **psicotraumatologi** operativi nel contesto delle **Vostre città** di residenza.

Ecco quindi un riferimento mail con, in chiusura, alcune brevi indicazioni bibliografiche per chi volesse approfondire ulteriormente il tema.

Vi preghiamo, qualora desideraste prendere un contatto, di scrivere al seguente indirizzo lasciando il vostro **nome**, **cognome**, **numero di telefono**, **città di residenza**, insieme a un **giorno** e ad una **fascia oraria** entro la quale vorreste essere ricontattati:

aistedrisponde@aisted.it

Non esitate a rivolgerVi a noi per un aiuto o un semplice confronto.

Milano, maggio 2020
Consiglio Direttivo Aisted e soci

Raffaele Avico
Chiara Bellardi
Paolo Calini
Alessandra Catania
Matteo Cavalletti
Valeria Fusco
Camilla Marzocchi
Giovanni Tagliavini
Ilaria Vannucci



AISTED

ASSOCIAZIONE ITALIANA
PER LO STUDIO DEL TRAUMA
E DELLA DISSOCIAZIONE

Per approfondire:

- <https://www.aisted.it/>
- <https://www.youtube.com/watch?v=ZfxAWuOAouE>
- <http://www.psychiatryonline.it/node/7955>
- <https://www.amazon.it/PTSD-Strategie-controllo-avanguardie-post-traumatico/dp/1660488400>

*Ebook realizzato da
Raffaele Avico, AISTED
ilfogliopsichiatrico.it*