

# La terapia cognitiva e l' EMDR con i rifugiati: immaginare un futuro per vivere il presente senza un passato soverchiante.

Antonio Onofri

Psichiatra SPDC Ospedale Santo Spirito di Roma  
Ambulatorio per i Disturbi da Stress Post-Traumatico  
Didatta SITCC Soc It Terapia Cognitiva e Comportamentale  
Vice Presidente della Associazione Italiana per l'EMDR

e:

Paola Castelli, Marta Lepore, Silvia Ventriglia  
Sportello di Aiuto Psicologico per i Rifugiati e i Richiedenti  
Asilo  
Casa della Solidarietà  
Roma



# Di che cosa parleremo:

- I traumi nella popolazione dei Rifugiati e dei Richiedenti Asilo
- Che cosa si intende per Trauma Complesso o Estremo
- Quale psicoterapia per i Rifugiati e i Richiedenti Asilo?
- Una esperienza semi-istituzionale: Ospedale Santo Spirito e casa della Solidarietà
- Verso un protocollo di intervento



by Bruno Catalano

# Quale Trauma nei Rifugiati e nei Richiedenti Asilo?

## Prima della fuga:

Scomparsa di familiari, morti violente e lutti traumatici, separazioni, torture, prigionia, violenze, stupri, fame, epidemie, fughe difficili, passaggi di Paese in Paese, pericoli, respingimenti, il viaggio....

## Dopo l' arrivo:

L' esilio e lo sradicamento, l' incertezza e la paura della “deportazione”, lo shock culturale, il timore del trasferimento per la Convenzione di Dublino, la paura della Audizione e le difficoltà del ricordare, l' attesa della risposta dopo la richiesta di asilo, le difficoltà legate alla comprensione del nuovo mondo in cui ci si trova, la mancanza del lavoro, di un posto.....

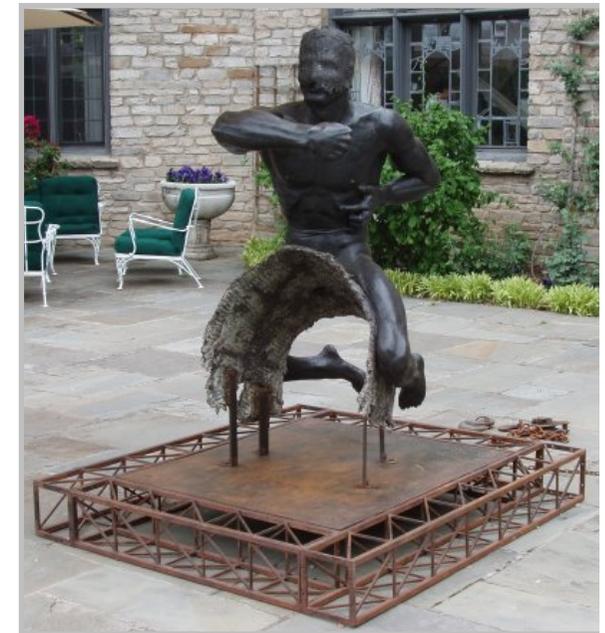
**Il Trauma è antico, passato, recente, corrente, presente, ancora in atto ...**





# Quindi... Stress Estremo!

- Parliamo di traumi complessi , di tipi differenti, ripetuti, prolungati, intensi, e quasi sempre **interpersonali, causati da altri esseri umani!**
- **Tutto questo produce una riduzione nella capacità di regolare gli stati emotivi** : ricordi intrusivi, instabilità affettiva, *iperarousal*, comportamenti pericolosi nel tentativo di allentare la tensione, abuso di sostanze, ritiro sociale, vergogna e colpa soverchianti, paura ...



Antonio Onofri, Tivoli 2013

by Luca Zanchi



# Rielaborare i traumi del passato: un bisogno del rifugiato o del terapeuta?



by paulonheart.com  
Antonio Onofri, Tivoli 2013



# Il nostro protocollo terapeutico:

- Invio dai Centri di Prima Accoglienza, dai Centri Dublino, dalle Residenze Assistite
- Valutazione Psichiatrica presso l' Ambulatorio per i Disturbi Post-Traumatici dell' Ospedale Santo Spirito, per la diagnosi, la valutazione medica, la eventuale certificazione, la prescrizione farmacologica quando necessaria, l' invio allo Sportello di Aiuto Psicologico ai Rifugiati e Richiedenti Asilo della Arciconfraternita del SS.mo Sacramento (Casa della Solidarietà) di Roma (gruppo di lavoro: P. Castelli, A. Ciolfi, F. Cupini, R.Russo, S.Ventriglia, L.Trugenberger)
- 3 sedute preliminari, analisi dei bisogni, valutazione psicologica (therapeutic plan)
- **10 sedute di psicoterapia cognitivo-comportamentale integrata con EMDR e tecniche psicocorporee**
- 2 sedute di *follow-up*: possono chiedere di essere messi di nuovo nella lista di attesa!

**Finora, l' Ambulatorio ha preso in carico più di 70  
Rifugiati o Richiedenti Asilo**



by Luca Zanchi

# Il trattamento deve essere ritagliato sui bisogni di quello specifico paziente

## Un trattamento per fasi:

- **Primo Passo:** preparazione e stabilizzazione del paziente, attraverso una fase preliminare di informazione e psicoeducazionale;
- **Secondo Passo:** una precoce e prolungata fase di **“installazione delle risorse secondo l’approccio EMDR e psicocorporeo”** con l’obiettivo di gestire meglio l’ansia e di costruire una narrativa più coerente, utile per la preparazione della Audizione presso la Commissione per il riconoscimento dello status di Rifugiato;
- **Terzo Passo:** finalmente elaborazione di aspetti particolarmente disturbanti dei ricordi traumatici con **TF-CBT, EMDR, e altri approcci**, frammento per frammento...



Grazie per la vostra attenzione!  
dottoronofri@gmail.com



The Refugee, by Felix Nussbaum, 1939

# Il trauma relazionale precoce o “trauma complesso”

- Esperienze traumatiche multiple e continuate con esiti patologici a lungo termine
- Trauma relazionale precoce
- Implica l'alterazione del *caregiving system*
- il trauma implica la perdita della base sicura, disregolazione emotiva, esposizione a esperienze negative protratte

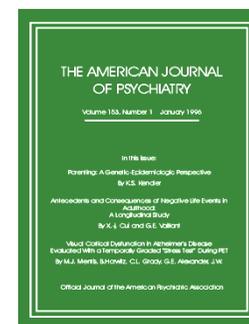


QuickTime™ e un  
decompressore  
sono necessari per visualizzare quest'immagine.

# Dissociazione, somatizzazione e disregolazione emotiva

(Harvard Medical School, Trauma Center)

- 395 pazienti studiati per confermare la validità dei criteri del PTSD per il DSM-IV
- chi ha subito il trauma complesso presenta tre dimensioni psicopatologiche fortemente correlate tra loro: dissociazione della coscienza, somatizzazioni, disregolazione emotiva.
- Le vittime di trauma complesso (early relational trauma, attachment trauma) hanno un quadro clinico differente
- Inserire una nuova diagnosi nei sistemi nosografici internazionali?



## Dissociation, Somatization, and Affect Dysregulation: The Complexity of Adaptation to Trauma

Bessel A. van der Kolk, M.D., David Pelcovitz, Ph.D., Susan Roth, Ph.D., Francine S. Mandel, Ph.D., Alexander McFarlane, M.D., and Judith L. Herman, M.D.

*Objective:* A century of clinical research has noted a range of trauma-related psychological problems that are not captured in the DSM-IV framework of posttraumatic stress disorder (PTSD). This study investigated the relationships between exposure to extreme stress, the emergence of PTSD, and symptoms traditionally associated with "hysteria," which can be understood as problems with stimulus discrimination, self-regulation, and cognitive integration of experience. *Method:* The DSM-IV field trial for PTSD studied 395 traumatized treatment-seeking subjects and 125 non-treatment-seeking subjects who had also been exposed to traumatic experiences. Data on age at onset, the nature of the trauma, PTSD, dissociation, somatization, and affect dysregulation were collected. *Results:* PTSD, dissociation, somatization, and affect dysregulation were highly interrelated. The subjects meeting the criteria for lifetime (but not current) PTSD scored significantly lower on these disorders than those with current PTSD, but significantly higher than those who never had PTSD. Subjects who developed PTSD after interpersonal trauma as adults had significantly fewer symptoms than those with childhood trauma, but significantly more than victims of disasters. *Conclusions:* PTSD, dissociation, somatization, and affect dysregulation represent a spectrum of adaptations to trauma. They often occur together, but traumatized individuals may suffer from various combinations of symptoms over time. In treating these patients, it is critical to attend to the relative contributions of loss of stimulus discrimination, self-regulation, and cognitive integration of experience to overall impairment and provide systematic treatment that addresses both unbidden intrusive recollections and these other symptoms associated with having been overwhelmed by exposure to traumatic experiences.

DSM-III, in an attempt to be atheoretical, [has] almost entirely abandoned the psychodynamic understanding of psychiatric phenomena . . . The traditional concept of hysteria as a disorder with both sensorimotor and mental manifestations has been split apart by assigning the mental symptoms of hysteria to the "Dissociative Disorders," and by allocating the sensorimotor symptoms to the different category of "Somatoform Disorder."

As a consequence, modern clinicians . . . are placed in the paradoxical position of having to affirm that individuals manifesting [these] symptoms are suffering from separate

illnesses—a diagnostic dissociation that the observations of our clinical predecessors demonstrate to be unwarranted. Indeed, what we have now put asunder, perhaps Mother Nature meant to be together.

—John Nemiah (1)

The diagnostic criteria for posttraumatic stress disorder (PTSD) in the American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual (DSM) focus on intrusive memories and disordered arousal as its distinguishing characteristics. Within this framework, which originated in Lindemann's (2) and Horowitz's (3) descriptions of the fluctuating nature of acute grief reactions, the remaining symptoms of PTSD are understood as strategies to ward off emotions, somatic sensations, and personal meaning schemes associated with the trauma. However, a century of clinical observations and systematic research has shown that there is a range of other symptoms associated with exposure to extreme stress that cannot be easily understood within this framework of alternating intrusion and numbing. The

From Harvard Medical School and the Human Resources Institute Trauma Center, Boston; the Department of Psychology, Duke University, Durham, N.C.; North Shore University Hospital/Cornell Medical Center, Manhasset, N.Y.; the Division of Biometrics, Cornell University Medical College, New York; and the University of Adelaide, Adelaide, Australia.

Supported in part by NIMH grant MH-47200. The authors thank Dean Kilpatrick, Ph.D., Hedi Resnick, Ph.D., Pam Resack, Ph.D., and John Fressi, Ph.D., for their contribution to the DSM-IV PTSD field trial; Jon Sorens, B.A., Rita Fisher, Ed.M., and Jennifer Burbridge, M.A., for their assistance in the data analyses and preparation of this manuscript; and Berthold Gersons, M.D., Ph.D., for his editorial comments.

# Complex PTSD

- E' un concetto che e' stato formulato per la prima volta da Judith Herman nel 1992 per i casi di traumatizzazione grave e ripetuta.
- Ai sintomi classici del PTSD si aggiungono profonde alterazioni nel modo in cui gli individui traumatizzati vedono se stessi e il mondo e nel modo con il quale funzionano e interagiscono con gli altri: un tipico esempio e' rappresentato dall'abuso infantile.

# Sintomi del PTSD Complex (Herman)

- Alterazioni nella regolazione emozionale (tristezza pervasiva e persistente, pensieri suicidari, collera esplosiva)
- Alterazioni nel funzionamento della coscienza (per esempio episodi in cui il paziente si sente distaccato dai propri processi mentali o dal proprio corpo)
- Alterazioni nella percezione di se' (impotenza, vergogna, colpa, senso di estraneita')
- Alterazioni nei rapporti con gli altri (isolamento e sfiducia)

# Criteri diagnostici per il Complex PTSD o DESNOS:

**Tabella 1.2** Criteri diagnostici per il DESNOS

**1. Alterazioni nella regolazione delle emozioni e del comportamento:** a) Alterazione nella regolazione delle emozioni; b) difficoltà di modulazione della rabbia; c) Comportamenti autolesivi; d) Comportamenti o preoccupazioni suicidarie; e) Difficoltà nella modulazione del coinvolgimento sessuale; f) Tendenza eccessiva a comportamenti a rischio (scarsa capacità autoprotettiva)

**2. Disturbi della Coscienza e dell'Attenzione:** a) Amnesia; b) episodi dissociativi transitori, depersonalizzazione

**3. Somatizzazioni:** a) Disturbi al sistema digerente; b) Dolori cronici; c) Sintomi cardiopolmonari; d) Sintomi da conversione e) Sintomi da disfunzioni sessuali

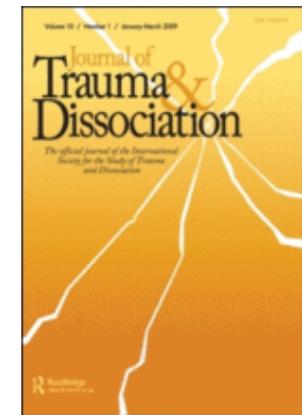
**4. Alterazioni della percezione di sé:** a) senso di impotenza e scarsa efficacia personale; b) sensazione di essere danneggiati; c) senso di colpa e di responsabilità eccessivi; d) vergogna pervasiva; e) idea di non poter essere compresi; f) minimizzazione

**5. Alterazioni nella percezione delle figure maltrattanti:** a) tendenza ad assumere la prospettiva dell'altro; b) idealizzazione del maltrattante; c) timore di danneggiare il maltrattante

**6. Disturbi Relazionali:** a) Incapacità o difficoltà ad avere fiducia negli altri; b) Tendenza ad essere ri-vittimizzato; c) Tendenza a vittimizzare gli altri

**7. Alterazioni nei significati personali:** a) disperazione e senso di inaiutabilità; b) visione negativa di sé; c) perdita delle convinzioni personali

(van der Kolk et al., 2005)



---

**Tabella 1.1** Criteri diagnostici per il Disturbo Traumatico nello Sviluppo

---

**criterio A: Esposizione a violenza interpersonale e grave trascuratezza nell'accudimento o**

---

**Cluster B: Disregolazione emotiva e nelle funzioni fisiologiche**

---

B.1 inabilità a modulare e tollerare stati emotivi negativi

---

B.2 Disturbi nella regolazione delle funzioni copree di base come disturbi del sonno, dell'alimentazione, iperreattività agli stimoli sensoriali

---

B.3 Stati dissociativi, dissociazioni somatoformi

---

B.4 marcata alestitimia intesa come difficoltà nel riconoscere, descrivere e comunicare sensazioni corporee, stati emotivi, desideri e bisogni

---

**Cluster C: Disturbi comportamentali e cognitivi**

---

C.1 Incapacità nel percepire ed evitare o difendersi dalle minacce o allarme eccessivo per stimoli minacciosi, sia per stimoli ambientali che relazionali

---

C.2 Alterazioni nella capacità di proteggersi ed esposizione a situazioni rischiose

---

C.3 Disturbi comportamentali derivanti da manovre di autoconforto (masturbazione cronica, stereotipie motorie, automutilazioni, abuso di sostanze)

---

C.4 Comportamenti automutilanti reattivi o abituali

---

C.5 Difficoltà a pianificare, iniziare o completare un compito, concentrarsi su un compito, organizzarsi per ottenere benefici

---

**Cluster D: Disturbi nella percezione di sé e delle relazioni interpersonali**

---

D.1 Disturbi nelle relazioni di attaccamento (difficoltà di separazione, timore nel ricongiungimento)

---

D.2 Sentimenti di avversione per se stessi, senso di inautenticità, convinzioni mancanza di valore, incapacità, essere sbagliati o difettosi

---

D.3 senso di sfiducia nei propri confronti e nei confronti degli altri con atteggiamenti ipercritici o di rifiuto verso le persone più vicine (caregivers)

---

D.4 comportamenti aggressivi (verbali e fisici) anche verso i caregivers

---

D.5 Comportamenti inappropriati di vicinanza e fiducia verso estranei anche con comportamenti sessuali inappropriati

---

D.6 Difficoltà o incapacità a regolare il contatto empatico (eccessivo coinvolgimento o distacco nelle situazioni sociali)

---

**Cluster E: sintomatologia del PTSD**

---

**Cluster F: Difficoltà nel funzionamento globale familiare, sociale, scolastico, comportamentale in generale.**

---

# DESNOS o cPTSD o Disturbo Traumatico dello Sviluppo



- a) disturbi della regolazione delle emozioni e degli impulsi  
Alterazione nella modulazione della rabbia, Comportamenti autolesivi, Difficoltà nella modulazione del coinvolgimento sessuale, Tendenza eccessiva a comportamenti a rischio (scarsa capacità autoprotettiva)
- b) disturbi delle capacità attentive o della Coscienza  
Alterazioni della memoria, Sintomi dissociativi (depersonalizzazione/derealizzazione)
- c) Somatizzazioni  
Disturbi al sistema digerente, Dolori cronici, Sintomi cardiopolmonari, Sintomi isterici (pseudoneurologici), Sintomi sessuali (anorgasmia, vaginite, dolori pelvici)
- d) disturbi della Percezione di Se  
senso di impotenza e scarsa efficacia personale, sensazione di essere danneggiati, senso di colpa e di responsabilità eccessivi, vergogna, idea di non poter essere compresi
- e) alterazioni nella percezione dell'agente del maltrattamento  
tendenza ad assumere la prospettiva dell'altro, idealizzazione del maltrattante, timore di danneggiare il maltrattante
- f) Disturbi Relazionali  
Incapacità o difficoltà ad avere fiducia negli altri, Tendenza ad essere re-vittimizzato, Tendenza a vittimizzare gli altri
- g) Alterazioni nei significati personali: disperazione, visione negativa di se

# **Il trauma complesso è individuato nelle genesi di sottogruppi di altre diagnosi dove interviene a peggiorare la prognosi**

Secondo i dati provenienti dagli studi empirici il trauma interpersonale precoce è considerato uno dei fattori di rischio principale per:

- **Disturbi Dissociativi,**
  - **Disturbo Borderline di Personalità,**
  - **Disturbo Post-Traumatico da Stress**
- (Ogawa et al 1997; Nijenhuis e coll. 1998; Koenen 2006)

ma è anche implicato nelle genesi di sottogruppi di:

- **Schizofrenia** (Morgan e Fischer 2007)
- **disturbi dell'Umore e d'Ansia** (Brown e Harris 2008, Heim e Nemeroff 2001),
- **Disturbo da Attacchi di Panico** (Zlotnick e coll. 2008),
- **Disturbo Ossessivo Compulsivo** (Mathews e coll. 2008),
- **Disturbi Alimentari Psicogeni** (Rorty e Yager 1996; Brewerton 2007; Sansone e Sansone 2007),
- **Disturbi Somatoformi** (Nijenhuis e coll. 1998)
- **Disturbi di Personalità** (Goodman e coll. 2004; Yen e Shea 2001).

# PRINCIPI DI TERAPIA DELLA DISSOCIAZIONE



# La Phases Oriented Therapy

1. FASE DELLA COSTRUZIONE DELLA SICUREZZA E DELLA STABILIZZAZIONE DEI SINTOMI (lavoro su relaz. ter.)
2. FASE DEL LAVORO SULLE MEMORIE TRAUMATICHE E DELL' INTEGRAZIONE DELLE PARTI DISSOCIATE
3. FASE DI STABILIZZAZIONE E CRESCITA DELLE ABILITA' ACQUISITE



- Abreazione, elaborazione
- Desensibilizzazione, esposizione, decondizionamento
- Integrazione

Aldilà' dei differenti termini il principio rimane lo stesso:

*Rivivere in condizioni di sicurezza*

# Obiettivo della terapia:

I pazienti dovrebbero diventare capaci di rivivere gli eventi traumatici e gli effetti associati (terrore, paura, orrore, rabbia, impotenza, disperazione, vergogna) e allo stesso tempo tollerare questi sentimenti rimanendo “funzionanti”

# OBIETTIVI

1. Raggiungere un equilibrio emotivo adattativo
2. Elaborare i significati degli eventi stressanti
3. Rischematizzare la sua identità e le sue relazioni

# OBIETTIVI DELLA PSICOTERAPIA

- Non “il ricordare”, ma l’ INTEGRAZIONE
- In altre parole, L’ ANNULLAMENTO O LA RIDUZIONE **A LIVELLO SENSOMOTORIO** DEL CONDIZIONAMENTO DELLE MEMORIE TRAUMATICHE

## **Quando è controindicato l'uso esclusivo della psicoterapia nelle condizioni post-traumatiche?**

- Quando è necessario l'intervento psichiatrico e psicofarmacologico?
- **IMPORTANZA DI UNA ACCURATA VALUTAZIONE** degli eventuali sintomi psicotici, di significative alterazioni dell'umore, di tendenze autolesive, di familiarità psichiatrica
- Eventuale uso di apposite scale di valutazione (es.: CAPS)

# Prima di tentare di rielaborare le esperienze traumatiche:

- I pazienti devono aver raggiunto un buon funzionamento dell'lo in termini di tolleranza e controllo degli impulsi.
- Devono aver raggiunto una buona capacità di mantenere relazioni stabili e di sostegno.
- Devono aver raggiunto una certa capacità di mantenere un discreto funzionamento e qualche senso positivo di se stessi e delle loro vite.

# NECESSITA' DI UNA CONDIZIONE DI STABILIZZAZIONE

- Valutare attentamente le condizioni di vita e lavorative e il sostegno sociale
- L' intervento sui ricordi traumatici può inizialmente comportare un peggioramento sintomatologico

I migliori esiti con i pazienti che soffrono di sintomi dissociativi complessi post-traumatici, si hanno quando essi stessi si sforzano di esercitare un controllo su di se' e sulle proprie vite e quando persistono nei tentativi di raggiungere una vita "normale" attraverso:

1. Un senso positivo di se'
2. La capacita' di gestire sentimenti e impulsi
3. La capacita' di interagire con l'ambiente esterno e di sviluppare una routine quotidiana stabile
4. La capacita' di coltivare e mantenere una rete di sostegno sociale

# Una terapia “per stadi”:

- Consiste in una gerarchia di interventi mirati a una specifica sintomatologia
- Consiste in un periodo iniziale di sviluppo di abilità fondamentali *prima* di addentrarsi in una significativa esplorazione del trauma infantile

# Il modello della terapia “per stadi”:

Include:

1. uno stadio iniziale di stabilizzazione (abilità relazionali di base, strategie di *coping*, etc.)
2. Un lavoro attivo con le memorie traumatiche (stadio centrale)
3. Una crescita personale e la “connessione” con il mondo esterno (stadio finale)

# Il modello SARI

1. Sicurezza e stabilizzazione
2. Accesso al trauma
3. Rielaborazione dell'esperienza traumatica
4. Integrazione e formazione di una nuova identità

# ASSESSMENT

- Opportunità di una terapia farmacologica
- Comorbilità e funzionamento pretraumatico
- Contesto psicosociale del paziente

## Segni di ridotta capacità del paziente di tollerare un lavoro terapeutico veloce (secondo Horowitz):

1. Cambiamenti frequenti e sorprendenti negli stati della mente
2. Punti di vista contraddittori su una stessa persona, da un momento all' altro
3. Reazioni emotive estreme (es. rabbia) nelle piccole controversie di accordi per la terapia
4. Impulsività
5. Grossolane distorsioni per mantenere l' autostima
6. Non interpreta bene le comunicazioni del terapeuta
7. Reagisce alle dichiarazioni del terapeuta come fossero insultanti o fastidiose

# La STABILIZZAZIONE

- Terapia farmacologica
- Relazione terapeutica
- Rete sociale di riferimento
- Condizioni economiche e lavorative adeguate

- **Importanza del “lavoro preparatorio”**: ad esempio la psicoterapia vera e propria può essere utilmente preceduta o affiancata da attività profondamente psicosomatiche orientate alla riduzione dei ***deficit psicosomatici***

Definizione degli obiettivi  
attraverso esercizi immaginativi  
di problem solving  
(lavoro sulle competenze)

# Migliorare il coping (Horowitz):

- Contrastare gli evitamenti che non sono più necessari nella presente situazione di maggiore sicurezza
- Ridurre le paure irreali di una ripetizione del trauma
- Diminuire le reazioni di trasalimento e di allarme
- Migliorare le capacità di ragionare su quello che è successo e cosa può succedere ora per migliorare la situazione
- Sostenere l' autostima

# Regola generale (Horowitz):

Non andare più in profondità di quanto necessario a ristabilire l'equilibrio e raggiungere il miglior funzionamento possibile per quel momento della vita del paziente

Per il paziente lo scopo è elaborare adeguatamente il proprio problema piuttosto che arrivare alla risoluzione totale dei conflitti

# Stadi del trattamento secondo Horowitz:

1. Supporto iniziale
2. Esplorazione dei significati
3. Miglioramento del coping
4. Elaborazione
5. Conclusione del trattamento

# La prima fase

## **SAFER:**

(Chu, 1992, 1998)

- 1. Self care e Symptom control**
- 2. Aknowledgement**
- 3. Functioning**
- 4. Expression**
- 5. Relationship**

# Self care

I pazienti sopravvissuti a maltrattamento fisico o abuso sessuale hanno spesso scarsissima cura di se', un senso di distacco dal proprio corpo, esperienze di depersonalizzazione: molto spesso usano il proprio corpo per trovare sollievo da sentimenti e impulsi intollerabili, ricorrono a modalita' autolesive, abuso di sostanze, disturbi dell'alimentazione, comportamenti a rischio.

**I temi riguardanti la sicurezza personale devono essere considerati al primo posto nell'ordine temporale e gerarchico del trattamento**

# Symptom control

In questa fase si cerca di trovare il modo di modulare e controllare i caratteristici sintomi intrusivi e di iperattivazione del PTSD, al fine di aumentare il senso di stabilità nella vita del paziente.

Molte delle tecniche terapeutiche utilizzate in questa fase prendono il nome di:

***grounding techniques***

# Grounding techniques

Sono volte ad aumentare il senso di contatto con la realtà.  
Sono tecniche piu' efficaci se utilizzate **appena** compaiono i sintomi e non quando il paziente ne e' ormai sovrastato:

- Ambiente ben illuminato e contatto oculare
- Guardarsi attorno e nominare gli oggetti
- Sfogliare libri o album fotografici
- Uso dell'olfatto
- Uso del tatto
- Uso dell'udito

**Formulare un piano per i momenti di "crisi"**

# Aknowledgement

E' importante riconoscere il ruolo centrale che il trauma precoce ha avuto nella vita del paziente

E' quindi molto importante in questa fase lavorare sulla attribuzione di significati relativi al trauma.

# Psicoeducazione

- Lavoro sulle convinzioni errate su se stesse ed eventuali persone coinvolte nei traumi (essere incapaci, responsabili di gravi mancanze, sporchi o indegni di amore, etc.)
- E' importante spiegare al paziente i meccanismi normali ed abituali di reazione ad esperienze traumatiche
- Uso di metafore
- Uso di libri divulgativi e di autoaiuto

# Functioning

E ' importante che il paziente mantenga un certo livello di funzionamento sociale, lavorativo etc. come antidoto alla regressione, anche al fine di costruire un senso di padronanza, di identita' personale positiva, di "radicamento" nella realta' attuale

Van der Haart considera fondamentale il lavoro sulla tendenza all'evitamento e alla **procrastinazione**

# Expression

Le esperienze traumatiche sembrano esser collegate prevalentemente a alla attività non verbale dell'emisfero destro. Forse per questo i ricordi vengono sperimentati molto spesso come letteralmente "indicibili".

Parte centrale del processo terapeutico diventa quindi aiutare il paziente a tradurre le loro sensazioni "indicibili" in parole, permettendo loro di comunicare agli altri le proprie esperienze e di usare i processi cognitivi per raggiungere un senso di controllo su di esse.

I pazienti vengono inoltre aiutati ad utilizzare tecniche di rilassamento, immaginazione guidata, esercizio fisico regolare.

# Tecniche di meditazione

- Diminuzione dell' arousal di base
- Addestramento alla modulazione delle emozioni
- Creazione di uno stato di sicurezza
- Addestramento alla riduzione delle iperassociazioni
- Decondizionamento
- Modulazione degli stati dissociativi
- Integrazione di rappresentazioni contraddittorie (*mindfulness*)

# **Il processo “bottom-up”**

Tecnica dell’ affetto ponte  
(a partire dalle sensazioni corporee)

# STRUMENTI

- Lavoro sul corpo
- Lavoro con le immagini

- Lo scopo di ogni strumento psicoterapico nei disturbi post-traumatici è

## **L' INTEGRAZIONE**