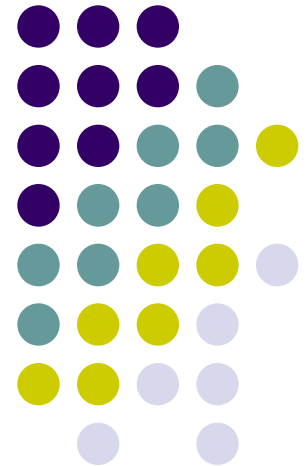
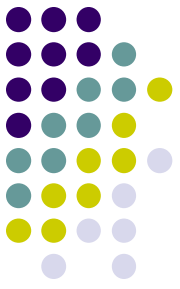


# TERAPIA DI GRUPPO PER I TRAUMI



# PRINCIPALI DESTINATARI DELLA TERAPIA DI GRUPPO



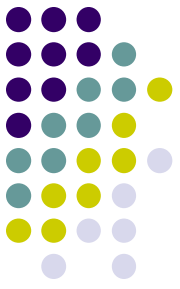
- Soggetti sessualmente abusati in età infantile.
- Soggetti con disturbo post-traumatico da stress (DPTS).
- Donne esposte a violenza domestica.

# DIFFERENZE DI GENERE NEGLI ABUSI SESSUALI



- A differenza degli uomini, le donne subiscono abusi più frequentemente da un familiare.
- Difficilmente gli uomini accettano di entrare in terapia (Struve, 1990). Gli studi, però, suggeriscono che su 3 individui abusati almeno 1 è maschio (Finkelhor et al., 1990; Fritz et al., 1991).
- Quasi tutte le ricerche esistenti suggeriscono, indipendentemente dal sesso della vittima, che gli autori dell'abuso sono prevalentemente maschi (Gordon, 1990; Hunter, 1991).
- La durata dell'abuso è maggiore nelle donne rispetto agli uomini (Hunter, 1991; Kendall-Tackett & Simon, 1992).
- L'età di insorgenza dell'abuso varia da 1 a 17 anni sia per gli uomini che per le donne, mentre l'età in cui l'abuso termina varia da 3 a 18 anni per gli uomini e da 1 a 37 anni per le donne (Gold, Elhai, Lucenko & Swingle, 1998).

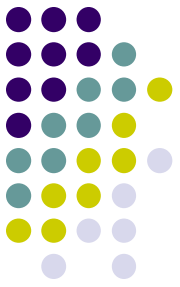
# POSSIBILI NODI PROBLEMATICI INDIVIDUALI (DIFESE)



- Passività
- Silenzio
- Fuga nella dissociazione
- Annichilimento
- Auto ed etero denigrazione
- Minimizzazione
- Difficoltà a riconoscere ed empatizzare con le sofferenze altrui

**Una delle tappe fondamentali per ridurre le difese è il riconoscimento dell'imbroglione messo in atto dall'abusante e la comprensione delle strategie di adattamento all'abuso.**

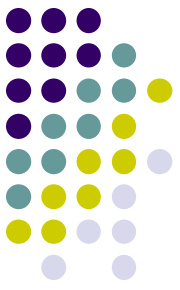
# PRINCIPALI VANTAGGI DELLA TERAPIA DI GRUPPO



L'appartenenza al medesimo gruppo terapeutico permette ai singoli soggetti di affrontare le conseguenze dell'essere vittima:

- L'isolamento
- L'alienazione
- Il congelamento dei sentimenti

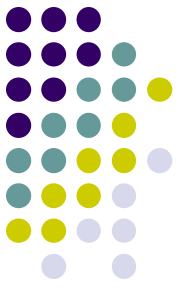
# STUDI EMPIRICI SULLA TERAPIA DI GRUPPO PER SOPRAVVISUTI A TRAUMI



35 studi empirici, di cui:

- 23 CB-based o integrati.
- 11 studi su bambini in età preadolescenziale.
- 3 studi su adolescenti.
- Le donne sono la popolazione più studiata.
- La maggior parte degli studi ha come oggetto persone dello stesso sesso.
- Ci sono pochi studi con uomini e donne nei gruppi di adulti.
- Non ci sono studi su gruppi adulti aventi traumi di natura diversa.

# ANALISI DELLA LETTERATURA



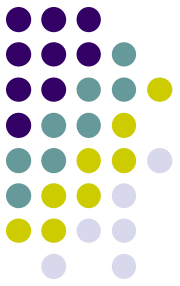
Dopo un'attenta analisi della letteratura, sono state individuate diverse ricerche (esposte successivamente) che mettono in luce i vantaggi della terapia di gruppo. Quasi tutti gli studi includono un'analisi di follow-up e ognuno giunge alla conclusione che i risultati ottenuti durante la terapia si mantengono anche dopo 3-6 mesi e un anno dalla fine del trattamento (Richter, Snider & Gorey, 2000; Alexander et al., 1989; Roberts & Lie, 1989; Stalker & Fry, 1999; Herman & Shatzow, 1984; Richter et al., 1997; Shaw & Muenz, 1998).

# EFFICACIA DELLA TERAPIA DI GRUPPO



- È stato dimostrato che la terapia di gruppo riduce notevolmente i sintomi depressivi, i sintomi psichiatrici e aumenta il livello di autostima (**Alexander et al., 1989; Fischer, Winne e Ley, 1993**), inoltre riduce i sintomi traumatici (**Hughes, 1992; Hazzard et al., 1993**).
- **Richter et al. (1997)** hanno dimostrato, oltre alla diminuzione dei sintomi principali, la capacità della terapia nel rafforzare il sostegno sociale (7 gruppi su 13, tra quelli esaminati, hanno continuato ad incontrarsi anche dopo il trattamento).
- Una ricerca ha confrontato soggetti destinatari di un intervento di gruppo con 15 incontri settimanali di 1.5-2 ore con soggetti di analoga patologia in lista d'attesa; il confronto ha dimostrato la diminuzione del senso di colpa, solitudine ed estraneità oltre a una maggiore fiducia in se stessi e nel futuro (con notevole diminuzione della ideazione suicidaria), e l'analisi di follow-up ha dimostrato che i miglioramenti si mantenevano anche 6 mesi dopo il trattamento (**Gorey, Richter e Snider, 2000**).
- Soggetti inseriti in un gruppo di orientamento femminista basato sulla Psicoterapia Integrativa Del Corpo (IBP) (incontri di 1.5-2 ore per 10-12 settimane) sono stati confrontati con un gruppo di controllo che seguiva un trattamento di terapia individuale, E' stato dimostrato un miglior risultato del gruppo nella riduzione dei sintomi post-traumatici da stress, dell'ansia e della depressione (**Westbury & Tutty, 1999**).
- Un altro studio a lungo termine (durato 2 anni) ha dimostrato migliore autostima, migliore capacità di interazione sociale e riduzione dei problemi sessuali, dopo il trattamento (**Lundqvist & Ojehagen, 1999**).

# RICERCA CON UOMINI E DONNE



Wright, Woo, Muller, Fernades e Kraftchek (2002) hanno condotto uno studio (6 settimane) in cui veniva esaminata l'efficacia del trattamento di gruppo, attraverso la partecipazione dei soggetti a più focus-group (alcuni opzionali, altri obbligatori). Il campione era composto da 113 donne e 19 uomini all'interno dello stesso gruppo, abusati sessualmente, in trattamento ospedaliero e con diagnosi di Disturbo Post-Traumatico da Stress. I risultati hanno evidenziato una notevole riduzione dei sintomi del disturbo, indifferentemente sia negli uomini che nelle donne, e il mantenimento dei risultati anche un anno dopo le dimissioni.

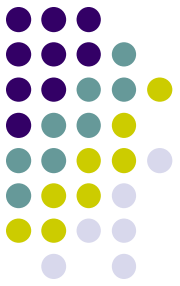
# CARATTERISTICHE DELLA TERAPIA DI GRUPPO



I metodi della terapia di gruppo possono differire quanto a modelli teorici di intervento terapeutico, ma hanno lo stesso set di caratteristiche chiave:

- Appartenenza ad un gruppo con medesimi vissuti traumatici.
- Svelamento e validazione dell'esperienza traumatica.
- Normalizzazione delle risposte legate al trauma.
- Validazione dei comportamenti richiesti per sopravvivere durante il periodo del trauma.
- Superamento dell'idea dell'inefficacia del terapeuta non traumatizzato.

# APPROCCIO AL TRATTAMENTO DEGLI ADULTI

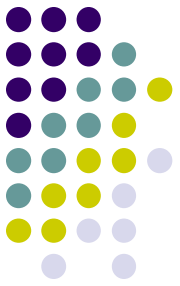


La terapia di gruppo è intesa a ridurre l'ansia legata al trauma e a fornire ulteriori abilità con cui affrontare con successo future manifestazioni dei sintomi.

Tecniche utilizzate nei gruppi CB:

- Esposizione prolungata sistemica
- Tecnica di ricostruzione cognitiva per l'analisi del trauma
- Uso di materiale psicoeducativo

# TECNICHE E RISULTATI



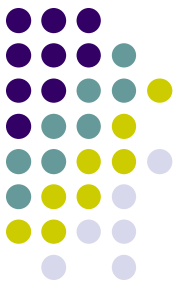
## TECNICHE

- Esposizione.
- Analisi cognitiva e ricostruttiva.
- Addestramento assertivo.
- Stress inoculation (fase educativa, fase di acquisizione, fase di applicazione).
- Gestione delle emozioni.
- Strategia di coping.

## EFFICACIA

- Diminuzione del sentimento di angoscia.
- Maggiore sicurezza.
- Maggiore autostima.
- Diminuzione dei sintomi associati al trauma (ansia, depressione, ideazione suicidaria).
- Diminuzione dei problemi sessuali.

# MODELLO INTEGRATO CPT-SA



Il modello Cognitive Processing Therapy for Sexual Abuse (Chard, Weaver & Resick) prende spunto dal Cognitive Processing Therapy for Rape Victim (Resick & Schnicke, 1993) e si basa su 26 sessioni (di 90 minuti) ripartite in 17 settimane (9 dedicate alla terapia di gruppo e 8 alla terapia individuale):

- **1-3** settimane: creare coesione nel gruppo, esporre informazioni sul Disturbo Post-Traumatico, esaminare dinamiche familiari, sviluppare pensieri alternativi.
- **4-6** settimane: scrivere da 1 a 3 ricordi più dolorosi e leggerli al terapeuta, esplorare pensieri distorti.
- **7-9** settimane: proseguire l'esame dei modelli disfunzionali, istruire il soggetto sulle tecniche cognitive di ristrutturazione del pensiero.
- **10-16** settimane: indagare sulle aree "sicurezza", "fiducia", "autostima", "intimità", rinforzare le credenze funzionali e le interpretazioni adattive.

**I risultati hanno evidenziato una notevole riduzione del Disturbo Post-Traumatico da Stress e dei sintomi correlati, in tutti i partecipanti.**

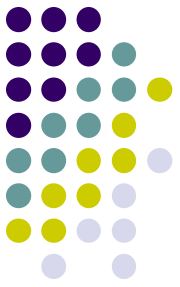
# MODELLI DOMINANTI ALL'INTERNO DELLA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTALE DI GRUPPO



- Teoria emozionale (Foa e Rothbaum, 1998)
- Teoria della rappresentazione duale (Brewin, Dalgleish e Joseph, 1996)
- Teoria cognitiva (Ehlers e Clark, 2000)

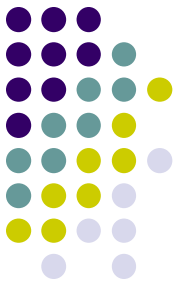
Le tre teorie concettualizzano i ricordi di eventi traumatici come distintamente differenti da altri ricordi.

# TEORIA EMOZIONALE (Foa e Rothbaum, 1998)



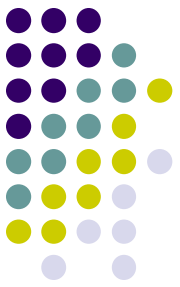
Alla base del disturbo DPTS vi è un persistente fallimento del sistema cognitivo nel risolvere la discrepanza tra la nuova informazione traumatica e i contenuti degli schemi pre-esistenti al trauma.

# TRATTAMENTO LEGATO ALLA TEORIA EMOZIONALE



Esposizione prolungata, durante la terapia, con l'obiettivo di attivare la rete di paura (fear network) ed integrare nuove informazioni per indebolire le associazioni.

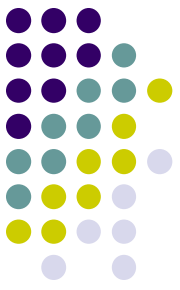
# TEORIA DELLA RAPPRESENTAZIONE DUALE (Brewin, Dangleish e Joseph, 1996)



I ricordi sono immagazzinati in due diversi tipi di sistema:

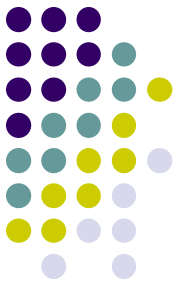
- VAM (memoria verbalmente accessibile): narrazione orale o scritta di eventi accompagnata da valutazioni consce, inclusa quella negativa.
- SAM (memoria accessibile situazionalmente): contiene dati ai quali non è possibile accedere liberamente e non sono disponibili ad essere ordinati progressivamente. Essi sono accessibili solo se stimolati e attivati dalla situazione traumatica originaria e sono fonte dei flashback.

# TRATTAMENTO LEGATO ALLA TEORIA DELLA RAPPRESENTAZIONE DUALE



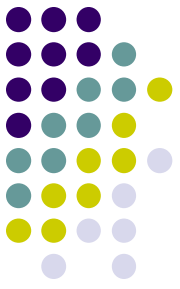
1. Integrare coscientemente l'informazione verbalmente accessibile dei VAM con le proprie concezioni e schemi del mondo.
2. Attivare le informazione dei SAM attraverso le esposizioni a stimoli che possano ricordare l'evento.

# TEORIA COGNITIVA (Ehlers e Clark, 2000)



Il DPTS avviene quando l'analisi di un trauma sfocia in un senso di minaccia interna o esterna. I fattori che contribuiscono a tale senso di minaccia includono la valutazione negativa durante e dopo il trauma (sconfitta mentale, stato mentale pre-trauma in cui la persona si sente incapace di influire sul proprio destino) e la natura del ricordo traumatico integrato.

# TRATTAMENTO LEGATO ALLA TEORIA COGNITIVA

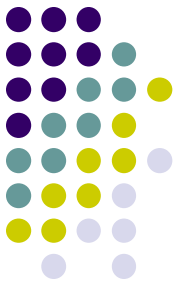


Durante un trauma avvengono due tipi di analisi, che impattano sui ricordi traumatici risultanti:

1. **Analisi concettuale** (incentrata sul significato, sull'organizzazione e la concettualizzazione).
2. **Analisi guidata** (incentrata sulle informazioni sensoriali): fattore di rischio nel DPTS a causa della difficoltà nel far riaffiorare i ricordi intenzionalmente ed integrarli nella narrazione autobiografica della persona.

La ripetizione immaginativa o la scrittura sono le possibili tecniche utili ad accedere a vie alternative di elaborazione ed immagazzinamento degli eventi traumatici.

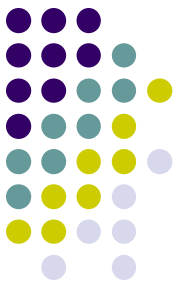
# FATTORI COMUNI DI TRATTAMENTO NEI TRE MODELLI



- Costruire una narrazione verbale del trauma.
- Modificare le valutazioni negative.
- Attivare i ricordi accessibili sensorialmente e situazionalmente.

**La terapia di gruppo si presta bene al raggiungimento di questi obiettivi.**

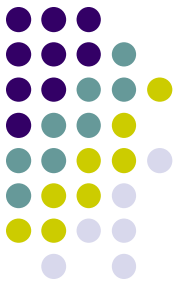
# PREREQUISITI PER IL LAVORO SUI SINTOMI DA STRESS ESTREMO



- Presenza di sintomi psicologici.
- Condizioni stabili di vita.
- Volontà/abilità di tollerare le emozioni intense.

L'uso di uno strumento di valutazione standard  
può essere utile ad individuare i suddetti  
prerequisiti.

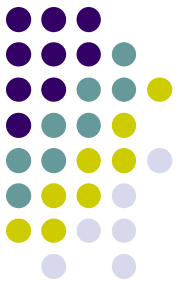
# VALUTAZIONE



Come strategia minima di valutazione sono consigliati:

- **IES-R** (Horowitz, Wilner e Alvarez, 1979)
- **Symptom Checklist 90-Revised** (Derogatis, 1970)
- **Beck Depression Inventory** (Beck, 1967)
- **Trauma Symptom Checklist** (Briere & Runtz, 1989)

# LINEE GUIDA PER LA SELEZIONE DEI PAZIENTI



Per quanto i criteri di inclusione possano essere vari e peculiari, alcuni sono imprescindibili:

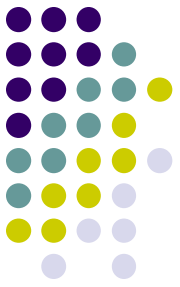
- I soggetti devono essere d'accordo nel partecipare al gruppo.
- I soggetti devono avere la capacità di partecipare agli obiettivi del gruppo.
- I soggetti devono avere la capacità di interagire in maniera appropriata con gli altri membri del gruppo.

• Più ricorrenti appaiono i criteri di esclusione, in quanto potrebbero ostacolare l'esperienza terapeutica di altri membri del gruppo:

- Patologia grave
- Dipendenza da sostanze
- Comportamenti suicidi

Alcuni membri possono richiedere riferimenti per un supporto aggiuntivo. È importante considerare le differenze culturali o etniche

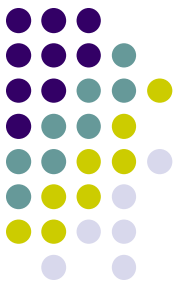
# CARATTERISTICHE DEL TRATTAMENTO



I membri del gruppo partecipano all'analisi del trauma sia relativamente alla propria che all'altrui esperienza.

- a) **Forza della storia personale:** la narrazione personale coinvolge, trasformando in parole la reale reazione nell'esperienza traumatica, così che possa essere comunicata agli altri.
- b) **Potere del supporto:** i soggetti stanno insieme e ascoltano le reciproche esperienze senza giudicare.

# SESSION DESIGN E SEQUENZA CLINICA



Nel modello chiamato trauma focus group therapy (TFGT) le regole di gruppo sono spiegate a tutti i membri in una sessione individuale e preliminare.

Durante l'esposizione ai ricordi traumatici il soggetto può sperimentare aggravamento dei sintomi PTSD.

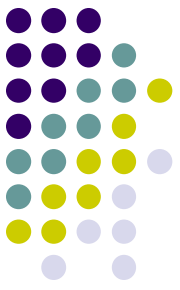
## Regole:

- Bisogno di frequenza coerente
- Uso di tono positivo nel dare feedback
- Abilità di esercitare riservatezza riguardo l'identità dei membri e le informazioni discusse nel gruppo
- In ogni gruppo CB ci sono 6 membri e 2 facilitatori
- I compiti a casa sono parte cruciale del trattamento
- Il gruppo si incontra una volta al mese per 5 mesi

Ci sono diversi tipi di sessione (**introduttiva, incentrata sul trauma, prevenzione delle ricadute e terminali**)

# SESSIONE INTRODUTTIVA

## (90 min)



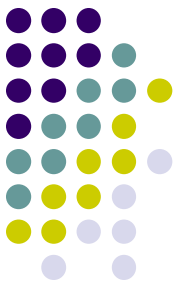
### TERAPEUTI

- Fornire informazioni sul processo di cura
- Informare sulla intensità del trattamento
- Insegnare a rinforzare abilità di coping di base
- Preparare i membri all'analisi del trauma
- Fornire ai facilitatori e agli altri membri ulteriori informazioni sui partecipanti
- Stabilire regole chiare
- Costruire coesione tra i membri
- Discutere delle aspettative realistiche sul risultato

### MEMBRI

- Condurre inventario personale delle strategie di coping attuali
- Elencare sintomi PTSD
- Esplorare la loro infanzia e adolescenza (autobiografie preliminari)
- Descrivere temi chiave (coping in giovane età, risposta personale, familiare e dei pari al trauma, background culturale e religioso)
- Identificare scena del trauma/esame del coping (selezionare scene stressanti legate alla sintomatologia attuale e alle paure)

# SESSIONE INCENTRATA SUL TRAUMA (120 min)



Identificare la scena traumatica ed esporre sistematicamente gli aspetti chiave degli eventi traumatici: dopo che il soggetto ha descritto la sua esperienza, si identificano le distorsioni cognitive, le quali si discuteranno con i membri che hanno vissuto esperienze simili.

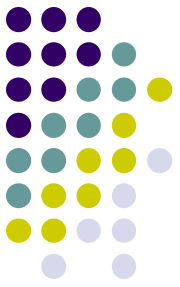
I membri focalizzano le percezioni sensoriali, i pensieri e le reazioni emotive che hanno avuto luogo durante l'incidente (i facilitatori forniscono minimi suggerimenti).

Al membro viene data una registrazione della propria narrazione.

Come compito a casa viene chiesto di iniziare un processo di auto-esposizione.

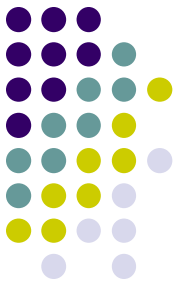
L'obiettivo è ridurre le paure dei ricordi e migliorare l'autocontrollo, accompagnando emozioni negative di coping adattive in condizioni di ansia.

# SESSIONE SULLA PREVENZIONE DELLE RICADUTE (90 min)



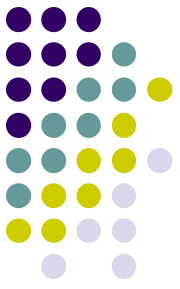
- Pianificazione per eventuali difficoltà, dopo le dimissioni
- Individuazione di scenari individuali di rischio e risposte positive
- Continua pratica delle abilità di coping
- Fornire un periodo per consolidare le esperienze durante l'esposizione
- Integrazione dell'esperienza traumatica
- Prevenzione di ricadute
- Gestione della rabbia
- Esercizi per identificare situazioni ad alto rischio
- Contrattazione comportamentale (impegno scritto nel coping)

# SESSIONE TERMINALE (90 min)



- Svezzare gradualmente i membri dalla loro dipendenza dal gruppo
- Affrontare le difficoltà che i membri incontrano nel rispettare il loro contratto di riabilitazione

# DROP-OUT



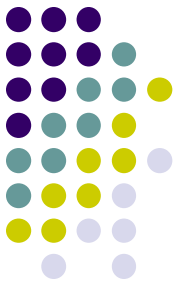
Nella review di 13 studi sulla terapia di gruppo di Kessler, White, Nelson, 2003, la percentuale di drop out si aggirava tra il 7% il 35%. E' difficile individuarne con chiarezza le cause. Le più ricorrenti sono:

- Circostanze imprevedibili
- Non desidera più continuare con il gruppo
- Diventa potenziale suicida
- Fa uso incontrollato di alcol o droga
- Ha un attacco psicotico
- Manca a più di 3 incontri consecutivi

Va notato che più autori segnalano un aumento temporaneo della depressione durante il trattamento di gruppo

In caso di drop-out di un soggetto, il conduttore dovrebbe usare il tempo di check-in all'inizio di ogni sessione per rivedere le reazioni dei membri rimasti.

# SERVIZI AGGIUNTIVI

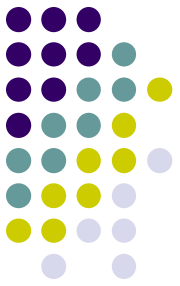


I membri del gruppo spesso mostrano fattori di stress e crisi che possono interferire con l'abilità dell'individuo di focalizzarsi sul contenuto del gruppo.

Questi problemi possono essere identificati durante il check-in e riferiti per servizi aggiuntivi fuori dal gruppo.

Identificare queste potenziali distrazioni è fondamentale per il progresso del gruppo, in quanto potrebbero favorire l'evitamento e ostacolare il lavoro programmato.

# CONTROTRANSFERT TRAUMATICO



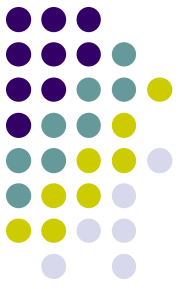
Il lavoro sul trauma può esporre i clinici a sofferenza, aggressività e stress.

La presenza di co-leader è estremamente utile per la risoluzione dei problemi.

I co-leader devono:

- Lavorare in gruppo
- Fornire supervisioni tra colleghi
- Fornire feedback costruttivi per tutto il protocollo di trattamento

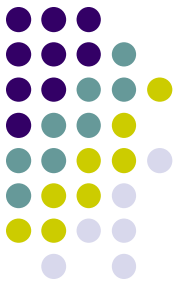
# POSSIBILI SVILUPPI



- Comparare l'efficacia dei gruppi composti da generi misti con quelli composti da un solo genere (es. strage: dove non ci sono evidenti problemi di genere).
- Estendere il periodo post-trattamento a 6-12mesi.
- Comparare le varie durate dei gruppi (brevi <10 sessioni, estese >15 sessioni).
- Identificare i fattori individuali associati a risultati di trattamento differenti.

I terapeuti dovrebbero avere abilità sia in terapia di gruppo sia nella valutazione e nel trattamento dei traumi.

# APPROCCIO AL TRATTAMENTO DEI BAMBINI E DEGLI ADOLESCENTI



Il fondamento logico della terapia di gruppo con bambini e adolescenti (8-24 sessioni settimanali) è pressochè lo stesso che per gli adulti: fornisce, durante l'analisi del trauma, un ambiente condiviso e sicuro ed un supporto reciproco.

Tecniche utilizzate nel gruppo CB:

- Psicoeducazione familiare
- Addestramento all'abilità di coping
- Terapia dell'esposizione
- Ricostruzione cognitiva
- Uso di materiale psicoeducativo