

Stress post-traumatico: diagnosi e psicoterapia di urgenza

LE
TESIAngelica Dell'Anna
Università del Salento

ABSTRACT

In the last decades, Post-Traumatic Stress Disorder has been recognized more than in the past. It is estimated that the prevalence of this disorder is approximately 7.8% during lifetime. In some cases, incidents that seems to be relatively trifling may cause PTSD, because subjective affective meaning defines adverse events. This study will analyse Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) according to DSM-V (2013) and historical review about psychogenic reaction to stressful events. Moreover, it will explain the Clinical Exploration Interview and the Clinical Interview with Children, Dynamic Support Psychotherapy and Brief Dynamic Psychotherapy, this method has proven capable of obtaining results similar in the same way other treatments . In addition, it will propose: Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), reflections on psychological damage in legal field and, finally, "Parameterized Therapy in Emergency Situations", in according to Italian guidelines about "Emergency Psychology" for children, elders and psychiatric patients. It turns out that PTSD can be adequately understood in a biologic, psychological and social way, carrying out experimental longitudinal trial over random sample. In recent years, the percentage of diagnosis of PTSD increased. Victims have suffered lesser stressors lasting their lifetime as abuse and mistreatment, generating a PTSD alike as for natural disasters and wars, because the subjective affective meaning is more important than the fact, linked to victim's resilience and social or familiar support.

Keywords: Post traumatic S.D., emergency psychology, natural disasters, wars.

Stress post-traumatico: diagnosi e psicoterapia di urgenza

1. Prospettiva storica

Quando la capacità personale di fare affidamento sull'equilibrio tra risorse interne ed esterne non avviene, l'impasse generata, l'incapacità di reagire, possono provocare una reazione da stress acuto. In letteratura, il concetto di reazione psicogena a eventi stressanti e traumatici è stato elaborato da Oppenheim nell'800, nelle definizioni di "nevrosi da trauma". Inoltre, Janet (1889) considerato il padre della Psicotraumatologia, descrisse le "emozioni veementi" responsabili di soverchiare la capacità dell'individuo di integrare i ricordi dell'esperienza traumatica e di renderli avulsi dalla coscienza ordinaria, in questo modo le tracce mnemoniche del trauma divengono latenti in quanto idee fisse inconscie, le quali continuano ad interferire nella vita ordinaria dell'individuo sotto forma di percezioni terrificanti, preoccupazioni ossessive ed esperienze somatiche come le reazioni d'ansia. Kardiner (1941) affermò l'esistenza della fisionevrosi cronica riscontrabile nei reduci di guerra, che perdurava a qualsiasi espediente di adattamento intermedio. Tale sindrome consisteva in un'alterazione della rappresentazione di sé in relazione al mondo e di una vita onirica atipica, caratterizzata da irritabilità cronica, reazioni d'allarme aggressive e particolarmente irruente.

Animati dalla letteratura di Kardiner riguardo i superstiti dell'olocausto, le vittime di ustioni e incidenti, Shatan e Lifton (1972) identificarono ed elencarono ventisette sintomi comuni presenti nelle nevrosi traumatiche e li compararono con oltre settecento casi documentati di reduci vietnamiti, da cui estrassero gli elementi a loro giudizio di maggiore importanza. Ebbero luogo numerose riunioni di comitati e presentazioni alle convention dell'American Psychiatric Association, che culminarono con la decisione di includere il DPTS nel DSM-III (APA, 1980) e di definirlo un disturbo evocato da un "*evento fuori dal range delle normali esperienze umane e che sarebbe molto stressan-*

te per chiunque”, che poteva insorgere anche in soggetti “sani”. In seguito, fu introdotta nel DSM-IV (1994) una nuova definizione di agente traumatico definendolo “*un evento che mette a rischio l'incolumità di un individuo e che provoca sentimenti di paura, impotenza o orrore nei quali il soggetto è coinvolto*”.

2. Definizione clinica di Disturbo Post-Traumatico da Stress (DPTS) nel DSM-V

Nella recente edizione del DSM-V (2013) l'APA ha inserito la diagnosi di “Disturbo Post-Traumatico da Stress” (*PTSD; Post-Traumatic Stress Disorder*) in un nuovo capitolo denominato “Disturbi collegati a traumi e stress” (*Trauma and Stress-Related Disorders*). Nella nuova definizione si riscontra un allargamento della descrizione circa che cosa possa essere definito traumatico: “*Disturbo d'ansia conseguente all'esposizione diretta o indiretta a un evento traumatico di gravità oggettiva o soggettiva estrema con minaccia per la vita o l'integrità fisica propria o altrui*” e la presenza di:

- Sintomi intrusivi dell'evento traumatico;
- Sintomi di evitamento degli stimoli associati all'evento traumatico;
- Sintomi di alterazioni cognitive ed emotive;
- Sintomi di iperattivazione e reattività quali: comportamento irritabile, ipervigilanza, difficoltà di concentrazione e disturbi del sonno.

I criteri diagnostici per DPTS si applicano per adulti, adolescenti e bambini di età superiore ai sei anni. Qualora siano soddisfatti tali criteri, occorre specificare se il soggetto presenta sintomi dissociativi, quali: depersonalizzazione e derealizzazione e che non siano imputabili a cause esogene oppure a un'altra condizione medica e se i sintomi avvengano con espressione ritardata, ovvero dopo i sei mesi dall'evento traumatico.

Il Disturbo Post-Traumatico da Stress in età prescolare rappresenta il corrispettivo del DPTS per gli adulti. Sono presenti delle precisazioni per la diagnosi, ad esempio, come il minore abbia esperito il trauma:

- Esperienza indiretta, specialmente caregivers primari e vissuti dal bambino in qualità di testimone;
- Venire a conoscenza che tali eventi sono capitati a familiari stretti o amici stretti.
- (NOTA: vivere gli eventi in qualità di testimone non include il vederli semplicemente tramite mezzi di informazione, televisione, film, o immagini)
- I sintomi intrusivi che sono associati all'evento traumatico (iniziati dopo l'evento traumatico) si distinguono in:
 - Ricordi sgradevoli, spontanei, ricorrenti e intrusivi dell'evento traumatico;
 - Sogni ricorrenti e sgradevoli relativi all'evento traumatico;
 - Stati dissociativi durante i quali il bambino sente o agisce come se l'evento traumatico stesse accadendo in quel momento;
 - Intenso o prolungato disagio psicologico all'esposizione di eventi scatenanti che assomigliano o simbolizzano un aspetto dell'evento traumatico;
 - Marcata reattività fisiologica ai ricordi dell'evento traumatico.

Un criterio tra:

- Persistente evitamento degli stimoli associati al trauma;

oppure

- Alterazioni negative dei pensieri e dell'umore che sono associati all'evento traumatico.

Inoltre, la sintomatologia presenta alterazioni dell'arousal e della reattività che sono associate all'evento traumatico, come: comportamento impulsivo o auto-distruttivo, ipervigilanza, difficoltà di concentrazione e disturbi del sonno. Infine, la durata del disturbo è superiore a un mese e causa disagio clinicamente significativo o difficoltà di relazione con i genitori, fratelli, gruppo dei pari, altri caregivers o insegnanti.

Il trauma interferisce con la capacità del bambino di regolare i propri livelli di eccitazione, implica difficoltà di apprendimento, aggressività contro se stessi e gli altri. Cicchetti e White (1990) hanno dimostrato come le vittime di traumi infantili abbiano la propensione ad

agire anziché riflettere, connessa all'incapacità di descrivere verbalmente gli stati affettivi. Dal momento che il "Sé" deriva dalle interazioni tra il bambino e le sue figure parentali e che si basa sulle relazioni dell'infanzia, il trauma che ha luogo in questo periodo interferisce con lo sviluppo dell'identità e con la capacità di sviluppare relazioni di fiducia e collaborazione (Cole, Putnam, 1992; Herman, 1992). Un trauma che avvenga prima dei tre o quattro anni di età non è in genere registrato nella memoria esplicita, ma può essere codificato in quello della memoria procedurale implicita. Un trauma che si verifica dopo i quattro anni di età è invece di solito registrato come un ricordo esplicito, anche se la ricerca indica che alcuni adulti non sono in grado di ricordare gli abusi sessuali infantili o altri traumi per lunghi periodi di tempo (Allen, 2001; Brown et. al., 1998; Williams, 1994).

3. Ruolo degli stressors

Una persona con DPTS possiede numerose probabilità di manifestare sintomi attivi che possono interferire con le proprie attività lavorative, per un periodo di circa vent'anni (Davidson, 2001). In queste persone, spesso, il disturbo non è riconosciuto a causa delle sue manifestazioni somatizzanti, ma fino all'11,8% dei pazienti può presentare un quadro clinico che si accorda pienamente o parzialmente ai criteri diagnostici per DPTS (Stein et al. 2000). Se un tempo si riteneva che la gravità della sintomatologia post-traumatica fosse direttamente proporzionale alla gravità dell'evento stressante, studi empirici dimostrano che la correlazione non è attendibile. In uno studio prospettico su 51 pazienti ustionati (Perry et al. 1992) indici predittivi di DPTS erano, contrariamente a ciò che si potrebbe immaginare, le ustioni di minore entità, correlate alla percezione di avere uno scarso supporto emotivo e un maggior stress emozionale. Lesioni più gravi o estese non erano predittive di una sintomatologia post-traumatica. Tali risultati sono in accordo con il sempre più crescente consenso che il DPTS dipenda maggiormente dalla percezione soggettiva della gravità del trauma più che dalla gravità oggettiva dello stressor (Malt, Olafsen, 1992; Schnyder et al. 2001). Gli aspetti della percezione soggettiva più documentati riguardano sentimenti di estrema paura, il vissuto soggettivo d'impotenza, la percezione di una minaccia per la vita e di una potenziale

violenza fisica (March, 1993). I fattori predisponenti allo sviluppo di un DPTS includono (Davidson e Foa, 1993):

- Vulnerabilità genetico/costituzionale a malattie psichiatriche;
- Esperienze negative o traumatiche nell'infanzia;
- Caratteristiche di personalità che si ritrovano in pazienti con disturbo di personalità antisociale, dipendenti, paranoici e borderline;
- Recenti stress e cambiamenti;
- Un sistema di supporto compromesso o inadeguato;
- Un grave e recente abuso d'alcool;
- La percezione che il locus di controllo sia esterno anziché interno.

A partire dal 1980, numerose ricerche hanno dimostrato che, tanto nei minori quanto negli adulti, la solidità dei legami affettivi è la difesa principale contro la psicopatologia indotta dal trauma (Finkelhor, Browne, 1984; McFarlane, 1987). Nel caso di abusi durante l'infanzia, sebbene tendano a protrarsi nel tempo, la vittima deve far fronte alla propria condizione di dipendenza rispetto al caregiver abusante; anche lo stadio evolutivo in cui si trova il bambino può alterare il modo in cui elabora il trauma e influenzare la natura delle possibili risposte psicologiche e comportamentali, compromettendo in maniera definitiva la capacità di costituire e mantenere relazioni stabili e di sviluppare forme adeguate di affetto e di gestione delle emozioni forti.

I disastri provocati per mano umana possono essere percepiti come più traumatici di quelli naturali, poiché chi li subisce sviluppa la convinzione di essere vittima deliberata di un proprio simile (Smith, North, 1993). Avrebbero una capacità maggiore rispetto agli eventi naturali di infrangere l'assetto psicologico dell'individuo riguardo il proprio senso d'impotenza, d'inadeguatezza e la minaccia alla vita, poiché il trauma va ad intaccare la capacità del soggetto di previsione degli eventi.

4. Comorbilità del DPTS e decorso del disturbo

Studi relativi sulla prevalenza di comorbilità (McFarlane, Papay, 1992) hanno evidenziato che le vittime di trauma sviluppano, in concomitanza con il DPTS, altri disturbi come: il Disturbo Depressivo Maggiore, il Disturbo da Attacchi di Panico e il Disturbo d'Ansia Generaliz-

zata. Si dimostra frequente un quadro clinico transitorio post-traumatico, definito “disagio sottosoglia” o Disturbo Acuto da Stress.

Horowitz (1986) ha descritto tale reazione acuta caratterizzata da: panico, disorganizzazione cognitiva, disorientamento, dissociazione, grave insonnia e agitazione che tendono a regredire nell’arco di quattro settimane, unitamente a una rapida e positiva rielaborazione grazie alle risorse psicologiche dell’individuo, al supporto sociale e professionale psicologico.

Al contrario, il decorso si dimostra essere profondamente diverso: si osservano sintomi di somatizzazione, di dissociazione, di depressione prolungata, che simboleggiano una *coazione a ripetere* il danno, attraverso automutilazioni e rivittimizzazione, entrambe connesse a due stati emozionali spesso presenti nelle condizioni di disagio post-traumatico: il senso di colpa e la colpa da sopravvivenza. È stato dimostrato che le vittime faticano a fronteggiare le emozioni intense e a discriminare idee ritenute disturbanti, sentendosi sopraffatti (Van der Kolk, 1989).

Questa tendenza interferisce con la capacità di avvalersi delle proprie emozioni come punti di riferimento per le proprie azioni, per cui, durante la psicoterapia sarebbe utile aiutare il soggetto a verbalizzare i propri stati emotivi, in quanto lavorare sulla capacità di resilienza rappresenta il percorso post-traumatico migliore. L’importanza di fronteggiare gli stress e i traumi è paragonabile alla reazione fisiologica messa in atto fisicamente da parte del sistema immunitario quando il corpo combatte e sconfigge un attacco infettivo (Oliverio Ferraris A., 2003).

5. Trattamenti in psicoterapia psicodinamica

Nella terapia del DPTS, la tendenza alla ripetizione del trauma durante le sedute assume un ruolo centrale (Lindy, 1989). Il setting si offre come sfondo diurno entro il quale gli eventi traumatici del passato si inverano nel presente, in cui il terapeuta con i suoi comportamenti viene collocato inconsapevolmente dal paziente. Per questo, di fondamentale importanza è la costruzione di una solida alleanza terapeutica poiché la riattualizzazione del trauma si auspica che divenga un elemento gestibile all’interno della terapia in modo graduale. Durante questo processo, la memoria traumatica della vittima si trasforma in memoria narrativa.

Le riattualizzazioni divengono la chiave per comprendere l'evento traumatico, gli schemi ripetitivi che si attivano nella riattualizzazione del trauma sono strutture complesse in cui s'inseriscono i giudizi che il paziente elabora su se stesso e sul proprio comportamento, denunciando per esempio: sensi di colpa, vergogna e il terrore di rivelare il contenuto del trauma a estranei (Lindy et al., 1988; Honig et al., 1993; Lindy et al., 1983).

Le terapie di sostegno si attuano in situazioni di urgenza oppure con pazienti refrattari a una comunicazione e relazione. Si definiscono *terapie palliative* perché non agiscono sulla struttura dei meccanismi psicopatologici ma sui sintomi, riguardano interventi verbali del clinico di tipo persuasivo, chiarificatore e suggestivo. Lo scopo è ottenere la remissione dei sintomi per permettere un conseguente approccio psicoterapeutico.

Wallerstein (1986) ha notato che i cambiamenti prodotti da tali terapie coinvolgevano vari meccanismi. Un meccanismo di cura supportivo è il *trasferimento del transfert*, nel quale la dipendenza positiva presente nella relazione terapeutica è trasferita su un'altra persona cara per il paziente, generalmente il coniuge. Un altro meccanismo è quello della *cura antitransfert*, il quale implica un cambiamento ottenuto attraverso la sfida e l'acting-out contro il terapeuta, incontrando un interesse neutrale e fermo da parte di quest'ultimo. Infine, Wallerstein, pone l'accento su quei pazienti che sembrano trarre beneficio da un trattamento supportivo teso a dare consigli diretti e non giudicanti, che ha definito *esame di realtà e rieducazione*. La psicoterapia può anche essere considerata come una nuova relazione di attaccamento, che ristrutturata le rappresentazioni di relazioni immagazzinate nella memoria implicita, correlate alle figure di attaccamento significative per il soggetto. Tali rappresentazioni di relazioni sono modificate attraverso nuove interazioni con un terapeuta *affettivamente* partecipe (Amini et al., 1996).

La psicoterapia dinamica con pazienti affetti da DPTS dovrebbe mantenere un equilibrio tra un approccio distaccato e osservante, che consenta al paziente di celare contenuti dolorosi, e un approccio con atteggiamento benevolo che incoraggi il paziente a ricostruire un quadro completo dell'evento traumatizzante. Lindy (1996) ha identificato quattro tipi di transfert comuni in pazienti con DPTS:

1. Transfert sul terapeuta di figure coinvolte nell'evento traumatico;
2. Transfert sulla situazione terapeutica di specifici ricordi denegati relativi all'evento traumatico;
3. Transfert sul terapeuta di funzioni intrapsichiche del paziente che sono state distorte come risultato del trauma;
4. Transfert sul terapeuta di individuo onnipotente e saggio (archetipo di salvatore).

Tutte queste forme evocano corrispondenti processi di controtransfert. L'idealizzazione del paziente sul terapeuta è un elemento imprescindibile, perché il bisogno di idealizzarlo sostituisce nel paziente la fonte di sicurezza che è venuta meno a causa del trauma. La letteratura scientifica dimostra che una remissione naturale avviene entro tre mesi in oltre la metà dei casi di DPTS acuto conseguenti a uno stupro (Davidson, Foa, 1993) e ciò significa che, delle volte, fornire un supporto può essere tutto il necessario.

Negli ultimi trent'anni vi è stato un crescente interesse nei confronti delle varie forme di psicoterapia breve, basate sui principi psicoanalitici. Studi sistematici hanno confrontato varie modalità terapeutiche, dimostrando che la psicoterapia a breve termine risulta efficace tanto quanto altre psicoterapie (Crits-Christoph, 1992) ed a causa della sua brevità deve essere *focale*.

Una delle varie declinazioni di psicoterapia breve è la Terapia centrata sul paziente o Terapia rogersiana. Il modello di Rogers afferma che i disturbi psicologici siano causati dall'incapacità del soggetto di esprimere il proprio potenziale a causa di un precedente fallimento empatico durante l'infanzia per mano dei genitori o caregiver, i quali anziché apprezzare questi soggetti per com'erano realmente, li premiavano e accettavano a patto che si comportassero in un determinato modo (affetto condizionato). Pertanto, la terapia centrata sul paziente diviene una modalità di apertura totale di sé legata all'accettazione incondizionata per mano del terapeuta; allo scopo di creare un'atmosfera empatica e di accettazione comprensiva, in cui le interpretazioni del terapeuta sono rare, semmai di chiarificazione oppure sono volte a incoraggiare il paziente alla rivalutazione ed espressione di se stesso.

6. La dissociazione nel DPTS

Un fenomeno che si riscontra spesso nei pazienti con DPTS è la dissociazione, che può comparire sia al momento dell'evento traumatico (Bremner et al., 1992; Marmar et al., 1994b; Noyes, Kletty, 1977) sia a livello post-traumatico come conseguenza a lungo termine all'esposizione al trauma (Bremner et al., 1993; Cardena, Spiegel, 1993; Chu, Dill, 1990; Saxe et al., 1993). Janet (1889) utilizzò il termine francese "desaggregation" (disgregazione) per indicare quel fenomeno in cui i ricordi traumatici non sono integrati nella memoria narrativa ma che vengono archiviati come stati affettivi o come frammenti residui, che si riaffacciano alla coscienza quando un evocatore qualunque li riattiva; ad esempio: sensazioni fisiche (per esempio attacchi di panico) oppure immagini visive (flashback o incubi).

Durante un'esperienza traumatica, la dissociazione consente di osservare l'evento da spettatore, di non provare dolore o stress o di provarlo in misura limitata, proteggendo il soggetto dalla consapevolezza della vera portata di ciò che ha subito. Ad oggi, il termine "dissociazione" è impiegato per riferirsi a tre fenomeni mentali diversi ma correlati fra di loro (van der Hart, van der Kolk, Boon, 1996):

- La dissociazione primaria può considerarsi un modo con cui molti bambini e adulti divengono incapaci, se posti di fronte a una minaccia opprimente, di integrare nella coscienza la totalità di ciò che sta accadendo loro. Alcune componenti sensoriali ed emotive dell'evento possono rimanere isolate dalla coscienza ordinaria, senza essere integrate in un racconto personale (van der Kolk, Fisler, 1995). È propriamente una caratteristica del DPTS, i cui sintomi più drammatici (ricordi intrusivi fortemente angoscianti, incubi e flashback) sono espressione di ricordi traumatici.
- La dissociazione secondaria riguarda un "*io che osserva e un io che esperisce*", rilevato soprattutto nelle vittime d'incesto, nei sopravvissuti a incidenti automobilistici e nei soldati al fronte (Fromm, 1965) sono questi i sintomi cosiddetti "peritraumatici". Questa tecnica di distanziamento esperienziale allontana gli individui dalle sensazioni e dalle emozioni legate al trauma, agendo come un anestetico.
- La dissociazione terziaria riguarda lo sviluppo di stati dell'*Io* distinti in cui si dà spazio all'esperienza traumatica. Questi stati sono co-

stituiti da identità complesse, caratterizzate da specifici modelli cognitivi, affettivi e comportamentali. Alcuni di essi possono contenere il dolore, la paura, la rabbia relativa a particolari esperienze traumatiche; mentre altri stati restano inconsapevoli del trauma, continuando a eseguire le funzioni ordinarie del quotidiano. Esempi di ciò sono rappresentati dai frammenti (alter) d'identità dissociata multipla, tipici del Disturbo Dissociativo dell'Identità (DID) (Putnam et al., 1986; Loewenstein, Putnam, 1990; Boon, Draijer, 1993).

7. Colloquio clinico esplorativo psicodinamico

Poiché il problema chiave del DPTS è rappresentato dall'incapacità di integrare un'esperienza rovinosa nella memoria autobiografica, il trattamento consisterà nell'individuare le modalità con cui il paziente può riconoscere la realtà di ciò che ha vissuto solo se saranno integrati tutti i frammenti residui.

Durante il processo terapeutico, una forma di collusione contro-transferale con il paziente è definita "*disidentificazione con l'aggressore*", per evitare la diretta espressione della sua rabbia o aggressività e l'identificazione del terapeuta stesso con l'abusante (Gabbard, 1997). La relazione è lo strumento d'elezione conoscitivo e di intervento del colloquio clinico psicodinamico, il coinvolgimento attivo del paziente è ritenuto fondamentale per la costruzione di un processo esplorativo.

Secondo la prospettiva socio-costruttivista a orientamento dinamico, il colloquio è inteso come un dispositivo generale di analisi e sviluppo della capacità del cliente (individuo, gruppo o organizzazione) di regolare i propri scopi e le proprie azioni in relazione al contesto e ai sistemi di pratiche in cui è immerso. Secondo il modello teorico e d'intervento clinico: *Analisi della Domanda* (Carli, 1993; Carli, Paniccchia, 2003) la domanda che porta il cliente è considerata l'elemento fondante del colloquio clinico, perché motiva, orienta e organizza il senso del colloquio psicologico e ne alimenta il processo. Possiamo meglio definire il colloquio psicologico come il luogo di *co-costruzione* di pensiero sulle narrazioni, nel quale psicologo e cliente, in contesti variabili, entro un setting *istituente*, perseguono obiettivi condivisi e generano nuove storie che sono prodotto della relazione.

Entro questa cornice teorica, consideriamo il concetto di *psicopatologia* come una violazione della canonicità, quell'evento precipitante che motiva la domanda d'intervento psicologico. La patologia psichica non è più considerata un problema che appartiene all'interno dell'individuo, ma il risultato dell'esperienza personale nell'interazione con i propri modelli culturali, che colloca l'individuo in un sistema specifico di ruoli, valori e ideologie (Montesarchio, Venuleo, 2002). In quest'accezione la psicopatologia non è più intesa come uno stato a sé stante universalmente definibile, ma come una modalità di interpretare la realtà che appare disfunzionale, un'impasse (vicolo cieco) del pensiero nei confronti di qualcosa non interpretabile entro le categorie simboliche condivise (Di Maria, Lo Verso, 1995).

8. Considerazioni in ambito forense

Negli ultimi anni, si è assistito ad un incremento esponenziale di diagnosi peritali di danno biologico di tipo psichico ed esistenziale. In quest'ambito, ciò che interessa allo psicologo forense è la conseguenza, l'esito di un danno psicofisico prodotto nella psiche della vittima. A tale proposito è bene definire il concetto di equilibrio psichico, cioè *“lo stato antecedente della persona, che se già perturbata da malattia psico-fisica, la modificazione è da intendersi in senso peggiorativo”* (Dominici, Montesarchio, 2003).

È opportuno precisare che una valutazione psicologica può essere richiesta anche per soggetti in età evolutiva; in questa situazione è fondamentale operare l'analisi del contesto in cui i minori vivono. La capacità di *resilienza* (riadattamento/recupero) del minore occupa uno spazio di rilievo in sede di valutazione del danno. Come per gli adulti, anche nei confronti del minore, la diagnosi più ricorrente a seguito di eventi traumatici è la diagnosi di Disturbo Post-Traumatico da Stress. Tra i validi esempi di strumenti psicometrici si possono annoverare:

- La Scala DPTS Somministrata dal Clinico (Clinical-Administered DPTS Scale, CAPS; Blake et. al., 1995) ha il vantaggio di includere la misurazione della gravità del DPTS;
- L'Intervista Clinica Strutturata per i Disturbi dell'Asse I del DSM-

- IV (Structured Clinical Interview for DSM-IV axis I Disorders, *SCID-I*; First et al., 1994a)
- L'Intervista Clinica Strutturata per i Disturbi dell'Asse II del DSM-IV (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders, *SCID-II*; First et al., 1994b).

Inoltre, per smascherare i simulatori è disponibile lo strumento: Intervista Strutturata per i Sintomi Riportati (Structured Interview for Reported Symptoms; Rogers, Bagby, Dickens, 1992). Il clinico è tenuto a prestare la massima attenzione alla condotta del cliente perché è possibile osservare direttamente alcuni sintomi appartenenti al DPTS, come: l'irritabilità, la difficoltà a concentrarsi o le reazioni d'allarme sproporzionate.

9. Desensibilizzazione e Rielaborazione tramite Movimenti Oculari (EMDR)

Negli ultimi anni, l'uso dell'E.M.D.R. acronimo di Desensibilizzazione e Rielaborazione attraverso i Movimenti Oculari (Shapiro 1989, 1995) si è dimostrata una valida terapia psicologica alternativa che ha come base teorica il modello A.I.P (Adaptive Information Processing), il quale considera i ricordi non elaborati l'origine di comportamenti problematici e dei disturbi d'ansia, come il DPTS. L'EMDR può essere utilizzato all'interno del percorso terapeutico qualsiasi sia l'orientamento teorico del clinico, su individui reduci da eventi traumatici (abuso sessuale, violenza in famiglia, guerra, crimini) ma anche su soggetti con altri disturbi psicologici (depressione, dipendenze, fobie e aspetti legati all'auto stima).

È una metodologia strutturata che utilizza i movimenti oculari o altre forme di stimolazione ritmica destro/sinistra per trattare disturbi legati direttamente a esperienze passate e a disagi presenti. Seguendo i set di movimenti oculari, che vengono eseguiti dal terapeuta in questa fase e che il paziente segue con gli occhi, elabora la sequenza (Shapiro, 1995). Dopo varie sedute, i ricordi disturbanti subiscono un'alterazione: l'immagine cambia nei contenuti e nel modo in cui si presenta, i pensieri intrusivi si attutiscono, le emozioni e le sensazioni fisiche si riducono in intensità. L'EMDR risulta essere una risorsa che può es-

sere utilizzata in quella che viene definita “Psicologia dell’Emergenza”, in cui è richiesto un genere di intervento per elaborare il trauma che consenta alle vittime di superare il DPTS nel minor tempo possibile, in tutte quelle situazioni in cui non è proponibile una psicoterapia classica.

Occorre specificare che in letteratura, sebbene alcuni degli studi iniziali fossero inficiati da gravi pecche metodologiche (Herbert, Mueser, 1992) una serie costante di resoconti a buon esito ha dato l’input per ulteriori applicazioni con EMDR. In almeno quattro studi controllati sono stati ottenuti risultati positivi (Shapiro, 1989; Wilson et. al., 1993, Vaughan et al., 1994).

10. Psicoterapia parametrata nei contesti di urgenza

Nelle situazioni di urgenza gli obiettivi degli interventi di soccorso, tra cui la ricostruzione dei danni materiali, sono: il ristabilimento del benessere psicologico delle vittime e il ripristino della quotidianità della comunità sociale colpita, in cui gli operatori sono a loro volta “vittime” stesse dell’evento. La Psicologia dell’Emergenza è un ambito della psicologia moderna che si configura come un *approccio eclettico*, interviene in tutte quelle situazioni nelle quali a un evento esterno ed estremo occorre una “soluzione di continuità” nel ripristinare la routine quotidiana delle vittime. In Italia, la Psicologia dell’Emergenza ha iniziato a definire le proprie competenze, il proprio ruolo e modalità operative grazie all’approvazione del D.M. 13/02/2001 circa l’adozione dei “*Criteri di massima per l’organizzazione dei soccorsi sanitari nelle catastrofi*”, in cui è assicurato il supporto psicologico alle vittime a poche ore dall’evento catastrofico.

Con evidenti differenze rispetto al setting tradizionale, i principi base per i programmi assistenziali nei casi di urgenza riguardano: considerare le risposte emotive al disastro come normali; l’assistenza psicosociale è integrata con il resto dei programmi di soccorso; gli interventi devono essere adattati alla fase del disastro; occorre tenere in considerazione il livello culturale delle vittime; la sicurezza individuale e materiale è alla base della stabilità emotiva; è importante identificare quali persone sono più a rischio di sviluppare una sintomatologia clinica rilevante; i bambini, le donne e gli anziani hanno speciali neces-

sità, unitamente alle persone affette da pregresse patologie psicologico/psichiatriche.

Chi opera in contesti di urgenza deve essere preparato a svolgere per le vittime: accoglienza, informazione, interventi clinici e psicosociali. Questi interventi sono rivolti prevalentemente a persone “normali” che reagiscono a una situazione che, invece, è da considerarsi “anormale” (Cimbri 2006, Giannantonio 2005, Lo Iacono e Troiano 2002, Young B.H. et al. 2002, Giusti Montanari 2000). In funzione delle reazioni all’evento si possono individuare quattro tipologie di vittime (Taylor 1987, 1999, Cusano 2002):

- Vittime di *I livello*: persone che hanno subito direttamente l’evento critico;
- Vittime di *II livello*: parenti e amici delle vittime di primo livello;
- Vittime di *III livello*: soccorritori, professionisti e volontari, chiamati a intervenire sulla scena dell’evento traumatico, che a loro volta riportano risposte psicologiche per la traumaticità delle situazioni a cui devono far fronte;
- Vittime di *IV livello*: membri della comunità, al di fuori dell’area colpita, che in qualche modo si sono interessati o occupati dell’accaduto.

Si possono individuare anche tre tipologie di reazioni differenti per intensità e tipo di manifestazioni (Cimbri 2006):

- Le *reazioni di tolleranza* riguardano il 10-20% delle persone coinvolte e si caratterizzano per una buona conservazione dell’autocontrollo, lucidità, adeguatezza dei comportamenti e delle reazioni emotive. Bisogna, però, precisare che all’interno di questo gruppo è compreso anche un piccolo numero di persone che manifestano le cosiddette “*reazioni differite*”, cioè reazioni che possono evolvere al trascorrere del tempo in patologia.
- Le *reazioni iper-emotive brevi* riguardano il 75-80% delle persone coinvolte e si caratterizzano per la massiccia presenza di manifestazioni psicosomatiche quali: shock, ansia, depressione, smarrimento, stupore, tremori, palpitazioni, nausea, etc. Queste reazioni insorgono immediatamente dopo l’evento critico condizionando la persona nei giorni successivi.

- Le *risposte gravemente inadeguate* sono risposte a carattere “dissociativo” che riguardano il 10-15 % delle persone coinvolte e che sono caratterizzate da stato confusionale, momenti deliranti, comportamenti aggressivi e auto-lesivi, esposizione al pericolo e depressione.

Il supporto psicologico alle vittime inizia quando lo specialista accede al *setting* di gestione dell’urgenza, ciò implica essere all’interno di una struttura di soccorso ufficiale nella quale i ruoli e le decisioni sono presi in maniera chiara e definita (ad es. leadership, organizzazione, politiche, procedure, sicurezza, etc.). Poiché l’intervento psicologico non riguarda una patologia, ma una normalità da tutelare anche in situazioni estreme, è opportuno ricordare che l’intervento deve avvenire il più vicino possibile al sito dell’evento (Prossimità), il più presto possibile (Immediatezza), basandosi sulle risorse di recupero delle vittime (Aspettativa) e con modalità di intervento molto pratiche (Semplicità). Da un modello psicoterapeutico centrato sul trauma ci si deve orientare verso un modello psicosociale centrato sulla *crisi*.

Il setting non può rispettare le caratteristiche normalmente richieste in psicoterapia (Napoli A., 2003) perché è strutturato in ripari di fortuna, rifugi e tendopoli spesso poco confortevoli, dov’è complicato rispettare pienamente la privacy del soggetto e dove il tempo a disposizione è molto ridotto.

La maggior parte delle vittime, soprattutto nelle prime fasi post-disastro, è incapace di accettare un aiuto per “problemi psicologici”, per cui diventa essenziale presentare l’intervento alternativamente come “*aiuto supplementare per difficoltà cui tutti andrebbero incontro dopo essere stati colpiti da un evento disastroso*”. Le vittime possono, per esempio, sentire come personalmente squalificante richiedere generi di prima necessità, perciò gli operatori devono rivolgersi nei loro confronti senza aspettarsi che siano le vittime a raggiungerli (Cohen R.E., 1990).

Vi sono tre fasi che strutturano gli interventi di crisi (Solomon & Macy, 2009): la prima è la “stabilizzazione” (24-48 h) (Triage) in cui si valuta il funzionamento e i bisogni di sopravvivenza, sicurezza e protezione (Napoli A., 2003); la seconda fase è inerente a “identificare le abilità di coping e delle risorse” (24 h- 12 settimane) in cui sarebbe utile l’approccio psicoterapeutico EMDR, e infine, la terza fase concerne “promuovere il recupero e giungere ad una risoluzione” (2-52 settimane). Sarebbe utile istituire un servizio che coordini diversi fol-

low-up delle prestazioni effettuate affinché permettano anche la raccolta di dati utili a fini della ricerca empirica sistematica.

L'intervento sui bambini in Psicologia dell'Emergenza deve essere sollecito. Il bambino ha bisogno di assistenza rapida per riprendere le attività quotidiane e per gestire la situazione (Kapor Stanulovic 2005, Pynoos, Fairbank, Steinberg, Amaya-Jackson, Gerrity, Mount, Maze 2008, Giusti, Montanari 2000).

L'intervento post-traumatico con i minori è articolato in tre fasi (Kapor Stanulovic 2005): la prima fase riguarda assicurare protezione e sicurezza, sarebbe opportuno evitare di separare i figli dai genitori oppure solo nel caso in cui fosse assolutamente necessario (per la sicurezza del bambino o per l'incapacità dei genitori di prendersene cura), bisognerebbe fare in modo che il bambino resti in compagnia almeno di un altro familiare o di un'altra figura importante nella sua vita. Anche il ritorno a una routine familiare e scolastica riveste grande importanza (Blaze, Shwalb 2009), benché sia necessario dare ai bambini il tempo di elaborare ed esprimere il proprio stato d'animo, valutando il rendimento scolastico o l'insorgenza di altri sintomi insoliti. Hanno bisogno di tempo per parlare dell'accaduto e per esprimere il loro stato d'animo e coloro che non lo desiderano, non devono sentirsi costretti a farlo.

La modalità ottimale è quella di creare il cosiddetto "ambiente accidentale" (Giusti, Montanari 2000) riallacciando i contatti con le persone care, favorendo legami con altre persone e facilitando situazioni di intimità per permettere al bambino di esprimersi emotivamente.

La seconda fase consiste in interventi verbalizzazione e normalizzazione: la verbalizzazione è riferita al processo che incoraggia i bambini a raccontare la loro storia attraverso il disegno, la narrazione e la scrittura creativa (Kapor Stanulovic 2005, Mancinella 2009). Per quanto riguarda la normalizzazione sarebbe opportuno discutere delle sensazioni esperite dai minori durante sedute di gruppo, in questo modo ascoltare le sensazioni degli altri confermerebbe a ognuno dei partecipanti che le proprie reazioni emotive sono "normali e prevedibili".

Nella terza fase di previsione e preparazione, una delle maggiori difficoltà risiede nei limiti del bagaglio lessicale dei bambini, può quindi accadere che la parte emotiva della loro esperienza sia espressa in modo impreciso o errato. Un'alternativa utile per permettere un'analisi delle loro reazioni emotive può essere il disegno, il gioco con bam-

bole/burattini, il role-playing o la scrittura (poesie, storie) di argomenti non direttamente riferiti all'evento traumatico.

Per quanto concerne il colloquio clinico con i minori (Kapor Stanulovic, 2005; Mancinella, 2009) è importante: ascoltare il minore attivamente guardandolo negli occhi e formulando domande aperte appropriate; accogliere la verità soggettiva del suo racconto senza cercare di indagare sulle colpe dell'accaduto, evitando interpretazioni.

È utile consentirgli di esprimere le emozioni, incoraggiare la normalizzazione: "*normalizzare*" significa spiegare al bambino che anche altri, di fronte alla stessa esperienza, avrebbero avuto le sue stesse reazioni e che quindi è normale che egli abbia reagito in un dato modo. Infine, fondamentale risulta nutrire la sua autostima erosa dal senso di impotenza causato dall'esperienza traumatica.

In Psicologia dell'Emergenza, il colloquio clinico con i bambini si articola in tre fasi:

- Apertura (lo psicologo si relaziona con il bambino mostrando disponibilità all'ascolto, fornendogli sostegno, stabilendo le regole dell'incontro in un clima di fiducia, in modo da trasmettergli sicurezza, può fargli disegnare qualcosa liberamente (senza forzare associazioni con l'evento) e può chiedergli di narrargli una storia pertinente al disegno; osservando le strategie che il bambino utilizza per regolare l'ansia che gli suscita l'evento traumatico);
- la seconda fase riguarda l'Espressione del trauma (il disegno, il gioco e la manipolazione sono una chiave per accedere alla rappresentazione mentale del trauma nel bambino (Mancinella, 2009);
- la terza fase si definisce Chiusura (Kapor Stanulovic, 2005) ed è il momento in cui lo psicologo si propone di riassumere i contenuti del colloquio (ci si può aiutare con i disegni, il gioco o le forme in plastilina), offrendo la propria disponibilità per contatti futuri nel caso in cui il bambino avesse bisogno di ulteriore assistenza. L'obiettivo del colloquio è quindi di integrare l'esperienza traumatica e di consentire al bambino di diventare consapevole dei propri pensieri, sentimenti e comportamenti in relazione all'evento.

Quando le vittime sono anziani e a causa dell'evento possono andare distrutti beni insostituibili come i ricordi o andare smarriti animali domestici, gli operatori che si occupano dell'assistenza psicologi-

ca devono saper riconoscere il significato speciale di queste perdite. Di seguito alcuni punti chiave per l'offerta di servizi alle persone anziane:

- Fornire informazioni per l'orientamento;
- Fornire assistenza nel recupero dei beni smarriti;
- Assistere nell'ottenimento di assistenza medica e finanziaria;
- Assistergli nel ristabilimento dei contatti sociali e familiari;
- Fare molta attenzione all'adeguatezza delle sistemazioni provvisorie;
- Incoraggiare la discussione sulle perdite dovute al disastro e sull'espressione delle emozioni;
- Coordinarsi con i servizi di trasporto, con le attività parrocchiali, con i programmi alimentari, con gli assistenti domiciliari e con gli assistenti sanitari che operano a domicilio.

Un'ampia percentuale di persone anziane soffre di patologie croniche che possono peggiorare a causa dello stress provocato dal disastro, specialmente se il processo di recupero si estende per mesi. Anche se può essere la tipologia di vittima più bisognosa di assistenza, spesso si rivela riluttante ad accettare aiuto perché lo percepisce come una sorta di "elemosina". Molte persone anziane temono di perdere la loro autonomia o di essere rinchiusi in case di cura qualora vengano alla luce le loro diminuite abilità psicofisiche. A causa di ciò, questi soggetti evitano di riferire o possono sottovalutare la reale portata dei loro problemi e bisogni, pertanto sarebbe opportuno avvicinarli ad un'assistenza psicologica concreta per favorire il recupero e l'accesso alle risorse appropriate.

Per quanto riguarda le vittime affette da patologie psicologico/psichiatriche, lo stress apportato dall'evento disastroso disturba il loro equilibrio già precario; per alcuni di essi possono essere necessari servizi di supporto psicologico, somministrazione di farmaci o ricoveri per riguadagnare stabilità. Per persone con diagnosi di DPTS, gli stimoli ambientali connessi al disastro (ad esempio rumore di elicotteri o di ambulanze) possono aggravare le condizioni psicologiche preesistenti. Inoltre, è importante ripristinare il trattamento psicoterapeutico e farmacologico precedente al trauma. Questa tipologia di vittime è vulnerabile ai cambiamenti repentini dell'ambiente e della routine quotidiana, pertanto i servizi disegnati per la popolazione generale sono ugualmente adeguati, utili ed efficaci.

Riferimenti bibliografici

- Allen J.G. (2001) "Traumatic Relationship and serious mental disorder", New York.
- American Psychiatric Association (1980) "*Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders*" (3rd ed.) Washington, DC. (DSM-III "*Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*" (1983) Masson S.p.A., Milano).
- American Psychiatric Association (1994) "*Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders*." (4th ed.) Washington, DC. (DSM-IV, "*Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*" (1995) Masson S.p.A., Milano).
- American Psychiatric Association. "*Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders*" (5th ed.) (2013) Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. (DSM-V, "*Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*" (2014) Raffaello Cortina, Milano).
- Amini F, Lewis T. Lannon R. et al, (1996) "*Affect, attachment, memory: contributions towards psychobiologic integration*", *Psychiatry*, pp. 213-239.
- Bianchi A. (2005) "*La valutazione neuropsicologica del danno psichico ed esistenziale*", pag. 413.
- Blacke D.D. et al., (1995) "*The Development of a clinical-administered PTSD scale*", *Journal of Traumatic Stress*, pp. 75-90.
- Blaze J.T., Shwalb D.W. (2009) "*Resource loss and relocation: A follow-up study of adolescents two years after Hurricane Katrina*", *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, Vol. 1, Numero 4. US: Educational Publishing Foundation.
- Boon S., Draijer N., (1993) "*Multiple personality disorder in the Netherlands: a clinical investigation of 71 patients*", *American journal of psychiatry*, pp. 489-494.
- Borgogno F. (1978) "*L'illusione di osservare. Riflessioni psicoanalitiche sull'incidenza del soggetto nel processo conoscitivo*", Torino, Giappichelli.
- Boudewyns P.A. et al. (1993) "*Eye movement desensitization and reprocessing: A pilot study*", *The behavior therapy*, pp. 30-33.
- Bremner J.D. et al. (1992) "*Dissociation and post-traumatic stress disorder in Vietnam combat veterans*", *American journal of Psychiatry*, pp. 328-332.
- Bremner J.D. et al., (1993) "*Use of the structured Clinical interview for DSM-IV*", *American Journal of Psychiatry*, pp. 1011-1014.
- Brown D., Schefflin A.W., Hammond D.C. (1998) "*Memory, Trauma treatment, and the Law*", W.W. Norton, New York.
- Bruner J. (1986) "*Actual Minds, Possible Worlds*", (1993) "*La mente a più dimensioni*", Roma - Bari, Laterza.
- Camerini G.B., Sartori G., Codognotto S. (2011) "Metodi, Protocolli e Test di valutazione delle funzioni psichiche" in *La valutazione del danno psichico nell'infanzia e nell'adolescenza*, Giuffrè.

- Canestrari R., Godino A., (2007) “*La psicologia scientifica. Nuovo trattato di psicologia generale*”, edizioni Cooperativa Libraiia Universitaria, Bologna.
- Cardena E., Spiegel D. (1993) “*Dissociative reactions to the Bay Area earthquake*”, American journal of Psychiatry, pp.474-478.
- Carli R. (1993) “*L'analisi della domanda in psicologia clinica*”, Milano, Giuffrè.
- Carli R., Panicia R.M. (2003), “*L'analisi della domanda. Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica*”, Bologna, il Mulino.
- Carlson Neil R., Bellucci R. (2003) “*Fondamenti di psicologia fisiologica*” Quinta edizione, Piccin-Nuova Libreria.
- Chu J.A., Dill D.L., (1990) “*Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse*”, American journal of Psychiatry, pp. 887-892.
- Cicchetti D., White J. (1990) “*Emotion and development psychopathology*”, pp. 359-382.
- Cimbro C. (2006) “*Reazioni emotive alle emergenze negli adulti e nei bambini*”.
- Cohen R.E. (1990) “*Post-disaster mobilization and crisis counseling: Guidelines and techniques for developing crisis-oriented services for disaster victims*”, Crisis Intervention Handbook: Assessment, Treatment and Research, Wadsworth, California.
- Cole P., Putnam F.W. (1992) “*Effect of incest on self and social functioning: A developmental psychopathology perspective*”, pp. 174-184.
- Crits-Christoph P. (1992) “*The efficacy of Brief Dynamic Psychotherapy: A meta-analysis*”, American Journal of Psychiatry, 149, 151 – 158.
- Cusano M. (2002) “*Reazioni psicologiche nelle situazioni di crisi*”, in LO IACONO A., TROIANO M. “*Psicologia dell’Emergenza*”, Editori Riuniti, Roma.
- Davanloo H. (1980) “*Short-term Dynamic Psychotherapy*” Jason Aronson, New York; Traduzione Italiana: Godino A. (1983) “*Psicoterapia dinamica a breve termine*”, Cappelli, Bologna.
- Davidson J.R.T., Foa E.B. (1993) “*Epilogue, Post-traumatic stress disorder, DSM-IV and beyond*”, American Psychiatric press, Washington.
- Davidson J.R.T., Rothbaum B.O., Van Der Kilk B.A. et al., (2001) “*Multicenter, double-blind comparison of sertraline and placebo in the treatment of post traumatic stress disorder*”, in Archives of General Psychiatry, pp. 485-492.
- Dazzi N., De Coro A. (2001) “*Psicologia Dinamica. Le teorie cliniche*”, Roma-Bari, Laterza.
- De Jonge F et al., (1992) “*The role of support in psychoanalysis*” pp. 475-499.
- Del Corno F., Lang M. (2005) “*Elementi di psicologia clinica*”, Franco Angeli, Milano.
- Del Lungo S., Baldi A., Cinquegrana I., De Luca M., Mancinella A., Napoli A. (2012) “*Interventi di supporto psico-sociale in emergenza, Linee di intervento*”, (A cura del) Gruppo di Approfondimento Psicologia dell’Emergenza.

- Di Maria F., Lavanco G., Varveri L., Montesarchio G. (2002) “*Colloquio di gruppo, istruzioni per l'uso*”, in G. Montesarchio “*Quattro crediti di colloquio*”, Milano, Franco Angeli, pp. 11-61.
- Di Maria F., Lo Verso G. (1995) “*Il nodo e il tondo*”, in Di Maria F., Lo Verso G. “*La psicodinamica dei gruppi*”, Milano, R. Cortina, pp.3-13.
- Dominici R., Montesarchio G. (2003) “*Il danno psichico. Mobbing, bullying e wrongful life: uno strumento psicologico e legale per le nuove perizie e gli interventi preventivi nelle organizzazioni*”, Franco Angeli.
- Dunning C. (1988) “*Intervention strategies for Emergency workers*”, in M. Lystad, New York, pp. 284-307.
- Finkelhor D., Browne A. (1984) “*The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization*”, American Journal of Orthopsychiatry, pp. 530-541.
- First M.B. et al., (1994a) “*Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Version 2.0. (May 1994 draft)*”, New York State Psychiatric Institute.
- First M.B. et al., (1994b) “*Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders, Version 2.0. (May 1994 draft)*”, New York State Psychiatric Institute.
- Freud S. (1915 - 1917) “*Introduzione alla psicoanalisi*”, pp. 436-436.
- Freud S. (1919a) Introduzione al libro “*Psicoanalisi delle nevrosi di guerra*”, O.S.F., 9.
- Fromm E. (1965) “*Hypnoanalysis: theory and two case excerpts*”, Psychotherapy: theory, research and practice, pp. 127-133.
- Gabbard G.O. (1986) “*The treatment of the special patient in a psychoanalytic hospital*”, in International review of psychoanalysis, pp.333-347.
- Gabbard G.O. (2005) “*Introduzione alla psicoterapia psicodinamica*”, Raffaello Cortina, Milano.
- Gabbard G.O. (2007) “*Psichiatria Psicodinamica*”, Quarta edizione, Raffaello Cortina editore.
- Gelinas D.J. (1983) “*The persistent negative effects of incest*”, Psychiatry, pp. 312-332.
- Giannantonio M. (2005) “*Psicotraumatologia e Psicologia dell’Emergenza*”, Salerno, Ecomind, pp. 335-364.
- Gill M. (1994) “*Psychoanalysis in Transition*”, Hillsdale, The Analytic Press, traduzione italiana (1996) “*Psicoanalisi in transizione*”, Milano, Raffaello Cortina.
- Giusti E., Montanari C. (2000) “*Trattamenti psicologici in emergenza con EMDR per profughi, rifugiati e vittime di traumi*”, Sovera, Roma.
- Grasso M. (1998) “*Il colloquio in psicologia clinica*”, in G. MONTESARCHIO “*Colloquio da manuale*”, Milano, Giuffrè, pp. 55-72.
- Herbert J.D., Mueser K.T. (1992) “*Eye movement desensitization: A critique of the evidence*”, Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, pp. 169-174.

- Horowitz M.J. (1986) “*Stress-response syndromes: A review of post-traumatic and adjustment disorders*”, *Hospital and Community Psychiatry*, pp. 241-249.
- Janet P. (1919) “*Psychological healing*”, vol.1, p. 661.
- Jensen J.A. (1994) “*An investigation of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) as a treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms of Vietnam combat veterans*”, pp. 311 – 325.
- Kapor Stanulovic N. (2005), “*Psicologia dell’emergenza. Intervento con i bambini e gli adolescenti*”, Carocci, Roma.
- Kardiner A. (1941) “*The traumatic neuroses of war*”, New York, Hoeber.
- Kempe H. (1978) “*Le violenze sul bambino*”, Armando Armando, Roma.
- Kessler J. et al., (1996) “*Post-traumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey*”, *Archives of general Psychiatry*.
- Kilpatrick D.G., Resnick H.S. (1993) “*Appendix III: a description of the Post Traumatic Stress Disorder field trial*”, Davidson J.R.T., Foa E.B. “*Post traumatic stress disorder: DSM-IV and Beyond*”, American Psychiatric Press, Washington.
- Kluft R.P. (1984) “*Treatment of multiple personality disorder: a study of 33 cases*”, In *Psychiatric clinics of north America*, pp. 9-29.
- Lazarus R.S. (1996) “*Psychological stress and coping process*”, New York, McGraw-Hill.
- Levine H.N. (1990) “*Clinical issues in the analysis of adults who were sexually Abused as children*”, Hillsdale.
- Leymann H. (1996) “*The Content and Development of Mobbing at Work*”, in Zapf & Leymann “*Mobbing and Victimization at Work. A Special Issue of The European Journal of Work and Organizational Psychology*”.
- Lindy J.D. (1989) “*Transference and post-traumatic stress disorder*”, *Journal of the American Academy of psychoanalysis*, pp. 415-426.
- Lindy J.D. (1996) “*Psychoanalytic Psychotherapy of post-traumatic stress disorder: the nature of the therapeutic relationship*”, Guilford press, New York.
- Lindy J.D. et al., (1988) “*Psychotherapy with survivors of Beverly Hills fire*”, *American journal of psychotherapy*, pp. 593-610. HONIG R. ET AL., (1993) “*Portraits of survival: a twenty-year follow-up of the children of Buffalo Creek*”, *Psychoanalytic study of the child*”, pp. 327-355.
- Lisman-Pieczanski N. (1990) “*Countertransference in the analysis of an adult who was sexually abused as a child*”, Hillsdale.
- Lo Iacono A., Troiano M. (2002) “*Psicologia dell’emergenza*”, Editori Riuniti, Roma.
- Loewenstein R.J., Putnam F.W. (1990) “*The clinical phenomenology of males with multiple personality disorder*”, *Dissociation*, pp. 135-143.
- Luborsky L. et al., (1992) “*Testing psychoanalytic propositions about personality change in psychotherapy*”, in J.W. BARRON ET AL. “*Interface of psychoanalysis and psychology*”, APA, Washington, pp. 573-585.

- Malt U.F., Olafsen O.M. (1992), "Psychological appraisal and emotional response to physical injury: a clinical, phenomenological study of 109 adults", in *Psychiatric Medicine*, 10, pp. 117-134.
- Mancinella A. (2009) "Interventi specifici per soggetti a rischio", *Notiziario dell'ordine degli psicologi del Lazio n.3. Speciale emergenza terremoto*.
- Mann J. (1973) "Time-Limited Psychotherapy", Harvard University Press, Cambridge.
- March, J.S. (1993) "What constitute a stressor? The 'criterion A' issue", in DAVIDSON J.R.T., Foa E.B. "Post traumatic stress disorder: DSM-IV and beyond" American Psychiatric Press, Washington.
- Marmar C.R. et al., (1994b) "Peritraumatic dissociation and post-traumatic stress in male Vietnam theatre veterans", *American journal of Psychiatry*, pp. 902-907.
- Mc Nally r.j., Shin L.M. (1995) "Association of intelligence with severity of post traumatic stress disorder symptoms in Vietnam combat veterans", in *American Journal of Psychiatry*, 152, pp. 936-938.
- McFarlane A.C. (1988) "Recent life events and psychiatric disorder in children: The interaction with preceding extreme adversity", pp. 677-690.
- McFarlane A.C., Papay P. (1992) "Multiple diagnoses in post-traumatic stress disorder in the victims of a natural disaster", *Journal of Nervous and Mental Disease*, pp. 498-504.
- Mitchell S.A., Black M. (1995), "Freud and Beyond", New York, Basic Books, (traduzione italiana (1996) "L'esperienza della psicoanalisi", Torino, Bollati Boringheri).
- Modell A.H. (1984) "Psychoanalysis in a New Context", New York, International Universities Press (traduzione italiana (1992) "Psicoanalisi in un nuovo contesto", Milano, Raffaello Cortina.
- Montesarchio G., Marcherita G.V. (1998) "Il colloquio: le strutture narrative", in G. Montesarchio G. "Colloquio da manuale", Firenze, Giunti, pp. 115-131.
- Montesarchio G., Venuleo C. (2002) "Narrare il setting per narrare", in G. Montesarchio "Colloquio in corso", Milano, Franco Angeli, pp. 11-75.
- Montesarchio G., Venuleo C. (2009) "Colloquio magistrale. La narrazione generativa", Franco Angeli, Milano.
- Napoli A. (2003) "L'intervento di psicologia dell'emergenza nelle catastrofi" in Giannantonio M. (a cura di) *Psicotraumatologia e psicologia dell'emergenza*, Ecomind, Salerno, pp. 345-364.
- Norris F.H., Phifer J. E., Kaniasty K. (1994) "Individual and community reactions to the Kentucky floods: Findings from a longitudinal study of older adults", in Ursano R.J., McCaughy B.G., Fullerton C.S. "Individual and Community Responses to Trauma and Disaster: The Structure of Human Chaos", Cambridge University Press, Great Britain.
- Noyes R., Kletty R. (1977) "Depersonalization in response to life threatening danger", *Comprehensive psychiatry*, pp. 375-384.

- Oliverio Ferraris A. (2003) “*Resilienti: la forza è con loro*”, In *Psicologia Contemporanea*, pp. 18-25.
- Peebles, M.J. (1989) “*Post-traumatic stress disorder: a historical perspective on diagnosis and treatment*”, in *Bulletin of Menninger Clinic*, pp. 274-286.
- Perry S., Difede J., Musngi G. et al., (1992) “*Predictors of post traumatic stress disorder after burn injury*”, in *American Journal of Psychiatry*, 149, pp. 931-935.
- Pietrantonio L., Prati G. (2009) “*Psicologia dell'emergenza*”, Bologna, Il Mulino.
- Pitman R.K. et al., (1996b) “*Emotional processing and outcome of imaginal flooding therapy in Vietnam veterans with chronic post-traumatic stress disorder*”, *Comprehensive psychiatry*, pp. 409-418.
- Pitman R.K., Orr S.P. (1993) “*Psychophysiological testing for post-traumatic stress disorder: Forensic psychiatric application*”, pp. 37-52.
- Pitnam R.K. et al., (1996) “*Emotional processing during eye-movement desensitization and reprocessing therapy of Vietnam veterans with chronic post-traumatic stress disorder*”, *Comprehensive psychiatry*, pp.419-429.
- Putnam F.W. (1986) “*The clinical phenomenology of multiple personality disorder*”, *Journal of clinical psychiatry*, pp. 285-293.
- Pynoos R. S, Fairbank J. A., Steinberg A. M., Amaya-Jackson L., Gerrity E., Mount M.L., Maze J. (2008) “*The National Child Traumatic Stress Network: Collaborating to improve the standard of care*”, *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol. 39, Numero 4 US: American Psychological Association.
- Racher H. (1968) “*Transference and Countertransference*”, Madison, International Universities Press; Traduzione Italiana (1970) “*Studi sulla tecnica psicoanalitica. Transfert e controtransfert*”, Roma, Astrolabio.
- Salvatore S., Scotto Di Carlo M. (2005) “*L'intervento psicologico per la scuola*”, Roma, Carlo Amore.
- Sanderson A., Carpenter R. (1992) “*Eye movement desensitization versus images confrontation: A single session crossover study of 58 phobic subjects*”, *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, pp. 269 – 275.
- Shachter D.L. (1986) “*Amnesia and crime: how much do we really know?*”, *American Psychologist*, pp. 286-295.
- Shapiro F. (1989) “*Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder*”, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, pp. 211-217; (1995) “*Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, protocols and procedures*”, New York.
- Smith E.M., North C.S. (1993) “*Post-traumatic stress disorder in natural disasters and technological accidents*”, in J.P. Wilson, B. Raphael, *International handbook of traumatic stress syndromes*, New York, pp. 405-419.
- Solomon R. M., Macy R.D. (2003) “*La gestione dello stress da eventi critici*”, in Giannantonio M. (a cura di) (2003), *Sindrome da stress post-traumatico*, Astrolabio, Roma, pp. 365-387.

- Solomon S.D., Canino G.J. (1990) “*Appropriateness of DSM-III-R criteria for post-traumatic stress disorder*”, *Comprehensive Psychiatry*, pp. 227-237.
- Stein M.B., Mcquaid J.R., Anderson G. et al., (2000) “*Post traumatic stress disorder in the primary care setting*”, in *Gen. Hosp. Psychiatry*, 22, pp. 261-269
- Strachey J. (1934) “*The nature and the therapeutic action of psychoanalysis*”, in *Journal of Psycho-Analysis*, pp. 127-141
- Taylor A.J. (1987) “*A taxonomy of disasters and their victims*”, *Journal of Psychosomatic Research*, pp. 535-544.
- Taylor A.J. (1999) “*Towards the classification of disasters and victims*”, *Traumatology*, pp. 12-25.
- Van Der Hart O. et al., (1993) “*The treatment of traumatic memories: synthesis, realization, and integration*”, pp. 162-180.
- Van Der Kolk B.A. (1989) “*The compulsion to repeat trauma: Revictimization, attachment and masochism*”, pp. 389-411.
- Van Der Kolk B.A. et al., (1994) “*Fluoxetine in post-traumatic stress disorder*”, *Journal of clinical psychiatry*, pp. 517-522.
- Van Der Kolk B.A., Fisler R. (1995) “*Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: review and experimental confirmation*”, *Journal of traumatic stress*, pp. 505-525.
- Van Der Kolk B.A., Pelcovitz D., Roth S., Mandel E.S., Mcfarlen A., Herman J.L. (1996) “*Dissociation, affect dysregulation and somatization: the complex nature of adaptation to trauma*”, *American journal of psychiatry*, pp. 83-93.
- Van Der Kolk B.A., Van Der Hart O. (1989) “*Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma*”, *American journal of Psychiatry*, pp. 1530-1540.
- Vaughan K. et al., (1994) “*Eye movement desensitization: Symptom change in post-traumatic stress disorder*”, *British journal of Psychiatry*, pp. 533 – 541.
- Wallerstein R.S. (1986) “*Forty-two lives in treatment. A study of psychoanalysis and Psychotherapy*”, New York, Guilford.
- Williams L.M. (1994) “*Recall of childhood trauma: a prospective study of women's memories of child sexual abuse*”, *Journal of consulting and clinical Psychology*, pp. 1167-1176.
- Wilson S.A., Becker L.A., Tinker R.H. (1995) “*Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Treatment for Psychologically Traumatized Individuals*”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, pp. 928-937.
- Young B.H. et al., (2002) “*L'assistenza psicologica nelle Emergenze*”, Edizioni Erickson, Trento.