

Riflessioni sull'implementazione di percorsi di cura per i disturbi dissociativo-traumatici nei Servizi di Salute Mentale

Giovanni Tagliavini
Milano / Arona
areatrauma@yahoo.it



Incontro TiAma - Milano, 23 gennaio 2015

Curare la traumatizzazione: dal generale al particolare



Livello generale dei Servizi

- Lo strumento di lavoro nei SSM sono le **PERSONE**, che applicano le loro conoscenze all'interno di **RELAZIONI**
- La **QUALITA'** delle relazioni che si creano tra utenti, familiari e operatori è in stretta relazione alla **QUALITA'** delle cure e alla **QUALITA'** degli esiti
- Le persone hanno necessità di **TEMPO** e di **CONTESTI** adeguati per far nascere e sviluppare relazioni **SIGNIFICATIVE** e **CURATIVE**
- E' necessario che i livelli direttivi prendano atto che il discorso su staff, tempo e contesti/strutture è **QUANTITATIVO**, non solo qualitativo: basta con la storia degli interventi (magari nuovi e innovativi) "isorisorse"; basta coi tagli "non lineari"!!

Livello specifico dei Servizi

- Valutare il buono (e l'ottimo) legato direttamente alla riforma basagliana, preservarlo e amplificarlo.
- Prendere atto che, passati quasi 40 anni, avremmo bisogno di un ripensamento globale sulle modalità di organizzazione dei Servizi di Salute Mentale
- Prendere atto della necessità di **SPECIALIZZAZIONI**, che non devono essere parcellizzazioni o scotomizzazioni
- Esiste un livello specialistico psicotraumatologico MATURO per essere applicato nei Servizi, a più livelli. Maturo = strumenti diagnostici, possibilità applicative/operative, misurazione e valutazione (positiva) degli esiti

Livello generale della diagnosi

- Per rendersi conto dei meccanismi di traumatizzazione, per vedere “mediante la comprensione” attraverso i molti, densi strati del trauma è necessario **TEMPO, CURIOSITA’ e ATTENZIONE** alle **STORIE** dei pazienti.
- Come raccogliere la storia, cosa chiedere, cosa notare, cosa “vedere tra le righe”: competenze specifiche
- La prospettiva deve essere necessariamente **LONGITUDINALE** ed **EVOLUTIVA**
- Un approccio sinceramente longitudinale ed evolutivo porta ad una forte posizione **PREVENTIVA** (una delle caratteristiche di efficacia ed efficienza, tipica/unica della psicotraumatologia) di **COLLEGAMENTO** tra servizi (NPI!!)

Judith Herman

The ordinary response to atrocities is to banish them from consciousness.

La risposta ordinaria alle atrocità è bandirle dalla coscienza.

Trauma and Recovery, p. 1 (Guarire dal Trauma, Ma.Gi. Edizioni)

J. Herman e la dialettica del trauma

Il conflitto tra la volontà di negare eventi orribili e la volontà di proclamarli a voce alta è la **dialettica centrale del trauma psicologico**.

Le persone che sono sopravvissute ad atrocità spesso raccontano le loro storie in modo altamente emozionale, contraddittorio e frammentato che mina la loro credibilità: questa modalità si pone a servizio del **doppio imperativo** del dire la verità e del mantenere il segreto.

Livello specifico della diagnosi (1)

- Cosa è traumatizzante: insopportabilità dell'evento traumatizzante (TE)
- TEs: dis-organizzano, dis-regolano, dis-sociano
- Nesso traumatizzazione/dissociazione
- Distinzione tra traumatizzazione semplice (PTSD) e traumatizzazione complessa
- Traumatizzazione complessa: c-PTSD, DESNOS, disturbi dissociativi [complessi], DTS (disturbo traumatico dello sviluppo), strutture di personalità post-traumatiche.
TRAUMATIZZAZIONE COMPLESSA COME DEVELOPMENTAL DISORDER (disturbo dello sviluppo)

Livello specifico della diagnosi (2)

- Scelta, utilizzo e interpretazione degli strumenti diagnostici:
 - punteggio ESI (ACE): gli eventi ricordati

Crescere senza padre

FACTS ABOUT THE FATHERLESS

In the United States, 23.9 million children live absent of their biological fathers. Fatherless children represent:

63% OF TEEN SUICIDES

70% OF JUVENILES IN STATE INSTITUTIONS

71% OF HIGH SCHOOL DROPOUTS

75% OF CHILDREN IN CHEMICAL ABUSE CENTERS

80% OF RAPISTS

85% OF YOUTHS IN PRISON

90% OF HOMELESS AND RUNAWAY CHILDREN

Livello specifico della diagnosi (2)

- Scelta, utilizzo e interpretazione degli strumenti diagnostici:
 - punteggio ESI (ACE): gli eventi ricordati
 - CAPS & IES: per traumatizzazione “semplice”
 - DES, SCID-D, TADS-Q (Boon): nesso dissociazione/traumatizzazione
 - valutazione della struttura di personalità, meglio se dimensionale/dinamica e della storia di attaccamento

14. Disturbi Dissociativi di Personalità (d'Identità e Personalità Multipla): il disturbo si estende dall'area nevrotica a quella borderline.

Nel DSM il disturbo dissociativo dell'identità collocato tra le sindromi dissociative (disturbi d'ansia). Quando le difese dissociative sono la risposta abituale allo stress, la dissociazione diventa elemento del carattere. Quando una persona è ripetutamente traumatizzata o cresce in una famiglia in cui la dissociazione è adattiva vi sono le basi per un disturbo dissociativo dell'identità.

Il disturbo non è raro e la storia traumatica alla base li fa tendere a compiacere i terapeuti poiché identificati come figure autorevoli. Così i clinici che hanno scetticismo verso le amnesie scoraggiano i pazienti a parlare dei loro sintomi, e viceversa.

I sintomi possono essere di alienità verso se stessi o parti del proprio corpo, l'amnesia è un indicatore tipico del disturbo con un dubbio persistente su quali esperienze sono vere e quali confabulate. Gli individui con questo disturbo possono sentirsi profondamente lontani dalla possibilità di sviluppare un senso di continuità tra i loro stati del sé.

Suscitano un senso di confusione nel terapeuta che non riesce a raccogliere l'anamnesi, e, una volta rivelatasi la loro storia traumatica possono suscitare sentimenti di compassione. Data la paura dell'abuso è opportuno che il trattamento proceda lentamente ma gli aspetti cognitivi, emotivi, comportamentali e somatici delle esperienze che sono state dissociate devono essere affrontati e reintegrati, ma ad un ritmo controllato dal paziente.

- Pattern costituzionali maturativi: capacità costituzionale di autoipnosi e traumi infantili fisici e/o sessuali, gravi e ripetuti;
- Tensione/preoccupazione principale: riconoscere il trauma/negare il trauma;
- Affetti principali: paura e rabbia;
- Credenza patogena relativa a se stessi: sono piccolo, debole e vulnerabile a traumi ricorrenti;
- Credenza patogena relativa agli altri: gli altri mi traumatizzano, mi sfruttano oppure mi salvano;
- Modi principali di difendersi: dissociazione.

Livello specifico della diagnosi (2)

- Scelta, utilizzo e interpretazione degli strumenti diagnostici:
 - punteggio ESI (ACE): gli eventi ricordati
 - CAPS & IES: per traumatizzazione “semplice”
 - DES, SCID-D, TADS-Q (Boon): nesso dissociazione/traumatizzazione
 - valutazione della struttura di personalità, meglio se dimensionale/dinamica e della storia di attaccamento
 - WAIS: come viene usata l'intelligenza, anche in relazione al testista
 - **test proiettivi**: fondamentali
 - **test e misurazioni di dis-regolazione e dis-integrazione**: ai vari livelli: somatico, emozionale, cognitivo (**frontiera futura**)
- Competenza a valutare qualità del sintomo, non solo la sua presenza/quantità (Adult Attachment Interview)

Livello della terapia

- Dissociazione primaria/secondaria
- Terapia tri-fasica: stabilizzazione, elaborazione, riabilitazione
- Trauma relazionale = relazione terapeutica trigger
- Impotenza traumatica e altri stati intollerabili della mente: terapia come ambito “safe but not too safe”
- Impotenza traumatica -> stati di ipoarousal -> vergogna
- Dissociazione come strategia mimetica
- “Semper integrare”: parole, prosodia, emozioni, stati corporei

“Il terapeuta deve agire come corteccia ausiliaria e come ausiliario regolatore emozionale per gli stati disregolati del paziente” Schore, 2001



Cosa iniziare a fare/migliorare

- Essere consapevoli del coinvolgimento pervasivo e multilivello di ognuno nella dialettica traumatica
- Conoscere la dissociazione e saperla riconoscere/diagnosticare
- Ascoltare e accogliere la dissociazione e le sue manifestazioni dis-integrative
- Saper proporre alternative alla dissociazione tramite l'osservazione consapevole e partecipe del suo manifestarsi
- Promuovere sempre, dal micro al macro, interventi integrativi e di empowerment
- Favorire azioni di benessere integrativo, individuale e di gruppo, per la salute degli operatori