

SCUOLA POST-UNIVERSITARIA DI IPNOSI CLINICA

SPERIMENTALE

CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO - SPERIMENTALE

C . I . I . C . S

ISTITUTO FRANCO GRANONE

CORSO BASE DI IPNOSI CLINICA E COMUNICAZIONE IPNOTICA

Anno 2013

TESI

L'IPNOSI NEL TRATTAMENTO DEL DISTURBO POST- TRAUMATICO DA

STRESS IN AMBITI MILITARI

Candidato: Dott. Piero Giovanni PETRACCO

Relatore: Dott. Massimo SOMMA

“La follia è l’oblio di un grande dolore”

(F. Nietzsche “La Gaia Scienza)

“Date parole al dolore :il dolore che non parla bisbiglia

al cuore sovraccarico e gli ordina di spezzarsi”

W. Shakespeare (Macbeth atto IV,scena III )

## **INTRODUZIONE**

Oggetto di questo elaborato è il Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD), moderna nominazione di un quadro clinico conosciuto fin dall’antichità e lucidamente descritto da poeti e scrittori. La perdita di senno di Orlando o la follia di Lady Macbeth ne sono mirabili descrizioni. In età moderna a partire dal 19° secolo è progressivamente divenuto oggetto di attenzione delle nascenti neurologia e psichiatria scientifiche. La modernità ne ha sancito l’associazione con eventi traumatici e condizionato di volta in volta la definizione ( Railway brain, Nevrosi Traumatica, Shell Shock Isteria di Guerra ) individuandolo come un disturbo che colpisce persone esposte acutamente ad eventi traumatici e catastrofici,tali da attualizzare un reale (o soggettivamente percepito come tale) pericolo di morte o di permanente danno fisico,psichico e morale. La scelta di delimitare lo studio all’ambito militare risponde da un lato a ragioni storiche,in quanto è dalle drammatiche esperienze raccolte dalla Medicina di Guerra che la sindrome ha ottenuto riconoscimento e spinta alla ricerca clinica; dall’altro al motivato interesse personale dello scrivente che,come ufficiale medico in congedo richiamato a supporto di operazioni di Peace Keeping ,si è più volte confrontato con pazienti affetti da tale disturbo.

Il percorso dell’elaborato prende avvio con un capitolo introduttivo storico ( le discipline al pari dei nostri pazienti devono essere sempre accompagnate da una attenta”anamnesi” per poterne

comprendere lo stato presente) a cui segue un inquadramento clinico-nosografico del disturbo. Si affronta successivamente la definizione e la fenomenologia del disturbo da stress negli aspetti biologico, psicologico e sociale esponendo le principali ipotesi eziopatogenetiche. Un capitolo specifico è dedicato all'ipnosi dove per scelta si è privilegiato l'apporto di Pierre Janet, insuperato precorritore della psicopatologia del trauma e della psicoterapia ipnotica. Il lavoro si conclude con i capitoli dedicati alla clinica, in cui si confrontano gli strumenti offerti dalla farmacoterapia con quelli offerti dalla psicoterapia, con particolare attenzione alla terapia ipnotica.

## **CENNI STORICI**

La descrizione di quadri clinici assimilabili all'attuale PTSD si può già riscontrare nella letteratura dell'antica India e della Grecia classica (epopea di Gilgamesh, Iliade, Antigone di Sofocle, La Guerra del Peloponneso di Tucidide ) (Maiullari 2007). Ricca è anche la letteratura antropologica che ne descrive la presenza e le tecniche di cura nei popoli preistorici ed extrastorici (Eliade 1982).

Tra il tardo Medioevo ed il Rinascimento fu descritto un disturbo psichico, a carico dei soldati di ventura impegnati in lunghe campagne, vagamente definito come "mal di nostalgia" caratterizzato da turbamento del carattere, insubordinazione, rissosità, apatia melanconica (Machiavelli 2007).

A. Parè descrisse un classico quadro del disturbo a carico del Re Carlo IX insorto dopo la sanguinosa strage degli Ugonotti del 1572. P.Pinel nel suo "Traité Médico - Philosophique sur l'Aliénation Mentale" ricostruì il famoso episodio occorso a Pascal nel 1630, quando il filosofo fu sul punto di precipitare in un fiume per un tiro di cavalli imbizzarrito su un ponte, ne descrisse la successiva perdurante inabilitazione caratterizzata da incubi, insonnia, visioni allucinatorie di abissi, condotte evitanti fobiche.

Con progressiva frequenza si raccolsero descrizioni di disturbi psichici nei reduci a partire dalle guerre napoleoniche, caratterizzate dall'introduzione di significative novità (Klausewitz 1832) tra cui: la leva obbligatoria, l'incremento dell'impiego ed efficienza delle artiglierie e l'aumentata gittata dei fucili (con la conseguente maggiore aleatorietà, imprevedibilità e incontrollabilità della fonte di pericolo), la presenza sul campo di medici e chirurghi con le prime strutture di sanità militare (con il conseguente aumento di sopravvissuti anche a gravi ferite e traumi).

La successiva guerra di secessione americana vide la massiccia sperimentazione di nuove tecnologie e di nuove tattiche di combattimento : fucili a ripetizione, obici a lunga gittata, trinceramenti, combattimenti notturni, guerra di movimento, eserciti di popolo (volontari e coscritti). Tutto questo gravava sul singolo militare con: prospettiva imminente di morte repentina ed inaspettata, incapacità a gestire e comprendere gli eventi, esposizione a forti sollecitazioni fisiche (rumore, calore, luminosità velocità), dissoluzione improvvisa di legami solidali (interi reparti cancellati nel corso di una singola battaglia). In alcune occasioni si riscontrarono dei caduti che non presentavano alcuna ferita, erano semplicemente morti; si tentò di spiegare l'evento ipotizzando un presunto fenomeno fisico (vento da palla di cannone) o chimico (presunta tossicità della polvere da sparo). Tuttavia medici accorti misero in relazione i fattori emotivi con fenomeni neurovegetativi coniando il termine di "cuore irritabile" o "cuore del soldato" e riconoscendo che di paura si poteva morire o impazzire (Mitchell 1864). Da questa scoperta iniziò una lenta svolta, caratterizzata anche dal progressivo aumento di congedi per sopravvenuta inabilità mentale per causa di guerra (Van Buren 1888).

Con l'affermarsi della rivoluzione industriale fecero la loro comparsa disastri anche in ambito civile e tra questi, con la loro elevata (per il tempo) valenza emotiva, i disastri ferroviari. I sopravvissuti presentavano sequele psichiche e funzionali a distanza dall'evento; dispute sulla natura del danno si celebrarono nei tribunali tra gli assertori della natura simulatoria finalizzata al risarcimento e gli assertori di una "vera malattia traumatica" sostenuta da lesioni vertebrali ed encefaliche. Tra quest'ultimi sono da citare il chirurgo E. Erichsen che descrisse i sintomi della "Railway Neurosis" nel 1867, il neurologo Oppenheim che nel 1892 sistematizzò il quadro nella "nevrosi post-traumatica", lo psichiatra E. Kraepelin che nel 1896 introdusse nel suo trattato di psichiatria la "nevrosi da spavento". Al dibattito non mancarono J.M. Charcot, che riconosceva al trauma solo la funzione di evento scatenante su un terreno predisposto da diatesi ereditaria, e P. Janet che a partire dal suo libro del 1889 "L'Automatisme Psychologique" riconobbe una prevalente dimensione dinamica individuando in "idee fisse sub-conscie" sviluppate precocemente nella vita ed accidentalmente riattivate dall'evento traumatico la causa dei sintomi (Ellemerger 2006, Janet 2013).

Furono però nuovamente le guerre a richiamare l'attenzione dei clinici su questa sindrome. Nel corso del conflitto Russo Giapponese del 1904 gli ufficiali medici dello Zar riconobbero che un gran numero di militari sopravvissuti a scoppi di granata presentavano un quadro simil-catatonico con paralisi funzionale, mutacismo, stupor, blocco emozionale. Il quadro dapprima definito "demenza stuporosa" ricevette la più moderna definizione di "nevrosi di guerra".

Un evento drammatico attendeva l'umanità allo scoppio della I° Guerra Mondiale quando per la prima volta deflagrava un conflitto su scala planetaria con il coinvolgimento di milioni di uomini. Eserciti di popolo (e non di professione) si affrontarono in una guerra dagli aspetti schizoidi; da un lato una guerra condotta spesso in condizioni di primitività (guerra di trincea, assalti frontali di massa, povertà tattica, strategica e culturale degli stati maggiori ) dall' altro il massiccio uso di tutte le sofisticate risorse tecnologiche rese disponibili dal trionfo della rivoluzione industriale (aviazione, mitragliatrici aggressive chimici, artiglierie a lunga gittata ,sommersibili).Unico risvolto positivo della modernizzazione della guerra fu il primo sistematico e diffuso sviluppo del sistema di Sanità Militare, che vide clinici anche di elevato valore operare da entrambi i lati del fronte (Cosmacini 2012).

Con i primi devastanti massacri (tra i tanti: Ypres e Verdun ) comparvero sempre più frequenti e numerosi i casi di soldati colpiti dal così detto shock da bombardamento (shell shock). La sintomatologia comprendeva paralisi motoria ed emozionale, dissociazione, demenza, alterazioni profonde del carattere, indifferenza agli ordini ed alle conseguenze disciplinari, delirio, fuga. Il primo atteggiamento da parte delle autorità militari fu quello di attribuirne un significato "morale": vigliaccheria codardia, disfattismo furono le prime diagnosi formulate nelle corti marziali (con il loro drammatico epilogo ).

A cadere in questo tragico equivoco l'Italia fu purtroppo la più prona mentre il paese più disponibile a cogliere il contributo dissonante da parte dei medici fu la Germania Imperiale (è significativa la presenza del maggiore numero di psicoanalisti e psichiatri ad orientamento dinamico negli eserciti degli Imperi Centrali ).

Medici degli opposti eserciti descrissero gli stessi fenomeni dandone spiegazioni che in gran parte dipendevano dalle scuole di origine : ripresa del vecchio concetto di danno al sistema nervoso da onda d'urto o da tossici per organicisti come C. Myers, T. Salmon, W. Rivers, eziologia psicodinamica per psichiatri come S. Ferenczy, A. Adler, V. Tausk e ( pur non partecipando direttamente al conflitto ) S. Freud. Gli appartenenti alla scuola psicoanalitica riconobbero nel quadro sindromico della "Kriegshysterie" un collegamento con l'isteria da conversione anche se sostenuto da una più grave dissoluzione delle facoltà psichiche e dal ripetuto ritorno oniroide dell'esperienza ( l'attuale flash back ) come tentativo di conversione della nevrosi traumatica in una nevrosi d'angoscia (OSF vol.9).

L'Italia fu colta impreparata dall'entrata in guerra, sia per la Struttura Sanitaria Militare in generale ma ancor più per la psichiatria di guerra. L'ideologia dominante in ambito medico era il più rigido positivismo organicista di ispirazione lombrosiana, per cui se una lesione "non si vedeva non esisteva" (in Italia la psichiatria dinamica non era né insegnata né rappresentata se non da pochi isolati medici), questa si trovò poi avvolta in un venefico intreccio con la confusa ideologia nazionalista tardo risorgimentale di un paese ancora alla ricerca di una propria identità. Questa miscela dette subito tragici riscontri, al primo apparire della sindrome la risposta fu di tipo moralistico, il soldato non presentando ferite veniva accusato di codardia, simulazione o scarso patriottismo, indirizzato alle corti marziali era processato imprigionato e frequentemente fucilato (Antonini1917).

La repressione tuttavia non risultò in grado di fronteggiare il continuo afflusso di patologie psichiatriche dalle trincee e lentamente si corse ai ripari, ospedalini psichiatrici vennero allestiti nelle immediate vicinanze del fronte dove operavano medici che da civili svolgevano attività nelle strutture manicomiali ed il cui compito era il riconoscimento dei simulatori, il trattamento breve dei pazienti reintegrabili nei reparti, l'invio alle retrovie dei pazienti riconosciuti psicopatici ed inutili allo sforzo bellico (Bianchi1998, Scartabellati 2008).

La psichiatria militare italiana si caratterizzò subito per la prevalente valenza medico legale: riconoscimento del simulatore e suo invio ai tribunali militari oppure riconoscimento di reale psicopatologia con immediato congedo ed internamento manicomiale. L'ideologia positivista in difetto di spiegazioni scientificamente valide ricorse ad ipotesi genetiche, il soldato ammalato sarebbe crollato per una struttura "morale" debole minata da un deficit ereditario, quindi un degenerato non guaribile la cui presenza era foriera di contagio demoralizzante sui commilitoni (Scartabellati 2008). L'unica cura prospettata era la bonifica eugenetica dell'esercito con l'allontanamento e l'isolamento manicomiale dei degenerati senza alcuna attenzione al trattamento e recupero (Consiglio1917). Si è calcolato un numero di internamenti manicomiali di circa 100.000 uomini nel corso della guerra e negli immediati anni successivi (Scartabellati cit.).

Col finire del conflitto in Italia la situazione non migliorò, la commistione tra filosofia positivista ed ideologia politica anzi crebbe sfociando in successive aberranti teorie eugenetiche e razziali a totale detrimento della ricerca scientifica e clinica.

In altri paesi come l'Inghilterra, gli Stati Uniti e negli ex Imperi Centrali invece la ricerca continuò, nel 1919 vennero pubblicati i lavori in visione organicista di F.W.Mott e di E.E. Southward sullo

shock da bombardamento (shell shock), in Austria e Germania comparvero le ricerche cliniche e teoriche di Adler e degli psicoanalisti ( S. Ferenczy et.al. “Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen), Freud dall’esperienza bellica fu spinto a teorizzare l’esistenza dell’istinto di morte E. Simmel nel 1921 con il concetto di “cambiamento dell’animo” individuò il perdurante cambiamento strutturale nella psiche del paziente (nel secondo conflitto mondiale divenne consulente psichiatra del Dipartimento della Guerra americano) .W. Bion che partecipò al conflitto come ufficiale combattente e condivise drammatiche esperienze al fianco dei soldati ( Bion 2009), utilizzò l’esperienza nella guerra successiva divenendo un pioniere nel trattamento delle “War Neurosis” (Bion 2006).

Negli Stati Uniti l’approccio pragmatico rifuggiva da teorizzazioni complesse e l’interesse della ricerca si focalizzò sulla fenomenologia della sindrome (comunque riconosciuta) con la ricerca del supposto “punto di rottura”del soldato, con l’identificazione della predisposizione nelle reclute e dei fattori protettivi ( National Research Council 1944 ). Questo approccio empirico individuò alcuni aspetti sorprendentemente vicini agli attuali orientamenti psicodinamici : il singolo soldato risultava protetto se prevaleva il sentimento di appartenenza all’unità sull’individualismo (attaccamento sicuro), se il soldato era ben addestrato,comprendeva i compiti assegnati ed aveva uno spazio di azione autonoma (competenza cognitiva, Sé creativo),se ben comandato e supportato da un efficiente servizio psichiatrico in prossimità del fronte (incoraggiamento).

Il secondo conflitto mondiale trovò un terreno preparato ai successivi sviluppi clinici e scientifici; nel 1940 esordirono le esperienze di psicoterapia di gruppo sui militari condotte da W. Bion e successivamente da Foulkes. Nel 1941 Kardiner pubblica” The Traumatic War Neurosis” , nel 1942 esce “War Neurosis in North Africa” di R.R. Grinker e J.P. Spiegel seguito nel 1943 da “War Neurosis”,nel 1944 il War Office americano pubblica un manuale sulle psicoterapie di gruppo, nel 1946 Grinker e Spiegel pubblicano per il War Office un articolo sulle psicoterapie rapide delle nevrosi di guerra, nello stesso anno E.Simmel pubblica il suo lavoro sulle nevrosi di guerra di chiara teorizzazione psicodinamica ( U.S.I.S. Psychiatry – Medical Bulletin n.6 ).

Anche nella Germania nazista, per i paradossi che talvolta la storia concede, una piccola isola di ricerca e clinica psicoterapica sopravvisse sotto l’ala protettrice dell’istituto Goering.Questa istituzione ,nata e sopravvissuta grazie alla protezione del potente Maresciallo del Reich di cui portava il nome, era stata creata e diretta da suo cugino il Dott.Matthias Heinrich Goering psicoterapeuta di formazione adleriana; nel corso del conflitto l’istituto si occupò del trattamento

psicoterapico del personale della Luftwaffe, peraltro con una certa indipendenza dal regime (Cocks 2007).

In Italia poco era cambiato sia sul piano della ricerca che della clinica rispetto al conflitto precedente tanto che solo nel 1943 presso l'Università di Palermo, per imposizione dell'amministrazione militare alleata nella Sicilia occupata, fu istituita per la prima volta in Italia una Cattedra di Psicologia.

Indipendentemente dalla posizione teorica assunta dagli autori era ormai ampiamente accettata l'esistenza di uno specifico disturbo psichico a carico dei militari coinvolti in esperienze di combattimento o di prigionia, il disturbo comunemente definito "nevrosi di guerra" venne così accolto nella prima edizione del D.S.M. (A.P.A. 1952) sotto la denominazione di "Gross Stress Reaction" (il termine stress è anticipato nel 1947 da Spiegel in "War Stress and Neurotical Disorders"); sorprendentemente la seconda edizione del D.S.M. (A.P.A. 1966) cancellò tale quadro assimilandolo ai "Transient Situational Disorders", in questo modo in un sol tempo ne veniva negata sia la specificità che la natura di disturbo potenzialmente duraturo ed invalidante.

Questo avveniva in piena guerra del Vietnam dalla quale su tre milioni di americani coinvolti ben il 25% ritornò presentando disturbi psichici ed il 15% ne risultò affetto a 10 anni dal congedo. La nuova classificazione nosografica negando ogni evidenza clinica si concretizzò nell'esclusione di migliaia di reduci dalle cure e le previdenze che la Veteran's Administration garantiva a chi avesse contratto malattie per causa di servizio. Forti pressioni politiche e le evidenze cliniche ne imposero il ritorno nella terza edizione del D.S.M (A.P.A.1980) sotto il termine attuale di Post-Traumatic Stress Disorder. Infine l'ultima edizione del D.S.M (A.P.A.1994) mantiene il quadro di PTSD affiancandolo all' "Acute Stress Disorder" considerato una variante clinica con diverso sviluppo temporale.



## **LO STRESS DA COMBATTIMENTO**

Gli psichiatri militari americani definiscono il “combat stress” un quadro clinico che può insorgere quando una situazione non prevista in corso di operazioni militari impone ai combattenti una improvvisa e drastica modificazione del proprio comportamento, accompagnato da urgente necessità di riorganizzazione adattativa delle funzioni fisiologiche, cognitive ed emotive ( Forcino 1989 -Banderet 1989).

Ogni militare è usualmente selezionato, addestrato, ed equipaggiato per rispondere a questa flessibilità adattativa; tuttavia in questi ultimi anni lo scenario operativo è nettamente cambiato e spesso la previsione operativa ed addestrativa risulta inadeguata. Le situazioni tattiche tradizionalmente affrontate dagli eserciti occidentali, i cui cambiamenti di dottrina bellica negli ultimi 2000 anni sono più apparenti che sostanziali, non corrispondono più a quelle che i propri militari incontrano sul campo da alcuni decenni ( Hanson 1987-Luttwak 2001).

Se un evento bellico è prevedibile il militare addestrato lo sa “pensare” e gestire anche ad elevati livelli di stress; l’esito di uno scontro in cui il soldato è sopravvissuto gli lascia in questo caso una percezione di efficienza, valore ed autostima, rafforzata dalla condivisione di un sistema valoriale riconosciuto nel gruppo di appartenenza (Marshall 1947, Costa 2006).

Diversamente le attuali situazioni di ingaggio tipiche della guerra “asimmetrica” non rispondono più ad un riconoscibile “codice” comportamentale del nemico e tantomeno alle regole stabilite dalle convenzioni internazionali; spesso il nemico indossa abiti civili, alterna normali attività quotidiane con brevi e violenti atti bellici solitamente di tipo terroristico, si mescola ai civili e di questi si fa scudo utilizzando le regole umanitarie internazionali come arma per “bloccare e confondere” l’avversario non sentendosi nel contempo vincolato a rispettarle. Il tradizionale concetto di fronte si è dissolto in una guerra parcellizzata tra migliaia di improvvisi e sanguinosi microscontri.

Ulteriore elemento di ambiguità è determinato dall’ambivalenza che sostiene le decisioni politiche all’atto della partecipazione alle così dette missioni di pace ; in queste spesso i militari sono schierati in zona di guerra vincolati da mandati e regole d’ingaggio tipici delle comunicazioni a “doppio legame” e quindi con la percezione di non avere alle spalle una comunità solidale e corresponsabile di quanto può accadere in teatro. In questi contesti quindi il militare può non trovare una base sicura nel suo addestramento, nei propri schemi cognitivi, nella cultura e nel sistema valoriale condiviso (Toobsy 1988, Barrois 1993).

L'esposizione ripetuta a situazioni inattese ed incomprensibili, l'insicurezza, l'imprevedibilità, la passività, l'ambiguità possono esitare nel deficit di elaborazione cognitiva su quanto avviene in lui ed attorno a lui. I comportamenti agiti quando precipita lo scoppio possono variare da un blocco psicomotorio completo, alla fuga precipitosa, al suicidio, all'improvvisa e decontestualizzata esplosione di rabbia concretizzata dal far fuoco senza motivo su chiunque compaia nel campo visivo.

Queste nuove caratteristiche degli scenari bellici fanno sì che il tradizionale combat stress non sfumi ma venga sovraccaricato e modificato da ulteriori elementi patogeni, con la conseguenza di esporre il soldato ad un aumento della sofferenza soggettiva ed ad una maggiore probabilità di sviluppare disturbi psichiatrici come il Disturbo Acuto da Stress ed il Disturbo Post-traumatico da Stress (Bleich 1986, Obrein 1991).

## **INQUADRAMENTO NOSOGRAFICO DEL PTSD**

Come anticipato nell'introduzione la diagnosi di disturbo post-traumatico da Stress richiede che il paziente sia stato esposto ad eventi implicanti la morte, rischio di morte, minaccia all'integrità fisica propria o di altri e che abbia sperimentato paura intensa, orrore e senso di impotenza. Il DSM- IV° ne descrive 17 sintomi raggruppati in tre clusters:

1° Cluster – **Riattualizzazione** dell'evento traumatico ( uno o più sintomi ):

- \_ Ricordi persistenti, intrusivi dell'evento, sotto forma di immagini, pensieri, percezioni.
- \_ Incubi ricorrenti aventi per oggetto l'evento.
- \_ Flashback, ovvero attualizzazione allucinatoria dell'evento come se si stesse ripetendo.
- \_ Disagio psicologico in tutte le situazioni che ricordano o simbolizzano l'evento.
- \_ Iper-reattività fisiologica a fattori interni o esterni che ricordano o simbolizzano l'evento.

2° Cluster – Persistente **evitamento** degli stimoli associati al trauma (tre o più sintomi):

- \_ Sforzi per evitare pensieri, sensazioni o conversazioni associati al trauma.

- \_ Sforzi per evitare persone,attività,luoghi associati al trauma.
- \_ incapacità a ricordare qualche aspetto importante del trauma.
- \_ Riduzione marcata dell'interesse o partecipazione ad attività significative.
- \_ Sentimento di distacco ed estraneità verso gli altri.
- \_ Affettività ridotta.
- \_ Riduzione di aspettative future.

3° Cluster- Sintomi persistenti di **umentato arousal** (almeno due sintomi):

- \_ Disturbo del sonno.
- \_ irritabilità e scoppi di collera.
- \_ Difficoltà di concentrazione.
- \_ ipervigilanza.
- \_ esagerate risposte di allarme.

La durata dei sintomi deve essere superiore ad un mese e questi devono essere fonte di disagio clinicamente significativo ed interferire nel funzionamento sociale,lavorativo e di altre aree importanti. Il disturbo è acuto se i sintomi durano meno di tre mesi e cronico se durano tre o più mesi, è ritardato se l'esordio avviene dopo sei mesi dall'evento. Ai sintomi elencati frequentemente si associano disturbi dell'umore come depressione ed ansia, alterato funzionamento sociale,deterioramento cognitivo, abuso di sostanze,ricerca del rischio estremo, sintomi di conversione, deficit immunitario.

Il PTSD deve essere differenziato dal Disturbo Acuto da Stress nel quale l'esordio può essere contemporaneo all'evento e comunque deve presentarsi entro il primo mese, deve durare almeno due giorni e meno di quattro settimane,la sintomatologia è più florida con manifestazioni simil-psicotiche ( depersonalizzazione, derealizzazione , amnesia dissociativa ). Quest'ultimo quadro

clinico già noto alla psichiatria militare del secondo conflitto mondiale era comunemente definito “schizofrenia dei tre giorni”.

## **PREVALENZA DEL DISTURBO**

I dati sono molto variabili comparando la popolazione generale con gruppi specializzati , la prevalenza tra i civili varia tra il 2.5% al 7.5% con ampie differenze legate all’ambiente, stato sociale,educazione,strutturazione di legami sociali ed affettivi, p.es. tra i civili di alcune comunità dell’Ulster esposte quotidianamente al terrorismo si sono registrati casi fino al 50%.

Uno studio condotto in Australia tra i membri di una Fire Brigade esposti in condizioni di rischio estremo ad un devastante incendio ha riconosciuto una prevalenza di disturbo post-traumatico da stress del 21%.

Tra i reduci del Vietnam si sono registrate percentuali tra il 15 ed il 20% ,tra i coscritti israeliani impegnati nella prima campagna del Libano il 24% ha manifestato uno o più sintomi da disturbo acuto e l’11% un disturbo protratto (Solomon 1987);

i dati rilevati sui reduci americani delle recenti campagne in Iraq ed Afganistan indicano una prevalenza dal 11 al 25%. La prevalenza più alta si riscontra tra i profughi ed i reduci da internamento con punte dal 50 al 80%.

La differente incidenza e prevalenza del disturbo nei gruppi esposti al medesimo evento riconosce alcuni fattori facilitanti o protettivi, tra questi : maggiore o minore distanza dal punto di massima espressione dell’evento (Cratere dell’emergenza, ground 0), simultaneità o meno di più eventi stressanti,grado di dissolvimento o tenuta della rete sociale , differente qualità di sostegno ricevuto, presenza o meno di precedenti psichiatrici e/o eventi esistenziali avversi,pregresse esperienze traumatiche infantili.

Tra i vissuti soggettivi facilitanti vi sono : la repentinità ed imprevedibilità dell’evento, l’esperienza di impotenza e passività, l’impossibilità di fuga, la percezione che il “centro di gravità” dell’evento sia posto all’esterno del soggetto,sentimenti di orrore, colpa, inadeguatezza,non condivisibilità.

Alcuni studi hanno esplorato i rapporti tra differenti personalità e la differente prevalenza del disturbo in gruppi omogenei esposti al medesimo evento (Soldani 2005). È stato utilizzato il modello Psicobiologico di Cloninger (Cloninger 1989) secondo cui la personalità è costituita da una componente ereditaria non modificabile dall'esperienza (temperamento) e da una componente acquisita modificabile dall'ambiente e dall'esperienza (carattere). Il temperamento è descritto da quattro dimensioni ad ognuna delle quali è associata la prevalenza di un sistema monoaminergico cerebrale: NS- novelty seeking (ricerca della novità), HA-harm avoidance (evitamento del danno), RD-reward dependance (ricerca del riconoscimento), P-persistence (persistenza). Il carattere è descritto da tre tratti :SD-self directedness (auto direttività) C cooperativeness (cooperatività), ST self transcendence (auto trascendenza). Ad ognuna di queste dimensioni e tratti corrisponderebbero differenti modalità cognitive e strategie di coping (Fassino 2007).

Tra questi studi, uno condotto su militari israeliani ed uno su un gruppo di civili successivamente esposti ad un attentato terroristico (Gill 2005, Yule 2000), hanno evidenziato i seguenti dati : la dimensione Harm Avoidance è quella risultata più vulnerabile, i soggetti presentavano strategie di coping di basso livello, tendenza alla fuga, ritiro, ansia anticipatoria, paura, somatizzazioni, risonanza emotiva a distanza dall'evento; La dimensione Novelty Seeking risultava altrettanto vulnerabile se esposta ad uno stress prolungato, la tenuta risultava dipendere dalla prevedibilità del risultato, frequenti erano sintomi dell'asse B (disturbi di personalità); le dimensioni Persistence e Reward dependance sono risultate più protette dal disturbo, la prima si associava con una auto- percezione di adeguatezza, sottostima dello stressor, scarsa paura ed adeguato coping, la seconda forniva prestazioni analoghe se il soggetto operava in un ambiente supportivo, manifestando il più basso indice di disturbi sull'asse B. Tra i tratti di carattere più protettivi sono risultati l'auto-direttività e la cooperatività.

## DESCRIZIONE CLINICA

I pazienti presentano con maggiore frequenza alcuni sintomi caratteristici della sindrome, tra questi:

**Flashback**, traducibile con reviviscenza, consiste nell'improvvisa intrusione nella mente di immagini, pensieri, sensazioni, emozioni legate all'evento e percepite in modo vivido se non iperealistico. Tali percezioni non sono controllabili dal paziente né descrivibili verbalmente, sono vissute non come ricordi ma come attualizzazioni dell'evento. Uno studio del 1993 ha rilevato in molti riservisti israeliani la persistenza e l'intrusività di percezioni sensoriali (visive, olfattive gustative, acustiche) percepite in corso di combattimento nella campagna del Libano del 1982. L'attualizzazione si presenta anche con incubi notturni in cui la scena traumatica irrompe con estrema vividezza e realismo ripetendosi indefinitamente ogni notte. Caratteristica degli incubi è il realismo totalmente privo della "plasticità onirica" comunemente esperita nei comuni sogni ancorché paurosi.

**Evitamento**, si sostanzia in condotte tese ad evitare ogni attività, luogo, persona, pensiero, percezione collegabili con l'evento anche solo simbolicamente. La strategia difensiva può fare ricorso anche ad amnesie selettive, fobie, atti mancati. Anche il distacco relazionale e sociale, la rarefazione degli interessi e degli affetti contribuiscono alla strategia di evitamento. Un sopravvissuto ai campi di sterminio nazisti evitava sistematicamente l'ascolto della radio ed i concerti per il timore di ascoltare Wagner e di riattualizzare all'istante gli orrori associati per via simbolica all'autore, la ragione dichiarata era che detestava la musica (prima della guerra era musicista!).

**Ipereccitabilità**, il paziente presenta una situazione di allarme permanente, tutti i sensi sono tesi in continua sorveglianza, il sonno è disturbato oltre che dagli incubi anche da trasalimenti per il minimo rumore, la concentrazione è impossibile, massima è la reattività interpersonale e l'aggressività.

**Numbing**, ovvero uno stato di coscienza torpido simile allo stordimento od alla confusione, questo può essere sia l'espressione di una alterazione funzionale cerebrale ed autonoma sia espressione di una strategia di difesa evitante (il così detto "scemo di guerra" di antica memoria).

**Modificazioni della personalità**, che possono essere permanenti ed associate a totale inversione dei principi morali etici ed ideali precedenti. I familiari possono descriverle come il ritorno a casa di "un estraneo". Solitamente l'inversione è verso il basso con una esistenza condotta al di sotto dei livelli prestazionali precedenti il trauma ["abbassamento del livello mentale" (Janet), processo di

“demoralizzazione”(Adler), “dissociazione” difensiva di personalità (Van der Hart )] più raramente l’inversione è verso l’alto connotandosi con condotte maniacali. Paradigmatica di risposta “up” patologica è la vicenda dell’astronauta americano N.Grissom che nel corso di una missione spaziale fu vicino ad affondare nel Pacifico imprigionato nella sua navicella. Inizialmente manifestò imbarazzo, vergogna, senso di colpa e depressione (la navicella andò persa e rischiò un’inchiesta) successivamente sviluppò un comportamento maniacale, ruppe con la famiglia ed i colleghi, si congedò dalle forze armate, si lanciò in improbabili imprese spaziali private, finì ripetutamente ricoverato in istituzioni psichiatriche.

Ai sintomi principali si associano un numero di comorbidità e sintomi accessori. Nello studio riguardante le Fire Brigade australiane il 70% dei pompieri risultati positivi per il PTSD presentava sintomi preesistenti all’evento compatibili con altra diagnosi psichiatrica. Frequente è l’abuso di sostanze, alcool, psicofarmaci in parte assunti per ottenere sollievo dall’ansia e dalle esplosioni di panico. Studi condotti tra i reduci del Vietnam con condotte da dipendenza evidenziarono nel 23% dei casi dipendenza precedente l’evento, molti tra questi presentavano contemporaneamente sintomi da disturbo borderline di personalità. L’ansia è costante e la depressione frequente, anche in questo caso fino al 30% dei pazienti sintomi compatibili con disturbo dell’umore sono preesistenti. Quasi costanti sono sintomi fisici da conversione o manifestazioni di alexitimia. E’ segnalata una significativa frequenza di condotte estreme quali partecipazione a sport pericolosi, corse automobilistiche, ricerca volontaria di situazioni ad elevato stress, questo comportamento potrebbe essere interpretato come condotta suicidaria ma in prospettiva dinamica anche come un tentativo di controllo del trauma. In generale le condizioni fisiche peggiorano assieme ad un indebolimento del sistema immunitario (Briere 1997, Kaplan 2006).

## **IPOTESI EZIOPATOGENETICHE**

Al pari di ogni altra patologia psichiatrica attorno al disturbo si è sviluppato un confronto tra le ipotesi eziopatogenetiche biologiche, cognitive, psicodinamiche, politico-sociali apparentemente incompatibili e reciprocamente escludenti. In questo elaborato, a partire dall’attuale consolidato concetto dell’uomo come inscindibile unità bio-psico-sociale e con il sostegno delle evidenze clinico-sperimentali si sceglie di utilizzare il termine “dimensione”, sia in senso biologico che dinamico, per meglio evidenziare l’ “unitarietà nella complessità” dell’essere umano.

## **DIMENSIONE BIOLOGICA**

**Concetto di Stress:** Il termine apparve nei testi di psichiatria militare già nel corso del secondo conflitto mondiale e non casualmente; tutta la medicina anglosassone di quegli anni si era arricchita delle ricerche fisiologiche di W. Cannon che esplorò i meccanismi di “attacco e fuga” nei mammiferi, le interazioni tra il sistema nervoso (centrale e periferico) l'apparato endocrino, gli stimoli esterni e le emozioni. Cannon descrisse anche i danni biologici da stress inteso come inibizione esterna delle reazioni fisiologiche.

Nel contempo divennero noti gli esperimenti di Pavlov sul condizionamento animale e sulle lesioni indotte dallo stress condizionato. Questi individuò quattro temperamenti di base nei cani ,in singolare similitudine alle antiche classificazioni ippocratiche da un lato e dall'altro con il successivo modello di Cloninger : collerico , sanguigno, flemmatico e melanconico. I primi due temperamenti reagivano aggressivamente allo stress, il secondo apparendo tuttavia più controllato ed equilibrato, il terzo e quarto rispondevano più passivamente, l'ultimo appariva il meno adeguato a fronteggiare lo stress rimanendo paralizzato dalla paura. Pavlov individuò i fattori sperimentali che portavano al punto di rottura il cane ed alla sua destrutturazione comportamentale (nervous breakdown): aumento progressivo dell'intensità dello stimolo stressante, imprevedibilità dell'intervallo tra il segnale condizionante e la successiva somministrazione di risposta gratificante o frustrante, confusione tra i segnali di condizionamento positivi e negativi, debilitazione fisica (Pavlov 1936).

H.Selye utilizzò il termine stress per indicare una reazione aspecifica dell'organismo nei confronti di uno o più agenti potenzialmente nocivi e di varia natura (fisica, chimica, biologica, emotiva) quando scoprì l'identità dei riscontri anatomopatologici in due gruppi di ratti, uno trattato con ripetute somministrazioni di una sostanza chimica, l'altro trattato (con le stesse modalità di somministrazione) con soluzioni neutre. La deduzione fu che il danno biologico non dipendeva dall'agente esterno ma dalla “reazione d'allarme” evocata nell'animale dalle modalità sperimentali. Venne coniato il termine “sindrome generale di adattamento” per indicare una aspecifica reazione dell'individuo esposto ad una situazione stressante. Questo modello identificava la reazione da stress come modalità adattativa nel rispondere ad una aggressione esterna di entità tale da alterare l'equilibrio omeostatico dell'organismo.

Nei decenni successivi il concetto di stress si è esteso alla fisiopatologia dell'apparato endocrino. Questo risponde al variare delle richieste ambientali con adattamenti di tipo “fasico” o “tonico”; nel



primo caso le risposte sono acute, rapide nell'insorgenza e nell'estinzione (vista di un animale pericoloso > secrezione di adrenalina > immediata condotta di fuga ) nel secondo caso sono lente nell'insorgenza e nell'estinzione (variazioni stagionali di temperatura > TSH > adattamento) in entrambi i casi avremo modificazioni fisiche non coscienti ma anche induzione di percezioni coscienti e comportamenti osservabili. Il fattore temporale risulta fondamentale nel funzionamento endocrino, si esplica con ciclicità endogena (es. ritmo sonno -veglia ) ed esogena (circadianità, stagionalità ) e nei diversi profili d'azione (risposte fasiche o toniche) . In condizioni di combattimento l'alterazione dei ritmi fisiologici è esperienza comune sotto forma di : deprivazione del sonno, attività nictmerale invertita, prolungata attivazione delle risposte fasiche con dilazione della fase di estinzione e recupero, variazioni acute di clima e stagione, condizioni climatiche estreme incompatibili con l'adattamento biologico sviluppato selettivamente nel corso dei secoli da una data popolazione.

Nel corso dell'invasione della Nuova Guinea nel 1942 centinaia di soldati americani furono colpiti da una sindrome caratterizzata da astenia, anoressia, ipomobilità, svenimenti, labilità dell'umore, depressione, intorpidimento psichico. Quella che mimava una nevrosi di massa risultò essere una sindrome da insufficienza cortico-surrenalica (morbo di Addison) su scala epidemica. I soldati risultarono perfettamente sani ma con un sistema endocrino "settato" sulle richieste da clima temperato continentale, il loro rapido trasferimento nella Jungla tropicale non rispettando i tempi biologici di adattamento produsse un acuto stress endocrino. L'alterazione del fattore temporale, che come ricordato è un elemento fondamentale del funzionamento endocrino, si sostanzia principalmente con una persistente, elevata e non modulata produzione dei così detti ormoni dello stress, in particolare ACTH, Cortisolo, GH.

**Aspetti Neurobiologici:** Il sistema nervoso centrale è costituito da tre sistemi sovrapposti gerarchicamente secondo il succedersi dell'evoluzione così definiti: archiencefalo, paleoencefalo e neoencefalo.

Del primo sistema fanno parte il midollo allungato e l'ipotalamo, comprendente circuiti neurali innati, stabili, non modificabili dall'esperienza, fondamentali all'omeostasi delle funzioni vitali.

Al secondo appartiene il sistema limbico, questo comprende sia circuiti neurali stabili che circuiti modificabili dall'esperienza, necessari per conservare l'equilibrio tra mondo interno e le richieste ambientali; il suo compito è di sovrintendere l'area degli istinti e delle emozioni.

L'ultimo e più evoluto sistema "la neocorteccia" è responsabile dell'interpretazione e dell'interazione con l'ambiente, attraverso i suoi circuiti neurali massimamente modulabili dall'esperienza. Tra le sue funzioni ci sono la discriminazione di stimoli complessi, la trasformazione in linguaggio comunicabile di sensazioni ed emozioni, la pianificazione delle attività con soluzione di problemi e predizione dei risultati, l'apprendimento e la memorizzazione.

Questi tre sottosistemi operano solo in parte autonomamente, costituendo un'entità necessariamente integrata affinché l'acquisizione l'analisi e l'integrazione degli stimoli sia interni che esterni si trasformino in esperienza, sostengano corrette funzioni cognitive e permettano un comportamento congruo ed organizzato.

In un paziente affetto da PTSD queste funzioni appaiono compromesse a cominciare dal difettoso controllo delle afferenze sensoriali e dall'iperexcitabilità per ridotta discriminazione ed abbassamento della soglia sensoriale (hyperarousal). Stimoli sonori in primis ma anche tattili termici e dolorifici, di natura ed intensità non percepite pericolose da soggetti normali, determinano intense reazioni d'allarme seguite da comportamento spaventato ed aggressivo.

La risposta di trasalimento acustico (Acoustic Startle Response, RSA) consistente in reazioni motorie e vegetative da rumori improvvisi ed intensi non si estingue con il ripersi dello stimolo, il fenomeno dell'abitudine non subentra per persistente incapacità a riconoscere e ricordare gli stimoli innocui (Lanius 2001, Van der Kolk 2004).

Al pari i potenziali corticali (PCE) evocati dagli stimoli sensoriali sono alterati, quest'ultimi anche se sottosoglia per la popolazione normale sono percepiti e trasmessi (non filtrati) eccitando continuamente la neocorteccia, il tempo di eccitazione corticale tuttavia è più breve del normale rivelando una generale attivazione dei circuiti inibitori corticali (sistema Gaba-ergico). Il fenomeno avrebbe il significato adattativo di protezione della corteccia dal caotico afflusso di dati sensoriali e dall'effetto disorganizzante sulle funzioni superiori che questo comporta, giustificando il corrispettivo clinico del "numbing".

Alterate appaiono le interazioni tra neuro-ormoni (adrenalina, noradrenalina) ed ormoni dello stress (GH, ACTH, cortisolo, vasopressina, ossitocina). Queste sostanze endogene operano in sinergia nelle risposte allo stress acuto fornendo il substrato ai comportamenti di coping attivo; nello stress cronico fenomeni di desensibilizzazione (down regulation) e di feed back negativo ne alterano la produzione e gli effetti fisiologici.

Critico appare il rapporto tra le catecolamine (adrenalina,noradrenalina) cronicamente elevate ed il cortisolo la cui secrezione “fasica” appare ridotta nell’attivazione cronica. Il relativo eccesso di catecolamine indurrebbe più facilmente reazioni di “attacco e fuga” a scapito di reazioni più organizzate (coping).

Alterato è anche il funzionamento del sistema serotonergico che normalmente modula il comportamento indotto dalle catecolamine con effetto inibitorio, aumenta la capacità di interpretazione “flessibile” dell’ambiente, regola l’affettività ed estingue comportamenti motivati da paura. I ridotti livelli di Serotonina registrati nella PTSD favorirebbero l’impulsività, l’aggressività la riattualizzazione compulsiva del comportamento traumatico e l’incapacità ad apprendere dall’esperienza (Bremner 1999).

Altro sistema che presenta peculiari alterazioni è quello deputato al controllo del dolore; la soglia di percezione è più bassa per un input algogeno neutro mentre è nettamente più elevata per stimoli collegati anche simbolicamente all’esperienza traumatica. Il fenomeno (corrispettivo dell’analgesia da battaglia ,ora definito analgesia indotta da stress - SIA) è indotto da una aumentata produzione di oppioidi endogeni (endorfine) ed è attivato da reazioni di paura e d’attacco.

Nel sistema limbico (paleo-encefalo) due aree mostrano importanti alterazioni nel PTSD : l’amigdala e l’ippocampo. Dalla prima struttura dipende l’associazione tra stimoli differenti e la loro valutazione affettiva, la assegnazione di significato emotivo agli stimoli, il coordinamento in forma di immagini-ricordi delle rappresentazioni del mondo esterno con le esperienze emotive associate, il comportamento emotivo e le risposte di paura. La reiterata stimolazione elettrica sperimentale dell’amigdala nel primate produce risposte condizionate di terrore e la formazione di pattern neuronali stabili tali da rendere queste risposte non più esauribili; Si ipotizza nei pazienti con PTSD una iperattività dell’amigdala contestuale ad un danno dei sistemi inibitori serotonergico e gaba-ergico corticali; le tracce sottocorticali di risposta alla paura resterebbero indelebili, sotto forma di stati affettivi somatici, immagini, permanentemente “attuali” e non modificabili dall’esperienza.

L’ippocampo processa gli stimoli afferenti di varia natura sotto forma di memoria sia a breve che lungo termine soprattutto la prima risulta fondamentale per l’elaborazione della memoria esplicita o dichiarativa e per i processi di apprendimento dall’esperienza. L’ippocampo valuta anche i collegamenti spazio-temporali tra gli stimoli e li differenzia nel loro significato gratificatorio o punitivo, permettendogli di controllare risposte inadeguate di paura. L’ippocampo esplica le sue

funzioni di controllo in sinergia col sistema serotonergico. La prolungata esposizione dell'ippocampo ad elevati livelli di ormoni glucocorticoidi (cortisolo) come avviene nel PTSD determina rarefazione della sua dotazione neuronale ed una evidente riduzione di volume (Hull 2002). Tra le conseguenze cliniche vi sono la perdita di controllo delle reazioni emotive, l'impossibilità a modificare comportamenti in base all'esperienza, alterazioni della memoria (Layton 2003).

Un'ulteriore evidenza neuro-funzionale nel PTSD è il fenomeno di lateralizzazione; in questi pazienti studi elettroencefalografici e di neuroimaging hanno registrato una marcata lateralizzazione dell'attività cerebrale nell'emisfero destro. Il destro è l'emisfero deputato alla valutazione del significato emotivo dell'informazione, percepisce ed esprime emozioni in particolare quelle negative, attiva le risposte ormonali ed autonome alle informazioni ricevute mentre il sinistro è specializzato nell'analisi cognitiva e nell'elaborazione linguistica (area del Broca). I due emisferi integrano le loro funzioni per permettere una adeguata valutazione degli stimoli interni ed esterni, nel riconoscimento del "colore" affettivo dell'esperienza, nella produzione di "ricordi" evocabili e comunicabili, nell'esecuzione di comportamenti congrui. Nei pazienti con PTSD l'esposizione ad uno stimolo relativo all'evento traumatico o la sua irruzione sotto forma di flash-back si traduce in netta attivazione dell'emisfero destro con contestuale "spegnimento" dell'area del Broca nell'emisfero sinistro e de-sincronizzazione dell'attività elettrica ipsilaterale (Lanius 2001); in conseguenza il paziente può sperimentare un terrore "muto", non descrivibile né traducibile in pensiero, vive anche l'impossibilità di comprendere e riconoscere le proprie emozioni e l'impossibilità di descriverle ad un interlocutore, perde il dialogo interno e la capacità di riflessione. Il flash-back consistente nella riattualizzazione dell'evento principalmente sotto forma di immagini, è completamente diverso dall'affioramento di un ricordo autobiografico, irrompe improvvisamente e fuori contesto, non è controllabile, non ha un connotato temporale "storico", non è modificato dal tempo e dalla narrazione.

La funzione di memoria nel PTSD è gravemente compromessa, in particolare quella autobiografica connessa con l'evento, la capacità di raggiungere ricordi espliciti sembra bloccata, mentre le tracce mnemoniche implicite del trauma (memoria somatica o procedurale) persistono a spese dei primi (McFarlane 2002). Tutte le alterazioni neuro-funzionali già descritte concorrono nella produzione di questo sintomo. L'eccesso di catecolamine agendo sull'amigdala "fissa" a lungo termine le immagini del trauma in forma di memoria implicita, l'eccesso di glucocorticoidi in sinergia con gli oppioidi endogeni danneggia l'ippocampo bloccando la formazione della memoria esplicita, la ri-sperimentazione del trauma negli incubi e nel flash-back provoca un'ulteriore secrezione degli

ormoni dello stress (feed-back positivo) conducendo ad un circolo vizioso auto-generante. Durante la crisi si ha attivazione del talamo, del giro cingolato, della corteccia prefrontale mediale (aree che a differenza dei soggetti normali, sono tendenzialmente inattive negli intervalli liberi dei paz. PTSD) e della corteccia occipitale destra; la corteccia prefrontale sinistra e l'area del Broca sono "spente" funzionalmente. La capacità di interpretazione, riconoscimento, mentalizzazione viene meno e questo fa sì che il paziente sia "vissuto" dal evento traumatico piuttosto che viverlo sotto forma di ricordo doloroso (Brenneis 1996).

## **DIMENSIONE PSICOLOGICA**

**Aspetti Cognitivi:** attualmente la prospettiva cognitivista gode di un favorevole momento di popolarità in ambito accademico e presso le istituzioni deputate ad erogare assistenza sanitaria. Tra i fattori del successo si riconoscono la compatibilità con i modelli biologici della mente, la facile adattabilità a protocolli di ricerca, le evidenze cliniche e l'apparente rapidità nella produzione di effetti terapeutici. Frequentemente le scuole psicodinamiche vengono poste a confronto con quelle cognitive in un dibattito che non tiene conto dei differenti modelli epistemologici, filosofici ed antropologici di riferimento.

Nel modello cognitivista l'evento traumatico per trasformarsi in esperienza deve essere assimilato nella sua qualità di nuova informazione attraverso una trasformazione cognitiva che può risultare incompatibile con la precedente visione di se e del mondo. I fenomeni correlati al PTSD sarebbero da ascrivere al conflitto vissuto dal paziente nel tentativo di integrare l'informazione non eludibile veicolata dal trauma con i preesistenti schemi rappresentazionali (Pessa 2006).

Secondo Horowitz, con una concettualizzazione vicina alle teorie gestaltiche, l'individuo è mosso da una tendenza al completamento ovvero ogni nuova informazione in entrata chiede di essere integrata agli schemi precedenti attraverso un ottimale compromesso. Il trauma veicolerebbe un sovraccarico informativo incongruo con l'immagine del mondo del soggetto e tale da sopraffare la tendenza al completamento, l'informazione traumatica diverrebbe allora inconscia per attivazione delle difese psicologiche (rimozione). Con la rimozione l'individuo sperimenterebbe un periodo di "anestesia" emotiva e di negazione dell'evento. La successiva irruzione di pensieri intrusivi, flash-back, immagini e percezioni "attuali" relative al trauma testimonierebbe la non sopprimibilità della tendenza al completamento. Il conflitto tra difese e tendenza all'assimilazione sarebbe alla base

dell'alternarsi dei fenomeni intrusivi con le condotte di evitamento, dalla sua mancata soluzione deriverebbe la cronicizzazione del disturbo (Lalla 2005).

Janoff-Bulman suggerisce che il PTSD sia il risultato della frantumazione di alcuni assunti fondamentali riguardo se stessi ed il mondo; in particolare appaiono sovvertiti l'opinione sulla propria vulnerabilità, la percezione positiva di se stessi, la significatività e comprensibilità del mondo. Le idee alla base della struttura e del significato della vita dell'individuo non reggerebbero l'urto dell'esperienza traumatica e si frantumerebbero, gettando l'individuo in una caotica esperienza di sintomi e di comportamenti difensivi. Anche questo autore sottolinea il conflitto tra le informazioni veicolate dal trauma e la precedente "visione del mondo".

Foa propone che l'elaborazione dell'informazione traumatica sia mediata da un "**fear network**" ovvero una rete della paura indotta dal trauma; questa conterrebbe tutte le informazioni relative all'evento: natura dello stimolo; le risposte cognitive, affettive, fisiologiche e comportamentali; l'interpretazione dello stimolo stesso e gli elementi di risposta alla paura. Nel PTSD le intere informazioni del trauma sarebbero racchiuse nel fear network ed inaccessibili alla coscienza. Tale network dovrebbe essere attivato al fine di rendere coscienti i contenuti e dissociare gli elementi inerenti alle risposte da quelli inerenti allo stimolo. L'integrazione delle informazioni relative al trauma con le strutture mnemoniche precedenti sarebbe alla base del processo terapeutico.

Brewin propone il modello della doppia rappresentazione secondo cui le informazioni relative al trauma coesisterebbero su due livelli separati reciprocamente inaccessibili. Il primo livello sarebbe quello dell'esperienza cosciente dell'evento ovvero della memoria narrativa (verbally accessible memories - VAM) caratterizzata dal poter essere intenzionalmente recuperata ed utilizzata dall'individuo. Il secondo livello sarebbe quello della memoria implicita non accessibile ordinariamente (situationally accessible memories -SAM) ma solo quando stimolata ed attivata dalla situazione traumatica originaria. Al momento del trauma le due memorie verrebbero codificate contemporaneamente ma separatamente, da qui la difficoltà caratteristica nel PTSD di integrare i ricordi dissociati in forma di flash-back con la ricostruzione soggettiva dell'evento. Il primo passo terapeutico è quello di ristabilire un senso di sicurezza e controllo operando all'integrazione cosciente delle VAM traumatiche con le concezioni e schemi rappresentazionali del mondo preesistenti e favorendo il "reset" delle aspettative rispetto a se ed il mondo esterno. Il secondo passaggio consiste nell'attivazione delle informazioni emozionali imprigionate nelle SAM attraverso la progressiva esposizione a stimoli evocativi ed alla progressiva integrazione con le VAM.

Anche dall'ambito psicoanalitico giungono contributi alla dimensione cognitiva, tra questi Israel afferma che il potenziale distruttivo dell'evento traumatico è dato dalla sua imprevedibilità e soprattutto "inconcepibilità" (scardinamento del sistema di credenze > capita solo agli altri). Nel suo "La Nevrosi Traumatica" afferma: l'orrore atteso, sperato, temuto, dato per scontato come la ferita di guerra o la tortura quando impegnati in un attività clandestina, la detenzione in un campo di concentramento non hanno "bisogno" di nevrosi traumatica, il trauma arriva dall' "inatteso" dalla "prima volta". Partendo da questo presupposto l'autore suggerisce che preesistenti nevrosi strutturate come l'isteria o le nevrosi fobiche, che confrontano quotidianamente il soggetto con fantasie di danno e vulnerabilità, lungi da essere fattori predisponenti agiscono protettivamente verso il PTSD operando una sorta di "allenamento" al trauma.

Concludendo questi brevi richiami possiamo riconoscere l'importanza della prospettiva cognitivista, al di là della dialettica "concorrenziale" con gli orientamenti dinamici, per il contributo apportato all'integrazione dell'esperienza soggettivamente vissuta del "pensare" con le conoscenze anatomo-funzionali derivate dalle neuroscienze.

**Aspetti dinamici** ( *una ferita tra memoria e pensabilità* ) : Quanto descritto fin ora evidenzia la posizione di vertice che la compromissione della memoria occupa all'interno della costellazione dei sintomi e deficit caratteristici della sindrome. Dati neurobiologici e studi cognitivi concorrono a confermare le osservazioni cliniche tuttavia, in un ottica dinamica, più del sintomo è centrale il "vissuto" del paziente che ne soffre in quanto è con questo che il terapeuta prende contatto e si relaziona.

Dalla filosofia e dalla clinica abbiamo appreso come la percezione di sé sia imprescindibile da un operazione di memoria, l'identità è sempre sostenuta da una "storia" personale che si sviluppa dal passato e si proietta nel futuro. L'"ora" trova significato e realtà solo se vissuto come momento posto tra passato e futuro. Questa irrinunciabile base esistenziale nel paziente PTSD diventa insicura, questi vive uno "scardinamento" della nozione del tempo; il passato, in una distorsione della freccia temporale, diventa un "ora" incombente e iper-presente mentre il presente è vissuto in modo labile, non rassicurante e non delimitabile dal passato. Il futuro specularmente al passato non esiste più, è persa la capacità di progettare, si blocca il dinamismo interno; l'identità vacilla, il paziente non si sente più lo stesso e riferisce un senso di perdita irre recuperabile. La reiterazione dei sintomi traumatici è vissuta come un interminabile movimento circolare in cui passato e presente si inseguono senza mai trovarsi ed integrarsi. La ripetizione del trauma sarebbe un instancabile

tentativo da parte del paziente di ricostruzione della propria continuità : quello che era prima con quello che è diventato dopo il trauma.

Già Aristotele intuì il paradosso del passato che non diventa storia quando conìò due termini differenti per definire il ricordare: mneme e anamnesis; il primo indicava una memoria che appariva passivamente come pura affezione, la seconda un ricordo attivato solo con una ricerca interiore. Il secondo implicava quindi la conquista di una distanza temporale consolidata e caratterizzata non solo dal non essere nel passato ma dal non esserci “più” (Aristotele 1978). Quindi anamnesis come disponibilità di un passato vivo ed evocabile ma affidato alla storia contrariamente ad a-mnesis ovvero il passato “sepolto vivo” ma non disponibile dei pazienti traumatizzati.

Il fenomeno della circolarità e della ripetizione del trauma fu oggetto precoce delle investigazioni psicoanalitiche, Freud negli studi sull’isteria individuò il fenomeno della rimozione alla base del disturbo di memoria, descrisse il trauma da seduzione e l’affioramento del “ricordo inaccettabile” sotto forma di sintomo, individuò nella ricostruzione del passato la strada per recuperare la memoria patogena (abreazione). Presto tuttavia rigettò la causalità traumatica delle nevrosi ed ipotizzò la traumatogenità a “posteriori” dei ricordi rimossi (il futuro che diventa patogeno sul passato). Quest’ultimo modello si rivelò inadeguato a comprendere le nevrosi traumatiche ed a partire proprio dallo studio delle nevrosi di guerra Freud introdusse i concetti di istinto di morte (Thanatos) e di coazione a ripetere. All’istinto di morte riferì l’irriducibilità del disturbo ed al suo derivato coazione a ripetere la reiterazione del trauma (OSF vol.9). Pur condizionato dalla sua geniale “cecità” Freud descrisse la coazione con parole chiare: “la ripetizione istituisce una particolare dimensione temporale: si realizza in circolarità che è per così dire avvitata su se stessa, chiusa ad evoluzioni creative e trasformative dell’esperienza”.

Fu Ferenczy (1999,2001) tra gli psicoanalisti della prima generazione l’unico a riconoscere la peculiarità del trauma nella sua capacità disaggregante sulla personalità e sulla percezione di continuità esistenziale del paziente. Riconobbe il tentativo autoterapeutico nella ripetizione del trauma e della regressione come “spazio” di ricomposizione tra memoria somatica e memoria psichica. Descrisse con il termine di Orpha un modalità difensiva estrema al trauma, consistente in una ristrutturazione al “basso” della personalità, con un funzionamento mentale guidato prevalentemente da un centro somatico anziché intrapsichico, agganciato ad un insopprimibile “ora” senza tempo né futuro.



Bonomi (2004) riprendendo Ferenczy pone l'accento sul secondo vertice della sindrome ovvero il vuoto di pensabilità del trauma per perdita della capacità simbolizzante; simbolizzazione intesa come funzione unificante tra il corpo, il pensiero ed il mondo esterno, tra le emozioni e le rappresentazioni, tra il passato ed il futuro, funzione indispensabile per mantenere l'equilibrio interno e dare significato ai rapporti tra individuo e l'ambiente. Quando irrompe il trauma è questa funzione unificatrice ad andare in pezzi, si apre una faglia tra sentimento e coscienza, la vita emozionale divisa dalle rappresentazioni diventa embrionica e regredisce allo stato di pure sensazioni corporee sotterrate nell'inconscio somatico. Nel contempo la coscienza, staccata da ogni emozione, balza in avanti producendosi come "puro adattamento" (inteso non in senso evolutivo ma come identificazione con l'oggetto dell'orrore). L'ultimo baluardo che si frappone alla dissoluzione sarebbe la "speranza", questa opponendosi alla resa incondizionata della vita all'orrore del trauma, mantiene come una sorta di collante l'unità della persona. Questa speranza può sopravvivere nei frammenti di ricordi biografici, dei tratti di personalità e delle qualità pre-traumatiche oppure celarsi nelle fantasie o nei sogni. E' a partire da questi frammenti di "speranza" che la psicoterapia può tentare l'opera di ritessitura della trama personale riattivando la pensabilità, inizialmente circoscritta agli eventi del setting terapeutico e nei passaggi successivi estesa, con la progressiva reintegrazione delle parti frammentate o rimosse, alle emozioni ed ai ricordi.

Amati Sas (in Borgogno 2004) a partire dalle sue esperienze con pazienti reduci da internamenti e dalla tortura tenta l'individuazione di uno specifico fattore intrapsichico di vulnerabilità al trauma estremo, inteso come esperienza di violenza portata sull'uomo dai suoi simili. Propone la presenza di un "nucleo ambiguo" simil-psicotico nel fondo di ogni individuo caratterizzato da incertezza, imprecisione, indeterminazione, arrendevolezza, alloplasticità, questo nucleo privo di pensabilità e rappresentazioni sarebbe proiettato simbioticamente sul mondo esterno. L'attribuzione al mondo di questi elementi indifferenziati renderebbe l'individuo pronò ad accettare qualunque realtà sociale per quanto ingiusta e distruttiva percepirla familiare, ovvia, banale. Quando lo stesso individuo è esposto al "male" socialmente indotto (internamento, persecuzione, tortura) regredendo difensivamente a questo nucleo ambiguo intrapsichico aprirebbe un ponte diretto con l'ambiguità del mondo esterno. La conseguenza sarebbe da un lato l'incapacità a riconoscere ed a contrastare la violenza esterna (sentita come qualcosa di propria e familiare) e dall'altro nella paradossale accettazione e familiarità con l'aguzzino per incapacità a riconoscerlo come "non sé". Il soggetto imprigionato in una ambigua rete transferale diventa progressivamente oggetto di degrado morale e psicologico non comprendendo, non pensando, non riconoscendo l'oggettiva estraneità da sé della violenza che subisce; questi scivola lentamente ad uno stato basale di esistenza senza più tempo e

caratterizzato da un pensiero operativo senza simboli né riflessione. Secondo l'autrice la capacità devastante del trauma consisterebbe in questo operare "oltre le linee" e nel conseguente mescolamento simbiotico della psiche del soggetto con quella del suo torturatore.

In un'altra scansione Baranger (1969) descrive l'esperienza del trauma come annichilimento dell'apparato psichico, autentica invasione di stimoli non padroneggiabili che rimangono allo stato bruto, estranei al soggetto e non inscrivibili in una narrazione. Sono le memorie traumatiche che irrompono nella vita del paziente e "lo vivono" senza essere "vissute". Solo in presenza di un Io ancora sufficientemente integrato il trauma può essere vissuto in una storicizzazione ripetitiva, congelata, chiusa ad ogni orizzonte trasformativo; esito di un tentativo riuscito solo parzialmente di ricostruzione di una storia coerente e comprensibile. Compito della terapia è ricostruire le rappresentazioni di se e del mondo in una dimensione storico-narrativa coerente e comprensibile.

Sulla stessa frequenza Balint (1991) fornisce due interpretazioni dell'operare traumatico, una "quantitativa" ed una "qualitativa"; nel primo caso il trauma è inteso come scavalco della barriera difensiva anti stimolo per eccesso energetico del segnale, questo primo modello "meccanico" riconosce la causalità all'oggetto esterno; nel secondo caso la patogenesi del trauma è posta in relazione ad una condizione di blocco e di relativa insufficienza dell'apparato psichico (non pensabilità). Nel secondo modello le caratteristiche dello stimolo sfumano e diventa prevalente la incapacità della struttura difensiva a creare legami rappresentativi creatori di storia : "dove uno stimolo sufficientemente forte è presente, il funzionamento secondo la coazione a ripetere ,che si instaura come funzione difensiva,determina un'organizzazione della memoria alquanto primitiva grezza dove registrazioni povere e poco strutturate potranno divenire ricordi solo dopo prolungate ripetizioni ed elaborazioni terapeutiche".

Borgogno (2001,2004) sottolinea come una persona colpita da trauma viva la condizione di "non poter esserci" di essere "fuori" come spostata in un luogo lontano, privo di tempo ed emozioni, sperando rarefatti legami con la realtà esterna appena sufficienti ad un funzionamento sociale minimo (rarefazione della condivisione sociale e fuga in un mondo sospeso). Corredo di questa esperienza è la perdita di capacità immaginale ed un blocco di natura sia psichica che corporea. Lo spazio terapeutico si inserirà a metà tra il mondo "siderale" in cui si è ritirato il paziente ed il mondo esterno ( il mondo della vita, il *Lebenwelt* fenomenologico); l'affioramento, il riconoscimento e l'integrazione della memoria depositata nel corpo dovrà precedere e di molto il momento ricostruttivo ed interpretativo, il terapeuta dovrà utilizzare frequentemente il riconoscimento

empatico ed il proprio controtransfert corporeo. I principali fattori che annunciano l'alba di un "ritorno al mondo" sono l'affiorare di un sentimento di fiducia nella capacità del terapeuta e nella sua onesta volontà di aver cura del paziente, l'affioramento di un sentimento di appartenenza e partecipazione alla terapia (incoraggiamento vs. demoralizzazione > riattivazione del sentimento vitale).

## **DIMENSIONE SOCIO-CULTURALE**

La cultura attuale del mondo occidentale al di là di una declamata, autoreferenziale superiorità morale ed intellettuale soffre di significative incrinature, tra cui una delle più gravose è la perdita del pensiero dialettico determinata, come afferma Speciale Bagliacca (2007) ma già annunciata da Jaspers (1956, 1986), dalla sostituzione della visione tragica del mondo con una visione della colpa. Nella prima prospettiva gli elementi avversi e negativi della vita e dell'uomo (guerra, aggressività, distruttività, avidità, invidia, inferiorità, fallibilità, caducità) sono accettati come elementi della realtà e "tenuti" nella psiche individuale e collettiva assieme agli elementi positivi (pace, socialità, altruismo, generosità, coraggio, forza, sicurezza) l'equilibrio è mantenuto da un continuo rapporto dialettico tra le due polarità (in termini dinamici dalla capacità a tollerare l'ambivalenza). L'uomo tragico chiamato all'"atto" decide ogni volta a quale polarità orientarsi ed altrettanto fa la collettività degli uomini; pertanto ogni evento sarà il risultato attuale di una scelta etica e valoriale consapevole, le conseguenze avranno sempre l'impronta della doppia natura del mondo, mai totalmente giuste né totalmente ingiuste. A prevalere è il senso di responsabilità mai trasferibile ad altri soggetti o altre collettività (Jaspers cit.); potremmo dire, rifacendoci alla filosofia del diritto, che questa è la prospettiva dei "padri". Nella prospettiva della colpa, che trova fondamento in miti utopici quali il "Bene Assoluto", il "buon selvaggio" o l'"età dell'oro", l'uomo ed il mondo nascono perfetti, sempre vittime nel proprio degrado di circostanze estranee; ne deriva che il male del mondo deve essere **sempre** opera del "ALTRO". Il conflitto che nasce dall'esame di realtà è risolto con la scissione degli elementi ambivalenti dell'esistenza sia a livello intrapsichico che culturale e dalla proiezione su "l'altro" di tutto ciò che ricorda il male nell'esistenza individuale e collettiva. Questa prospettiva di presunta innocenza a priori e la scissione del male sostituisce l'ambivalenza con l'ambiguità, elimina il principio di responsabilità e impone la ricerca di un colpevole ad ogni impatto con la tragicità dell'esistenza; riprendendo la parafrasi precedente

potremmo definirla la prospettiva dei "figli". Questa prospettiva culturale si declina nelle società occidentali con un pacifismo di maniera, superficiale e moralistico, sostenuto dall'illusione che piacere, tranquillità, benessere, agiatezza, siano conquiste illimitate, gratuite e permanenti (Nivoli 2003).

L'idea dominante è che la guerra è cattiva perché la fanno "i cattivi" ovvero gli altri. In questa realtà il soldato del proprio paese è vissuto ambiguamente quasi come un corpo estraneo: è un volontario, è addestrato alla guerra, riceve su di sé tutti gli attributi negativi espulsi dalla psiche collettiva, portandoli consapevolmente e trasformandoli in un servizio al Paese (Barrois 1993). In tal modo si fa carico della realtà tragica rifiutata dalla collettività o come afferma Bion degli "assunti di base". Quando, sull'onda emotiva di un evento internazionale particolarmente insopportabile, militari vengono inviati in missione la finzione collettiva impone eufemismi chiamandoli soldati di pace, operatori di riconciliazione, forza di interposizione ; tutti escamotage cognitivi per non assimilare la realtà che propri concittadini opereranno in zona di guerra dove combatteranno, uccideranno e moriranno. Dall'ambiguità emotiva si declinano ambiguità nella definizione degli obiettivi della missione, delle regole di ingaggio, degli ordini, del livello di iniziativa bellica esprimibile ma soprattutto nella distribuzione delle responsabilità. E' qui in gioco anche un'ambiguità di "codici" come li definirebbe Fornari, il militare vive il codice dei padri il Paese il codice dei figli ; così ancor prima di raggiungere il teatro operativo i soldati possono essere avvolti da una rete di doppi legami che esiteranno in falle occulte nelle loro difese emotive e cognitive . Risulta ora evidente che il primo livello di prevenzione del disturbo consiste nel impiegare i militari solo in missioni dagli obiettivi chiari, condivisi collettivamente, con trasparenti attribuzioni di responsabilità, con regole di ingaggio flessibili e valutabili sul campo, con l'eliminazione di eufemismi e falsi segnali antepponendo la loro sicurezza e benessere alle esigenze della politica. Sintetizzando con una parola è lo Stato che deve ritornare ad essere **padre**.

## **PROSPETTIVA BIOLOGICO-DINAMICA E L'IPNOSI**

Definiamo come prospettiva biologico- dinamica quell'approccio ai fenomeni psichici che integra i dati derivanti dalle neuroscienze, che incontrovertibilmente hanno dimostrato la base neurobiologica soggiacente ad ogni processo mentale, con i dati provenienti dalla ricerca psicologica, che altrettanto incontrovertibilmente hanno dimostrato l'assoluta irriducibilità del pensiero umano (sia normale che patologico) a mero epifenomeno di fenomeni naturali. Posizione epistemica sostenuta nel secolo scorso da filosofi quali Husserl e Heidegger e da psichiatri e psicopatologi quali Janet, Jaspers, Minkowsky, Binswanger, Meyer, Ey. Posizione che tra le attuali conferme può annoverare le ricerche del premio Nobel Kandel e l'elaborazione del modello Psico-Biologico della personalità di Cloninger. Abbiamo inserito l'ipnosi all'interno di questa prospettiva in quanto il dibattito sulla sua natura, dopo l'abbandono del "mesmerismo", a partire da Braid si è sempre posizionato sul territorio di confine tra lo psichico ed il neurofisiologico.

**Pierre Janet e la dissociazione** : da quanto premesso può apparire meno sconcertante proporre dopo i precedenti capitoli, ispirati alle moderne conoscenze neuroscientifiche e psicopatologiche, un autore le cui prime opere risalgono a due secoli fa; in quanto profeticamente precorritore dell'attuale concettualizzazione del modello di unità psico-biologica ed incontestabile fondatore di una prassi terapeutica che ancor oggi evidenzia la sua totale validità e modernità; occupando a ragione un vertice incontestabile nella storia della psicopatologia e della clinica del trauma.

Ne segnaliamo tra i principali meriti riconosciuti :La prima declinazione teorica del ruolo dell'inconscio (sub-conscio) in psicopatologia. Il riconoscimento del disturbo post-traumatico (seppur sotto diverso nome).L'elaborazione di una psicopatologia e di una clinica del trauma coerente ed efficace. L'utilizzo estensivo dell'ipnosi come strumento di cura e ricerca. Il riconoscimento ed il consapevole utilizzo del "rapport" quale strumento terapeutico irrinunciabile.

La clinica attuale del trattamento del PTSD nelle sue espressioni più avanzate si riconosce integralmente nelle teorie di Janet e ne applica quasi a ricalco la prassi terapeutica (V.der Hart). Anche l'attuale irreversibile crisi della metapsicologia freudiana ed il sostanziale fallimento del trattamento psicoanalitico classico del trauma rivalutano con tutta la sua operatività l'alternativa Janettiana troppo frettolosamente sepolta, con un colpo di maglio in realtà più letterario che clinico, da Freud .

Janet esordisce nella psichiatria europea a cavallo tra il XIX e XX secolo, allora polarizzata da due principali campi di interesse : la Dementia Praecox (Kraepelin) e l'Isteria (Janet, Charcot) ; sotto l'ampio termine di isteria venivano allora raccolti quadri sindromici differenti, attualmente categorizzati come : disturbi dissociativi, d'ansia, somatoformi, conversivi, di personalità (borderline) e post-traumatico da stress. Janet collega i differenti disturbi allora riassunti nell'isteria ad un comune denominatore patogenetico : la dissociazione.

Collaboratore di Charcot alla Salpetriere ma totalmente indipendente nei suoi studi clinici, si differenzia da questo per una netta cesura teorica. Charcot postula la genesi organica e diatesica dell'isteria e limita il ruolo del trauma a mera ed occasionale causa scatenante. L'impianto teorico di Janet al contrario non è né riduttivamente organicista né meramente psicologico ma, identificato come "psicologia della condotta", si articola in un complesso modello integrato di Pensiero/Movimento/sensazione, successivamente ripreso dalle teorie Psico-Biologica ed Organo – Dinamica Di Meyer ed Ey (Zilboorg 1964, Ey 1987).

All'interno del suo modello Janet rifiuta il significato unilateralmente sintomatico della dissociazione, individuandone anche un aspetto fisiologico sotto il termine di "stato modificato di Coscienza".

A partire dal suo più noto testo "l'Automatismo Psicologico" (2012) formula una teoria della mente "stratificata" che da livelli inferiori, puramente funzionali e non coscienti, sale nel suo sviluppo a livelli più complessi di organizzazione caratterizzati da attività motorie e processi di pensiero progressivamente più sofisticati. Questa organizzazione stratificata della mente si estende su cinque livelli gerarchici che in ordine decrescente sovrintendono a :

- 1) Funzione di realtà. 2) Attività disinteressata (abituale, routinaria, automatica, irriflessiva).
- 3) Funzione immaginativa (ragionamento astratto, fantasia, sogni ad occhi aperti) 4) Funzioni emotive. 5) Attività motoria non finalistica.

Ogni livello è caratterizzato da un proprio stato di coscienza e da un proprio "coefficiente di realtà". La funzione di realtà acconsente la realizzazione di una percezione e "coscientizzazione" massime di tutti i dati appartenenti all'esperienza di un dato momento (essere "presenti" al momento – "presentificazione") e la formazione di una immagine intrapsichica corretta dell'esperienza (memoria cosciente).

La presentificazione non è un processo automatico ma richiede uno sforzo mentale (tensione psicologica) per contrastare la tendenza della mente a giacere nel passato o protrarsi nel futuro; è la presentificazione l'atto che garantisce la formazione ed il mantenimento di una coscienza unitaria. Nella mente si riconoscono due tendenze funzionali, una conservativa legata al passato ed al fenomeno della memoria, l'altra evolutiva e creativa orientata al futuro. L'attività conservativa mantiene e riproduce integrazioni operate nel passato, mentre l'attività evolutiva spinge all'integrazione ed alla costituzione del presente.

La normalità è sostenuta dal bilanciamento delle due tendenze mediante processi di "Integrazione" e "Sintesi" (funzione di realtà). La sintesi e l'integrazione sono elementi caratterizzanti l'evoluzione della mente, orientati ad elaborare i dati dell'esperienza attuale e passata in sempre nuove strutture di significato e funzionamento, ottimali all'adattamento all'ambiente, per sua natura sempre mutevole.

Nei pazienti psichiatrici gradi diversi di "difetto di integrazione" si manifestano con sintomi riconducibili all'"amplificazione" e "liberazione" della attività conservativa e rievocativa del passato (riduzione della funzione di realtà). Molti di questi pazienti presentano memorie traumatiche non risolte e dissociate. Memorie che non sono, come successivamente Freud afferma, "reminiscenze" di fatti rimossi nell'inconscio, ma esperienze totali (fisiche, emotive, motorie e cognitive), delle "gestalt" complete come oggi le definiremmo, che hanno mancato l'integrazione con la continuità storica e cosciente della persona. Queste memorie non sono in-coscienti a causa di una rimozione ma sub-coscienti per mancata integrazione (1993).

Condizioni fisiche e psicologiche avverse, spesso associate nei casi di trauma, possono ridurre la capacità sintetica dell'individuo e ridurre il numero di fenomeni psicologici che possono, in un dato momento, essere simultaneamente integrati nella coscienza personale ("abaissament du niveau mental" ovvero abbassamento della tensione mentale) e lasciare così ampie aree di esistenza separate dal suo tronco principale, depositario del senso di Sé e della continuità ontologica.

Data la caratteristica di "totalità" delle memorie separate, queste possono giungere ad organizzarsi sotto forma di vere e proprie sottopersonalità e vivere in modo apparentemente autonomo all'ombra della coscienza principale. Le manifestazioni cliniche delle memorie dissociate possono variare da semplici pensieri parassiti (idee fisse), a sintomi fisici (es. anestesie isteriche), ai fenomeni sonnambulici, agli accessi isterici, fino all'alternarsi di personalità multiple (2012).

Il persistere dei sintomi, il periodico apparire degli accessi o l'alternanza di personalità sono sostenuti dal dinamismo di tutti gli stati di coscienza che instancabilmente spingono alla loro integrazione nella personalità. Il paziente esposto all'assedio di sintomi e pensieri che considera estranei spende gran parte della propria energia mentale per controllarli ed allontanarli dalla coscienza, lottando inconsapevolmente contro l'integrazione. Il dispendio di energia mentale ("abbassamento della tensione psicologica") provoca un progressivo indebolimento delle capacità di sintesi e di elaborazione dell'esperienza ("abbassamento della tensione mentale") tale da produrre impoverimento del pensiero, dell'azione, dell'umore e della tensione morale ("misera psicologica") (1983).

Lo strumento principale per raggiungere e contattare questi stati separati di coscienza è l'ipnosi. A differenza di quanto affermano i contemporanei Babinski, Bernheim e Charcot, per i quali l'ipnosi agirebbe su questi pazienti sfruttando la "suggestionabilità" (stigma di un presunto danno cerebrale), Janet afferma che gli stati separati di coscienza sono contattabili e "lavorabili" in ipnosi in quanto dotati di minore senso critico rispetto alla coscienza principale, che per questo deve essere "distratta" durante l'induzione (1976).

La riduzione del senso critico e la maggiore ricettività ipnotica delle memorie separate (sub-conscie) è da ascrivere alle condizioni in atto al momento della loro registrazione, spesso caratterizzate da stati emozionali dolorosi ed insostenibili ("emozioni veementi"), alla conseguente temporanea perdita di capacità integrativa ("restringimento del campo di coscienza") a cui segue la loro deposizione a livelli funzionali inferiori della coscienza, dotati di minore capacità critica e discriminativa ovvero di ridotta "funzione di realtà".

Una interessante caratteristica delle memorie separate è la differente dominanza sensoriale rispetto alla coscienza principale; ad esempio un paziente prevalentemente cinestesico in stato di veglia può presentare, durante la trance ipnotica, sub-personalità con prevalenza visiva o uditiva e nello stato sonnambulico una integrazione completa di tutte le modalità sensoriali. Questi differenti profili sensoriali sono da ascrivere allo stimolo prevalente al momento della registrazione dell'esperienza traumatica. Una conseguenza è che differenti aree di memoria traumatica possono essere mobilitate da stimoli ambientali accidentali oppure richiamate da differenti modalità induttive in corso di terapia ipnotica.

L'approccio terapeutico di Janet parte dalla descrizione dell'evoluzione naturale dell'isteria post-traumatica che, dalla fase acuta floridamente sintomatica, giunge per gradi allo stadio finale



caratterizzato da ritiro psico-sociale e dal spegnimento esistenziale. Il trattamento ripercorre per gradi questa evoluzione, restaurando progressivamente l'integrità dell'apparato psichico.

Centrale e premessa indispensabile per il lavoro terapeutico è la formazione di una stabile e sicura relazione tra medico e paziente. Consapevolmente Janet la iscrive nel "rapport", strumento indispensabile alla risoluzione della malattia, dotato di connotazioni più ampie della generica alleanza terapeutica, enfatizzandone l'aspetto maieutico ed incoraggiante ( la trans-motivazione dei giorni nostri). Altrettanto consapevolmente ne descrive i rischi sotto il termine di "passione sonnambolica", i cui connotati sono più ampi della nevrosi di transfert successivamente descritta da Freud (1996).

Gli stadi del trattamento si succedono con :

- 1) Stabilizzazione, trattamento orientato ai sintomi, preparazione alla liquidazione delle memorie traumatiche.
- 2) Identificazione, esplorazione e modificazione delle memorie traumatiche.
- 3) Consolidamento, trattamento della sintomatologia residua, ristrutturazione delle personalità e riabilitazione.

Questi stadi non sono da considerare rigidamente separati, spesso la terapia ritorna su passi precedenti qualora affiori nuovo materiale prima non identificato. Il filo conduttore è la ricerca e la risoluzione di memorie traumatiche e di frammenti di esistenza separati, ovunque si incontrino nel corso del trattamento.

La fase di stabilizzazione comprende anche misure mediche, igiene comportamentale, riposo e ristrutturazione dell'attività quotidiana; non ritenendo Janet proponibile un trattamento psicologico che ignori le condizioni cliniche generali del paziente. In questa fase l'ipnosi è utilizzata in modo estensivo ed aspecifico, allo scopo di indurre rilassamento, risoluzione dell'insonnia e dei principali sintomi disturbanti la quotidianità. L'attività esplorativa è posticipata al miglioramento sintomatico ed al rafforzamento del rapporto terapeutico.

La fase di lavoro sulle memorie traumatiche è il "core" della terapia ed anche la fase più impegnativa. E' il momento in cui compaiono le resistenze più forti, a cui Janet risponde con tecniche ipnotiche alternative quali distrazione, immaginazione attiva, scrittura automatica.

Riconosce precocemente che dietro la subentrata difficile ipnotizzabilità si cela l'intensa paura di risperimentare le emozioni dolorose associate al trauma.

Una volta identificate, le memorie traumatiche vengono trattate secondo tre modalità :

Neutralizzazione – la memoria viene affrontata direttamente, vivificata ed assimilata.

Sostituzione- la memoria viene sostituita con una immagine a tonalità emotiva neutra o piacevole.

Ristrutturazione – la memoria viene modificata cambiandone la trama.

La fase finale, che segue la risoluzione e l'integrazione delle memorie, si concentra sulla ricostruzione delle abilità esistenziali del paziente. La prescrizione di attività mentali, creative e fisiche sempre più complesse, attraverso un circolo virtuoso di efficacia percepita, incrementa i livelli di "tensione psicologica" precedentemente depauperati dalla malattia, ripristinando la capacità di integrazione delle esperienze. Si tratta di una sorta di addestramento alla normalità, che spesso il paziente non ha mai sperimentato, in difetto del quale risulta ancora vulnerabile alle ricadute (1976).

**L'Ipnosi attuale - Le Teorie Neodissociative** : con questo termine si descrivono le teorizzazioni formulate da ricercatori che a partire dagli anni 70 del secolo scorso, sull'onda del recuperato interesse per l'ipnosi, hanno coniugato esperienze di psicologia sperimentale, neurofisiologia e prassi clinica.

Tra questi si situa lo psicologo sperimentale americano Hilgard (1975,1997) con la sua concettualizzazione di "stato ipnotico", descritto come stato alterato dell'esperienza cosciente (nelle forme di pensiero, percezione sensoriale, memoria, percezione della volontarietà degli atti) .

Il suo modello di mente comprende un "set" di strutture cognitive semi-indipendenti (sub-sistemi) coesistenti ad un centro di controllo sovraordinato identificato con la coscienza. Il centro di controllo cosciente svolge due funzioni parallele : a) Funzione esecutiva ( identificazione di obiettivi, priorità e pianificazione delle strategie) ; b) Funzione di monitoraggio (attenzione selettiva all'ambiente per raccolta di dati favorevoli od avversi al raggiungimento degli obiettivi). Il sistema di controllo centrale attiva e orienta i vari sub-sistemi (contenenti memorie, credenze, abitudini, ruoli sociali...), peraltro capaci di autoregolazione e di funzionamento automatico inconsapevole.

L'ipnosi sarebbe una condizione temporanea di dissociazione tra le varie parti del sistema mentale, il livello di dissociazione dipenderebbe dal tipo di suggestione indotta e le differenti manifestazioni ipnotiche sarebbero da ascrivere alla deconnessione del centro di controllo da uno specifico subsystema; ad esempio l'analgesia ipnotica può essere sostenuta dalla dissociazione tra il sistema di monitoraggio conscio ed il sistema della percezione sensoriale dolorifica ; oppure l'amnesia può essere prodotta da dissociazione tra il sistema di memoria ed il sistema esecutivo. Quanto agli atti compiuti in stato ipnotico, questi sono sempre "volontari" ma non vengono percepiti come tali per la dissociazione tra il centro esecutivo ed il centro di monitoraggio.

Il comportamento ipnotico è il prodotto di fattori individuali quali abilità, attitudini, credenze, aspettative, attribuzione ed interpretazione dell'esperienza, sullo sfondo del by-pass del sistema di supervisione centrale.

Shacter si collega al modello di Hillgard quando attribuisce la genesi delle sindromi dissociative alla separazione di percezione e coscienza, a difettare è la coscienza esplicita dell'esperienza mentre rimane intatta la coscienza implicita ( segnali sensoriali raccolti in stato dissociativo non vengono ricordati in veglia ma lasciano tracce evocabili con test neuropsicologici ).

Kallio e Revonsuo (2001) pongono l'attenzione sulla capacità dell'ipnosi a modificare l'esperienza soggettiva di un evento. Ogni esperienza viene elaborata su differenti livelli :

- 1) livello conscio, socio psicologico, caratterizzato dall'interazione tra il soggetto e l'ipnologo.
- 2) livello personale caratterizzato da credenze,desideri,bisogni e aspettative.
- 3) livello sub-personale, suddiviso a sua volta in :a) livello fenomenico,campo dell'esperienza soggettiva conscia. b) livello cognitivo,campo dell'interpretazione del fenomeno. c) livello neurale,campo delle modificazioni strutturali esperienza indotte.

Per gli autori è importante differenziare il "contenuto" di coscienza (insieme di esperienze soggettive riportate a livello fenomenico,quali immagini,sensazioni,emozioni,sentimenti) dallo "stato" di coscienza (contesto che incornicia il contenuto di coscienza e lo rapporta alla realtà esterna). L'induzione precede lo stato ipnotico,agendo a livello della relazione e delle aspettative (primi due livelli) produce l'"indebolimento" dello stato di coscienza, a cui segue la liberazione dei contenuti di coscienza. Quest'ultimi possono essere successivamente modificati dal lavoro ipnotico ed essere ri-registrati a livello neurale.

Rainville (1999) conferma il modello dissociativo tra “stato” e “contenuto” di coscienza. Per stato intende una condizione globale dell’organismo (attento, sveglio, sonnolento, sognante..) che contiene e regola i contenuti di coscienza (esperienze fenomeniche). L’ipnosi cambia gli aspetti dell’esperienza fenomenica interferendo con i meccanismi neurologici che regolano gli stati di coscienza.

Shiff (2006) in un contributo di ricerca elaborato all’interno del CIICS si collega al modello neodissociativo ponendo l’accento sulla funzione attentiva e sul soggiacente livello neurale. L’induzione ipnotica inizialmente attiva l’attenzione e la orienta selettivamente, le successive fasi dell’induzione e lo stato ipnotico al contrario presentano generale riduzione del livello attentivo e della capacità di analisi critica. I sistemi neurali dell’attenzione possono essere attivati da motivazioni interne (attivazione volontaria: top-down) oppure da stimoli esterni (attivazione automatica : bottom- up). Il cervello umano ha una capacità “finita” di elaborazione pertanto in presenza di stimoli multipli di differente natura (es. top-down v.s. bottom-up) non potendoli processare contemporaneamente è costretto a “scegliere” accettandone alcuni ed escludendone altri. Questa funzione selettiva corrisponde ad una modalità dissociativa fisiologica che può essere anche alla base del fenomeno ipnotico. A supporto del modello depongono : la separazione anatomica delle aree dell’attenzione da quelle dell’elaborazione sensoriale; la presenza di differenti network cerebrali soggiacenti l’attenzione ; la differente funzione dei diversi network dell’attenzione (solo in parte gerarchizzati ed embricati). Centrale nel fenomeno ipnotico si pone la dissociazione tra la funzione di controllo cognitivo (sostenuta dalla corteccia pre-frontale dorso laterale) e la funzione di monitoraggio sensoriale (sostenuta dalla corteccia del cingolo anteriore ).

Van der Hart e Van der Kolk( 2012,2013), attualmente riconosciuti tra i massimi esperti della clinica del trauma, riprendono quasi integralmente le teorie e la prassi di Janet attraverso il modello della “dissociazione strutturale” di personalità. Individui affetti da disturbo post traumatico da stress (PTSD) oscillano continuamente tra la fissazione alle esperienze traumatiche ed il distacco difensivo da queste, alternando due o più sistemi dissociati di idee e funzioni che costituiscono quando unitariamente funzionanti la personalità normale. Questa instabilità è il riflesso della mancata integrazione tra i sistemi che regolano le attività della vita quotidiana e quelli deputati alle funzioni difensive. La dissociazione non coinvolge soltanto la componente psicologica ma anche la matrice biologica innata su cui si costruisce e si sostiene la personalità.

Semplificando, questi sistemi (definiti “d’azione” o “motivazionali”) si dividono in due categorie principali: la prima riguarda sistemi deputati ad attività “toniche” indirizzate al mantenimento di

uno stato di benessere quali l'alimentazione, la ricerca di compagnia, l'intimità; la seconda riguarda sistemi deputati ad attività "fasiche" indirizzate alla difesa quali la vigilanza, l'attacco o la fuga. Questi sistemi d'azione quando attivi non si limitano a promuovere comportamenti ma inducono anche modalità percettive, cognitive ed emotive caratteristiche (gestalt complesse) che tendono a dominare il momento. La condizione di normalità è sostenuta da una adeguata integrazione tra i vari stati soggiacenti ai diversi sistemi d'azione, che tendono ad attivarsi sotto stimoli endogeni (es. stanchezza) od esterni (es. minaccia) congrui ed ad acquietarsi al venir meno dello stimolo.

Sotto l'effetto di un'esperienza traumatica, tale da minacciare l'integrità dell'individuo e non sostenibile dalla coscienza, la personalità tende a dissociarsi in più parti. Ne residua una parte principale "apparentemente normale" (**ANP**) ed una o più parti separate (**EP**). La parte di personalità apparentemente normale continua a sovrintendere alle funzioni di base dell'attività quotidiana ed è costantemente impegnata a contrastare l'affioramento del ricordo traumatico attivando difese estreme quali amnesia, rarefazione affettiva, ritiro e depersonalizzazione. Le parti dissociate restano legate ai sistemi motivazionali di difesa, sono più cariche di intensità emotiva e povere dal punto di vista cognitivo. Le EP sono "congelate" al momento del trauma, non possono registrare la fine della minaccia e "a-temporalizzate" mantengono inalterata l'exasperata coloritura emotiva e l'iper-attivazione biologica (2012).

L'imponente sintomatologia che accompagna i pazienti con PTSD (hyperarousal) è da addebitare al persistere dei comportamenti di difesa e dell'assetto neurovegetativo corrispondente. Il paziente o meglio una o più parti di lui sono ancora "fissate" al momento della dissociazione e tendono ad occupare il posto di comando ad ogni occasione, presentandosi come vere e proprie sottopersonalità. A fronte dell'alternanza degli stati coscienza la disregolazione dei sistemi biologici di base è persistente.

Il modello psicopatologico di questi autori è quasi speculare a quello di Janet (1993, 1998, 2012, 2013), vedremo più avanti come anche l'approccio clinico, declinato in una psicoterapia a fasi successive, integrante ipnosi, terapia medica e relazionale ne ripercorra sostanzialmente la prassi terapeutica.

## **PROSPETTIVE TERAPEUTICHE**

**TERAPIA FARMACOLOGICA:** abbiamo analizzato il sub-strato neurobiologico sottostante il PTSD osservando come il trauma inneschi profonde modificazioni funzionali e strutturali nel sistema nervoso centrale, in particolare inducendo stabili pattern neurologici del “fear network”, disattivando le funzioni di filtro sensoriale e paralizzando le strutture deputate all’elaborazione, simbolizzazione e memorizzazione dell’esperienza.

Se da un lato è impensabile l’uso di psicofarmaci a scopo preventivo, in quanto ridurrebbero anche le capacità di sviluppare uno stress fisiologico necessario alla sopravvivenza, il loro impiego nel trattamento di un grave stress acuto, all’apparire di segni di scompenso o in presenza del disturbo conclamato è del tutto congruo e scientificamente giustificato (A.P.A.2001);

L’approccio farmacologico corretto deve essere guidato dal riconoscimento di specifici cluster sintomatologici riferibili alle differenti dimensioni psicopatologiche (Norrholm2010). I cluster possono essere così riassunti : a) Sintomi legati alla “rivivificazione” dell’esperienza (flash back). b) Condotte di evitamento (fobie). c) Impoverimento emotivo e ritiro sociale (depressione, numbing). d) Sintomi di iperattivazione autonoma e comportamentale (hyperarousal). e) Manifestazioni psicotiche (allucinazioni, deliri). Tra le classi di farmaci efficaci individuiamo:

**Antidepressivi:** 1) SSRI (Sertalina, Fluoxetina, Paroxetina, Escitalopram) di riconosciuta efficacia sull’evoluzione del quadro clinico complessivo e su specifiche dimensioni psicopatologiche ; il rationale del loro impiego viene dall’evidenza del ruolo centrale svolto dal sistema serotoninergico nella modulazione delle afferenze sensoriali, delle emozioni e delle risposte comportamentali allo stress. Sviluppano un effetto terapeutico globale sul funzionamento del paziente ma non sono efficaci in acuto richiedendo un intervallo di almeno 6-8 settimane per sviluppare completamente i loro effetti. 2) Antidepressivi triciclici (Amitriptilina, Nortriptilina ), hanno singolarmente dimostrato maggiore efficacia sui veterani con sintomatologia cronica che sui civili con medesimo quadro clinico, combattono efficacemente i disturbi del sonno, le condotte evitanti, i disturbi dell’umore associati, trovano impiego nei pazienti su cui gli SSRI non si sono dimostrati efficaci. 3) Antidepressivi atipici (Trazodone) sembrano controllare meglio la rabbia e l’insonnia.

**Anticonvulsivanti e Stabilizzatori del tono dell’Umore :** (Carbamazepina, Acido Valproico, Lamotrigina, Litio,) si sono dimostrati efficaci nelle condotte di evitamento e soprattutto nell’attenuazione del hyperarousal. **Antipsicotici di II° e III° generazione :** (Olanzapina,

Quetiapina, Risperidone, Aripripazolo, Aloperidolo) sono efficaci sui sintomi psicotici, quali dissociazione, delirio paranoide e persecutorio, nel hiperarousal e nei pazienti affetti da flashback non responsivi agli SSRI. **Ansiolitici**: L'Alprazolam è una molecola candidata all'utilizzo in situazioni acute per la sua capacità di controllo del panico e di attenuazione del hyperarousal. **Betabloccanti** : (Prazosina, Propranololo) mediando il blocco delle catecolamine sembrano attenuare l'iper-attivazione dell'amigdala inoltre evidenze cliniche confermerebbero la sua efficacia nell'attenuare le risposte di panico e la reiterazione dei flashback ( Hillard 2005).

**PSICOTERAPIA**: questa si può articolare in supportiva o espressiva, breve o prolungata, cognitivo-comportamentale, suggestiva o dinamica. Ogni modalità trova validità al variare delle circostanze e dei differenti quadri clinici.

Attualmente il maggior contributo alle conoscenze mediche avanzate relative al trattamento del trauma proviene dagli Stati Uniti mutuato dalle esperienze raccolte dalla medicina militare nei vari conflitti a cui questa nazione ha preso parte. Inevitabilmente anche la psichiatria del trauma attinge alla medesima fonte, costituente un significativo punto di riferimento a chiunque voglia affrontare la materia.

Muovendo dalla importante acquisizione che la precocità e la qualità del trattamento sono fondamentali, per ridurre la gravità e per prevenire la cronicizzazione del disturbo da stress (Banderet 1989), i servizi psichiatrici dell'esercito americano hanno stabilito quattro punti chiave per un efficace trattamento: 1) Prossimità - l'intervento sul soldato deve essere il più vicino possibile al luogo di esposizione ed a ridosso della sua unità di appartenenza. 2) Immediatezza - l'intervento sul soldato deve essere il più precoce possibile rispetto al momento dell'esposizione o della cessazione del periodo di stress acuto. 3) Aspettativa - l'intervento deve mirare a rendere consapevole che le paure reattive del soldato ed i suoi timori sulle prestazioni future sono eventi normali, attesi e previsti e che verranno superati e risolti dal trattamento in corso. 4) Semplicità - l'intervento deve essere condotto attraverso terapie psicologiche semplici a breve termine, associate ad un restauro del benessere fisico con terapie mediche, riposo, recupero del sonno, alimentazione (Us Army 1985, 2005).

Questo approccio è focalizzato da un lato a prevenire l'organizzazione del fear network intracerebrale e dall'altro a favorire l'assimilazione cognitiva degli eventi. Compito dello psicologo / psichiatra militare sarà in ogni caso quello di accogliere gli stati d'animo, i vissuti, le emozioni, le esperienze restituendoli poi elaborati razionalizzati, raffreddati, tutto in un atmosfera di

condivisione creando così il presupposto della loro interiorizzazione sotto forma di esperienza. Indipendentemente dall'orientamento teorico è esperienza diffusa e consolidata della maggiore efficacia ed aderenza al trattamento quando l'intervento psicologico in urgenza è offerto da personale sanitario militare (in servizio permanente o richiamato). Il militare traumatizzato riesce a comunicare le proprie esperienze solo con chi può comprenderle e dividerle; la comunanza del codice valoriale e comunicativo favorisce l'espressione dei vissuti senza timore di fraintendimenti, censure preventive o fratture ideologiche (Klain 1992). Il sentimento sociale (concetto adleriano parzialmente traducibile come intersoggettività ed integrazione intrapsichica) è protetto e valorizzato dal sentirsi compreso e soccorso dai membri del proprio stesso contingente. La posizione nel grado di ufficiale per lo psicologo e lo psichiatra li pone in una posizione simbolicamente paterna, favorendo il movimento transferale e potenziando l'efficacia degli interventi supportivi ed incoraggianti. Tra i modelli di psicoterapia disponibili in questo contesto ne confronteremo tre che presentano maggior adeguatezza quanto ad efficacia ed adattabilità: la terapia cognitivo-comportamentale (CBT), la psicoterapia psicodinamica breve (B-PP), l'ipnositerapia.

### **Terapia Cognitivo – Comportamentale (CBT)**

La CBT appare attualmente il modello di riferimento in contesti militari; la ragione è da ricercare nel tradizionale pragmatismo anglosassone che privilegia i risultati pratici ed i modelli "leggeri" all'approfondimento conoscitivo, nell'affinità con l'attuale orientamento della cultura psichiatrica e nella maggiore compliance culturale da parte del personale militare abituato a pensare più in termini operativi (obiettivo, conflitto, strategia, tattica) che speculativi. Obiettivi principali di questa sono il ripristino della capacità di controllo dell'ansia delle emozioni e delle reazioni di panico, l'aumento dell'autostima e della capacità relazionale operando sul blocco di elaborazione cognitiva successiva al trauma. Il trattamento riconosce tre differenti tecniche operative: Esposizione > risulta efficace nelle situazioni in cui l'evitamento è il sintomo chiave, consiste nell'esposizione in vivo od immaginativa allo stimolo temuto e nell'elaborazione dei pensieri ed emozioni a questo collegate. Ristrutturazione cognitiva > ha per obiettivo la modifica dei pensieri, delle convinzioni e degli assunti irrazionali; si propone di aiutare il paziente a diventare consapevole dei suoi pensieri automatici e degli effetti del suo modo di pensare, a modificare l'inadeguata elaborazione delle informazioni ed il comportamento, stimola il paziente a sperimentare nuovi schemi e comportamenti da confrontare con i precedenti al fine di "scongelarli". Stress Inoculation Training >



è un insieme di tecniche di gestione dell'ansia,utilizza tecniche psico-corporee come il rilassamento esercizi di respirazione e stop del pensiero associati a esercizi di problem solving e giochi di ruolo.

### **Terapia Psicodinamica Breve (B-PP)**

Tra i diversi approcci psicodinamici brevi risulta interessante la psicoterapia psicodinamica Breve Adleriana (B-APP) risultando ben attrezzata per operare in un contesto caratterizzato da eventi drammaticamente reali ma nel contempo carichi di valenze simboliche e metaforiche. Non le è estranea la dimensione cognitiva in quanto riconosce come ogni persona costruisca la propria rappresentazione del mondo in base a schemi cognitivi personali (comprendenti: idee opinioni,credenze,esperienze,atteggiamenti ed aspettative verso sé stessi e l'ambiente) e come da questi faccia poi derivare le proprie strategie adattative (stile di vita) ; non è neppure estranea agli aspetti biologici e temperamentali coinvolti nella patologia traumatica avendo Adler per primo teorizzato l'inscindibile unità bio-psico-sociale dell'individuo. Ha tuttavia conoscenza ed operatività su una dimensione che sfugge ad altri approcci ovvero la dimensione psicodinamica. L'incontro con il limite,la vulnerabilità,l'inferiorità,le auto-rappresentazioni arbitrarie di Se e della realtà (finzioni),la demoralizzazione e l'incoraggiamento,la volontà di potenza ed il sentimento sociale,sono tutte esperienze reali che attendono il militare ma che nel contempo già vivono nella sua mente avendo preceduto e determinato ciò che ha scelto di essere e di vivere. Gli antichi dettero corpo a queste fluide presenze psichiche narrando della partecipazione degli Dei alle guerre degli uomini e dell'arbitrario gioco che conducevano sui loro destini . In chiave moderna questo significa che l'esito di un evento traumatico come l'esposizione alla violenza bellica sarà condizionato anche da quanto vive "nascosto"nella mente del soldato. Studi controllati hanno dimostrato che le psicoterapie brevi ad indirizzo dinamico hanno efficacia sovrapponibile a quella delle terapie cognitivo-comportamentali, tuttavia i risultati a lungo termine sono risultati significativamente più stabili nei pazienti trattati con le prime (Gabbard 2007). La psicoterapia psicodinamica adleriana breve (B-APP) offre il vantaggio dell'adeguatezza alla brevità e flessibilità imposte dalla situazione ambientale e della contemporanea profondità del processo terapeutico. Il trattamento rispetta i principi base della psicoterapia adleriana ma con l'obiettivo di operare sul focus principale della problematica portata dal paziente ed entro un limite temporale prefissato. Il terapeuta svolge un ruolo attivo orientandosi al polo supportivo della terapia,la validazione

empatica e l'incoraggiamento sono strumenti indispensabili per raggiungere una precoce alleanza terapeutica (Fassino 2007). Il trattamento esplora i collegamenti tra lo stile di vita (insieme idiosincratico di valori, comportamenti, aspettative, modalità difensive e adattive) e la problematica attuale, riattivando la capacità di autoriflessione e l'autostima. Il trattamento delle difese deve essere conservativo rafforzando quelle utili e mutativo su quelle difettive. Nel contesto della terapia operano fattori specifici legati alla tecnica e fattori aspecifici legati all'esperienza del setting ed alla qualità del terapeuta (Ferrero 2008). Le speciali condizioni ambientali frequentemente imporranno una elasticità negli usuali aspetti del setting (luoghi, orari, tempi) sarà quindi compito del terapeuta mantenere rigorosamente un setting "interno" come fattore di stabilità e protezione per il paziente e per il processo terapeutico. Soprattutto nelle prime sedute l'atteggiamento del terapeuta deve essere di accoglimento incondizionato e non giudicante, questi deve essere attivo anche interiormente operando una continua sintonizzazione con "l'introspezione vicariante". Se nelle prime sedute può essere chiamato a svolgere la "tardiva funzione materna" col progredire del trattamento assumerà una successiva funzione simbolica di "padre emancipante". Il progressivo riaffiorare del coraggio e dell'autostima nel paziente sono efficaci termometri del successo terapeutico, il risultato finale più significativo sarà tuttavia la riattivazione del sentimento sociale come fattore di coesione al mondo reale e nel contempo di coesione intrapsichica. Qualora condizioni d'urgenza sia cliniche che ambientali possano richiedere un contemporaneo intervento farmacologico, il modello teorico di base (unità bio-psico-sociale) sarà di riferimento per lo psicologo nell'aiutarlo ad operare armonicamente con l'èquipe medico-psichiatrica e per il medico psichiatra/psicoterapeuta per applicare in coerenza entrambe le proprie valenze.

## **Ipnositerapia**

Attualmente è consolidata l'acquisizione che alla base del PTSD si pongono memorie traumatiche non integrate e che il trattamento consiste nel loro recupero alla coscienza. Tuttavia questa semplice concettualizzazione è ancora condizionata dalle interpretazioni che Freud formula a partire dagli "Studi sull'Isteria", interpretazioni sotto certi aspetti contraddittorie e confusive. In un primo momento Freud concettualizza il fenomeno ed il trattamento nei termini di "dissociazione" ed "integrazione", chiaramente derivati da Janet; successivamente vira verso il modello energetico di "costanza psicologica", per cui il vulnus traumatico consisterebbe nel sequestro di energia libidica fissata ad un'idea inconscia, energia che deve essere "liberata" attraverso la semplice "abreazione". Reificando le formulazioni di Freud possiamo descrivere il suo come un modello "idraulico" in cui

la patologia nasce da un arresto di flusso energetico causato da una ostruzione (fissazione libidica) la cui la terapia consiste nel suo disgorgo (abreazione). In realtà è proprio il modello freudiano che reifica in modo drammatico sia il significato umano della patologia sia il trattamento ponendoli inesorabilmente sullo sfondo di un meccanicismo esasperato.

La posizione di Freud e la successiva censura del pensiero di Janet da lui operata non hanno solo interesse storico ma ancora condizionano sia pregiudizi sull'applicazione dell'ipnosi quanto i differenti modelli psicopatologici e terapeutici.

Da più di un secolo si fronteggiano e si alternano i concetti patogenetici di dissociazione verso rimozione e i modelli terapeutici di integrazione verso abreazione. Tale contrapposizione ha accompagnato e caratterizzato il trattamento psicoterapeutico dei soldati coinvolti nelle due guerre mondiali e nella guerra del Vietnam. E' utile ripercorrere le tappe di questa controversia perché permette di cogliere i fondamenti ed il razionale dell'attuale trattamento ipnotico del PTSD.

La prima guerra mondiale vede crescere rapidamente la richiesta di trattamenti psicologici rapidi per soldati affetti da trauma da combattimento. L'ipnosi viene largamente utilizzata (con significativa esclusione dell'Italia) in entrambi i campi, non solo come trattamento sintomatico (Nonne 1915) ma anche con l'intento di ottenere una risoluzione completa delle memorie traumatiche (Brown 1918, Myers 1915, Sauer 1917, Simmel 1918).

Myers usa l'ipnosi come tecnica esplorativa nei casi di amnesia; una volta raggiunta la memoria traumatica "incoraggia" il paziente prima in ipnosi e successivamente in stato di veglia a confrontarsi con questa ed a parlarne col terapeuta. Myers non incoraggia l'abreazione emotiva ed ottiene risultati positivi (1918).

Psichiatri militari inglesi e tedeschi utilizzano varianti del modello catartico originario di Freud. Sauer (1917) applica un trattamento detto "psicocatarsi" consistente nel provocare abreazione in stato ipnotico (in realtà più vicino ad un trattamento di visualizzazione guidata in stato di trance leggera). Simmel (1918) inizialmente pratica una terapia ipnotica orientata sul sintomo, le forti resistenze che incontra nonostante la perseveranza terapeutica lo indirizzano ad applicare successivamente un metodo catartico consistente nel riportare il paziente nella situazione traumatica, aiutandolo a rivivere l'evento e nel contempo a recuperare dettagli associativi persi nell'esperienza originaria. Applica anche una trasformazione dell'esperienza suggerendo la conversione dei sentimenti di paura in rabbia aggressiva. Brown (1918) pone l'accento sulle memorie dissociate ma persiste sul metodo catartico, consistente nel riportare il paziente sullo scenario

traumatico rivivificando tutta l'intensità sensoriale ed emozionale, favorendo contemporaneamente la verbalizzazione del vissuto in stato ipnotico. Suggestioni postipnotiche aiutano il paziente a recuperare progressivamente le memorie in stato di veglia fino al ripristino di una trama mnemonica coerente. Ritiene fondamentale lo "scarico" delle emozioni associate alle memorie per consolidare i risultati terapeutici.

Myers al termine del conflitto (1920) riprende la contrapposizione tra catarsi e sintesi affermando che l'acting out emozionale (sia in ipnosi che in stato di veglia) sortisce pochi se non nulli effetti terapeutici mentre fondamentale è il recupero delle memorie, integrando le emozioni alle esperienze cognitive. Scoraggia la sollecitudine dei terapeuti a focalizzarsi in modo prevalente sull'espressione delle emozioni durante l'ipnosi; al contrario questi durante la rivivificazione si devono proporre come figura protettiva, sollecitare il paziente a verbalizzare le emozioni e condividerle, orientandole verso un'interpretazione più rassicurante (esperienza correttiva).

Mc Dougal (1920) contesta il valore dell'abreazione nel sortire effetti terapeutici e critica il concetto freudiano di emozione patogena, simile ad "quanto" di energia associato ad un'idea (una sorta di "detonatore" associato alle memorie, da far necessariamente brillare all'aperto). A supporto della sua critica riferisce che pazienti ripetutamente esposti alla rivivificazione in ipnosi con l'intento principale di ottenere una abreazione non solo non migliorano ma tendono ad incrementare i sintomi e cronicizzare. Al pari di Myers ritiene che la via principale della cura sia il recupero delle memorie e la loro integrazione, le emozioni quindi non devono essere meccanicamente liberate ma integrate all'interno di un ricordo coerente.

Anche Jung (1920/1922) pur non praticando l'ipnosi entra nel confronto, assimilando le memorie traumatiche al suo concetto di "complesso" psichico ed indicandole come il nucleo patogeno del disturbo. Afferma l'inutilità se non la pericolosità dell'abreazione e concorda con Myers e Mc Dougal che il fattore patogenetico fondamentale è la dissociazione e non l'incarceramento di energia libidica sotto tensione. Jung è vicino a Janet affermando che l'obiettivo della terapia è l'integrazione, ritiene che la ripresa dei ricordi traumatici abbia il fine di una progressiva assimilazione alla coscienza, che non basta il loro semplice recupero ma lo si deve associare ad una elaborazione attiva condivisa con un terapeuta partecipe. Il terapeuta in questa fase ha un ruolo essenziale di supporto e testimonianza, condizione necessaria per ripristinare la consapevolezza e la capacità di autogestione delle emozioni.

Breukink (1924/25) si pone sulla stessa linea di Janet, Myers, Mc. Dougal e Jung centrando l'intervento sull'integrazione. Il suo trattamento si struttura in una prima fase sotto ipnosi ed in una successiva di rielaborazione cosciente. In corso di ipnosi le memorie traumatiche vengono identificate, discusse ed elaborate tenendo sotto controllo le emozioni. Suggestioni post-ipnotiche guidano la successiva elaborazione cosciente a fasi. Centrale nel trattamento è l'estinzione della veemenza delle emozioni e non la loro mera liberazione.

L'intervallo tra le due guerre mondiali è caratterizzato da un progressivo disinteresse verso le patologie di guerra, comprese le nevrosi e le psicosi posttraumatiche (allora definizioni correnti del PTSD), probabilmente sull'onda della rimozione collettiva dell'angosciosa esperienza dei recenti massacri, e per l'incapacità da parte delle società di elaborare consapevolezza su quanto accaduto.

Nel frattempo il mondo scientifico e la psichiatria in particolare assistono al rigoglioso sviluppo della psicoanalisi, la cui metapsicologia si impone come modello "forte" per la psicopatologia, in particolare dei paesi anglosassoni. Così non stupisce che all'esordio del nuovo conflitto mondiale la maggioranza degli psichiatri militari, dimenticando le precedenti evidenze cliniche, aderisca al modello abreativo. Questo approccio si salda poi con la disponibilità di una nuova classe di farmaci: i barbiturici, che vengono proposti come strumento veloce per raggiungere il rilassamento profondo, utile al processo di rivivificazione (misinterpretando il ruolo dell'ipnosi, peraltro già svalutato dagli specialisti di formazione freudiana). I barbiturici raggiungeranno una tale diffusione nel trattamento psichiatrico del trauma da combattimento da meritare nel gergo militare l'evocativo appellativo di "Flack Juice" (succo di contraerea), associato alla battuta che il Pentothal ha fatto più danni ai marinai americani di quanti inflitti dai giapponesi a Pearl Harbour !

Sargant e Slater (1940,1941) tra i primi a trattare patologie psichiatriche successive alla ritirata di Dunkerque utilizzano i barbiturici per incoraggiare i pazienti a rivivere le emozioni violente sperimentate in battaglia, supponendo che la tensione emotiva accumulata sia la causa dei sintomi. Il loro modello energetico esaspera a tal punto il trattamento da spingere i pazienti in uno stato di totale esaurimento e collasso, ovvero allo "stato di inibizione completa" di Pavlov. Per l'enfasi attribuita all'abreazione emozionale gli eventi evocati in seduta se non accompagnati da adeguati livelli di eccitazione emotiva vengono negati come falsi ricordi.

Alpert, Carbone e Brooks (1946) non utilizzano barbiturici ma enfatizzano a loro volta l'abreazione mediante l'ipnosi per liberare potenti emozioni represses. Solo una completa espressione emotiva

può liberare dai sintomi e l'ipnosi è superiore ai barbiturici perché permette al medico di modulare meglio il processo.

Watkins (1949) include l'abreazione nell'ampio campo delle tecniche ipnotiche. La definisce come rivivificazione emozionale e riproduzione delle esperienze traumatiche. Il trattamento deve spingersi anche alla scoperta di emozioni violente rimosse precedentemente al trauma, allo scopo di liberare grandi quantità di energia e per ricostruire le strutture motivazionali su cui il trauma si è inserito. Con minore enfasi sostiene anche l'insight e l'integrazione intellettuale ed emozionale.

Kardiner (1941) è uno dei pochi psichiatri che criticano questo approccio e richiama l'attenzione sulla dimensione cognitiva del trattamento (elaborazione e sintesi). Grinker e Spiegel (1945) altrettanto sostengono l'importanza dell'integrazione del materiale traumatico nella coscienza pur utilizzando i barbiturici in un trattamento definito "narcosintesi". Affermano che la semplice abreazione è fallimentare se non seguita da un'integrazione in stato di coscienza del materiale riaffiorato. Il lavoro di integrazione è il fulcro del trattamento. In contrasto con il "furore" abreatico dominante affermano che la sedazione è utile per attenuare la veemenza delle emozioni, affinché la coscienza possa accostarsi a queste più facilmente, confrontarle ed integrarle. Osservano che nella ricerca di ricordi dissociati posttraumatici si può incontrare materiale dissociato di altra natura, la cui reintegrazione incrementa inaspettatamente il successo del trattamento.

Kubie (1943) afferma che indipendentemente dall'approccio utilizzato quale ipnosi, ipnosi indotta con barbiturici, stato sognante ipnagogico con o senza narcosi, il materiale mnestico affiorato e le emozioni correlate devono essere completamente integrati (fully fused) alla coscienza in stato di veglia. Rosen e Myers (1947) sostengono la posizione di Kubie, negano il valore della semplice catarsi, documentando il grande numero di fallimenti terapeutici seguiti a questo trattamento. Affermano che solo un completo ri-orientamento dell'intera personalità può garantire risultati stabili.

Klein (1949) entra nel dibattito dopo aver abbandonato la narcosintesi, trovandola non superiore all'ipnosi e deleteria nei pazienti acuti al primo ricovero. Questi pazienti sono impegnati a difendersi da esperienze orrifiche ancora "calde" e non è pensabile rigettarli immediatamente nella stessa situazione emozionale. E' fondamentale un approccio personale, verbale e rassicurante da parte del medico, quale solo l'ipnosi può dare. Ironizza sull'enfasi catartica delle emozioni assimilandola alla "*..evacuazione di pus da un ascesso..*".

Tra gli altri psichiatri che si orientano in favore dell'ipnosi e dell'integrazione Fisher (1943) afferma che l'ipnosi può essere utilizzata in tre modi 1) somministrando suggestioni dirette 2) contattando e gestendo emozioni represses 3) aggirando le difese e portando alla coscienza pensieri dissociati o repressi. E' la terza modalità quella che consente il trattamento più completo anche se la più complessa.

Al termine della guerra il dibattito tra le due posizioni non termina ; Wolberg (1945) afferma l'inutilità dell'abreazione sotto ipnosi ;Hordern (1952) ritiene l'abreazione utile nel trattamento dello stress da combattimento ma non nel trauma.

A guerra appena terminata e resi disponibili i nuovi barbiturici a cinetica rapida Franco Granone è tra i primi in Italia a sperimentarne l'utilizzo a supporto dell'induzione ipnotica (1946). La sua tecnica definita "narcoipnosi"(da non confondere con la narcoanalisi d'oltreoceano) utilizza la facilitazione all'induzione operata dal farmaco,che a dosaggio adeguato permette di mantenere il paziente in uno stato crepuscolare di coscienza (ipnagogico) ottimale al recepimento delle suggestioni monoideiche. Dalle esperienze cliniche individua fenomeni psichici regressivi indotti dal farmaco - i "primitivismi"- che distingue nettamente dai processi comunicativi ed espressivi mobilitati dalla trance ipnotica (Granone 1979). I primitivismi, caratterizzati da massiva e incontrollata liberazione di fenomeni psicomotori, di espressioni verbali, affettive, ideative non rispondono ad una costellazione coerente di significato (come avviene sotto ipnosi) ma sono collegati tra loro e mobilitati solo da una comune coloritura emotiva (che il farmaco disinibisce). Molti presunti fenomeni abreativi riferiti in letteratura,alla luce di quanto rilevato da Granone,possano essere retrospettivamente letti come primitivismi slatentizzati dal farmaco, spiegando così il sostanziale fallimento dei trattamenti indirizzati alla mera espressione emotiva.

Zilboorg (1952) afferma che la reintegrazione dell'evento traumatico non può limitarsi ad un esperienza somato-affettiva (abreazione) ma consiste in un "processo" che procede attraverso una serie di esperienze ricostruttive, elaborate a livello dell'apparato psichico.

Conn (1953) concorda con Zilboorg affermando che l'effetto terapeutico non consiste nella "liberazione" delle emozioni ma nella conquistata capacità di distanziarsene attraverso l'"insight".

Lifshitz e Blair (1960) definiscono l'abreazione una esasperata ri-esperienza emotiva,non riflessiva e non cognitiva. affermano che se riprodotta più volte sotto ipnosi l' esperienza traumatica tende ad estinguersi per inibizione corticale. Questi autori pur utilizzando l'ipnosi aderiscono al modello pavloviano del riflesso condizionato ed alla correlata legge dell'estinzione.

All'esordio della guerra del Vietnam le tecniche abreative ed il correlato modello "idraulico" della mente iniziano a tramontare, il modello integrativo per contro riprende forza sostenuto dalle evidenze della clinica.

Horowitz (1973-1980) a proposito del trattamento dei veterani afferma che l'attenzione principale della cura deve essere indirizzata all'integrazione e non all'espressione : *"...l'abreazione conduce ad ulteriore abreazione, in un processo apparentemente senza fine e senza segni di miglioramento...; ..l'espressione emotiva può dare sollievo ma solo in modo transitorio, per ottenere miglioramento stabile è necessario comprendere il paziente nella sua singolarità, comprendere il significato delle sue esperienze in relazione ai suoi costrutti esistenziali e le discrepanze tra questi, la propria autorappresentazione e gli altri aspetti di personalità"*. Sembra riecheggiare Janet quando propone un intervento integrato su diversi aspetti della cura : *"..riposo, risocializzazione, impegno in attività creative sono strumenti ausiliari fondamentali per ridurre l'intrusività e la ripetitività delle memorie traumatiche ed attenuare la sintomatologia psicosomatica associata...;..nella fase acuta si rivela importante il supporto ai processi difensivi ed alle strategie di coping"*.

Brende e Benedict (1980) utilizzano un approccio ipnotico a fasi successive, in una di queste inducono una regressione d'età allo scopo di contattare sentimenti sepolti di rabbia e paura; lo scopo non è la catarsi emotiva ma l'integrazione alla coscienza di questi contenuti e la successiva integrazione degli stati dell'Io.

Spiegel (1981) utilizzando l'ipnosi nei reduci del Vietnam scopre che il lutto non elaborato è una componente importante della sindrome post-traumatica. Il suo trattamento mira oltre all'integrazione del sentimento d'angoscia provato per se e per la morte dei propri compagni anche al recupero dei sentimenti positivi condivisi con questi prima del lutto. Il paziente è incoraggiato a rincontrare le dure emozioni traumatiche non come fine a se stesso della cura ma come tappa nell'integrazione dell'Io : *"..l'intensificazione delle memorie e delle emozioni che lo circondano nell'atmosfera ipnotica possono essere utilizzate nel processo di elaborazione del lutto. Lo stato di trance promuove una cornice emotiva intensificata in cui le memorie possono essere rievocate ed elaborate, creando una prospettiva che ne permetta la vivibilità in stato cosciente.."*.

Brown e Fromm (1986) stigmatizzano la catarsi emotiva ritenendola di limitata utilità : *"..non ostante l'abreazione ipnotica possa avere un utilizzo limitato nei casi acuti noi non raccomandiamo questo trattamento...; in particolare non raccomandiamo che i terapeuti intenzionalmente incoraggino la drammatica espressione emotiva...stante caratteristica del PTSD l'alternanza di negazione ed*



intrusione ,l'ipnoterapeuta che incoraggia l'espressione emozionale espone il paziente al rischio di accentuazione delle esperienze intrusive...;il paziente può vivere transferalmente il terapeuta come persecutore ed abbandonare prematuramente la terapia.

Gli autori concordano con Horowitz individuando il centro della cura nell'integrazione,opposta alla mera espressione : *"..la facilitazione dell'esperienza emozionale cosciente è utile in certe fasi del trattamento, ma l'esperienza emozionale deve essere regolata in modo che il paziente possa governare gli affetti avversi...; ..i più recenti orientamenti ipnoterapeutici del PTSD enfatizzano il disvelamento progressivo,l'elaborazione e l'integrazione,aiutando il paziente a raggiungere un senso di controllo sulle esperienze intrusive e la ristrutturazione cognitiva sull'evento.*

Per i PTSD gravi,in cui si sono prodotti danni strutturali all'Io, presentano un modello di trattamento specifico articolato in più fasi; ogni fase comprende strumenti ipnotici e non ipnotici :

1) stabilizzazione dei sintomi. 2) integrazione. 3) disvelamento controllato. 4) integrazione guidata. 5) intervento sugli aspetti biologici del disturbo.

A partire da questo momento si può considerare chiuso il confronto tra il modello dissociativo di Janet e quello energetico di Freud,declinati nei rispettivi approcci terapeutici : integrativo il primo,catartico il secondo. Con l'affermarsi del primo modello la clinica del trauma entra finalmente nella fase moderna.

E' sulle basi del lungo processo evolutivo sopra descritto e sulla scorta delle migliaia di esperienze cliniche raccolte in quasi un secolo che i protagonisti dell'attuale evoluzione del trattamento del PTSD in particolare Van der Hart (2011) e Van der Kolk(2013) propongono l'attuale orientamento clinico.

Il trattamento parte dal concetto di dissociazione "primaria","secondaria","terziaria". Nel primo caso il paziente è scisso tra una personalità centrale (ANP) ed una separata (EP- sub-personalità traumatica sec. Janet), nel secondo caso la dissociazione è tra un ANP e due EP,nel terzo caso tra una ANP e più EP (personalità multipla). Progredendo a più EP il quadro clinico si presenta progressivamente più grave ( Van der Hart 2012).

Una attenta valutazione clinica e psicopatologica precede il trattamento psicoterapico a fasi successive. Questo si articola in 1) stabilizzazione e riduzione dei sintomi. 2) trattamento dei ricordi traumatici. 3) integrazione e riabilitazione della personalità. Ogni fase prevede la risoluzione mirata dei problemi affioranti e la creazione di competenze compensatorie. Il percorso non è rigidamente

lineare ma flessibile, permettendo periodici ritorni a tappe precedenti in particolare per recuperare materiale dissociativo precedentemente intollerabile. L'immagine geometrica più efficace a descriverlo è quella di un percorso a "spirale".

**Valutazione** : anche se i pazienti giungono all'osservazione in situazioni di "crisi" e con richiesta di immediata assistenza ogni mossa terapeutica deve essere preceduta da una attenta valutazione clinica e psicopatologica. Occorre ricostruire in anamnesi lo stato pre-morboso, le circostanze del trauma, recuperare dati su eventuali co-morbilità. Si devono valutare le fragilità psicologiche e fisiche assieme alle possibilità e risorse (coping). E' da tener conto che lo stato dissociativo può mascherare pre-esistenti disturbi di personalità (es.borderline) e rendere difficile l'inquadramento diagnostico secondo il DSM.

**Stabilizzazione e riduzione dei sintomi** : questa fase mira ad innalzare il livello di funzionamento mentale e delle funzioni adattive,migliorare la capacità riflessiva ed attenuare l'invasività delle memorie intrusive. Obiettivo centrale di questa fase è rafforzare le capacità dell'Io (temporaneamente identificato con l'ANP). Il trattamento va indirizzato con particolare attenzione alla risoluzione delle fobie ed alle intrusioni,che interferiscono con le normali attività relazionali e lavorative. In stato ipnotico si possono contattare la / le EP e lavorare allo stesso modo con queste al fine di portarle a funzionare (anche se ancora inconsciamente) ad un livello più elevato. E' fondamentale impegnare il paziente allo sviluppo di compiti progressivamente più complessi,al di fuori del setting, al fine di aumentarne l'efficienza mentale e la percezione di autostima. Tutto il percorso deve avvenire in una atmosfera empatica, "contagiandone" il paziente, al fine che questi progressivamente la percepisca per se e per le parti dissociate.

**Trattamento delle memorie traumatiche** : obiettivo principale di questa fase è la risoluzione della fobia delle memorie traumatiche tra le parti separate della personalità (condizione che ha reso "necessaria" la dissociazione fino a quel momento). Le parti dissociate vengono contattate e trattate in ipnosi come singole "unità di personalità" e singolarmente "curate" ( es. con l'attualizzazione del trauma e la sua reinscrizione in una trama diversa) portandole progressivamente verso livelli più alti di funzionamento mentale. Il passo successivo mira al reciproco riconoscimento ed integrazione delle parti in una personalità unitaria. La fase preparatoria deve rendere capace il paziente di sostenere la tensione psicologica necessaria ad affrontare e risolvere l'hyperarousal evocato dai ricordi ed elaborare emozioni e convinzioni associate al trauma. Il paziente oscillerà tra l'avvicinamento e l'evitamento dei ricordi, oscillazione che si riproduce anche nella distanza tra se ed il terapeuta. Nucleare è la risoluzione di questa ambivalenza, operabile attraverso la costruzione

di un attaccamento sicuro all'interno del rapporto. L'attaccamento sicuro è la condizione che permette al paziente il reincontro progressivo con il trauma e la sua ricostruzione, per poi inscrivere in una trama nuova e vivibile. In questa fase è caratteristica anche l'oscillazione tra il ritorno alle precedenti e la proiezione alle successive.

**Integrazione della personalità e riabilitazione** : è la fase che contiene alcuni passaggi tra i più impegnativi, questi riguardano la dolorosa elaborazione del lutto (indispensabile per l'acquisizione della totalità dell'esperienza) e l'abbandono di convinzioni patogene fino ad allora tenacemente difese (collegate al mantenimento della dissociazione). Le fobie associate alla ripresa dei compiti evolutivi e relazionali vengono anche affrontate in questa fase. Come nelle precedenti il lavoro si svolge sia in stato ipnotico che di veglia; in stato di veglia il paziente ricostruisce con il terapeuta quanto vissuto in ipnosi, ricuce cognitivamente ed emotivamente le parti ritrovate di sé in un racconto coerente. E' la progressiva iscrizione dell'evento traumatico in una trama narrativa condivisa che restituisce unità al paziente e lo riconcilia con il tempo della vita. Al di fuori del setting il paziente viene aiutato a sviluppare abilità adattive nuove, mirate a recuperare capacità operative e mentali pre-morbose ed il ritorno alle relazioni sociali (arricchito dell'intersoggettività restaurata dal rapporto terapeutico).

## CONCLUSIONI

Il disturbo post-traumatico è un quadro sindromico complesso a drammatica espressione clinica; le attuali condizioni storiche, culturali e sociali tendono ad aumentarne in modo significativo l'incidenza e la prevalenza. Il reduce affetto dal disturbo una volta congedato ritorna nella vita civile e lì si riversa la propria sofferenza e la richiesta di assistenza e cura. Le statistiche aggiornate ne evidenziano un'incidenza sui reduci delle ultime campagne di Irak ed Afganistan tra il 15 ed il 20%. Considerando che l'Italia da sola prevede un rischieramento all'estero di circa 10000 uomini all'anno è evidente la dimensione epidemica del problema ; problema che ricade sulla Sanità Pubblica e sui medici chiamati ad operarvi. E' per questi motivi necessario conoscere il fenomeno in tutti i suoi aspetti (frequentemente ignorati da medici e psicoterapeuti civili) e prospettare approcci terapeutici efficaci. L'attuale orientamento Bio-Psico-Sociale della psichiatria trova un privilegiato terreno di verifica proprio nel trattamento del PTSD, dove accanto ad irrinunciabili terapie farmacologiche si impone con evidenza la centralità del trattamento psicoterapeutico. In questo ambito la terapia ipnotica occupa una posizione privilegiata. Privilegio che parte dalla primigenia esperienza di cura con Janet, dalla coerente psicopatologia costruita con questo metodo, dalla specificità della fenomenologia dissociativa e della sua "governabilità" con l'ipnosi. Molte resistenze sostenute in passato da pregiudizi culturali, sia a causa della rivalità con la psicoanalisi sia per un certo atteggiamento naïve di molti ipnologi, stanno venendo meno sulla scorta delle validazioni neuroscientifiche e cliniche, in particolare nei paesi anglosassoni. Un modello di applicabilità ripercorre quanto già proposto da Janet nel secolo scorso : approccio olistico alla totalità del paziente, attenzione agli aspetti medici, associazione di psicoterapia e farmacoterapia, ricostruzione delle competenze sociali, centralità del trattamento ipnotico (fondato sul modello dissociativo) e del "rapporto" tra medico e paziente nella ricostruzione dell'integrità psichica e della continuità esistenziale del paziente.

## **BIBLIOGRAFIA :**

- 1) A.Adler- *La psicologia individuale*. Newton Compton 2006
- 2)H.S.Alpert et.al. Hipnosis as therapeutic technique in the war neuroses (1946) *.Bulletin U.S. Army Medical Department*,5,315-324.
- 3) American Psychiatric Publishing- *Textbook of Psychopharmacology*. 2001
- 4) G. Antonini- *La questione dell'epurazione dall'esercito dei criminali anormali*. 1917
- 5) Aristotele- *Della memoria e reminiscenza*. Laterza 1978
- 6) M. Balint- *La regressione*. Cortina 1991
- 7) H. Banderet et. al. *Handbook of Military Psychology*. Wiley & sons 1989
- 8) M.Baranger et.al.- Psychic trauma from us to Freud. *Int. Journal of Psychoanalysis* (1969)
- 9) C. Barrois- *Psicoanalisi del guerriero*. C.S.E. 1993
- 10) B. Bianchi- *Psychiatrists, soldiers and officers in Italy during the great war*. Cambridge Univ.Press 1998
- 11) W.R. Bion- *Esperienze nei gruppi*. Armando 2006
- 12) W.R. Bion- *La lunga attesa*. Astrolabio 2009
- 13) A. Bleich et.al.- Treatment of prolonged combat reactions. *British Journal of Psychiatry* (1986)
- 14) A. Bleich et. al. Post-traumatic stress disorders following combat exposure. *B.J. of Psych.* (1986)
- 15) C. Bonomi- Il trauma e la funzione simbolica della mente. *Int. Forum of Psychoanalysis* (2004)
- 16) F. Borgogno (a cura) – *La catastrofe ed i suoi simboli*. Utet 2001
- 17) F. Borgogno (a cura)- *Ferenczy oggi*. Boringhieri 2004
- 18) J.D. Bremner-Does stress damage brain? *Society of Biological Psychiatry* 45,797,805/1999
- 19) J.D. Bremner et. al. – Dissociation and Posttraumatic Stress Disorders in Vietnam Combat Veterans. *American Journal of Psychiatry*. 149(3): 328-332. (1992)
- 20) J.O. Brende, B.D. Benedict- The Vietnam Combat Delayed Stress Response Syndrome : Hypnotherapy of "Dissociative Symptoms". *America Journal of Clinical Hypnosis* 23,34-40. (1980)
- 21) C.B. Brenneis- Memory system and the psychoanalytic retrieval of memories of trauma. *Journal of American Psychoanalytic Association*. (1996)

- 22) H. Breukink – On treatment of certain psychoses by means of special form of the Cathartic- Hypnotic metod. *Dutch Journal of Medicine*. 67, 1321-1528 (1923).
- 23) J. Briere- Psychological assestment of adult post-traumatic stress states. *Am. Psych. Assoc.* (1997)
- 24) D. Brown, E. Fromm – *Hypnotherapy and Hypnoanalysis*. Hinsdale N.Y. 1986
- 25) Brown W. – The treatment of cases of Shell Shock in an advanced medical centre. *The Lancet* aug. 17,197-200 (1918).
- 26) C.R. Cloninger, A Psicobiological model of Temperament and Character, *Archivies of General Psychiatry*,50:975-990. (1994)
- 27) H.J. Conn – Hypnosyntesis. *Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 1,29-43. (1953)
- 28) P. Consiglio- La pretesa rieducabilità dei pregiudicati militari in guerra. *Rivista di Psicologia* (1917)
- 29) P. Consiglio- La rigenerazione fisica e morale della razza mediante l'esercito. *Rivista Militare*. (1917)
- 30) G. Cosmacini- *Guerra e Medicina*. Laterza 2011
- 31) M. Costa- *Psicologia Militare*. F. Angeli 2006
- 32) G. Cocks- *Psicoterapia nel III° Reich*. Boringhieri 2007
- 33) C. Dobson- *Psicoterapia Cognitivo- comportamentale*. Mc. Graw Hill 2000
- 34) H. Ellemberger- *La scoperta dell'inconscio*. Boringhieri 2006
- 35) M. Eliade- *Lo Sciamanesimo e le tecniche dell'estasi*. Mediterranea 1982
- 36) H. Ey- *La Teoria Organodinamica della Malattia Mentale*. Astrolabio 1978
- 37) S. Fassino, A. Ferrero, Psicoterapia Breve Psicodinamica Adleriana, *Minerva Psichiatrica*,49: 1671. (2010)
- 38) S. Fassino et. al.- *Manuale di Psichiatria Bio-Psico-Sociale*. C.S.E. 2007
- 39) S. Fassino, Psicoterapia Breve ad orientamento Individualpsicologico, *Riv.Psicologia Individuale*, 38: 43-52.( 2011)
- 40) S. Ferenczy- *Opere* - vol. 3 Cortina 1999
- 41) S. Ferenczy- *Diario clinico*. Cortina 2001
- 42) A. Ferrero, *Psicoterapia Psicodinamica Adleriana*, Centro Studi e Ricerca in Psichiatria di Torino,2010
- 43) C. Forcino et. al. *Textbook of Military Medicine*. Office of Surgeon General 1989
- 44) S. Freud- *Studi sull'isteria*. Opere vol.1 Boringhieri

- 45) S. Freud et al. *Psicoanalisi delle Nevrosi di Guerra. Opere vol. 9 Boringhieri*
- 46) S. Freud-*Al di là del principio del piacere. Opere vol. 9 Boringhieri*
- 47) G.O. Gabbard- *Psichiatria Psicodinamica. Cortina 2007*
- 48) F. Granone – *Trattato di Ipnosi. Boringhieri 1979*
- 49) R.R. Grinker, J.P. Spiegel- *Men under stress, Blakinston, Phil. 1945.*
- 50) R. Hillard et. al.- *Emergenze Psichiatriche. C.I.C. 2005*
- 51) E.R. Hilgard – “Hypnosis”. *Ann. Rev. Psychology 26:19-44. (1975)*
- 52) E.R. Hilgard – *Divided Consciousness : multiple controls in human thought and action. Wiley Interscences NY 1997*
- 53) M.J. Horowitz- *Stress Response Syndromes, Aronson N.Y. 1978*
- 54) M.J.Horowitz et al.- Pathological grief and the activation of latent self-images. *American Journal of Psychiatry, 137, 1157-1162 (1980)*
- 55) P. Janet- *Psychological Healing. Reprint Brit. Edit. Arno Press 1976*
- 56) P. Janet- *L'Età Mental des Histériques. Lafitte Reprints 1983*
- 57) P. Janet- *La Passione Sunnambolica ed altri scritti. Liguori ed. 1996*
- 58) P. Janet- *L'Automatismo Psicologico. Cortina 2013*
- 59) K. Jaspers – *Psicologia delle Visioni del Mondo. Ubaldini ed. 1956*
- 60) K. Jaspers- *La Questione della Colpa. Cortina 1996*
- 61) C.G. Jung – The question of the therapeutic value of “abreaction”. *British Journal of Medical Psychology. 2, 19-22. (1921,1922)*
- 62) V. Hanson- *L'Arte Occidentale della Guerra, Mondadori 1987*
- 63) A.M. Hull- Neuroimaging findings in PTSD. *British Journal of Psychiatry (2002)*
- 64) S. Kallio, A. Revonsuo – Anterior Brain Function and Hypnosis : a test of the frontal hypothesis. *Int. Journal of Clinical and Experimental Hypnosis. 49(2):55-108. (2001)*
- 65) E. R. Kandel – *Psichiatria, Psicoanalisi e nuova Biologia della Mente. Cortina 2007*
- 66) Kaplan H.I. et.al.- *Textbook of Psychiatry. William and Wilkins Company 2006*
- 67) A. Kardiner – *The Traumatic Neuroses of War. Paul Hoeber N.Y. 1941*

- 68) A. Kardiner, H. Spiegel – *War Stress and Neurotic Illness*. Paul Hoecher N.Y. 1947
- 69) Klain E. et. al. – *Psichiatria e Psicologia di una Guerra*. Edizioni Universitarie Romane 1992
- 70) K. Klausewitz – *Wom Kriege*. 1832
- 71) Klein E. – Acute Psychiatric War Casualties. *J. of Nervous and Mental Diseases*. 107, 25-42. (1941)
- 72) L.S. Kubie.- Manual of Emergency Treatment of acute War Neuroses. *War Medicine*. 4,582-599 (1943)
- 73) C. Lalla- *Verso una sintesi tra cognitivismo e psicoanalisi*. F.Angeli 2005
- 74) B. Layton- Memory mechanism in PTSD. *Journal of Neuropsychiatry Clinic and Neuroscience*( 2003)
- 75) R.A. Lanius et. al.- Neural correlates of traumatic memories in post-traumatic stress disorder : a functional MRI investigation. *American Journal of Psychiatry* (2001)
- 76) K. Lifshitz et. al. – The polygraphic recording of repeated hypnotic abreactions with comments on abreactive psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Diseases*. 130, 246-252 (1960)
- 77) E.N. Luttwak- *Strategia, la logica della Guerra e della Pace*. Rizzoli 2001
- 78) F. Maiullari- *Il Trauma e la Cura, un Eterno Ritorno*. Carocci 2008
- 79) N. Machiavelli- *Dell'arte della guerra*. Barbera 2007
- 80) W. Mc. Dougal- The Revival of Emotional Memories and its Therapeutic Value. *Br. J. of Medical Psychology*. 1.23-29 (1921-1922)
- 81) A.C. MC.Farlane et. al- Biologic models of traumatic memories and PTSD. *Psychiatry Clinic of North America* (2002)
- 82) S.L.A. Marshall- *Men against fire*. Williem & Massow. 1947
- 83) S.W. Mitchell et.al.- *Gunshots wounds and other injuries of nerves*. Lippincot 1864
- 84) C. S. Myers- A Contribution to the Study of Shell Shock, *The Lancet*,1915 : 316-320.
- 85) C.S. Myers – The Revival of Emotional Memories and its Therapeutic Value (II). *British Journal of Medical Psychology*. 1, 20-22. (1920-1921)
- 86) C.S. Myers- *Shell Shock in France 1914-18*, Cambridge University Press 1940.
- 87) National Research Council- *Psychology for the Fighting men*. 1944
- 88) Naval Aerospace Medical Institute- *U.S. Naval Flight Surgeons Manual* 1989
- 89) G. Nivoli- *Pacifismo deviato: la patologia mentale del finto pacifista*. Centro Scientifico Editore 2003



- 90) M. Nonne- Zur therapeutischen Verwendung der Hipnose bei Fellen von Kriegshysterie, *Medizinische Klinik*,11(51),1915.
- 91) S.D. Norrholm – Tailoring therapeutic strategies for treating post-traumatic stress symptoms clusters. *Neuropsychiatric Diseases and Treatment*. 6,517-532. (2010)
- 92) L.S. Obrein et.al. Symptoms of Post-traumatic Stress Disorders in Falklands Veterans. *British Journal of Psychichiatry*.(1991)
- 93) I.Pavlov- *Riflessi condizionati e psichiatria*. Accademia Sovietica delle scienze 1936
- 94) E. Pessa et. al. *Manuale di scienze cognitive*. Laterza 2006
- 95) P. Rainville et. al. – Cerebral Meccanism of Ipnotic induction and Suggestion. *Journal Of cognitive Neurosciences*. 11: 110-125. (1999)
- 96) W. H. R. Rivers – The repression of War Experiences. *The Lancet*. Febr.2, 173-177 (1918)
- 97) H. Rosen, H.J. Myers- *Abreaction in Military Setting*. Wiley and Son N.Y. 1947
- 98) W.Sargent- *Battle for the mind*. Doubladay &co. N.Y 1957
- 99) W. Sargent, E. Slater- Acute War Neuroses. *The lancet*. Jul. 6,1-2. (1940)
- 100) W.Sargent, E. Slater – Amnestic Syndromes in War. *Proceeding of the Royal Society of Medicine*.34, 755-764 (1944)
- 101) W. Sauer – Zur Analyse und Behandlung der Kriegsneurosen. *Zeitschrift fur die Gesamte Neurologie und Psychiatrie*. 36, 26-45.(1917)
- 102) S. Shiff in A.M. Lapenta, M. Somma et. al.- *Ipnosi Sperimentale e Clinica*. Edit. Artistica Bassano 2006
- 102) A. Scartabellati- *Dalle Trincee al Manicomio*. Marco Valerio 2008
- 103) E. Simmel – *Kriegs Neurosen und Psychishen Trauma*. O. Nernich. Munich 1918
- 104) E. Simmel – *War Neurosis*. International University Press. N.Y. 1944
- 105) Z. Solomon et. al.- Post-traumatic stress disorder among soldiers with combat-stress reaction, the 1982 Israeli experience. *American Journal of Psychiatry* (1987)
- 106) R. Speziale Bagliacca- *Colpa*. Astrolabio 2007
- 107) D. Spiegel- Vietnam Grief Work using Hypnosis. *America Journal of Clinical Hypnosis*.24,33-40. (1981)
- 108) D. Spiegel – Dissociation and Hypnosis in PTSD. *Journal of Traumatic Stress*. 1,17-33. (1988)
- 109) Toobsy et. al. -The evolution of war and its cognitive foundations. *Inst. Of Evolut. Studies* (1988)

- 110) A. Tricarico- *Lineamenti di Psicologia Generale e Militare Aeronautica*. IBN.2006
- 111) *U.S. Army Field Manuals*. U.S. Department of Defence 1985-2005.
- 112) T.B. Van Bures- *Campfire chants of the civil war*. 1888
- 113) O. Van der Hart et.al.- Hipnotherapy for traumatic Grief : Janetian and Modern Approaches Integrated, *American Journal of Clinical Hypnosis*, vol. 32,n. 4, April 1998
- 114) O. Van der Hart et.al. – Abreaction Re- evaluated, *Dissociation*,1992,5(3),127-140
- 115) O. Van der Hart et.al.- *Fantasmii nel Se,Trauma e trattamento della dissociazione strutturale*. Cortina 2012.
- 116) O. Van der Hart et. Al. – The dissociation Theory of Pierre Janet. *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 2,No 4, 1989.
- 117) O. Van der Hart, Van der Kolk – Pierre Janet's Treatment of Post-traumatic Stress- *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 2, N. 4, 1989.
- 118) O. Van der Hart et. Al. – The Treatment of Traumatic Memories : Synthesis, Realization e Integration. *Dissociation*,1993,6 (2/3),162-180.
- 119) B.A. Van der Kolk et. al.- *Stress traumatico*. Magi 2004
- 120) J.G. Watkins – *Hypnotherapy of War Neuroses*. Roland Press Company N.Y. 1949
- 121) L.R. Wolberg – *Hypnoanalysis*. Grune e Stratton N.Y. 1945
- 122) W. Yule- *Disturbo post-traumatico da stress : aspetti clinici e terapia*. Mc.Graw Hill 2000
- 123) G. Zilboorg- The Emotional Problem and Therapeutic Role of Insight. *Psychoanalytic Quaterly*. 21, 1-24.( 1952)
- 124) G. Zilboorg – *Storia della Psichiatria*. Feltrinelli 1964