

PREFAZIONE

Da quando, ormai più di trenta anni fa, la diagnosi di disturbo da stress post-traumatico ha fatto la sua timida comparsa nella nosografia ufficiale, tra i disturbi d'ansia, lo sviluppo delle ricerche, delle esperienze cliniche e dei modelli per la valutazione e il trattamento delle conseguenze psicopatologiche di eventi traumatici ha avuto una crescita quasi esponenziale.

Quasi tutti i grandi approcci psicoterapeutici tradizionali hanno generato protocolli strutturati di intervento, convergenti sull'obiettivo comune di aiutare la persona traumatizzata a riattivare i normali processi psichici di metabolizzazione dell'esperienza e delle memorie traumatiche, alterati dalle soverchianti reazioni emotive determinate dal trauma.

L'approccio e la metodologia EMDR hanno integrato il contributo di molte di queste scuole tradizionali intorno ad un rigoroso protocollo di intervento sulle memorie traumatiche mirato a trattare, attraverso la sollecitazione bilaterale, tutti i livelli del funzionamento umano interessati dall'esperienza stressante, da quelli cognitivi ed emotivi a quelli comportamentali e neurofisiologici. L'inclusione delle sensazioni somatiche all'interno del focus dell'intervento costituisce un elemento centrale di novità rispetto agli approcci preesistenti che si basavano prevalentemente sul veicolo del linguaggio come via di accesso alle emozioni bloccate che trattengono la persona sofferente prigioniera del suo passato traumatico.

Il disturbo post-traumatico da stress, con i suoi sintomi tipici di intrusione delle memorie traumatiche, di evitamento generalizzato di tutti gli stimoli che possono anche lontanamente rievocare il trauma, e di iperattivazione neurofisiologica, sembra rispondere bene alla graduale e guidata riesposizione all'esperienza traumatica prevista dal protocollo standard.

* Responsabile del Servizio Diagnosi e Cura del Trauma Psicologico dell'ARP, Associazione per la ricerca in psicologia clinica di Milano, Professore incaricato all'Università Cattolica in "Interventi nelle situazioni traumatiche".

Gran parte delle persone traumatizzate che si rivolgono all'aiuto psicologico presenta, però, manifestazioni di sofferenza che "non si limitano" ai tipici sintomi di intrusione, evitamento e iperarousal.

In particolare, le persone che hanno subito esperienze traumatiche continuative o deprivazioni in età evolutiva, gravi difetti di sintonizzazione da parte del *caregiver* nelle fasi primarie del processo evolutivo; o che hanno sofferto di molteplici traumi di natura interpersonale e di durata prolungata, presentano anche alterazioni del funzionamento strutturale della personalità che richiedono una specifica attenzione nel trattamento.

In queste persone si osservano comunemente alterazioni significative nella regolazione degli affetti e degli impulsi, disturbi dell'attenzione e della coscienza, alterazioni nella percezione di sé, nella relazione con gli altri, sentimenti generalizzati di sfiducia apparentemente irriducibili, sentimenti sopraffacenti di inutilità, di disperazione, e così via.

Si tratta di quei pazienti per i quali si è soliti formulare una diagnosi di disturbo post-traumatico da stress in comorbilità con una varietà di altri disturbi, più comunemente i disturbi dell'umore, i disturbi somatoformi, i disturbi dissociativi e i disturbi di personalità.

In momenti diversi, Judith L. Herman (1992) e Bessel van der Kolk (Van der Kolk e al. 2005) rispettivamente con la diagnosi di *disturbo post-traumatico da stress complesso* e la diagnosi di *disturbo da stress estremo non altrimenti specificato*, hanno tentato di ricondurre in un quadro psicopatologico unitario il variegato spiegamento di sintomi che presentano le vittime di traumi cronici, in particolare in età evolutiva. Anche se la nosografia ufficiale non ha recepito la loro proposta, il disturbo post-traumatico da stress complesso e il concetto di *trauma complesso* sono ormai diffusamente accolti ed utilizzati dai clinici e dalla letteratura (Courtois C.A., Ford J.D., 2009).

Com'è noto, la diagnosi di trauma complesso si articola lungo tre costellazioni psicopatologiche centrali - dissociazione, disregolazione affettiva e somatizzazione - tra loro significativamente interconnesse, che si aggiungono alle costellazioni tipiche del disturbo post-traumatico da stress (intrusione, evitamento, iperarousal).

Questa casistica di pazienti ingaggia in modo particolare il clinico e costituisce una sfida a volte molto dura per i protocolli standard finalizzati all'integrazione

delle memorie traumatiche espulse dalla coscienza.

Metaforicamente, la dissociazione, la disregolazione affettiva e la somatizzazione rinviano all'apparato digerente piuttosto che alla sostanza da digerire.

In altre parole, concernono la struttura profonda della persona, la sua *stoffa*, come si diceva una volta, e riguardano le distorsioni che la personalità (l'unità psicobiologica) ha dovuto subire rispetto a quello che in diverse condizioni di sviluppo sarebbe stata la sua evoluzione fisiologica.

Spesso, dunque, gli effetti iatrogeni della riesposizione alle memorie traumatiche sono determinati da problemi dell'apparato digerente più che da un'errata applicazione del protocollo standard. Il protocollo standard mostra allora i suoi limiti rispetto ad una casistica dal funzionamento insufficientemente evoluto ed integrato per poterne fruire.

Ancora una volta si dimostra di cruciale importanza per l'esito del trattamento l'accurata diagnosi del paziente, del suo funzionamento, della sua struttura. Una diagnosi intesa come un processo volto a costruire gradualmente insieme al paziente la valutazione del problema, gli obiettivi del trattamento e le modalità con cui attuarlo e le reali possibilità di poterlo attuare. La costruzione di una piena *alleanza diagnostica* come preconditione per l'avvio di un qualsiasi lavoro psicoterapeutico (Orefice, 2002).

È a questa sfida e a questo diverso e prodromico focus del trattamento che è interamente rivolto questo bellissimo libro di Michele Giannantonio.

L'Autore è largamente noto ai clinici, e in particolare a quanti sono impegnati nel trattamento dei disturbi post-traumatici, per il contributo costante che da molti anni ha dato alla psicotraumatologia in Italia, del cui sviluppo è certamente uno dei principali artefici fin dalla pubblicazione di quello che forse è stato il primo manuale italiano di psicotraumatologia (Giannantonio, M., 2003). Più di recente ha introdotto nel nostro paese la Psicoterapia Sensomotoria che tanto interesse e successo sta riscuotendo a livello internazionale, e non solo in ambito psicotraumatologico (Ogden, P., Minton, K., Pain, C., 2006).

Nella prima parte del volume Giannantonio, grazie ad una profonda conoscenza e rispetto del protocollo standard EMDR, lo ripercorre accuratamente passo passo mettendolo a confronto con le difficoltà proprie dei funzionamenti dei pazienti con traumi complessi, valorizzandone i punti di forza e mettendone in evidenza i limiti

specifici.

Partendo da questi limiti propone poi, nella seconda parte, un ampliamento del modello includendovi gli apporti provenienti dal suo bagaglio professionale: la Psicoterapia Ipnotica, il *Somatic Experiencing* (Levine, Frederick, 1997) il *Focusing* (Gendlin, 1981) e, soprattutto, la Psicoterapia Sensomotoria.

Questa solida base di conoscenza delle psicoterapie corporee consente all'Autore di trovare vie di accesso ai vissuti profondi del paziente non accessibili per altre strade. Memorie e vissuti primitivi radicati nelle sensazioni somatiche, nei movimenti e nella postura che appartengono al dominio dell'implicito, della memoria procedurale radicata nelle strutture sottocorticali, e che organizzano dal basso e in modo inconsapevole il funzionamento generale della persona.

Nella terza parte del libro Giannantonio sviluppa ulteriormente questa linea di azione e di pensiero, focalizzandosi sull'importanza della stabilizzazione e della regolazione somatica e emozionale. Avvalendosi del costante ricorso a lucide e precise esemplificazioni cliniche, propone una generosa varietà di tecniche specifiche volte a padroneggiare e superare le difficoltà tipiche che caratterizzano questi pazienti. L'elemento clinico centrale che accomuna queste tecniche è l'attenta creazione e il costante mantenimento della regolazione psicobiologica interattiva tra terapeuta e paziente come assetto continuo che rende possibile il viaggio psicoterapeutico fino alla piena autonomizzazione di questi da quello.

Diversi sono i meriti di questo impegnativo lavoro, ed è difficile riuscire ad evidenziarli tutti. Non v'è dubbio che il lettore esperto saprà apprezzarli, riconoscerli e fruirne ampiamente sul piano operativo. Così come non v'è dubbio che il lettore meno esperto ne trarrà non solo ricco apprendimento, ma anche forti stimoli per indirizzare il suo cammino formativo.

Per testimoniare la mia esperienza dirò che, addentrandomi nella lettura del libro, ho presto avuto la sensazione di leggere più libri contemporaneamente.

In primo luogo, ho letto un accuratissimo manuale tecnico sull'evoluzione del metodo e delle tecniche EMDR verso un modello integrato più ampio, includente il metodo e le tecniche della Psicoterapia Sensomotoria. Un nuovo modello che, valorizza il metodo EMDR all'interno di una visione clinica più ampia. Una prospettiva centrata sulla forza della relazione terapeutica come veicolo attraverso cui il paziente costruisce la propria indipendenza dalla terapia, e sull'utilizzo dell'esperienza somatica come strada per accedere a livelli di funzionamento

sofferente non altrimenti raggiungibili.

Poi ho letto un libro di metodologia in psicologia clinica e psicoterapia, applicato in particolare ai pazienti difficili. Una metodologia forte, che mette in rilievo ed enfatizza alcuni capisaldi della clinica. Prima di tutto l'importanza del lavoro diagnostico inteso come un percorso in cui il paziente mette progressivamente a fuoco con il clinico il funzionamento del suo disturbo, le sue possibili cause, gli obiettivi desiderati e i modi per ottenerli. Un percorso che fonda l'alleanza di lavoro su cui si reggerà l'intero trattamento successivo. Conseguentemente una visione della psicoterapia come un cammino in cui le tecniche, gli strumenti, i modi di operare sono tutti calibrati sul funzionamento del paziente e con la sua partecipazione consapevole, come un vestito fabbricato su misura per lui e con lui. Un cammino per realizzare il quale è riconosciuto un valore cruciale alla stabilizzazione del paziente e alla relazione terapeutica quale strumento principale per realizzarla e mantenerla. Una relazione terapeutica costruita attraverso la continua sincronizzazione con il paziente, grazie ad un'accurata diagnosi differenziale del significato delle sue risposte agli interventi del clinico.

Infine, ho letto un libro di filosofia della clinica, centrato sulla libertà di pensiero, sull'indipendenza dai dogmi, e sulla consapevolezza che il sapere è mutevole e in continua trasformazione. Una visione etica della clinica, basata sul continuo e responsabile equilibrio tra creatività del pensare e del sentire e il rigore del metodo proprio della scienza.

Alessandro Vassalli

Bibliografia

Courtois C. A., Ford J.D. Eds (2009), *Treating Complex Traumatic Disorders: an evidence based guide*. The Guilford Press, New York.

Gendlin, E. T. (1981). *Focusing*. Trad. it. Roma: Astrolabio, 2001. Giannantonio, M. (a cura di) (2003). *Psicotraumatologia e psicologia dell'emergenza*. Salerno: Ecomind.

Herman, J. L., (1992), *Trauma and Recovery*, Tr. It. Roma Ma.Gi. 2005.

Levine, P.A., Frederick, A. (1997). *Traumi e shock emotivi. Come uscire dall'incubo di violenze, incidenti e esperienze angosciose*. Trad. It Roma: Macro Edizioni.

Ogden, P., Minton, K., Pain, C. (2006). *Il trauma e il corpo. Manuale di Psicoterapia Sensomotoria*. Trad. it. Istituto di Scienze Cognitive, 2013

Orefice S., (2002), *La sfiducia e la diffidenza. Una metodologia per i casi difficili*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Van der Kolk B.A., Roth S., Pelcovitz D., Sunday S., Spinazzola J., (2005), *Disorders of Extreme Stress: The Empirical Foundation of a Complex Adaptation to Trauma*, *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 18, No. 5, October 2005, pp. 389–399.