



UNIVERSITÀ DELLA VALLE D'AOSTA
UNIVERSITÉ DE LA VALLÉE D'AOSTE

DIPARTIMENTO DI SCIENZE UMANE E SOCIALI
CORSO DI LAUREA IN SCIENZE E TECNICHE PSICOLOGICHE

Anno accademico 2023/2024

Tesi di laurea

**Gruppi analitici e trauma collettivo: intervento dell'AGPA con sopravvissuti all'attacco
delle Twin Towers.**

RELATORE:

Maurizio Gasseau

STUDENTE: 21D0391

Camilla Comune

INDICE

INTRODUZIONE	4
CAPITOLO 1: Il Trauma	8
1.1 definizione e caratteristiche del trauma	8
1.2 Impatto psicologico a breve e lungo termine	16
1.3 Disturbi correlati al trauma (DPTS)	19
CAPITOLO 2: Gruppi Analitici e Processi di Elaborazione del Trauma.	26
2.1 Processi di elaborazione del trauma nei contesti dei gruppi analitici	26
2.2 Esempio pratico di gruppo analitico post-trauma	42
CAPITOLO 3: Analisi dell'Attacco alle Twin Towers	47
3.1 Ricostruzione fattuale dell'attacco alle Twin Towers	47
3.2 Impatto psicologico dell'attacco alle Twin Towers	49
3.3 Intervento dell'American Group Psychotherapy Association (AGPA)	51
CONCLUSIONI	58
BIBLIOGRAFIA	61
SITOGRAFIA	68

“C'era una finestra di 20 minuti che le persone avevano dopo che il primo aereo colpì la seconda torre del World Trade Center. Le persone potevano scappare con la vita o essere schiacciate dal crollo dell'edificio o vaporizzate dal carburante per aerei a 2.000 gradi. Il lavoro con il trauma ci pesa. Le persone ci identificano, i terapeuti, con il trauma. Nella comunità, le persone ci associano all'aspetto del trauma che trovano indigesto; troppe storie del suono dei corpi che urlano verso la terra solo per schiantarsi a terra. Tutti quelli trattati erano disorientati. Alcuni erano distaccati, altri sconvolti, tutti profondamente colpiti dalla magnitudine del trauma. Traumi precedenti sono riemersi come il gonfiore dopo una puntura di zanzara. Erano appena sotto la superficie e sono emersi in risposta all'insulto del trauma attuale. Ho cominciato a essere irritato con i colleghi in tutto il paese mentre intellettualizzavano il trauma e davano teorie per il supporto e la comprensione. Detestavo le loro teorie. Detestavo i miei buoni amici e colleghi che non erano in contatto con la magnitudine del dolore che stavamo vivendo tutti. Ventidue minuti hanno trasformato il mondo.”

Richard Beck, 13/09/01

INTRODUZIONE

Il presente lavoro esplora il tema del trauma collettivo attraverso l'analisi dell'intervento condotto dall'*American Group Psychotherapy Association* (AGPA) con i sopravvissuti all'attacco delle Twin Towers dell'11 settembre 2001. Questo evento, che ha segnato profondamente la storia contemporanea, ha lasciato cicatrici indelebili non solo sulle persone direttamente coinvolte, ma anche sull'intera nazione e, in misura diversa, su scala globale.

La decisione di affrontare questo tema per la tesi di laurea nasce dal mio interesse per il trauma e la sua cura, ho sempre voluto comprendere meglio come le persone possano superare eventi traumatici e quando il mio professore mi ha suggerito di esplorare l'11 settembre 2001, ho trovato che fosse un modo interessante per approfondire l'argomento.

Analizzare l'intervento dell'*American Group Psychotherapy Association* (AGPA) con i sopravvissuti mi ha permesso di indagare più a fondo come il supporto di gruppo possa aiutare nel processo di guarigione, arricchendo così la mia comprensione del tema.

Nel primo capitolo inizieremo con una definizione e una discussione delle caratteristiche fondamentali del trauma. Questa sezione esplorerà la definizione del trauma nel contesto clinico e le varie forme con cui esso si manifesta, fornendo una base teorica per comprendere le sue complessità; in seguito esamineremo l'impatto psicologico a breve e lungo termine del trauma analizzando le conseguenze immediate e durature sui soggetti colpiti. Infine, andremo ad analizzare i disturbi correlati al trauma, con un focus specifico sul Disturbo

Post-Traumatico da Stress (DPTS), esplorando i criteri diagnostici e le sfide nel trattamento.

Nel secondo capitolo andremo ad esaminare l'approccio dei gruppi analitici nella gestione del trauma analizzando i processi di elaborazione del trauma all'interno di questi gruppi e offrendo una panoramica di come il supporto collettivo e la dinamica di gruppo possano facilitare il processo di guarigione. Infine, verrà presentato anche un esempio pratico di gruppo analitico post-trauma, illustrando un caso concreto e le metodologie utilizzate per

trattare il trauma in contesti di gruppo, con l'obiettivo di dimostrare l'efficacia di questi interventi nel supportare i pazienti.

Nel terzo capitolo, ci concentreremo su uno degli eventi traumatici più significativi della storia recente: l'attacco dell'11 settembre 2001. Innanzitutto verrà esposta un'accurata ricostruzione fattuale dell'attacco, descrivendo gli eventi chiave e le loro conseguenze immediate. Successivamente, esploreremo l'impatto psicologico dell'attacco sulle vittime, sui sopravvissuti e sulla società nel suo complesso, prendendo in considerazione le conseguenze a lungo termine e le reazioni emotive. In conclusione, ci focalizzeremo sull'intervento dell'*American Group Psychotherapy Association (AGPA)*, esplorando le strategie e le azioni intraprese per affrontare il trauma e supportare coloro che sono stati colpiti dall'attacco.

Desidero ringraziare di cuore tutte le persone che hanno contribuito alla realizzazione di questo lavoro e che mi sono state accanto durante questo percorso.

Per cominciare vorrei esprimere la mia gratitudine al mio relatore, Maurizio Gasseau, per la sua guida e il suo prezioso supporto. Le sue conoscenze e i suoi suggerimenti sono stati fondamentali per orientare il mio lavoro e per superare le difficoltà.

Un particolare riconoscimento va anche a Richard Beck che non solo mi ha fornito vari materiali ma mi ha anche messo in contatto con lo staff dell'*American Group Psychotherapy Association* (AGPA).

Sono immensamente grata ai miei genitori, la mia mamma e il mio papà, che sono stati la mia roccia in ogni momento. Avete creduto in me anche quando io stessa non ci riuscivo e mi avete sempre dato la forza di andare avanti con la vostra pazienza e il vostro incoraggiamento. Senza di voi questo traguardo non sarebbe stato possibile e spero con tutto il cuore di avervi reso fieri di me. Vi voglio bene più di quanto le parole possano esprimere.

Un pensiero speciale va alla mia nonna che, prima di ogni esame, mi ha sempre incoraggiato con la sua solita frase: "dai che tu sei brava". Sono davvero contenta che tu possa essere qui a vedermi superare questo traguardo e spero tu possa rimanere al mio fianco per vederne ancora tanti altri!

Un ringraziamento speciale va ai miei fratelli, Martina e Andrea per il loro supporto e per essere sempre stati al mio fianco, sia nei momenti di gioia che in quelli da "aiuto voglio mollare tutto", ringrazio anche la mia nipotina Arianna che ha sempre saputo corrompermi facendomi scegliere Harry Potter al posto dei libri! Un grazie sincero anche a Piero.

Ringrazio gli zii, Paolo e Michela, per aver sempre mostrato interesse per il mio percorso universitario.

Un grazie di cuore va ad Anna che nell'ultimo anno è stata una presenza costante e preziosa e di questo non posso che esserne grata.

Vorrei ringraziare anche Mari, la mia migliore amica, la mia compagna di avventure, disavventure e mille altre follie! Nonostante io abbia ancora il dubbio che tu non sappia precisamente in cosa io mi stia laureando sei sempre stata al mio fianco, pronta a sostenermi e a tirarmi su di morale nei momenti più bui. Sei e sarai sempre insostituibile per me.

Per ultimo, ma non per importanza , vorrei ringraziare Franca, la mia compagna di battaglie universitarie e carissima amica che mi è stata accanto nelle giornate più difficili. Durante questa esperienza la tua amicizia e il tuo supporto sono stati molto preziosi, abbiamo affrontato mille sfide tra notti insonni e mattinate piene di ansie. Sono così contenta di poterti finalmente dire che, insieme, ce l'abbiamo fatta!

CAPITOLO 1: Il Trauma

1.1 definizione e caratteristiche del trauma

Il trauma psicologico è un argomento molto complesso che ha attirato l'attenzione di molti studiosi negli anni.

Dal punto di vista etimologico la parola trauma deriva dal verbo greco *τραῦμα*, che significa “perforare”, “danneggiare”, “ledere”, “rovinare” e contiene un duplice riferimento, ovvero, a una ferita con lacerazione, ed agli effetti di un urto, di uno shock violento sull'insieme dell'organismo.

Fino a metà del Settecento, le persone con malattie psicosomatiche non si affidavano alla medicina ufficiale, ma piuttosto ad una serie consolidata di tradizioni mediche umorali e popolari che avevano radici antiche.

A partire dalla fine del Settecento, si assiste ad una costante produzione di nuove teorie mediche riguardanti i nervi, che introducono nuovi modi di interpretare i sintomi.

Con l'introduzione dell'idea che i tessuti siano "eccitabili", i medici iniziano a interrogarsi non più sugli squilibri negli umori, ma piuttosto sull'eventuale ipereccitazione del sistema nervoso. Le scoperte relative alla spina dorsale come centro della comunicazione nervosa si riflettono in nuove rappresentazioni del corpo umano, tra queste, la più influente è la diagnosi di "irritazione spinale"¹, un concetto di grande successo che segna l'inizio di ciò che è stato definito il condizionamento medico nella formazione dei sintomi (Shorter,1992).

Parallelamente, prende avvio la storia del trauma psichico, in un'epoca in cui, a metà Ottocento, il mondo era sia affascinato che spaventato da uno dei simboli più potenti della nascente società industriale: la ferrovia.

¹ Una diagnosi, proposta da Thomas Brown nel 1828, inizia a diffondersi tra i chirurghi e i farmacisti inglesi, raggiungendo il suo apice intorno al 1850. Questa diagnosi si basa sull'idea che una malattia invisibile ma reale della spina dorsale possa essere la causa di vari disturbi fisici. Per trattare questa condizione, iniziano a proliferare e diffondersi gli stabilimenti termali.

E' allora che i due simboli della modernità, ovvero, la ferrovia e l'irritazione spinale, si incontrano, dando luogo alla prima descrizione di un complesso di sintomi di tipo post traumatico, la "railway-spine"².

Nel 1883, Herbert Page pubblica una monografia sugli incidenti ferroviari "senza lesioni meccaniche apparenti", basata sulla nozione di "shock nervoso", egli sostiene che la sola paura possa causare i sintomi nervosi osservati negli incidenti ferroviari.

Da quel momento, diversi studiosi iniziarono a esaminare la natura dei disturbi nervosi causati dalla paura, tra questi troviamo Adolf Strümpell che nel 1884 introdusse il concetto di "trauma psichico".

Strümpell sosteneva che un incidente violento poteva far sorgere nell'individuo preoccupazioni sul futuro e che le sensazioni fisiche accompagnate ad esso, come, ad esempio, mal di testa, tremori e dolori localizzati, potevano dare origine a rappresentazioni mentali patologiche.

Tuttavia, il contributo più celebre e influente di quegli anni è stata la dimostrazione del meccanismo psichico delle paralisi istero-traumatiche da parte di Jean Martin Charcot.

Charcot notò che molte persone che avevano subito incidenti, per esempio, in stazioni ferroviarie o grandi cantieri, sviluppavano sintomi strani e complessi che sembravano non avere una causa fisica apparente, egli denominò questi sintomi come "isteria traumatica" e suggerì che non erano causati da danni fisici, ma da un tipo di "lesione dinamica".

Negli anni seguenti Charcot aveva poi esplorato questo quadro attraverso l'ipnosi e nell'anno accademico 1884-85 era riuscito a fornire una dimostrazione del "meccanismo psichico" alla base di questi sintomi: la paralisi istero-traumatica, ossia la paralisi che insorge dopo un incidente in persone con una disposizione isterica.

² Descritta per la prima volta dal chirurgo inglese John Eric Erichsen nel suo libro *On railway and other injuries of the nervous system* [Sulla ferrovia e altre offese del sistema nervoso].

Le conclusioni di Charcot erano le seguenti: un incidente può generare l'idea di essere incorso in un grave danno e questa idea può a sua volta diventare "patogena" e causare una paralisi, in certe condizioni mentali di annebbiamento e dissociazione della coscienza, analoghe allo stato ipnotico o alla condizione isterica. L'idea patogena era considerata da Charcot come un parassita insediatosi nella corteccia motoria e il disturbo nervoso come una "lésion dynamique"³, la quale, sebbene fosse individuabile unicamente con la psicologia, era tuttavia concepita come malattia reale, ben ancorata nella neurofisiologia.

Sebbene Charcot abbia introdotto queste idee nuove, dava ancora molta importanza alla predisposizione ereditaria, ritenendo che solo le persone con una certa predisposizione genetica potessero sviluppare l'isteria dopo un trauma.

Dopo la dimostrazione di Charcot, l'ideogenesi diventa un nuovo paradigma e l'interpretazione psicologica viene estesa ad un maggior numero di sintomi post-traumatici, i quali vengono riconosciuti come dipendenti da una "idea fissa" conscia o inconscia che, dopo l'incidente, continua a essere rimuginata, pensata ossessivamente e sognata in modo ricorrente.

Passiamo ora alla nascita del pensiero psicoanalitico e parliamo di Sigmund Freud il quale debutta come neuropatologo durante gli anni centrali del processo di psicologizzazione del trauma. Freud, grazie ad un viaggio di studi a Parigi, frequenta le lezioni di Charcot nel 1885-86, quindi solo pochi mesi dopo la famosa dimostrazione del "meccanismo psichico" delle paralisi istero-traumatiche.

Nel 1889, Freud comincia ad adottare la psicoterapia e, tra il 1893 e il 1894, pubblica i suoi primi studi sul "meccanismo psichico" delle nevrosi. Insieme a Josef Breuer, nei loro "Studi sull'isteria"⁴ (1892-95), dimostrano che i sintomi isterici sono strettamente associati a traumi

³ Lesione del sistema nervoso che era reale durante la vita, ma non era più riscontrabile nel corpo dopo la morte, durante l'esame anatomico.

⁴ Freud, S., & Breuer, J. (1895). *Studi sull'isteria* (1892-1895). In S. Freud, *Opere* (Vol. 2, pp. 7-308). Torino: Boringhieri. (Pubblicato originalmente nel 1895).

specifici, cioè ad esperienze particolarmente dolorose o stressanti che stimolano reazioni come paura o angoscia. Secondo loro, combinando questi traumi alla sensibilità individuale, l'esperienza diventava traumatica e quindi, anche dopo molto tempo, il ricordo del trauma poteva continuare ad influenzare negativamente la persona, specialmente se il trauma non era stato elaborato correttamente.

Ma Breuer e Freud avevano opinioni diverse su come i sintomi si sviluppavano, infatti, Breuer riteneva che alcune persone tendessero naturalmente a dissociarsi, cioè a distaccarsi mentalmente dalla realtà e che questo fosse il motivo per cui sviluppavano sintomi isterici, questa condizione fu chiamata "isteria da stato ipnoide".

Freud, d'altra parte, riteneva che le persone rimuovessero dalle loro menti i ricordi dolorosi come meccanismo di difesa, e questo portava ai sintomi dell'isteria, quest'altra condizione fu, invece, chiamata "isteria da difesa". Inoltre, Freud si interessò molto all'importanza dei traumi sessuali, mentre Breuer non dava molta importanza a questo aspetto.

Successivamente, Freud modificò le sue idee sul trauma, infatti, fino al 1897 riteneva che tutte le nevrosi derivassero da traumi sessuali infantili ma in seguito iniziò a mettere in dubbio questa visione, ipotizzando che i ricordi traumatici che i pazienti gli raccontavano erano in realtà espressioni di desideri profondi e nascosti. Freud sostiene che il trauma non è un evento esterno, ma è il prodotto dell'individuo stesso in forma di fantasia, quindi, anche se un trauma poteva essere reale, il modo in cui influenzava la mente era in parte basato su fantasie e desideri personali.

Questa riflessione rappresenta un importante punto di snodo della psicoanalisi, che segna il passaggio dall'eziologia traumatica all'eziologia psichica dell'isteria.

Negli anni seguenti, l'approccio psicoanalitico si evolse verso una comprensione relazionale ed evolutiva del trauma con Sándor Ferenczi che introdusse l'idea di trauma relazionale,

derivante da esperienze di trascuratezza vissute dal bambino all'interno del proprio ambiente familiare.

D. Winnicott e altri psicoanalisti come M. Klein e W. Bion, hanno successivamente esplorato come le prime relazioni e la qualità della cura parentale influenzassero lo sviluppo e la vulnerabilità psicopatologica.

M. Klein sottolineò l'importanza delle esperienze affettive positive nella salute psicologica⁵, mentre W. Bion enfatizzò il ruolo della funzione materna nel contenimento dell'angoscia⁶.

Questi fondamenti psicoanalitici hanno gettato le basi per la comprensione del trauma e delle sue implicazioni; ora ci concentreremo sulle definizioni più moderne, come quella fornitaci dal DSM-5 (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali) che definisce il trauma come un'esperienza diretta o testimoniata che implica l'esposizione a minacce di morte, lesioni gravi o violenza sessuale, questi eventi devono essere vissuti con una risposta di impotenza, paura o orrore. (American Psychiatric Association, 2013)

Inoltre, la definizione fornitaci dal DSM-5 riflette sulla natura soggettiva del trauma, il che significa che un evento traumatico può variare molto tra le percezioni e le situazioni individuali siccome è influenzato da fattori personali, sociali e culturali.

Secondo la psichiatra Judith Herman, nel suo libro "*Guarire dal trauma: Affrontare le conseguenze della violenza*"⁷, il trauma è definito come un'esperienza che sovraccarica le

⁵ Melanie Klein, pioniera della psicoanalisi infantile, ha sottolineato come le esperienze affettive positive, specialmente quelle legate alla relazione precoce con la figura materna, siano fondamentali per lo sviluppo di un sé sano e per la capacità dell'individuo di affrontare le ansie primitive. Vedi, ad esempio, Klein, M. (1932). *La psicoanalisi dei bambini*. London: Hogarth Press.

⁶ Wilfred Bion ideò la nozione di "funzione alfa" per descrivere il processo mediante il quale la madre trasforma le angosce grezze del bambino in pensieri tollerabili, attraverso un processo di contenimento. Questo concetto è centrale nel suo lavoro sull'importanza della relazione madre-bambino nella gestione dell'angoscia. Vedi Bion, W. R. (1962). *Learning from Experience*. London: Heinemann.

⁷ Herman, J. L. (2005). *Guarire dal trauma: Affrontare le conseguenze della violenza*. Roma: Magi Edizioni.

capacità di adattamento dell'individuo e lascia alla vittima un senso di impotenza estrema.

(Judith L. Herman,2005)

Questo può includere sia eventi isolati come un incidente automobilistico o un'aggressione, sia esperienze prolungate come l'abuso infantile o la violenza domestica.

L'elemento chiave, quindi, è la percezione dell'individuo di essere incapace di far fronte alla situazione portandolo così a sperimentare una disorganizzazione delle risposte emozionali e comportamentali, i sintomi del trauma tendono a scollegarsi dalla loro origine, sviluppando una vita propria.

Chi ha vissuto una situazione traumatica sente e agisce come se il suo sistema nervoso fosse disconnesso dal presente e questa frammentazione è alla base del disturbo post-traumatico da stress, di cui parleremo in seguito.

Judith Herman evidenzia inoltre che gli eventi traumatici destabilizzano le relazioni umane fondamentali, rompendo i legami affettivi familiari, amicali, amorosi e comunitari, distruggendo così la costruzione del Sé che si è formata in relazione agli altri. (Judith L. Herman,2005)

Gli eventi traumatici minano anche le aspettative fondamentali della vittima sulla sicurezza del mondo, una sicurezza acquisita nei primi anni di vita in relazione alla figura di accudimento e che sostiene una persona per tutta la vita, costituendo la base del sistema di relazioni e fiducia. Le persone traumatizzate si sentono abbandonate da tutti e vivono in uno stato di alienazione, con un distacco che pervade ogni relazione, dai legami più intimi e familiari alle diverse forme di aggregazione comunitaria e religiosa. Quando la fiducia è perduta, il soggetto traumatizzato percepisce di più la morte che la vita. (Judith L. Herman,2005)

Herman illustra anche quali sono le reazioni emotive che riaffiorano dopo eventi traumatici, queste emozioni sono la vergogna e il dubbio.

La vergogna emerge come risposta all'impotenza, alla violazione dell'integrità fisica e alla dignità offesa di fronte ad un'altra persona. Il dubbio riflette l'incapacità di mantenere una prospettiva individuale mentre si è in relazione con gli altri.

Dopo l'evento traumatico, quando i sopravvissuti riflettono sul proprio comportamento, i sentimenti di colpa e il senso di inferiorità invadono quasi ogni aspetto della loro vita.

La colpa può essere vista come un tentativo di trarre qualcosa di positivo dal disastro e di riacquistare un certo senso di potere e controllo, perché immaginare di poter fare qualcosa di diverso può essere più tollerabile che affrontare la realtà di una completa impotenza.

Secondo Judith Herman nessuno è immune agli effetti di un trauma severo, semplicemente le differenze individuali influenzano il modo in cui il trauma si manifesta. (Judith L. Herman, 2005)

Quindi, la storia personale, lo stile di adattamento, i conflitti emotivi e le capacità di resistenza di ciascun individuo giocano un ruolo significativo.

Le persone più resistenti allo stress tendono ad avere un alto livello di socievolezza e una forte percezione del controllo sulla propria vita ma comunque nessuna caratteristica individuale può garantire una protezione completa contro gli effetti del trauma.

Infine, J. Herman illustra come il supporto sociale può attenuare l'impatto di un evento traumatico, mentre una risposta negativa può peggiorare la condizione della vittima; ella spiega che dopo un trauma, i sopravvissuti sono particolarmente vulnerabili e il loro senso del Sé, distrutto dall'evento, può essere ricostruito solo attraverso le relazioni con gli altri.

Per cui il sostegno emotivo proveniente da familiari e amici è cruciale per ristabilire un minimo di fiducia, siccome la vittima, come abbiamo già detto precedentemente, è terrorizzata dall'idea di essere abbandonata e ha bisogno di rassicurazioni sulla sicurezza e la protezione. Anche la risposta della comunità gioca un ruolo cruciale nella risoluzione del trauma, in quanto, la riconciliazione tra la vittima e la comunità dipende dal riconoscimento

pubblico del trauma e dall'azione della comunità per affrontare le responsabilità e riparare il danno. Riconoscimento e riparazione, quindi, sono due elementi essenziali per ricostruire nel sopravvissuto un senso di ordine e giustizia. (Judith L. Herman,2005)

Un altro importante contributo per quanto riguarda la definizione di trauma è stato fornito da Bessel van der Kolk, uno dei più importanti pionieri nella ricerca e nel trattamento del trauma, egli nel suo libro "*Il corpo accusa il colpo: Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche*"⁸ spiega come il trauma possieda anche un'importante dimensione somatica. Egli descrive come il corpo e la mente rispondono in maniera integrata alle esperienze traumatiche, mostrando sintomi che possono includere una risposta di "lotta o fuga".

Van der Kolk sottolinea che il trauma può influire sulla capacità di un individuo di regolare le emozioni, formare relazioni sicure e gestire lo stress, in quanto, il trauma oltre che a cambiare la realtà dell'individuo può anche causare grandi cambiamenti nel funzionamento del cervello e del corpo.(Bessel Van Der Kolk,2014)

La definizione di trauma è stata poi notevolmente ampliata dall'*American Psychological Association* (APA) che a seguito di vari studi ha affermato che il trauma può derivare da un qualsiasi evento che è in grado di provocare alti livelli di stress fisico ed emotivo eccedendo così le capacità di coping dell'individuo. Quindi il trauma può essere causato non solo da eventi catastrofici ma anche da esperienze di stress cronico o prolungato.

Un ultimo concetto importante da aggiungere è quello fornito dal *National Institute of Mental Health* (NIMH), ovvero che le risposte traumatiche possono variare notevolmente da persona a persona a seconda di vari fattori che includono: età, contesto culturale e la presenza o meno di un supporto sociale.

⁸ Van Der Kolk, B. (2014). *Il corpo accusa il colpo: Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche* (trad. it. Raffaello Cortina). Milano: Raffaello Cortina.

Quindi, possiamo affermare che il trauma ha anche un'importante dimensione soggettiva, in quanto ciò che è traumatico per una persona può non esserlo per un'altra.

1.2 Impatto psicologico a breve e lungo termine

Al di là della definizione adottata, i traumi variano notevolmente per natura, intensità, frequenza e fattori concomitanti, la soggettività dell'esperienza traumatica rende impossibile creare un elenco esaustivo di tutte le potenziali esperienze traumatizzanti.

Tuttavia, una possibile classificazione prevede la distinzione tra traumi singoli e multipli (diversi tipi di traumi o la ripetizione dello stesso trauma nel tempo) e il loro raggruppamento in due macro categorie:

- 1) traumi con la «T» maiuscola, che corrispondono a esperienze traumatiche estreme come catastrofi naturali (terremoti, inondazioni) o azioni dannose provocate dall'uomo (incidenti, violenze, attacchi terroristici) che comportano pericoli gravi per la vita o l'integrità fisica propria o di persone care;
- 2) traumi con la «t» minuscola, che si riferiscono a esperienze traumatiche meno estreme, ma comunque caratterizzate da una percezione intensa di pericolo e da una natura cronica, il cui potenziale traumatico deriva dalla loro costante ripetizione. Questi piccoli traumi possono essere di natura relazionale e non immediatamente traumatici, ma accumulano un effetto dannoso se prolungati nel tempo.

Nonostante la distinzione tra «Traumi» e «traumi» possa sembrare intuitiva, è importante notare che non è universalmente accettata né utilizzata da tutti i clinici e ricercatori nel campo del trauma. Questa differenziazione può apparire eccessivamente semplificata e potrebbe non riflettere adeguatamente tutte le situazioni in cui minacce drammatiche e meno evidenti si manifestano all'interno di contesti di stress cronico.

Riferendosi in particolare all'impatto delle diverse tipologie di traumi sullo sviluppo del bambino, la psichiatra Lenore C. Terr (2009)⁹ ha proposto una classificazione simile, ma non totalmente sovrapponibile:

- 1) traumi di tipo I: Si riferiscono a eventi singoli, circoscritti e inaspettati, il cui ricordo è relativamente completo e dettagliato. Esempi tipici includono incidenti automobilistici, disastri naturali o la morte improvvisa di una persona cara;
- 2) traumi di tipo II: Si riferiscono a esposizioni prolungate e ripetute a circostanze estreme. La ripetizione è accompagnata da un senso di anticipazione che mobilita strategie di coping come il diniego o la dissociazione. Esempi tipici includono abusi fisici o sessuali prolungati, violenza domestica cronica, o vivere in una zona di guerra.

Come già detto, queste due classificazioni non sono equivalenti: i traumi di tipo II di Terr difficilmente rientrano nella categoria dei traumi micro. Tuttavia, entrambe le categorie condividono la caratteristica di essere interpersonali e avere un effetto cumulativo.

Comunemente, dopo un'esperienza travolgente, l'individuo può avere una risposta di allarme che, sebbene disturbante, è fondamentalmente fisiologica; nella maggior parte dei casi questa risposta si esaurisce naturalmente quando la persona si rende conto di non essere più in pericolo ma, in alcune circostanze, la risposta adattiva persiste, portando allo sviluppo di sintomi post-traumatici.

L'interazione tra vari fattori di rischio e protettivi, sia interni che esterni all'individuo, determina se questa sintomatologia evolverà in un disturbo.

Inoltre, è bene aggiungere che la risposta a un evento critico può variare a seconda del livello di consapevolezza della persona: si può essere inconsapevoli della possibilità che un evento traumatico accada, oppure si può essere consapevoli che, vivendo in certi contesti, come in un paese in guerra, questo possa verificarsi in qualsiasi momento.

⁹ Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148(1), 10-20.

Quest'ultima consapevolezza può generare disagi e sofferenze che vanno dalla costante allerta fino alla totale svalutazione del pericolo imminente. Al momento dell'evento critico, l'impatto sconvolge i meccanismi di difesa e le strategie di coping, lasciando spazio a sentimenti come paura, ansia, incredulità, e comportamenti automatici o di ottusità emotiva. È importante ricordare che ogni tipo di reazione a questi eventi è “normale”; è l'evento stesso a essere patologico.

Successivamente all'impatto, i sopravvissuti si trovano a dover verificare le conseguenze dell'evento, un compito estremamente stressante sia dal punto di vista fisico che emotivo.

Le reazioni psicologiche possono essere descritte in quattro fasi (Young et al., 2002)¹⁰:

- 1) Fase eroica: Durante questa fase iniziale, i sopravvissuti si mobilitano per soccorrere gli altri, organizzare l'emergenza e ristabilire un minimo di ordine. Questa fase può durare da alcune ore a qualche giorno, a seconda del tipo di evento.
- 2) Fase della luna di miele: Segue una fase caratterizzata da un senso di ottimismo, nato dal fatto di aver superato l'evento catastrofico insieme ad altri. La durata di questa fase può variare da una settimana a uno o due anni.
- 3) Fase di disillusione: Con il passare del tempo, possono riaffiorare sentimenti di rabbia, risentimento e amarezza, poiché si perde il senso di comunità e aumentano i sintomi del Disturbo Post-Traumatico da Stress (DPTS). Questa fase può durare da due mesi a due anni dopo l'evento.
- 4) Fase della ricostruzione: Infine, si entra nella fase della ricostruzione, che coincide con l'inizio della terapia, durante la quale si iniziano a fare dei cambiamenti significativi.

¹⁰ Young J, Ford J, Ruzek J, Friedman M e Gusman F (2002). *L'assistenza psicologica nelle emergenze*. Edizioni Erickson, Trento.

Interventi specifici per i traumi di tipo I includono terapie focalizzate sull'elaborazione dell'evento singolo, come la terapia cognitivo-comportamentale (CBT)¹¹, mentre per i traumi di tipo II, le terapie possono includere interventi a lungo termine mirati a ricostruire la capacità del bambino di formare legami sicuri e gestire emozioni complesse, come la terapia basata sull'attaccamento e la terapia EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*)¹².

In molti casi, anche la terapia di gruppo, come la gruppoanalisi e lo psicodramma, si è dimostrata efficace per il supporto e l'elaborazione dei traumi complessi, facilitando la condivisione delle esperienze tra pari e riducendo il senso di isolamento.¹³

1.3 Disturbi correlati al trauma (DPTS)

Andiamo ora a vedere quali possono essere i disturbi correlati al trauma con un particolare approfondimento sul disturbo post-traumatico da stress.

Nel DSM 5 possiamo trovare un nuovo capitolo nella categorizzazione dei disturbi mentali chiamato “disturbi correlati a trauma e stress”, all’interno di questo capitolo possiamo trovare cinque disturbi caratterizzati da patologiche reazioni allo stress, tutti contraddistinti dall’aver vissuto in prima persona un trauma.

I disturbi citati sono:

- 1) disturbo reattivo da attaccamento;
- 2) disturbo da impegno sociale disinibito;
- 3) disturbi da adattamento;
- 4) disturbo da stress acuto;

¹¹ La terapia cognitivo-comportamentale (CBT) si concentra sulla modifica dei pensieri disfunzionali e dei comportamenti maladattivi, ed è considerata una delle terapie più efficaci per il trattamento dei traumi psicologici. [APA, 2020]

¹² L'EMDR è una terapia che utilizza la stimolazione bilaterale per aiutare a elaborare i ricordi traumatici, facilitando il ripristino di un equilibrio emotivo. [Shapiro, 2018]

¹³ "La terapia di gruppo può essere particolarmente efficace nel recupero dai traumi, offrendo un senso di esperienza condivisa e riducendo i sentimenti di isolamento tra i partecipanti." [Yalom & Leszcz, 2005]

5) disturbo post-traumatico da stress (DPTS).

Il disturbo reattivo d'attaccamento è un disturbo che interessa la neuropsichiatria infantile ed è caratterizzato da schemi di comportamento e di attaccamento disfunzionali e inadeguati, spesso questi bambini hanno vissuto episodi di grave trascuratezza durante le cure primarie nel corso del primo mese di vita e mostrano poche se non nulle manifestazioni emotive positive nell'interazione con le figure di attaccamento.

Il disturbo da impegno sociale disinibito è sempre un disturbo presente nei bambini ed è caratterizzato da comportamenti di bambini che sono eccessivamente familiari con persone estranee.

Il disturbo dell'adattamento è caratterizzato da sintomi comportamentali e emotivi in risposta ad un evento stressante, questo disturbo può essere correlato ad un singolo evento o ad una serie di eventi stressanti.

Inoltre, questi eventi stressanti possono essere ricorrenti, ad esempio legati a momenti di crisi all'interno di una relazione romantica o continui, per esempio la scoperta di una malattia grave; inoltre, è importante sottolineare che gli eventi stressanti possono riguardare il singolo, una famiglia o un'intera comunità.

Il disturbo da stress acuto è collegato ad esperienze traumatiche in cui l'individuo ha vissuto un pericolo per la sua salute fisica o psicologica, i sintomi di questo disturbo si verificano non oltre tre giorni dopo l'evento traumatico e devono essere fermati entro il primo mese dopo l'evento, se si supera il mese e i sintomi continuano a persistere si parla di disturbo da stress post-traumatico (PTSD).

Il Disturbo da Stress Post-Traumatico (DPTS), in passato noto come "nevrosi da guerra" a causa della sua frequente osservazione tra i soldati in battaglia, è un disturbo psichiatrico che è stato riconosciuto come entità nosologica distinta solo nel 1980 con l'introduzione nel

Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, Terza edizione (DSM-III)
dell'*American Psychiatric Association* (APA).

Negli ultimi 30 anni, la definizione del DPTS è cambiata con ogni revisione del DSM, in particolare sono state apportate modifiche al Criterio A, sono stati aggiunti nuovi sintomi e sono cambiati i requisiti per l'insorgenza e la durata dei sintomi.

Nel DSM-III, il trauma era definito come "esistenza di riconoscibili fattori di stress che possono provocare significativi sintomi di disagio in quasi tutti" (APA 1980,p. 238).

Questo fattore di stress era descritto come al di fuori delle normali esperienze umane, indicando che il trauma doveva essere qualcosa di eccezionalmente grave per provocare il disturbo.

Con il DSM-IV, il Criterio A è stato descritto più specificamente: "La persona è stata esposta a un evento traumatico che implicava morte, pericolo di vita, gravi lesioni o minaccia all'integrità fisica propria o altrui; e la reazione era caratterizzata da paura intensa, senso di impotenza o orrore" (APA 1994,pp. 427-428). Quindi, possiamo notare che è stata aggiunta una componente emotiva alla definizione, specificando la risposta della persona all'evento traumatico.

Nel DSM-V (2013), il Criterio A si concentra sull'esposizione a morte reale, minaccia di morte, grave lesione o violenza sessuale, delineando chiaramente le modalità di esposizione. Queste modalità includono l'esperienza diretta, unica o ripetuta, spesso nel contesto di doveri professionali, come nel caso di soccorritori o professionisti, quindi, nel DSM-V viene riconosciuto il fatto che anche l'esposizione professionale a traumi può essere traumatizzante. Per quanto riguarda, invece, l'ultima versione del DSM, ovvero, il DSM-V-TR, andremo ora ad illustrare tutti i criteri del DPTS per comprendere meglio il disturbo.

Il DSM-V-TR (2022) dice che il DPTS si sviluppa quando una persona è esposta a un evento traumatico come una minaccia di morte, una lesione grave o violenza sessuale e questa

esposizione può avvenire in diversi modi: direttamente vivendo l'evento, assistendo di persona mentre accade ad altri, venendo a sapere che l'evento è accaduto a una persona cara o essendo ripetutamente esposti a dettagli avversi dell'evento, come accade ai soccorritori o ai poliziotti (Criterio A).

Dopo l'evento traumatico, la persona può sperimentare sintomi di intrusione che includono: ricordi ricorrenti e angoscianti dell'evento, sogni disturbanti collegati al trauma, reazioni dissociative come flashback, intensa sofferenza psicologica e reazioni fisiologiche marcate quando si è esposti a segnali che ricordano l'evento (Criterio B).

Di fronte al trauma, la persona potrebbe cercare di evitare tutto quello che richiama l'evento traumatico, ciò implica evitare pensieri, ricordi, sentimenti angoscianti, ma anche persone, luoghi, conversazioni o attività che possono far tornare alla mente l'evento traumatico (Criterio C).

Il PTSD provoca anche cambiamenti negativi nelle cognizioni e nell'umore. Possibili sintomi includono: difficoltà a ricordare parti cruciali dell' evento traumatico, credenze negative su se stessi o sul mondo, sentimenti di colpa immotivati, emozioni negative persistenti come paura o rabbia, perdita di interesse per le attività che un tempo erano importanti, e sentimenti di distacco dagli altri. Le persone con PTSD spesso fanno difficoltà a provare emozioni positive (Criterio D).

Inoltre, il PTSD si contraddistingue da evidenti modifiche nell'attivazione e nella risposta. Le persone possono diventare irritabili e avere scoppi d'ira, comportarsi in modo spericolato o autodistruttivo, essere costantemente vigili , avere risposte di spavento esagerate, avere difficoltà a concentrarsi e soffrire di disturbi del sonno (Criterio E).

Per poter diagnosticare il PTSD, è necessario che tali sintomi si presentino per più di un mese (Criterio F) e causino un disagio significativo che va ad influire sulle relazioni sociali , sul lavoro o su altri aspetti significativi della vita di una persona (Criterio G). Infine, i sintomi

non devono essere attribuibili agli effetti fisiologici di una sostanza o di un'altra condizione medica (Criterio H).

Il PTSD può anche manifestarsi con sintomi dissociativi, come la depersonalizzazione, ovvero, sentirsi distaccati dal proprio corpo o mente e la derealizzazione, ovvero, sentirsi come se l'ambiente circostante fosse irreale.

I criteri diagnostici del DPTS riflettono la complessità della sindrome, che coinvolge dimensioni biologiche, come reazioni fisiologiche e alterazioni dell'arousal, neuro-psicologiche, come ricordi intrusivi e difficoltà di concentrazione, comportamentali, come evitamento degli stimoli e infine relazionali, come disagio sociale, lavorativo e familiare.

Per quanto riguarda la prevalenza del disturbo il DSM-V-TR ci informa che negli Stati Uniti, il 6,8% degli adulti ha sofferto di DPTS almeno una volta nella vita secondo i criteri del DSM-IV.

Tra gli adolescenti, la prevalenza varia tra il 5,0% e l'8,1% per tutta la vita, con un 4,9% negli ultimi sei mesi. Anche se non ci sono dati completi e definitivi sul DPTS con il DSM-5, iniziano ad emergere delle stime: due studi nazionali negli Stati Uniti indicano una prevalenza del DPTS tra il 6,1% e l'8,3% nella vita e del 4,7% negli ultimi 12 mesi. I dati globali mostrano una prevalenza media del 3,9%, ma i tassi variano molto a seconda del paese e della regione.

Tra le persone colpite da conflitti, l'11% presenta DPTS con difficoltà significative.

I tassi di DPTS sono più elevati tra i veterani e i lavoratori in ruoli ad alto rischio di trauma, come poliziotti e vigili del fuoco e le percentuali più alte si trovano tra i sopravvissuti a stupro, guerre e genocidi. I bambini e gli adolescenti generalmente mostrano tassi più bassi di DPTS dopo traumi gravi, forse perché i criteri diagnostici precedenti non erano adeguati.

Inoltre, i dati mostrano che latini, afroamericani e indiani d'America hanno tassi di DPTS più

alti rispetto ai bianchi, a causa di differenze nei fattori predisponenti come esperienze di difficoltà, razzismo e qualità del trattamento e supporto sociale.

Inoltre, il DPTS è più comune tra le donne che tra gli uomini, i dati ci dicono che la prevalenza del DPTS varia tra l'8,0% e l'11,0% nelle donne e tra il 4,1% e il 5,4% negli uomini, secondo due studi statunitensi su larga scala che usano i criteri DSM-5.

Le donne sono più a rischio di DPTS a causa di una maggiore esposizione ad abusi sessuali infantili, aggressioni sessuali e altre forme di violenza interpersonale, che sono tra le cause principali del DPTS.

Inoltre, le donne tendono a soffrire di DPTS per periodi più lunghi rispetto agli uomini.

Le differenze di genere nella gestione del trauma e gli effetti degli ormoni riproduttivi possono spiegare in parte il rischio maggiore nelle donne, ma anche se esistono differenze nel rischio di DPTS tra uomini e donne i sintomi e le sue strutture sono simili tra i due sessi.

Secondo il *National Center for Post-Traumatic Stress Disorder* (NCPTSD, 2006), la terapia per il Disturbo da Stress Post-Traumatico inizia con una valutazione accurata e la formulazione di un piano di trattamento personalizzato.

Il trattamento specifico viene avviato solitamente solo dopo che la persona ha superato la fase di crisi, quindi, se il paziente è ancora esposto alla causa del trauma, o presenta gravi sintomi come depressione, pensieri suicidi, crisi di panico, disorganizzazione del pensiero, o necessità di disintossicazione, è fondamentale affrontare questi problemi urgenti inizialmente.

Nella terapia per il Disturbo da Stress Post-Traumatico, uno degli aspetti fondamentali è fornire al paziente e ai suoi familiari una chiara comprensione del disturbo e delle sue implicazioni, è essenziale che il paziente riconosca che il DPTS è un disturbo d'ansia che può svilupparsi in risposta a eventi estremamente stressanti, anche in persone precedentemente normali.

Un altro elemento centrale è l'esposizione, che implica l'incoraggiare il paziente a rivivere mentalmente l'evento traumatico in un contesto sicuro e controllato, questo processo consente di esplorare le reazioni e le convinzioni relative all'evento, facilitando il trattamento non solo nella terapia ma anche negli interventi di emergenza e prevenzione per chi ha vissuto disastri o per i soccorritori stessi.

Durante la fase iniziale del trattamento, è fondamentale che il paziente affronti e risolva i sentimenti di rabbia, vergogna e colpa, che spesso si verificano dopo un trauma, ciò contribuisce ad elaborare le emozioni legate all'evento traumatico e a ridurre il loro impatto. Infine, il paziente impara a gestire i ricordi e le reazioni post-traumatiche attraverso nuove abilità di fronteggiamento.

Questo approccio aiuta ad evitare che i ricordi traumatici diventino eccessivamente travolgenti, mantenendo una risposta emotiva equilibrata, lo scopo è quello di rendere i ricordi traumatici più gestibili e migliorare il benessere generale del paziente.

CAPITOLO 2: Gruppi Analitici e Processi di Elaborazione del Trauma.

2.1 Processi di elaborazione del trauma nei contesti dei gruppi analitici

La trattazione del trauma psicologico all'interno dei gruppi analitici rappresenta un'area di grande rilevanza nella psicoterapia moderna, con radici che risalgono agli sviluppi della psicoanalisi e della psicoterapia di gruppo nel XX secolo.

I gruppi analitici, intesi come contesti terapeutici in cui un insieme di individui si riunisce sotto la guida di uno o più terapeuti, mirano a favorire l'elaborazione del trauma attraverso un'interazione dinamica e multifaccettata tra i membri del gruppo.

Questo setting terapeutico si basa sul concetto che il gruppo funzioni come una sorta di "specchio sociale" in cui le dinamiche interpersonali e le risposte individuali ai traumi vengono esplorate, rielaborate e comprese ad un livello collettivo.

Il trauma, che spesso rappresenta un'esperienza di rottura o di discontinuità all'interno della storia personale di un individuo, può trovare nei gruppi analitici un luogo privilegiato per la sua elaborazione, attraverso il confronto con gli altri membri del gruppo, i partecipanti hanno l'opportunità di rivivere, riflettere e rielaborare le esperienze traumatiche in un contesto sicuro e supportivo.

La storia della terapia di gruppo, dalla quale i gruppi analitici traggono origine, ha attraversato diverse fasi di sviluppo, influenzate dai contributi di numerosi teorici e clinici.

Le prime forme di terapia di gruppo sono emerse, come già detto, all'inizio del XX secolo, in contesti come gli ospedali psichiatrici e i centri di riabilitazione, dove si cercavano soluzioni innovative per il trattamento di disturbi psicologici complessi.

L'origine della tecnica della Gruppoanalisi risale al periodo immediatamente successivo alla Seconda Guerra Mondiale, tra il 1942 e il 1946, in Inghilterra, in questo periodo, un gruppo di psichiatri, tra cui figuravano anche alcuni rinomati psicoanalisti, venne chiamato a occuparsi dei soldati reduci che presentavano disturbi psicologici, presso l'ospedale militare di Northfield e fu proprio in questo contesto che S.H. Foulkes avviò una fase di innovativa ricerca e di sviluppo teorico sulla Gruppoanalisi.

Nel loro tentativo di trattare i gruppi di soldati affetti da nevrosi di guerra, W.R. Bion e S.H. Foulkes descrissero le loro esperienze rispettivamente nei libri *Esperienze nei gruppi*¹⁴ e *Introduzione alla psicoterapia gruppoanalitica*¹⁵.

Queste esperienze, seppur differenti, confluirono in una formulazione teorica che ha come riferimento il lavoro di entrambi gli studiosi.

Entrambi operarono a Northfield, sebbene in momenti diversi; infatti, quando Foulkes arrivò, Bion aveva già concluso la sua sperimentazione, nota come "primo esperimento", che durò sei settimane. Durante questo breve periodo, i pazienti dimostrarono una crescente capacità di autovalutazione e autogestione, sfruttando le loro energie contro un nemico comune, individuato nella nevrosi.

Con il suo "secondo esperimento", che si protrasse per nove mesi, Foulkes introdusse una forma di terapia di gruppo mirata a ristabilire il morale dei pazienti. Lavorò all'interno dell'ospedale vedendolo come un'entità globale, riuscendo gradualmente a trasformarlo in una comunità in grado di gestirsi autonomamente in modo responsabile (S.H. Foulkes, 1991). Dall'esperienza terapeutica sviluppatasi presso l'ospedale di Northfield, si sono delineate due principali correnti di psicoterapia di gruppo con orientamento psicoanalitico, basate sulle teorie di W.R. Bion e S.H. Foulkes.

¹⁴ Bion, W.R., (1961). *Esperienze nei gruppi*. Armando Editore, Roma, 1997

¹⁵ Foulkes, S. H. (1948). *Introduzione alla psicoterapia gruppoanalitica* (R. A. Pisani, a cura di; A. Lombardo, A. Cocuccioni, & M. Masci, Trad.). Edizioni Univ. Romane.

Il primo approccio, sviluppato principalmente da W.R. Bion e H. Ezriel presso la *Tavistock Clinic* di Londra, si differenzia notevolmente. Bion, che organizzò il primo esperimento a Northfield, è stato tra i pionieri nell'applicare la terapia di gruppo ai pazienti traumatizzati. In questo contesto il gruppo viene considerato come un'entità unitaria e non solo come un insieme di individui separati; il ruolo del terapeuta è quello di fungere da schermo neutrale per le proiezioni del gruppo, interpretando le dinamiche che emergono al suo interno durante le sedute.

Secondo Bion, ogni gruppo opera su due livelli: uno manifesto e conscio, e uno più profondo e inconscio.

Il livello manifesto è rappresentato dal "gruppo di lavoro", dove i membri si incontrano con l'obiettivo di svolgere compiti specifici, questo livello è associato alla sfera conscia e razionale del gruppo (Pisani, 2000).

Al di sotto di questo livello, vi è il livello degli "assunti di base", che si riferisce a bisogni fondamentali comuni a tutti i membri del gruppo. Bion distingue tre tipi di assunti di base:

- 1) Assunto di dipendenza: in cui il gruppo si concentra sul terapeuta che è percepito come una figura di autorità, saggezza e protezione, dal quale ci si aspetta tutto.
- 2) Assunto di accoppiamento: caratterizzato dalla speranza che la soluzione ai problemi del gruppo possa derivare dall'unione di due persone o da un sottogruppo, con una proiezione di speranza irrazionale.
- 3) Assunto di attacco e fuga: in cui il gruppo percepisce la presenza di un nemico da combattere o da cui fuggire, determinando una dinamica di difesa collettiva.

Questi assunti di base influenzano profondamente le dinamiche del gruppo, modellando le interazioni e le risposte dei membri in modi che riflettono sia i bisogni individuali che le tensioni collettive.

La seconda corrente di pensiero, come già accennato prima, è nota come Gruppoanalisi e sottolinea come la struttura della psiche si formi attraverso l'appartenenza dell'individuo ai gruppi, sia nel passato che nel presente, nel contesto dell' "*hic et nunc*".

A differenza della psicoanalisi tradizionale, che si focalizza su una relazione duale basata sul transfert e controtransfert, la Gruppoanalisi opera attraverso relazioni multipersonali, che emergono nel contesto del gruppo.

Nel contesto gruppale, gli individui imparano, attraverso il dialogo, a esprimere e gestire le emozioni che emergono, questo processo diventa un esercizio attivo per l'Io, che si allena a confrontarsi con le forze inconse, le difese repressive e le emozioni suscitate dalle interazioni di gruppo. Gradualmente, l'Io impara a parlare e a pensare spontaneamente all'interno del gruppo e le relazioni tra l'Io e l'Es, così come tra l'Io, il Super-Io e la realtà esterna, vengono modificate, portando a una maggiore libertà e rafforzamento dell'Io.

Alcuni autori considerano questo rafforzamento delle funzioni dell'Io un risultato automatico dell'appartenenza a un gruppo, mentre altri lo vedono come un effetto delle tecniche utilizzate nella psicoterapia di gruppo, come la Gruppoanalisi.

Il principio fondamentale della Gruppoanalisi è quello di rendere ogni membro del gruppo attivo e creativo, anziché passivamente dipendente, come avviene nei gruppi gerarchici o centrati su un leader. Questo aspetto distintivo della Gruppoanalisi all'interno delle terapie di gruppo si basa sul soddisfacimento di un bisogno profondo dell'individuo: ottenere l'accettazione del proprio sé da parte del gruppo, in quanto, anche la semplice appartenenza a un gruppo cooperativo può innescare un processo di miglioramento.

Dopo aver esplorato le fondamenta della Gruppoanalisi e degli approcci psicoanalitici alla psicoterapia di gruppo, ci concentreremo ora sull'applicazione di queste tecniche nel trattamento del Disturbo Post-Traumatico da Stress (DPTS).

Come già detto in precedenza, nel processo di risoluzione del trauma, il supporto emotivo che la persona traumatizzata cerca nella famiglia e negli amici è essenziale per ricostruire un senso di fiducia. Una volta ristabilita una sicurezza di base, possibile solo per chi ha una rete di supporto efficace, la vittima necessita dell'aiuto degli altri anche per ricostruire la fiducia in se stessa.

È comune tra i sopravvissuti a traumi manifestare esplosioni incontrollate di emozioni e aggressività, che spesso risultano intollerabili per gli altri (Herman, 2007).

A tal proposito, il veterano Michael Norman descrive la sua esperienza: «Mi sentivo inquieto e irritabile, mi comportavo male. Cercavo la solitudine, poi parlavo male degli amici per avere un motivo per starmene alla larga. Sbraitavo con mio figlio che mi adorava e bisticciavo con mia moglie»¹⁶. Questo riflette come il trauma da combattimento abbia un impatto profondo, aumentando le probabilità che gli uomini con DPTS (Disturbo Post-Traumatico da Stress) incontrino difficoltà nelle relazioni familiari.

«Si crea così un circolo vizioso: i veterani le cui famiglie non offrono sostegno sono maggiormente a rischio di persistenza della sintomatologia post-traumatica, e chi ne soffre tende ad allontanarsi ulteriormente dalla famiglia»¹⁷.

Questo isolamento è aggravato dalla percezione sociale del traumatizzato come "diverso", portando i racconti del trauma a rimanere confinati all'interno di cerchie ristrette di persone che hanno vissuto esperienze simili.

¹⁶ M. Norman (1989), *These good men: friendship forged from war*, New York, Crowne

¹⁷ J. L. Herman, *Guarire dal trauma*, op. cit.

È fondamentale, quindi, riconoscere l'importanza dei gruppi omogenei¹⁸ composti da individui che hanno subito traumi analoghi, poiché essi sono forse gli unici in grado di comprendere realmente il problema. Questi gruppi omogenei permettono la condivisione dell'esperienza traumatica, un elemento fondamentale nel processo di ricostruzione personale. Nel trattamento dei sopravvissuti al trauma, Foy et al. (2001)¹⁹ identificano diversi tipi di gruppi terapeutici:

- 1) Gruppi di sostegno: Questi gruppi, che includono spesso anche gruppi di autoaiuto, sono fondamentali per aiutare i sopravvissuti a ricostruire la fiducia in sé stessi e nel loro ambiente. A differenza dei gruppi terapeutici, nei gruppi di sostegno l'ansia è minimizzata, la regressione non è incoraggiata, il transfert non viene interpretato, e il confronto è ridotto. Il leader del gruppo si concentra principalmente sugli effetti del trauma, come delusione, dolore, vergogna e rabbia, piuttosto che sull'evento traumatico stesso. Inoltre, è comune che i gruppi di sostegno incoraggino i membri a mantenere contatti al di fuori del gruppo, favorendo così la creazione di una rete di supporto comunitario.

¹⁸ I gruppi omogenei si riferiscono a gruppi composti da persone che condividono lo stesso tipo di attività, ricoprono responsabilità simili, o hanno la stessa diagnosi o condizione. Questi gruppi possono includere anche individui che, pur non avendo la stessa diagnosi o legami familiari, sono uniti da un obiettivo comune o da una condizione generazionale (Marinelli, Comelli, 2004).

¹⁹ Foy, D. W., Eriksson, C. B., & Trice, G. A. (2001). Introduction to group interventions for trauma survivors. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 5(4), 246–251.

- 2) Gruppo cognitivo-comportamentale: La terapia cognitivo-comportamentale (CBT) è orientata a modificare i pensieri disfunzionali e le ipotesi errate che conducono a conseguenze negative, come depressione e bassa autostima. Nei gruppi CBT, i membri condividono le loro esperienze traumatiche, il che aiuta a identificare e correggere le percezioni distorte sviluppate a seguito del trauma, l'ascolto delle storie altrui favorisce un effetto di guarigione, riducendo il senso di isolamento e migliorando la comprensione reciproca. Questi gruppi sono generalmente a tempo limitato e possono includere componenti psico-educative con confini meno rigidi rispetto ai gruppi psicodinamici.
- 3) Gruppo psicodinamico: Questo approccio esplora come il comportamento umano sia influenzato dai processi psichici interni. Nei gruppi psicodinamici, i membri analizzano l'impatto del trauma sulla loro vita interiore, con particolare attenzione ai cambiamenti negli oggetti interni e nell'identità del sé. Vengono esaminati i meccanismi di difesa primitivi, come la scissione, la proiezione e l'identificazione proiettiva, che emergono durante le dinamiche di gruppo e le intense reazioni emotive al trauma sono deliberate e gestite dal terapeuta, che aiuta i membri a contenere questi sentimenti e a mantenere la coesione del gruppo.

Quando si sceglie un trattamento per il Disturbo Post-Traumatico da Stress (DPTS), è fondamentale considerare il contesto in cui il trauma si è verificato; se l'evento traumatico è stato un'esperienza unica vissuta da una persona che, prima dell'evento, era relativamente stabile, il trattamento potrà concentrarsi sulla gestione degli effetti immediati del trauma. Al contrario, se il trauma è stato cronico, caratterizzato da fasi significative dello sviluppo e coinvolgendo l'intimità del sopravvissuto, sarà necessario un trattamento che affronti la ricostruzione delle relazioni interpersonali e la rielaborazione dei deficit di sviluppo.

Tenendo conto di queste differenze cruciali, la terapia di gruppo può rappresentare un'importante modalità di trattamento in risposta al trauma (Weinberg, Nuttman-Shwartz e Gilmore, 2005)²⁰.

La terapia di gruppo è ampiamente utilizzata nel trattamento delle vittime di traumi, sia che si tratti di traumi individuali come lo stupro (Lubin e Johnson, 1997)²¹, l'aggressione e gli abusi sui minori (Nicholas e Forrester, 1999)²², sia che si tratti di traumi collettivi, ad esempio le catastrofi naturali (Foreman, 1994)²³.

I benefici del gruppo per il trattamento dei traumi sono specificamente delineati da Weinberg, Nuttman-Shwartz e Gilmore (2005)²⁴ come segue:

- Il gruppo come "involucro curativo": Il gruppo può diventare un ambiente protettivo, descritto come “il gruppo-madre”, che aiuta coloro che tendono a rifiutare il pericolo. In questo spazio sicuro, i partecipanti possono ritrovare alcune delle loro precedenti sicurezze, alleviando così i sintomi del Disturbo Post-Traumatico da Stress (DPTS). L'atmosfera del gruppo promuove l'apertura personale e incoraggia la condivisione delle esperienze traumatiche, che altrimenti rimarrebbero segrete; discutendo le proprie storie, i membri normalizzano le loro reazioni al trauma e, riconoscendo che le loro esperienze non sono giudicate come “orribili”, si sentono più al sicuro diminuendo i sintomi di intrusione, evitamento e ipervigilanza. Imparano anche a gestire i loro sintomi e situazioni difficili, affrontando problemi e relazioni anziché evitarli.

²⁰ Weinberg, H., Nuttman Shwartz, O., & Gilmore, M. (2005). Trauma groups: An overview. *Group Analysis*, 38(2), 187–202.

²¹ Lubin, H., & Johnson, D. (1997). Interactive psychoeducational group therapy for traumatized women. *International Journal of Group Psychotherapy*, 47(3), 271–290.

²² Nicholas, M., & Forrester, A. (1999). Advantages of heterogeneous therapy group in the psychotherapy of the traumatically abused: Treating the problem as well as the person. *International Journal of Group Psychotherapy*, 49(3), 323–342.

²³ Foreman, C. (1994). Immediate post-disaster treatment of trauma. In M. B. Williams & J. Goodman (Eds.), *Handbook of posttraumatic stress disorder* (pp. 123–136). New York: Guilford Press.

²⁴ Weinberg, H., Nuttman Shwartz, O., & Gilmore, M. (2005). Trauma groups: An overview. *Group Analysis*, 38(2), 187–202.

- La fiducia nel gruppo: Il gruppo può fungere da esperienza correttiva per la fiducia, in quanto la fiducia può essere elaborata e ricostruita focalizzandosi sull'esperienza traumatica e riflettendo sul ruolo di superstite. I membri iniziano a capire di non essere più soli e che altri possono comprendere e simpatizzare con loro, questo riduce significativamente i sentimenti di isolamento ed alienazione, facendo sentire i membri parte integrante del gruppo.
- Feedback sui comportamenti e meccanismi di difesa: Il gruppo facilita l'emergere della rappresentazione dell'oggetto primario e l'utilizzo di meccanismi di difesa arcaici, permettendo ai partecipanti di ricevere feedback sul loro comportamento e di esplorare le loro difese.

È importante notare che i gruppi per il trattamento del trauma devono avere confini rigidi, poiché i membri dipendono fortemente dalla presenza reciproca e anche la breve assenza di uno dei membri può essere percepita come disturbante.

Inoltre, non dovrebbero essere ammessi nuovi membri dopo l'inizio del lavoro del gruppo, o in alternativa, il terapeuta deve informare il gruppo in anticipo di eventuali nuove ammissioni.

Alcuni autori, come Neri e Herman, suggeriscono che esistano varie fasi nel processo di guarigione all'interno del gruppo. Tuttavia, è cruciale evitare un'applicazione rigida di queste fasi, poiché potrebbe limitare la flessibilità del gruppo e portare a schemi rigidi e meccanici (Correale e Masoni, 2001)²⁵.

Le fasi devono essere considerate come stati del gruppo piuttosto che come tappe fisse, permettendo la possibilità di cambiamenti e inversioni di direzione.

²⁵ Correale, A., & Masoni, P. (2001). Scena-modello e fasi del gruppo in un gruppo di giovani psicotici cronici. *La psicoterapia di gruppo con pazienti psicotici e borderline, Funzione Gamma*

Bion descrive due fasi nel processo di gruppo: la prima, che Neri definisce “omerica”, è caratterizzata da una totale auto-idealizzazione del gruppo, dove non esiste distinzione tra individuo e collettivo. Nella seconda fase, denominata da Neri “comunità dei fratelli”, emerge un forte senso di solidarietà (Neri, 1993, 1995).

Per Herman (1997), la terapia di gruppo si articola in tre fasi principali:

- 1) Prima fase: L’obiettivo è quello di ristabilire un senso di sicurezza tra i membri affinché possano iniziare a prendersi cura di sé. Per questo motivo, inizialmente il gruppo dovrebbe avere un approccio cognitivo ed educativo piuttosto che esplorativo, diventando un ambiente dove i membri condividono informazioni sui loro traumi e le strategie di guarigione.
- 2) Seconda fase: In questa fase si lavora sull’elaborazione dell’evento traumatico. La narrazione della propria esperienza al gruppo rappresenta un passaggio dal privato al pubblico, una volta che questo processo è avviato, il gruppo può supportare i membri nel reintegrare la loro esperienza personale nel contesto più ampio della loro vita, dalla quale era stata separata.
- 3) Terza fase: Il focus si sposta sul reinserimento del sopravvissuto nella comunità, con attenzione alle relazioni interpersonali nel presente. Chi ha subito un trauma spesso manifesta distorsioni e limitazioni nella propria capacità relazionale, questa fase si concentra, quindi, sul miglioramento delle relazioni interpersonali e del loro reinserimento sociale.

Nei gruppi di persone traumatizzate, è essenziale che il terapeuta identifichi, comprenda e gestisca le dinamiche di transfert.

I pazienti con Disturbo Post-Traumatico da Stress (DPTS) possono sviluppare un transfert intenso e vario, a causa della loro esperienza di impotenza durante i traumi, che li spinge a cercare di controllare l'ambiente e le relazioni interpersonali.

Di conseguenza, i membri del gruppo tendono a idealizzare il leader e possono diventare incapaci di accettare critiche verso il terapeuta, alterando persino le loro opinioni (Weinberg, Nuttman-Shwartz e Gilmore, 2005)²⁶.

Quando i membri condividono le loro esperienze traumatiche, le reazioni degli altri possono variare: alcuni si identificano con i sopravvissuti, altri criticano o attaccano, mentre altri rimangono passivi. Tutti i membri, incluso il terapeuta, partecipano alla rievocazione dell'esperienza traumatica, quindi il terapeuta deve essere consapevole delle possibili reazioni degli altri.

In questi gruppi, la posizione di osservazione e analisi del terapeuta può essere erroneamente interpretata come indifferente, mentre i membri hanno bisogno di un terapeuta empatico e supportivo che accetti le loro storie senza giudizio e che abbia una posizione chiara riguardo chi è la vittima.

Durante i conflitti nel gruppo, il terapeuta dovrebbe essere pronto a uscire dalla posizione neutrale per mantenere un equilibrio tra empatia e rispetto per l'esperienza del paziente, senza convalidare indiscriminatamente la precisione dell'esperienza riportata. Diverse prospettive possono influenzare la narrazione del trauma, e accettare solo una versione potrebbe ostacolare l'esplorazione di tutte le altre.

Ziegler e McEvoy sottolineano che uno dei compiti principali del terapeuta di gruppo è creare un ambiente sicuro, poiché questa è una qualità che i sopravvissuti al trauma hanno perso.

Mantenere un ambiente sicuro è particolarmente difficile in gruppi emotivamente carichi, ma è compito del conduttore creare questo *safe place*.

²⁶ Weinberg H., Nuttman Shwartz O., Gilmore M., (2005), *Trauma Groups: An Overview in Group analysis*, London, Vol 38(2):187–202

Il terapeuta deve affrontare e identificarsi con un enorme dolore, il che ha un valore terapeutico perché aiuta a modellare ed elaborare le risposte al trauma dei membri del gruppo. Per preservare l'empatia, la sicurezza e la connessione, è cruciale che il terapeuta comprenda profondamente le dinamiche interne al gruppo.

Il terapeuta potrebbe essere tentato di identificarsi con il ruolo di vittima, sentendo il dolore del trauma, o con il ruolo di carnefice, attaccando gli altri membri, oppure semplicemente potrebbe rimanere passivo e indifferente.

È quindi fondamentale che il terapeuta mantenga chiari confini tra sé e il gruppo, e possieda una forte consapevolezza interiore per evitare di cadere nelle trappole delle proiezioni dei membri.

Poiché la terapia di gruppo può comportare rischi per i terapeuti, è fondamentale considerare il motivo per cui tali gruppi siano comunque necessari. Anche se la terapia di gruppo spesso offre sollievo e un miglioramento dei sintomi per i pazienti, resta incerta la loro capacità di reintegrarsi nella società ma anche quanto la società sia pronta ad accoglierli come parte della comunità sociale.

È quindi cruciale comprendere gli sviluppi successivi al trattamento del trauma.

Herman suggerisce che una fase importante del trattamento del trauma sia quella di inserire il paziente in un gruppo eterogeneo, questo passaggio aiuta il paziente a perdere il suo status speciale di vittima e a lavorare per integrare i propri traumi nel contesto relazionale più ampio a cui tutti apparteniamo. Dunque, i gruppi eterogenei potrebbero fungere da ponte per l'integrazione sociale, mentre i gruppi omogenei da soli potrebbero ostacolare la creazione di un continuo scambio tra il gruppo e la società.

Quindi, attraverso i concetti esplorati in questa sezione, è chiaro come il trauma non sia solo un'esperienza individuale, ma anche un fenomeno che può permeare intere comunità, alterando profondamente il tessuto sociale e i legami interpersonali.

La gestione del trauma tramite gruppi analitici è un approccio che non solo riconosce la gravità e l'importanza del dolore vissuto dai singoli, ma che valorizza anche l'efficacia del processo collettivo nella guarigione, in quanto, questo metodo offre ai partecipanti uno spazio sicuro per esplorare e condividere le proprie esperienze traumatiche, creando una rete di sostegno che facilita la rielaborazione e l'integrazione del trauma nella propria storia personale e collettiva.

E' importante anche tenere presente che il lavoro di gruppo comporta dei rischi: fino a quando l'energia legata al trauma non viene affrontata e rielaborata, essa tende a manifestarsi nuovamente attraverso comportamenti, sintomi fisici, e processi psicologici, fisiologici e relazionali. Se il paziente arriva a un punto in cui la parte di sé che è riuscita a sopravvivere non riesce più a far fronte alla continua riattivazione di un trauma non risolto, il rischio è quello di subire una ri-traumatizzazione.

Numerose ricerche evidenziano che il rischio di ri-traumatizzare un paziente durante la consulenza sul trauma è generalmente basso (Griffin, Resick, Waldrop, & Mechanic, 2003; Newman, Walker, & Gefland, 1999), ma comunque è un rischio che non può essere ignorato. Questo rischio è simile a quello di complicazioni in una procedura chirurgica: sebbene l'intervento possa sembrare semplice, è cruciale che il medico sia esperto e attento, qualora il medico fosse distratto o poco preparato, il rischio di complicazioni aumenterebbe notevolmente. I terapeuti, quindi, devono essere costantemente consapevoli del rischio di ri-traumatizzazione e mantenere un atteggiamento di umiltà e vigilanza, in particolare durante la gestione di casi complessi (T. Miller, 2007).

Occorre però considerare che il rischio di ri-traumatizzazione può derivare da fattori legati sia al paziente che al terapeuta; ad esempio, per quanto riguarda i pazienti, aspetti come la capacità di dare un consenso informato genuino e la difficoltà nel rivisitare ed elaborare ricordi traumatici possono aumentare il rischio di ri-traumatizzazione (McLain et al., 2007; Aoki, 2008; Becker-Blease, 2007).

Judith Herman (1997) afferma che indagare sui ricordi traumatici è fondamentale, ma questo può essere estremamente angosciante e difficile, perché la consapevolezza e l'elaborazione di tali ricordi può essere devastante e complicare ulteriormente il processo terapeutico.

Per quanto riguarda il terapeuta, è essenziale mantenere un atteggiamento e una competenza adeguati, rispettando costantemente il codice deontologico (Tjel Tveit & Gottlieb, 2010; Campesino, 2007; T. Miller, 2007), egli deve monitorare attentamente il paziente per distinguere tra normali reazioni al trattamento ed una vera e propria ri-traumatizzazione.

In breve, è fondamentale garantire che il processo terapeutico sia sicuro ed efficace, tenendo conto delle sfide legate all'elaborazione dei ricordi traumatici e al mantenimento di elevati standard professionali.

Esistono dei rischi anche per quanto riguarda il terapeuta, siccome nel gruppo si manifesta un'intensificazione emotiva che, se egli si ritrova ad essere emotivamente aperto ai membri del gruppo, lo rende vulnerabile a vivere queste emozioni in prima persona. In effetti, coloro che ascoltano le esperienze degli altri in gruppo si espongono alle ferite emotive che gli altri hanno subito e che vengono trasmesse attraverso di loro durante ogni sessione.

I terapeuti di gruppo sperimentano frequentemente reazioni controtransferali²⁷ sia durante la preparazione che nella conduzione di gruppi omogenei sul trauma.

Secondo il Corso di Formazione a Distanza e il Corso di Formazione sul Trauma della *American Group Psychotherapy Association*, queste reazioni includono sentimenti di depressione, tristezza, rabbia, inadeguatezza, vergogna e colpa.

Inoltre, possono emergere paure legate al coinvolgimento con la perdita e la disperazione dei membri del gruppo, al dover ascoltare i dettagli del trauma, alla gestione della rabbia o dei conflitti tra i partecipanti, e al bisogno di conoscere ogni minimo dettaglio e di offrire aiuto.

Alcune conseguenze potenziali dell'immersione nelle emozioni espresse sia verbalmente che non verbalmente in un gruppo includono lo stress traumatico secondario, la fatica da compassione e la traumatizzazione vicaria. Queste esperienze si distinguono dalle reazioni controtransferali, che sono specifiche per la reazione emotiva vissuta durante una particolare sessione.

Come definito nelle presentazioni del Corso sul Trauma dell'*American Group Psychotherapy Association* (AGPA), lo Stress Traumatico Secondario (STS) è una sindrome che presenta sintomi molto simili a quelli del Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD), risultante dal conoscere o assistere ad una persona traumatizzata (Stone e Beck, 2009)²⁸.

²⁷ Le reazioni controtransferali (o controtransfert) sono le risposte emotive inconscie che un terapeuta sperimenta nei confronti di un paziente o di un gruppo durante la terapia; queste reazioni sono influenzate dai sentimenti, esperienze e vissuti personali del terapeuta e possono emergere in risposta alle emozioni, ai contenuti o ai comportamenti. Il concetto di controtransfert fu introdotto da Sigmund Freud, il fondatore della psicoanalisi. Freud inizialmente lo descrisse come un fenomeno problematico, in cui le emozioni irrisolte del terapeuta interferivano con il processo terapeutico. Nel tempo, però, la comprensione del controtransfert si è evoluta: è stato riconosciuto come uno strumento diagnostico e terapeutico importante. Carl Gustav Jung, un allievo di Freud, insieme a molti altri psicoanalisti e terapeuti, ha ampliato la visione del controtransfert, vedendolo come un aspetto inevitabile della terapia.

²⁸ Stone, D. T., & Beck, R. (2009). *American Group Psychotherapy Society Annual Conference: Care to military caregivers: From fatigue to hope and resiliency*. San Diego, California.

L'affaticamento da compassione, secondo Figley (1995)²⁹, è il risultato dell'esposizione ripetuta alle storie o alle esperienze traumatiche di un paziente.

Figley (1999) lo descrive anche come "lo stress e l'affaticamento legati al dovere", questa condizione si sviluppa a causa dell'empatia e del grado di esposizione, influenzando alcune persone più di altre.

Adams, Boscarino e Figley (2006)³⁰ aggiungono che l'affaticamento da compassione si manifesta come una ridotta capacità o interesse da parte dei caregiver di essere empatici o di "sopportare la sofferenza" dei pazienti.

La traumatizzazione vicaria è il cambiamento dell'esperienza interiore del terapeuta o dell'aiutante che avviene a seguito dell'impegno empatico con i clienti sopravvissuti e le loro esperienze traumatiche (McCann e Pearlman, 1990)³¹.

Questo fenomeno si sviluppa gradualmente nel terapeuta mentre ascolta le testimonianze di eventi ed esperienze estremamente traumatiche vissute e superate dai clienti.

È importante sottolineare che la traumatizzazione vicaria non è un esito inevitabile del lavoro con i sopravvissuti a traumi; tuttavia, i terapeuti corrono un rischio maggiore quanto più a lungo rimangono esposti a tali racconti.

Esposti anche i rischi, possiamo affermare che il processo di elaborazione del trauma all'interno di un contesto grupppale permette di trasformare la sofferenza in un'occasione di crescita e di rinnovata connessione con gli altri. Tuttavia, per approfondire la comprensione dell'efficacia di tali interventi, è necessario esaminare un caso specifico in cui questi approcci sono stati applicati.

²⁹ Figley, C. R. (Ed.). (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder those who treat the traumatized*. New York: Brunner/Mazel.

³⁰ Figley, C. R. (1995/1999). *Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring*. In B. H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators* (pp.3–28). Lutherville, Maryland: Sidran Press.

³¹ McCann, I. L. & Pearlman, L. A. (1990). *Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims*. *Journal of Traumatic Stress*, 3(1), 131–149.

Nel prossimo paragrafo, ci concentreremo quindi sull'analisi di un esempio concreto, per osservare come i principi teorici qui discussi si realizzano nella pratica e quali risultati emergono dalle esperienze dirette.

2.2 Esempio pratico di gruppo analitico post-trauma

Un esempio significativo di gruppo analitico post-trauma che mi piacerebbe riportare è quello creato da Richard Beck per le persone colpite dalla guerra in Ucraina. Questo gruppo ha svolto un ruolo cruciale nel fornire supporto emotivo e psicologico ai partecipanti, dimostrando l'efficacia dei gruppi analitici nell'affrontare e elaborare esperienze traumatiche. La guerra in Ucraina, iniziata nel 2014 e accentuatasi con l'invasione russa a partire dal 24 febbraio 2022, ha messo alla prova il coraggio e la resilienza dei suoi cittadini, portando alla luce la forza della speranza e del supporto internazionale.

Il capitolo del libro, intitolato “Mantenere la Speranza al Confine della Guerra in Ucraina: Supporto Internazionale”, scritto da Richard Beck (coautore), Olha Serha e Nataliia Kryvokobylska, fornitomi direttamente da Richard Beck, illustra come il sostegno dei colleghi e il lavoro di gruppo possano fungere da ancore di salvezza in tempi di grande crisi. Quando la guerra è esplosa, il mondo si è trovato di fronte a una crisi di portata globale. Richard Beck, durante la sua presidenza dell' *International Association of Group Psychotherapy and Group Processes* (IAGP), ha avvertito la necessità di rispondere in modo efficace e umano. Sotto la sua guida, sono stati avviati gruppi di supporto online per professionisti ucraini, con l'obiettivo di fornire un aiuto concreto in un contesto devastante.

Questo approccio si è ispirato al modello di consulenza adottato dall'AGPA dopo l'11 settembre, un evento che aveva precedentemente dimostrato l'efficacia del supporto strutturato durante periodi di grande stress.

Olha Serha, psichiatra ucraina, è stata cruciale in questo progetto, fungendo da traduttrice e facilitatrice. La sua esperienza e la sua posizione geografica, che le permettevano di essere in contatto diretto con i professionisti ucraini, hanno reso il lavoro del gruppo più efficace.

Anche Natalia Kryvokobylska, psicologa ucraina residente in Turchia, ha avuto un ruolo fondamentale nell'organizzazione e nella facilitazione dei gruppi. Questi gruppi di supporto, tuttavia, non sono stati privi di sfide, siccome le sessioni si sono svolte durante i cosiddetti "tempi peri-traumatici", mentre la guerra infuriava e i membri del gruppo affrontavano le devastazioni quotidiane e le sirene di allerta aerea.

Beck e il suo team hanno affrontato il compito di condurre questi gruppi con una consapevolezza profonda delle implicazioni emotive e professionali. Conoscendo bene i richiami controtrasferenziali in gioco, come descritto dalla dottoressa Suzanne Phillips e co-autori, Beck ha mantenuto il focus sul sostegno reale e immediato per ogni partecipante. Questo approccio era fondamentale, poiché le esperienze individuali e collettive degli psicologi ucraini erano variabili e profonde.

Un aspetto unico di questi gruppi è stato il modo in cui hanno permesso ai membri di mantenere il controllo sulla direzione delle sessioni. Questo ha conferito un senso di empowerment in una situazione in cui gli individui avevano ben poco controllo. I membri hanno condiviso esperienze personali e materiali clinici, contribuendo a creare un ambiente di supporto reciproco e di crescita personale e professionale.

Un episodio particolarmente toccante è stato quando Beck, mentre era nel suo ufficio a New York, ha deciso di fare una passeggiata e mostrare ai membri del gruppo luoghi iconici come Central Park e Lincoln Center. Questo gesto simbolico ha contribuito a rafforzare il senso di connessione e di sostegno tra i membri, offrendo loro una boccata d'aria fresca e una dimostrazione tangibile di empatia.

Olha Serha e Natalia Kryvokobylska hanno condiviso le loro esperienze personali e professionali all'interno del gruppo. Le loro esperienze offrono uno sguardo profondo sulle sfide affrontate e sull'importanza dei gruppi di supporto.

Olha Serha racconta con grande emotività il suo primo giorno di guerra, descrivendo il momento in cui ha realizzato che l'invasione era iniziata: "Mi sono svegliata al suono di un'esplosione, ma pensavo che doveva essere qualche rumore proveniente dalla strada sotto le mie finestre. Non avrei mai pensato che fosse 'questo'... Quando mi sono alzata e ho visto non solo nuvole comuni fuori dalla finestra, ma anche nuvole di esplosioni, mi sono resa conto che quello che temevamo così tanto era successo!".

Serha descrive la sua reazione immediata e il panico iniziale, che si è poi trasformato in una determinazione a trovare un modo per contribuire: "Ho visto alcuni dei miei colleghi postare i loro numeri di telefono sui social media invitando le persone a contattarli per supporto psicologico. Ma non mi sentivo abbastanza forte per sostenere qualcun altro."

La sua esperienza con i gruppi di supporto, in particolare con Richard Beck, è stata determinante per lei. La stabilità e il senso di appartenenza che ha trovato in questi gruppi sono stati fondamentali: "Il gruppo era un'isola di stabilità nel mare in tempesta della vita... Questa stabilità era spesso l'unica cosa costante che mi dava un senso di supporto, plasmando la mia resilienza."

La testimonianza di Serha evidenzia come i gruppi di supporto possano servire non solo come risorsa professionale, ma anche come ancoraggio emotivo durante periodi di crisi.

La sua esperienza dimostra l'importanza della connessione umana e del sostegno reciproco nella costruzione della resilienza personale e professionale.

Natalia Kryvokobylska condivide la sua esperienza di vivere la guerra da lontano e il suo percorso verso la partecipazione attiva nei gruppi di supporto: "Il 24 febbraio 2022, tutti gli ucraini si sono svegliati in uno stato di shock... Mio marito mi ha svegliata intorno alle 05:30 con le parole 'Sveglia, Putin ha iniziato una guerra.' Provavo un orrore difficile da immaginare e un dolore, come se la mia anima fosse 'strappata'".

Natalia descrive il suo senso di impotenza e colpa del sopravvissuto, che ha cercato di affrontare attraverso il lavoro fisico e successivamente con la partecipazione ai gruppi di supporto: "Mi sentivo in colpa perché non riuscivo ad aiutare e anch'io ero emotivamente instabile. Tuttavia, in qualche modo volevo aiutare... Poi ho visto un annuncio di un gruppo di supporto basato sulla leadership di Richard Beck, organizzato da una delle mie colleghe ucraine. È così che mi sono unita al gruppo."

La sua partecipazione ai gruppi di supporto le ha offerto un importante senso di stabilità e appartenenza, permettendole di sentirsi parte della società ucraina nonostante la distanza fisica: "Il gruppo di supporto con Richard Beck è diventato un 'isola di stabilità in un mare tempestoso' per me. È un luogo stabile e sicuro dove posso venire ogni due settimane alla stessa ora, indipendentemente dalle circostanze e da ciò che accade nella mia vita e nel mondo."

Natalia sottolinea l'importanza di questi gruppi non solo come rifugio emotivo ma anche come spazio di sviluppo professionale e sostegno reciproco: "Ho imparato da Richard come guidare tali gruppi. La cosa principale che ho realizzato è che la cosa più importante in un gruppo del genere è il sostegno umano ordinario, che una persona ha bisogno di un'altra persona, prima di tutto abbiamo bisogno del supporto umano e poi di quello professionale."

Le testimonianze di Olha Serha e Natalia Kryvokobylska offrono uno sguardo profondo su come i gruppi di supporto possano fungere da pilastri di stabilità e di connessione umana in tempi di crisi. Entrambe le esperienze dimostrano che il supporto reciproco e la stabilità emotiva offerta dai gruppi non solo aiutano a far fronte alle difficoltà immediate, ma contribuiscono anche alla resilienza a lungo termine.

La partecipazione a questi gruppi ha permesso a Olha e Natalia di affrontare le loro sfide personali e professionali, dimostrando l'importanza di avere un luogo sicuro e di sostegno reciproco durante periodi di grande turbolenza. La loro esperienza conferma che, anche in tempi di grande incertezza, il supporto collettivo e la connessione umana possono giocare un ruolo cruciale nel promuovere la resilienza e il benessere.

In conclusione, questo lavoro dimostra come la speranza e la connessione umana siano elementi cruciali durante i conflitti. Nonostante le devastazioni e le difficoltà, il sostegno internazionale e la solidarietà tra professionisti hanno creato uno spazio vitale per la cura e la crescita.

I gruppi di supporto non solo hanno fornito aiuto immediato, ma hanno anche rafforzato la rete di resilienza per i professionisti ucraini, offrendo una luce di speranza in un periodo buio.

CAPITOLO 3: Analisi dell'Attacco alle Twin Towers

3.1 Ricostruzione fattuale dell'attacco alle Twin Towers

L'11 settembre 2001, gli Stati Uniti d'America furono vittima di un attacco terroristico senza precedenti che lasciò una cicatrice indelebile nella storia contemporanea.

Alle 8:45 del mattino, ora locale, il volo American Airlines 11, si schiantò contro la Torre Nord del *World Trade Center* di New York. Questo evento fu seguito alle 9:05 dall'impatto di un secondo aereo, il volo United Airlines 175, che colpì la Torre Sud. Solo alle 9:33 si apprese che il terzo aereo, il volo American Airlines 77, aveva colpito il Pentagono a Washington, D.C. Infine, un quarto aereo, il volo United Airlines 93, precipitò in un campo in Pennsylvania dopo che i passeggeri avevano tentato di riprendere il controllo dai dirottatori. Le immagini di questi eventi catastrofici, trasmesse in diretta televisiva, mostrarono il crollo delle Torri Gemelle, con la Torre Nord che collassò alle 10:07 e la Torre Sud venti minuti dopo. Due ore più tardi, un terzo edificio adiacente, il 7 World Trade Center, cedette a causa dei danni strutturali.

Il Dipartimento di Stato degli Stati Uniti segnalò che le vittime provenivano da 90 paesi diversi, le statistiche ufficiali indicano 2.823 vittime nei crolli delle Torri Gemelle, 125 nell'incendio del Pentagono e 264 passeggeri sui quattro aerei dirottati.

Questo attacco rappresenta un caso emblematico di trauma collettivo, una condizione in cui l'intero gruppo sociale è colpito da un evento traumatico, e non solo i singoli individui.

A differenza della memoria individuale, che si limita all'esperienza personale e diretta, la memoria collettiva di un trauma coinvolge la comunità nel suo insieme, integrando l'esperienza traumatica nella narrazione comune del gruppo.

Questa memoria collettiva persiste oltre la vita dei sopravvissuti diretti e viene conservata anche dalle generazioni future, che possono interpretare l'evento in modi differenti rispetto ai testimoni diretti.

Nel caso dell'11 settembre, il trauma collettivo si manifestò in molteplici forme, le immagini e i racconti del giorno hanno contribuito a plasmare una narrazione condivisa che ha cercato di dare senso alla tragedia. Questa esperienza traumatica ha portato a una forte coesione sociale e ad una rielaborazione dell'identità nazionale.

Le commemorazioni annuali, le cerimonie e i memoriali hanno servito non solo a ricordare le vittime, ma anche a rafforzare un senso di unità e resilienza tra gli americani. ad esempio la costruzione e l'inaugurazione del *National September 11 Memorial & Museum* a New York hanno giocato un ruolo cruciale nel mantenere viva la memoria dell'attacco e nel fornire uno spazio per il lutto e la riflessione collettiva.

Il trauma collettivo non è solo un evento distruttivo, ma diventa anche un ingrediente essenziale nella costruzione del significato e dell'identità di gruppo. Per le vittime e i sopravvissuti, l'evento del 11 settembre ha rappresentato una profonda crisi di significato, ma ha anche portato alla creazione di una narrativa nazionale che ha aiutato a ricostruire il senso di identità e di appartenenza.

In risposta a questo evento devastante, l'*American Group Psychotherapy Association* (AGPA) ha avviato interventi specializzati per affrontare le conseguenze psicologiche del trauma collettivo, questi interventi hanno avuto un ruolo cruciale nel supporto dei sopravvissuti e nel trattamento delle reazioni traumatiche a lungo termine, contribuendo a stabilire strategie di intervento e sostegno per le comunità colpite.

Esamineremo più dettagliatamente il contributo dell'AGPA in seguito; per ora, ci concentreremo sull'impatto psicologico dell'attacco alle Twin Towers.

3.2 Impatto psicologico dell'attacco alle Twin Towers

L'11 settembre 2001 è un evento che ha segnato indelebilmente la psiche collettiva degli Stati Uniti e del mondo intero, perché non solo coloro che erano direttamente coinvolti negli attacchi alle Torri Gemelle e al Pentagono hanno subito un trauma, ma anche milioni di persone che hanno assistito agli eventi tramite la copertura mediatica.

Andremo ora a vedere come l'11 settembre ha ridefinito il concetto di trauma e imposto una nuova urgenza nell'intervento psichiatrico e psicologico.

Dopo gli attacchi, negli Stati Uniti, ci fu una mobilitazione senza precedenti da parte dei professionisti della salute mentale, psichiatri, psicologi e clinici si affrettarono a offrire supporto non solo alle vittime dirette, ma anche a chiunque fosse stato esposto alle immagini televisive dell'evento.

Questa corsa al supporto psicologico si scontrò con un dibattito interno alla comunità medica: mentre alcuni esperti sostenevano l'importanza di un rapido intervento, altri mettevano in guardia contro il "*debriefing* selvaggio"³², un intervento psicologico non coordinato che rischiava di aggravare i sintomi invece di alleviarli.

³² Il *debriefing* è un intervento psicologico-clinico organizzato e di gruppo, guidato da uno psicologo specializzato in situazioni di emergenza, che viene effettuato dopo un evento potenzialmente traumatico. L'obiettivo di questo intervento è ridurre o alleviare le conseguenze emotive che spesso derivano da tali esperienze.

Negli Stati Uniti, l'evento ha prodotto uno stato di allerta psicologica senza precedenti, con una serie di studi epidemiologici che hanno cercato di misurare l'incidenza del disturbo da stress post-traumatico (DPTS) non solo tra i sopravvissuti, ma anche tra la popolazione generale esposta ai media. Uno studio condotto pochi giorni dopo gli attacchi ha rilevato che oltre il 45% degli americani presentava sintomi significativi di stress, con il 90% che mostrava almeno un segno clinico.

Questi dati suggeriscono un impatto psicologico diffuso, che si estendeva ben oltre i confini di New York e Washington D.C, infatti, un aspetto cruciale di questo fenomeno è stato il "trauma a distanza", in cui le persone che non erano fisicamente presenti agli attacchi hanno comunque sviluppato sintomi di trauma psicologico a causa della continua esposizione alle immagini trasmesse dai media. Gli spettatori televisivi, che hanno assistito ripetutamente alle immagini degli aerei che si schiantavano contro le Torri Gemelle, del fumo, della polvere e del panico nelle strade, hanno vissuto un'esperienza viscerale che ha potuto provocare reazioni emotive intense, simili a quelle dei testimoni diretti.

Questa esperienza mediatica ha sollevato domande fondamentali per la psichiatria: può una persona essere traumatizzata semplicemente guardando un evento catastrofico? Gli studi successivi hanno cercato di esplorare questa correlazione, confermando che, in molti casi, l'esposizione prolungata a immagini traumatiche può portare allo sviluppo di sintomi di PTSD. In questo contesto, il trauma diventa non solo una realtà clinica, ma anche una costruzione sociale, amplificata dalla copertura mediatica dell'evento.

L'11 settembre ha segnato una svolta nell'approccio della psichiatria al trauma, ampliando il concetto oltre i confini tradizionali, se prima il trauma era associato a un'esperienza diretta di pericolo, l'evento ha dimostrato che anche la partecipazione emotiva a un evento traumatico, mediata dai media, può generare sintomi psicologici significativi.

Questa espansione del concetto ha implicazioni profonde per la pratica clinica e per la comprensione del trauma nella società moderna.

Inoltre, il trauma collettivo dell'11 settembre ha portato a una maggiore attenzione alla "vittimologia psichiatrica", un campo emergente che si concentra sul riconoscimento e il trattamento delle vittime di eventi traumatici su larga scala.

Negli Stati Uniti, questo ha portato a una vasta mobilitazione di risorse per affrontare il trauma a livello nazionale, con interventi che hanno incluso non solo la terapia diretta, ma anche campagne di sensibilizzazione pubblica e supporto a lungo termine per le comunità colpite.

In conclusione, l'11 settembre 2001 ha imposto un nuovo paradigma nella comprensione e nella gestione del trauma psicologico, ha dimostrato come un evento traumatico possa avere effetti psichici profondi e diffusi, anche su individui non direttamente coinvolti, attraverso la potenza dei media e infine, ha ridefinito il ruolo della psichiatria e della psicologia nella società contemporanea, ponendo nuove sfide e aprendo nuove frontiere per la ricerca e l'intervento clinico.

3.3 Intervento dell'American Group Psychotherapy Association (AGPA)

Dopo gli attacchi dell'11 settembre 2001, l'*American Group Psychotherapy Association* (AGPA), con sede a Lower Manhattan, si trovò ad affrontare una situazione completamente nuova e particolarmente impegnativa. Fino a quel momento, l'AGPA, un'organizzazione multidisciplinare operante da quasi sessant'anni, aveva concentrato la propria attività principalmente sulla formazione e sul supporto ai propri membri, per lo più psicoterapeuti, con l'obiettivo di promuovere e tutelare la psicoterapia di gruppo e garantire alti standard di cura ai pazienti. Tuttavia, la gravità della situazione richiedeva un approccio diverso:

l'organizzazione doveva andare oltre il suo tradizionale ruolo formativo e fornire supporto diretto a una comunità profondamente colpita da un evento traumatico senza precedenti.

L'AGPA riconobbe immediatamente che i suoi interventi di gruppo potevano essere particolarmente utili per affrontare il trauma collettivo e aiutare le persone ad elaborare il lutto e lo shock causati dagli attacchi.

Consapevole di questa necessità, l'Associazione creò una *Task Force* per il Soccorso in caso di disastri, con il compito di coordinare gli sforzi dell'organizzazione e fornire servizi diretti a chi ne aveva più bisogno. Questo passaggio rappresentò una svolta storica per l'AGPA: per la prima volta, l'organizzazione si spostava dal suo tradizionale ambito di formazione per diventare una risorsa attiva e diretta per la salute mentale pubblica.

Essendo la prima volta che l'AGPA forniva servizi diretti, fu necessario creare un sistema che permettesse di identificare efficacemente le persone bisognose e di offrire loro una vasta gamma di interventi.

La sfida non era solo quella di fornire supporto, ma di farlo in modo rapido e coordinato.

Per rispondere a questa esigenza, l'AGPA adottò un modello di *outreach* comunitario³³, un metodo che permetteva di raggiungere e aiutare direttamente la comunità.

Questo modello venne implementato attraverso le società locali dell'AGPA, come la *Eastern Group Psychotherapy Society* e la *Mid-Atlantic Group Psychotherapy Society*, e si dimostrò subito molto efficace. Anche in aree dove non esistevano società locali ufficiali, l'AGPA riuscì comunque a fornire aiuto grazie a una buona organizzazione e a solide collaborazioni.

Pur essendo una novità per l'AGPA, il modello di *outreach* adottato si basava su tecniche e approcci già ampiamente documentati e utilizzati nel campo della psicoterapia di gruppo. Gli

³³ Il lavoro di prossimità (*outreach*) è un'attività sociale per costruire contatti e una risorsa per la mediazione di comunità, svolta in un ambiente e in situazioni che l'operatore di prossimità non controlla né organizza. È mirato a persone e gruppi che altrimenti sarebbero difficili da raggiungere e che hanno bisogno di supporto (Andersson B., *Finding ways to the hard to reach – considerations on the content and concept of outreach work*, in «European Journal of Social Work», 16(2), 2013, pp. 171-186)

interventi basati sulla comunità, come l'*outreach*, i gruppi di supporto e la formazione di assistenti comunitari, si sono rivelati essenziali per ricostruire e rafforzare i legami sociali. In particolare, i leader locali svolsero un ruolo fondamentale nel creare reti di supporto per chi aveva subito traumi, mentre l'educazione pubblica si rivelò uno strumento efficace per fornire informazioni e sostegno anche a coloro che, pur non essendo stati colpiti direttamente dagli attacchi, ne subivano comunque le conseguenze emotive. Inoltre, le coalizioni tra diverse organizzazioni facilitarono la collaborazione, garantendo uno sforzo coordinato e completo per rispondere alle necessità di gruppi spesso trascurati o isolati.

Un aspetto cruciale fu la capacità dell'AGPA di mobilitare rapidamente le risorse necessarie, identificando i gruppi naturali bisognosi di supporto e individuando le persone chiave in grado di facilitare i contatti con questi gruppi. L'AGPA fornì ai suoi membri tutti i materiali necessari per avviare i contatti nella comunità, spesso utilizzando la posta elettronica per comunicare in modo rapido ed efficace le opportunità di coinvolgimento. I membri dell'Associazione, attraverso i loro contatti personali e professionali, riuscirono a raggiungere le popolazioni più colpite, tra cui agenzie non profit, gruppi comunitari, scuole e istituzioni religiose. Questi contatti si rivelarono fondamentali, specialmente per raggiungere le popolazioni economicamente svantaggiate che altrimenti avrebbero potuto non avere accesso ai servizi offerti.

Man mano che il programma di *outreach* si sviluppava, l'AGPA stabilì nuove relazioni e progettò servizi specifici per rispondere alle esigenze identificate. Per garantire una gestione efficiente di questi sforzi, venne creata la posizione di Direttore degli Affari Pubblici, e un clinico membro dell'AGPA venne incaricato di gestire l'identificazione dei gruppi bisognosi. Il lavoro di questi professionisti non si limitò a educare i gruppi sull'AGPA e sui benefici della psicoterapia di gruppo, ma si concentrò anche sull'individuazione di necessità specifiche

in relazione all'11 settembre e sulla progettazione di programmi personalizzati per rispondere a tali bisogni.

Un altro fattore determinante per il successo del programma di *outreach* fu il continuo scambio di informazioni e il dialogo con le comunità coinvolte, l'AGPA, infatti, si assicurò che le persone fossero sempre informate su cosa aspettarsi dai gruppi di supporto, chi fossero i leader dei gruppi e come funzionassero i servizi offerti.

Parallelamente, l'Associazione condusse regolari valutazioni dei bisogni per comprendere meglio le esigenze delle persone e migliorare costantemente i servizi offerti. Questo processo di valutazione e feedback continuo non solo garantì l'efficacia degli interventi, ma rafforzò anche la fiducia delle comunità nei confronti dell'AGPA, permettendo di costruire un rapporto di collaborazione e sostegno reciproco.

In risposta agli attacchi dell'11 settembre 2001, l'AGPA riconobbe anche l'importanza di potenziare le competenze dei professionisti della salute mentale, siccome questi ultimi, pur animati da un forte desiderio di aiutare, si sentivano spesso impreparati a gestire la complessità del trauma su vasta scala. Il contesto straordinario richiedeva non solo interventi immediati, ma anche una preparazione specifica che molti terapeuti non avevano mai avuto modo di acquisire.

Per rispondere a questa urgente necessità, l'AGPA sviluppò un programma di formazione estensivo e mirato, progettato per colmare le lacune conoscitive e fornire ai professionisti della salute mentale gli strumenti necessari per intervenire in modo efficace.

Una delle prime iniziative fu la valutazione delle competenze dei leader di gruppo già attivi, affiancati da consulenti senior esperti che offrivano supporto continuo sia di persona che a distanza; questa valutazione non solo aiutò a garantire che i gruppi fossero condotti da professionisti competenti, ma fornì anche un quadro chiaro delle esigenze formative.

Oltre alla valutazione, l'AGPA integrò nei suoi incontri annuali eventi formativi specificamente dedicati alla diagnosi e al trattamento dei traumi.

Una delle iniziative più significative fu la conferenza del maggio 2002³⁴, intitolata "Approcci di Gruppo per gli Effetti Psicologici dei Disastri Terroristici", che mise in evidenza i metodi basati su evidenze scientifiche per affrontare le conseguenze psicologiche di eventi catastrofici. Questi eventi non solo ampliarono le competenze dei partecipanti, ma rafforzarono anche il senso di comunità tra i professionisti, creando una rete di supporto reciproco.

Per raggiungere un pubblico ancora più ampio, l'AGPA lanciò una serie di seminari online gratuiti sulla formazione al trauma, che attirarono partecipanti da tutto il mondo; questi seminari permisero a molti professionisti di accedere a risorse formative di alta qualità senza dover affrontare le limitazioni geografiche o finanziarie.

Uno dei risultati più importanti di questi sforzi fu la creazione di dieci moduli formativi specifici sull'uso della terapia di gruppo nel trattamento dei traumi che furono distribuiti durante gli incontri dell'AGPA e inviati a centri formativi in tutto il paese, offrendo una risorsa preziosa per la formazione continua dei professionisti.

Parallelamente, l'AGPA sviluppò nove protocolli di intervento specifici per diverse popolazioni, tra cui bambini, adolescenti, personale dei servizi di emergenza e comunità scolastiche. Questi protocolli fornivano linee guida pratiche su come intervenire in situazioni di crisi, adattando gli approcci alle esigenze specifiche di ciascun gruppo.

I risultati di questi sforzi furono significativi, basti pensare che durante la settimana dell'11 settembre, l'AGPA riuscì a mobilitare rapidamente 96 clinici su 40 diversi siti, fornendo supporto a una vasta gamma di gruppi; tra questi, vi erano 54 gruppi di sopravvissuti e

³⁴ La conferenza si è tenuta dal 3 al 5 maggio 2002 presso il Marriott Marquis Hotel di New York. Il programma includeva sessioni specifiche sui gruppi di supporto, la terapia cognitivo-comportamentale per il lutto traumatico nei bambini, e gruppi focalizzati sul trauma per adulti e adolescenti.

familiari, 181 gruppi basati sulla comunità, 64 gruppi scolastici, 19 gruppi dei servizi di emergenza e 44 gruppi di supporto per i clinici stessi.

Questi interventi, che andavano da eventi educativi pubblici a sessioni singole e gruppi di supporto prolungati, raggiunsero migliaia di persone, offrendo un aiuto essenziale in un momento di grande bisogno.

Le testimonianze ricevute dopo questi interventi confermarono l'impatto positivo del lavoro svolto dall'AGPA, furono molte le lettere di ringraziamento che sottolineavano come il supporto ricevuto avesse permesso ai partecipanti di affrontare meglio le sfide quotidiane e di trovare conforto in un periodo estremamente difficile. Questi feedback hanno permesso di affermare che il programma non solo rispondeva alle esigenze immediate, ma contribuiva anche al benessere a lungo termine delle persone coinvolte.

Tuttavia, l'AGPA dovette affrontare anche numerose sfide; una delle principali difficoltà fu proprio la mancanza di prove empiriche sull'efficacia degli interventi di gruppo in contesti di crisi così complessi.

L'urgenza di intervenire immediatamente lasciava poco spazio per la ricerca approfondita, costringendo i clinici a basarsi principalmente sull'esperienza e sul giudizio professionale. Questa situazione evidenziò la necessità di sviluppare ulteriori studi per supportare scientificamente gli interventi futuri.

Un'altra sfida, invece, riguardava la difficoltà di coordinazione tra le diverse organizzazioni coinvolte nella risposta all'emergenza. In un contesto caratterizzato da un gran numero di attori, spesso vi erano conflitti di competenza e difficoltà nel stabilire una leadership condivisa, questa frammentazione complicò la creazione di una risposta integrata e coerente, limitando l'efficacia degli sforzi complessivi.

L'AGPA riconobbe presto che per superare queste difficoltà era necessario migliorare la collaborazione tra le diverse parti coinvolte e prese l'iniziativa di organizzare un incontro l'11

gennaio 2003, che riunì rappresentanti delle varie organizzazioni attive nella risposta all'11 settembre a New York City. Questo incontro fu un primo passo fondamentale verso la creazione di un forum in cui poter valutare ciò che aveva funzionato e identificare le aree di miglioramento. L'obiettivo era quello di stabilire una rete di risorse più solida e coordinata, capace di rispondere efficacemente a future crisi.

L'AGPA continuò a lavorare per rafforzare la sua leadership nella risposta ai disastri, sviluppando un piano di risposta integrato e basato su migliori pratiche scientifiche.

In sintesi, l'impegno dell'AGPA dopo l'11 settembre fu caratterizzato da un approccio metodico e inclusivo che combinava formazione, supporto diretto e un'attenta riflessione sulle sfide incontrate.

Grazie a questo impegno, l'AGPA non solo riuscì a fornire un aiuto essenziale in un momento di crisi, ma gettò anche le basi per un modello di intervento che continua a servire come punto di riferimento per il futuro; le lezioni apprese e le strategie sviluppate durante questo periodo hanno contribuito a rafforzare la resilienza della comunità e a migliorare la preparazione per affrontare eventuali emergenze future.

CONCLUSIONI

Nel corso di questa tesi, abbiamo esaminato approfonditamente il concetto di trauma, partendo da una definizione chiara e analizzando le sue principali caratteristiche.

Il trauma, come emerso dalla nostra analisi, è una risposta complessa a eventi estremamente stressanti che mettono alla prova la capacità dell'individuo di affrontarli. Come abbiamo osservato, il trauma varia a seconda dell'intensità, della durata e delle conseguenze psicologiche e fisiche. Oltre che sulla salute mentale, il trauma può influire anche sul benessere fisico e sociale della persona.

Uno dei principali punti affrontati nella tesi è stato l'identificazione delle manifestazioni psicologiche del trauma a breve e lungo termine. A breve termine, i sintomi possono includere ansia acuta, flashback e insonnia. Tuttavia, gli effetti più persistenti e complessi emergono nel lungo periodo, e possono includere disturbi come il Disturbo Post-Traumatico da Stress (DPTS).

La nostra analisi ha confermato che il trauma può avere un impatto duraturo sulla psiche e sulla vita quotidiana delle persone, richiedendo interventi mirati e continui.

Nel secondo capitolo, abbiamo esplorato il ruolo dei gruppi analitici nell'elaborazione del trauma, e abbiamo visto come essi rappresentino un'importante modalità di trattamento che permette agli individui di confrontarsi con le loro esperienze traumatiche in un contesto di supporto collettivo. Abbiamo discusso dei processi di elaborazione del trauma all'interno di questi gruppi, evidenziando come la dinamica di gruppo possa facilitare la comprensione e l'integrazione delle esperienze traumatiche.

I gruppi analitici offrono uno spazio strutturato in cui i partecipanti possono condividere le loro esperienze, riflettere sui loro sentimenti e ricevere feedback sia dai terapeuti che dai pari, questo processo può aiutare a ridurre il senso di isolamento e a promuovere la resilienza.

Tuttavia, la tesi ha anche messo in luce le sfide associate ai gruppi analitici, come la necessità

di una guida esperta e di una buona coesione di gruppo per massimizzare l'efficacia del trattamento.

Abbiamo poi esaminato il caso clinico del gruppo organizzato da Richard Beck per le persone colpite dalla guerra in Ucraina e questo lavoro ha permesso di dimostrare chiaramente come i gruppi di supporto hanno avuto un ruolo cruciale nel fornire stabilità e connessione umana in tempi di crisi. Le testimonianze di Olha Serha e Natalia Kryvokobylska, infatti, hanno confermato che, anche in mezzo a devastazioni e incertezze, il supporto collettivo può essere una fonte vitale di speranza.

Il sostegno internazionale e la solidarietà tra professionisti non solo hanno offerto aiuto immediato ma hanno anche contribuito a costruire una rete di resilienza a lungo termine per i professionisti ucraini.

In definitiva, l'esperienza di questi gruppi di supporto evidenzia l'importanza della speranza e della connessione umana nel processo di recupero post-trauma. La creazione di spazi sicuri e di sostegno reciproco ha dimostrato di essere essenziale non solo per affrontare le difficoltà immediate, ma anche per promuovere il benessere e la crescita in periodi di grande incertezza.

Il terzo capitolo si è concentrato sull'attacco alle Twin Towers dell'11 settembre 2001, un evento che ha avuto un impatto senza precedenti a livello globale.

Abbiamo ricostruito i fatti dell'attacco, esaminando le sue conseguenze immediate e a lungo termine sul benessere psicologico delle vittime e delle comunità colpite. Un aspetto cruciale di questa analisi è stato il ruolo dell'*American Group Psychotherapy Association* (AGPA) nella risposta al disastro. L'AGPA ha messo in campo una serie di interventi mirati per supportare le persone colpite dal trauma dell'11 settembre, in questa tesi ho cercato di mostrare come l'AGPA abbia coordinato risorse e professionalità per fornire supporto psicologico, sia attraverso interventi diretti che tramite la formazione di gruppi di supporto.

La risposta dell'AGPA è stata un esempio di come le organizzazioni professionali possano rispondere efficacemente a situazioni di emergenza, integrando risorse e competenze per affrontare le esigenze delle comunità in crisi.

Questo lavoro ha messo in luce l'importanza di adattare gli interventi basati sui gruppi analitici alle esigenze specifiche dei partecipanti.

Future ricerche potrebbero esplorare come i gruppi analitici possano essere ulteriormente perfezionati per affrontare diversi tipi di trauma e migliorare i risultati terapeutici e potrebbero essere esplorate anche le modalità per rendere questi gruppi più accessibili e inclusivi per le diverse popolazioni.

Un'altra area di ricerca futura riguarda la risposta delle organizzazioni professionali come l'AGPA in situazioni di crisi, è fondamentale continuare a valutare e migliorare le risposte e i protocolli di emergenza.

In conclusione, questa tesi ha fornito una panoramica dettagliata del trauma e delle sue implicazioni, esplorando come i gruppi analitici possano giocare un ruolo cruciale nell'elaborazione del trauma e come le organizzazioni professionali possano rispondere a crisi di grande portata.

BIBLIOGRAFIA

- Adams, R. E., Boscarino, J. A., & Figley, C. R. (2006). Compassion fatigue and psychological distress among social workers: A validation study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(1), 103–108.
- American Psychiatric Association. (1983). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3a ed., trad. it. Masson). Milano: Masson. (Originale pubblicato nel 1980)
- American Psychiatric Association. (1995). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4a ed., trad. it. Masson). Milano: Masson. (Originale pubblicato nel 1994)
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). (DSM-IV-TR). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5a ed., testo rev.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Beck, R. (2004). Unique aspects of group work with trauma. In B. J. Buchele & H. I. Spitz (Eds.), *Group interventions for treatment of psychological trauma* (pp. 11–26). New York: American Group Psychotherapy Association.
- Beck, R., & Buchele, B. (2005). In the belly of the beast: Traumatic countertransference. *International Journal of Group Psychotherapy*, 55(1), 27–40.
- Beck, R., Bergmann, U., Broden, A., Buchele, B., Daniele, Y., & Rauch, E. (2008). Lessons learned in group strategies for survivors, witnesses, and family members. In R. Klein & S. Phillips (Eds.), *Public mental health service delivery protocols: Group interventions for disaster preparedness and response* (pp. 67–89). New York: American Group Psychotherapy Association.
- Beck, R. (2012). The role of therapeutic action in the context of group therapy. In J. L. Kleinberg (Ed.), *The Wiley-Blackwell handbook of group psychotherapy* (pp. 571-582). John Wiley & Sons, Ltd.
- Benson, H., & Klipper, M. Z. (2000). *The relaxation response*. Harper Paperbacks.
- Bonomi, C. (2000). *La psicologizzazione del trauma. Nascita e tramonto della diagnosi di "nevrosi traumatica" (1870-1920 ca)*. *Teoria & Modelli*, n.s., 5(1-2), 125–161.

- Bonomi, C. (2001). Breve storia del trauma dalle origini a Ferenczi (1880-1930 ca). In C. Bonomi & F. Borgogno (Eds.), *La catastrofe e i suoi simboli: Il contributo di Sándor Ferenczi alla storia del trauma* (pp. 71-115). Torino: UTET Libreria.
- Boulanger, G. (2002). Wounded by reality: The collapse of the self in adult onset trauma. *Contemporary Psychoanalysis*, 38(1), 45–76.
- Block, M., & Feirman, D. (2003). Community outreach: A model for success. *The Group Circle*, February/March, p. 3.
- Buchele, B., & Spitz, H. (Eds.). (2004). *Group interventions for treatment of psychological trauma*. New York: American Group Psychotherapy Association.
- Burlingame, G. M., Fuhrman, A. F., & Mosier, J. (2003). The differentiated effectiveness of group psychotherapy: A meta-analytic review. *Group Dynamics: Theory, Research and Practice*, 7(1), 3–12.
- Burlingame, G. M., MacKenzie, K. R., & Strauss, B. (2003). Small group treatment: Evidence for effectiveness and mechanisms of change. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 647–696). New York: Wiley & Sons.
- Burlingame, G., Strauss, B., Joyce, A., MacNair-Semands, R., MacKenzie, K. R., Ogrodniczuk, J., & Taylor, S. (in press). *CORE Battery – Revised: An assessment tool kit for promoting optimal group selection, process and outcome*. New York: American Group Psychotherapy Association.
- Coates, D. W. (2003). Introduction: Trauma and human bonds. In S. W. Coates, J. L. Rosenthal, & D. S. Schechter (Eds.), *September 11: Trauma and human bonds* (pp. 1–15). Hillsdale, N.J.: Analytic Press.
- Cohen, M. (2005). Strategic communications and mental health: The WTC attacks, 1993 and 2001. In Y. Danieli & R. L. Dingman (Eds.), *On the ground after September 11: Mental health responses and practical knowledge gained* (pp. 130–136). New York: Haworth Press.
- Cohen, N. L. (2005). Reflections on the public: Health and mental health response to 9/11. In Y. Danieli & R. L. Dingman (Eds.), *On the ground after September 11: Mental health responses and practical knowledge gained* (pp. 24–28). New York: Haworth Press.
- Cohen, R., & Feirman, D. (2006). Local community outreach programs in response to disaster. In R. H. Klein & S. B. Phillips (Eds.), *Public mental health service delivery*

protocols: Group interventions for disaster preparedness and response (pp. 45–60). New York: American Group Psychotherapy Association.

- Cohen, E. (2010). *Il gruppo, uno spazio condiviso per comprendere ed elaborare il trauma causato dal conflitto bellico: il caso di Israele* [Tesi di laurea, Università La Sapienza].
- Correale, A., & Masoni, P. (2001). Scena-modello e fasi del gruppo in un gruppo di giovani psicotici cronici. *La psicoterapia di gruppo con pazienti psicotici e borderline, Funzione Gamma*
- Dodgen, D., La Due, L. R., & Kaul, R. (2002). Coordinating a local response to a national tragedy: Community mental health in Washington, DC after the Pentagon attack. *Military Medicine*, 167(Suppl. 4), 87–89.
- Essig, T. (2005). With the other in mind: On the ground with the NYDCC. In Y. Danieli & R. L. Dingman (Eds.), *On the ground after September 11: Mental health responses and practical knowledge gained* (pp. 377–384). New York: Haworth Press.
- Fassin, D., & Rechtman, R. (2020). *L'impero del trauma. Nascita della condizione di vittima* (L. Quarta, Trad.). Milano: Meltemi.
- Figley, C. R. (Ed.). (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder those who treat the traumatized*. New York: Brunner/Mazel.
- Figley, C. R. (1995/1999). *Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring*. In B. H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators* (pp.3–28). Lutherville, Maryland: Sidran Press.
- Foreman, C. (1994). Immediate post-disaster treatment of trauma. In M. B. Williams & J. Goodman (Eds.), *Handbook of posttraumatic stress disorder* (pp. 123–136). New York: Guilford Press.
- Foy, D. W. (1992). Introduction and description of the disorder. In *Treating PTSD: Cognitive behavioral strategies* (pp. 15–31). New York: Guilford Press.
- Foy, D. W., Eriksson, C. B., & Trice, G. A. (2001). Introduction to group interventions for trauma survivors. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 5(4), 246–251.
- Goodman, M. and Weiss, D. (1998), Double Trauma: A Group Therapy Approach for Vietnam Veterans Suffering from War and Childhood Trauma. *International Journal of Group Psychotherapy* 48(1): 39–54, 1998.
- Graham, S. (2002). Study shows New Yorkers suffered most 9/11 stress. *Scientific American*.

- Griffin, S. M., Lebedová, A., Ahern, E., McMahon, G., Bradshaw, D., & Muldoon, O. T. (2023). Interventi di gruppo per il disturbo da stress post-traumatico: Una revisione sistematica e una meta-analisi del ruolo del tipo di trauma. *Campbell Systematic Reviews*, 19(1), e1328.
- Hammer, E. P. S. (2006). Cumulative trauma in police officers. *Dissertation Abstract International*, 66(12), 6922. (UMI No. 3199389).
- Herman, J. L. (2005). *Guarire dal trauma: Affrontare le conseguenze della violenza*. Roma: Magi Edizioni.
- Johnson, K. (2003, February 14). Chronicling history, and finding a role in it; Interviewers shaping an oral account are entangled in the stories of September 11, 2001. *New York Times*.
- Kauff, P. (2002). Analytic group psychotherapy: A uniquely effective crisis intervention. *Group*, 26(2), 137–147.
- Kauff, P. F., & Kleinberg, J. (2008). Crisis intervention at the organizational level. In R. Klein & S. Phillips (Eds.), *Public mental health service delivery protocols: Group interventions for disaster preparedness and response* (pp. 90–105). New York: American Group Psychotherapy Association.
- Kernberg, O. (1965). Notes on countertransference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 13, 38–56.
- Klein, R. H., & Schermer, V. L. (Eds.). (2000). *Group psychotherapy for psychological trauma*. New York: The Guilford Press.
- Klein, R. H., & Phillips, S. B. (2008). *Public mental health service delivery protocols: Group interventions for disaster preparedness and response*. New York: American Group Psychotherapy Association.
- Klein, R. H., & Thomas, N. K. (2003). Disaster outreach task force rallies after 9/11. *The Group Circle*, February/March, pp. 1 and 6.
- Klein, R. H., & Thomas, N. K. (2005). Preface. In B. Buchele & H. Spitz (Eds.), *Group interventions for treatment of psychological trauma* (pp. 4–7). New York: AGPA, Inc.
- Lubin, H., & Johnson, D. (1997). Interactive psychoeducational group therapy for traumatized women. *International Journal of Group Psychotherapy*, 47(3), 271–290.
- Lubin, H., & Johnson, D. (2008). *Trauma-centered group psychotherapy for women: A clinician's manual*. New York & London: The Haworth Press.

- Mailloux, S. (2014). The ethical imperative: Special considerations in the trauma counseling process. *Traumatology: An International Journal*.
- Maltzberger, J. T., & Bure, D. H. (1974). Countertransference hate in the treatment of suicidal patients. *Archives of General Psychiatry*, 30, 625–633.
- Manieri, F. (n.d.). *Il mosaico nella terapia della schizofrenia: l'esempio "Il Faro di Anzio", mosaico murale prodotto nel contesto di un trattamento psichiatrico al D.S.M. di Aprilia* [Tesi di laurea, Università degli Studi di Roma La Sapienza, Facoltà di Psicologia 1, Corso di Laurea in Scienze e Tecniche Psicologiche della Valutazione e della Consulenza Clinica].
- McCann, I. L. & Pearlman, L. A. (1990). *Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims*. *Journal of Traumatic Stress*, 3(1), 131–149.
- Miller, M., Shapiro, E., Spitz, H., & Ulman, K. (2008). Support for disaster responses helpers and services delivery workers. In R. Klein & S. Phillips (Eds.), *Public mental health service delivery protocols: Group interventions for disaster preparedness and response* (pp. 106–120). New York: American Group Psychotherapy Association.
- Montano, A., & Borzi, R. (2019). *Manuale di intervento sul trauma: Comprendere, valutare e curare il PTSD semplice e complesso*. Trento: Erickson.
- National Child Traumatic Stress Network & National Center for PTSD. (2005). *Psychological first aid: Field operations guide*. September.
- Neri C. (1998), *Il calore segreto degli oggetti: a proposito di un saggio di Ernesto De Martino*. *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, Roma, Borla.
- Nicholas, M., & Forrester, A. (1999). Advantages of heterogeneous therapy group in the psychotherapy of the traumatically abused: Treating the problem as well as the person. *International Journal of Group Psychotherapy*, 49(3), 323–342.
- Pearlman, L. A. (1995/1999). Self-care for trauma therapists: Ameliorating vicarious traumatization. In B. H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators* (pp. 51–64). Lutherville, Maryland: Sidran Press.
- Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. W. (1995). *Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. New York: W. W. Norton & Company.
- Phillips, S. B. (2004). Countertransference: Effects on the group therapist working with trauma. In B. J. Buchele & H. Spitz (Eds.), *Group interventions for treatment of*

psychological trauma (pp. 67–80). New York: American Group Psychotherapy Association.

- Phillips, S. B. (2005). The role of the bereavement group in the face of 9/11: A self-psychology perspective. *International Journal of Group Psychotherapy*, 55(4), 507–527.
- Phillips, S. (2005). AGPA trauma treatment module: Countertransference: Effects on the group therapists working with trauma. *AGPA*.
- Phillips, S. B. (2009). The synergy of group and individual treatment modalities in the aftermath of disaster and unfolding trauma. *International Journal of Group Psychotherapy*, 59, 85–107.
- Phillips, S. B., & Kane, D. (2008). *Healing together after trauma: A couple's guide to coping with trauma and post-traumatic stress*. Oakland, California: New Harbinger Publications.
- Phillips, S. B., & Klein, R. H., Ulman, K. H., & Beck, R. (2010). American Group Psychotherapy Society Annual Conference. *Proceedings of the trauma training course*. New York.
- Racker, H. (1968). *Transference and countertransference*. New York: International Universities Press.
- Raphael, B. (1986). *When disaster strikes*. New York: Basic Books.
- Saakvitne, K. W., & Pearlman, L. A. (1996). *Transforming the pain: A workbook on vicarious traumatization*. New York: W. W. Norton.
- Shalev, A. Y., Bonne, O., & Spencer, E. (1996). Treatment of posttraumatic stress disorder: A review. *Psychosomatic Medicine*, 58, 165–182.
- Sprang, G. (1999). Post-disaster stress following the Oklahoma City bombing. *Journal of Interpersonal Violence*, 14(2), 169–183.
- Stamm, B. H. (Ed.). (1995/1999). *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators*. Lutherville, Maryland: Sidran Press.
- Stone, D. T., & Beck, R. (2009). American Group Psychotherapy Society Annual Conference: Care to military caregivers: From fatigue to hope and resiliency. San Diego, California.
- Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148(1), 10–20.

- Ulman, K. H. (2004). Group interventions for treatment of trauma in adults. In B. J. Buchele & H. I. Spitz (Eds.), *Group interventions for treatment of psychological trauma* (pp. 81–95). New York: American Group Psychotherapy Association.
- Ulman, K. H., & Beck, R. (2010). Northeastern Society for Group Psychotherapy Annual Conference: Group interventions in the aftermath of disaster: How we can help. Boston, Massachusetts.
- Ursano, R., McCaughey, B., & Fullerton, C. (Eds.). (1994). *Individual and community responses to trauma and disaster: The structure of human chaos*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Van Der Kolk, B. (2014). *Il corpo accusa il colpo: Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche* (trad. it. Raffaello Cortina). Milano: Raffaello Cortina.
- Weine, S., Danieli, Y., Salve, D., Van Immerge, M., Fairbanks, J. A., & Saul, J. (2002). The Task Force on Interpersonal Trauma Training of the International Society for Traumatic Stress. *Psychiatry*, 65(2), 156–164.
- Weinberg, H., Nuttman Shwartz, O., & Gilmore, M. (2005). Trauma groups: An overview. *Group Analysis*, 38(2), 187–202.
- Williams, M. B., & Sommer, J. F., Jr. (1995/1999). Self-care and the vulnerable therapist. In B. H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators* (pp. 230–246). Lutherville, Maryland: Sidran Press.
- Wilson, J. P., & Lindy, J. D. (1994). *Countertransference in the treatment of PTSD*. New York: Guilford Press.
- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy* (5th ed.). New York: Basic Books.
- Youcha, I. (personal communication, 1994).
- Young J, Ford J, Ruzek J, Friedman M e Gusman F (2002). *L'assistenza psicologica nelle emergenze*. Edizioni Erickson, Trento.
- Zuliani A. (2006), *Manuale di psicologia dell'emergenza*, Rimini, Maggioli Editore

SITOGRAFIA

- Artoni, P. (2017, 2 luglio). Disturbi correlati al trauma: la categorizzazione del DSM-5. *Ospedale Maria Luigia*.
<https://www.ospedalemarialuigia.it/disturbi-trauma-stress/disturbi-correlati-a-trauma-e-stress/>
- D'Ammando, E. (2019, 7 giugno). Il trauma psichico. Origini, genesi ed evoluzione in Charcot, Breuer, Freud. *InPsiche*.
<https://www.inpsiche.it/il-trauma-psichico-origini-genesi-ed-evoluzione-in-charcot-breuer-freud/>
- Griffin, S. M., Lebedová, A., Ahern, E., McMahon, G., Bradshaw, D., & Muldoon, O. T. (2023, 13 maggio). Interventi di gruppo per il disturbo da stress post-traumatico: Una revisione sistematica e una meta-analisi del ruolo del tipo di trauma. *Campbell Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/cl2.1328>
- Hirschberger, G. (2018). Il trauma collettivo e la costruzione sociale del significato [Articolo liberamente tradotto]. *Frontiers in Psychology*.
<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2018.01441/full>
- Redazione Mimesis. (2020, 11 settembre). La politica dell'indennizzo. In D. Fassin & R. Rechtman, *L'impero del trauma* (L. Quarta, Trad.). Meltemi. Estratto da *Scenari Direzioni*.
- Vitale, I. (2014, 4 agosto). Trauma psicologico: definizione (Freud, Bion, Ferenczi, Klein). *Igor Vitale*. <https://www.igorvitale.org/trauma-psicologico-definizione-freud-b>