

**Master Universitario di II livello in  
Psicologia dell’Emergenza e Psicotraumatologia  
A.A. 2016/2017**

**Quando il trauma investe la famiglia:  
Terapia familiare e EMDR, come approcci alla  
risoluzione.**



**Relatore  
Giada Maslovaric**

**Candidato  
Lucia Vernile**

<b>INTRODUZIONE.....</b>	<b>3</b>
<b>CAPITOLO PRIMO. Il trauma psicologico</b>	
1.1 Che cos'è il trauma.....	5
1.2 Il trauma nel DSM-5.....	6
1.3 Le fasi della risoluzione del trauma.....	8
1.4 Le vittime secondarie e la traumatizzazione vicaria.....	9
1.5 Il ruolo dei neuroni specchio nella trasmissione del trauma.....	10
<b>CAPITOLO SECONDO. Verso un'integrazione dei modelli teorici sul trauma</b>	
2.1 Il modello sistemico relazionale.....	13
2.2 Il ciclo vitale della famiglia.....	14
2.3. Differenza tra il modello Intergenerazioanale e il modello Transgenerazionale.....	16
2.4 Gli effetti transgenerazionali sul trauma.....	18
2.5 Il modello EMDR .....	19
<b>CAPITOLO TERZO. L'esperienza clinica nel contesto di tirocinio</b>	
3.1 L'importanza del lavoro di rete: l'esempio del Centro Antiviolenza di Croce Rossa Italiana, Comitato di Avezzano.....	21
3.2 Il caso clinico.....	23
3.3 La diagnosi relazionale: l'impatto del trauma sul sistema familiare.....	25
3.4 Il trattamento del trauma con l'EMDR.....	28
<b>CONCLUSIONI.....</b>	<b>32</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>34</b>

## INTRODUZIONE

*La storia dei due vasi.*

*Una anziana donna cinese possedeva due grandi vasi, appesi alle estremità di un lungo bastone che portava bilanciandolo sul collo. Uno dei due vasi aveva una crepa, mentre l'altro era intero. Così alla fine del lungo tragitto dalla fonte a casa, il vaso intero arrivava sempre pieno, mentre quello con la crepa arrivava sempre mezzo vuoto. Per oltre due anni, ogni giorno l'anziana donna riportò a casa sempre un vaso e mezzo di acqua. Ovviamente il vaso intero era fiero di sé stesso, mentre il vaso rotto si vergognava terribilmente della sua imperfezione e di riuscire a svolgere solo metà del suo compito. Dopo due anni, finalmente trovò il coraggio di parlare con l'anziana donna, e dalla sua estremità del bastone le disse: "Mi vergogno di me stesso, perché la mia crepa ti fa portare a casa solo metà dell'acqua che prendi". L'anziana donna sorrise "Hai notato che sul tuo lato della strada ci sono sempre dei fiori, mentre non ci sono sull'altro lato? Questo succede perché, dal momento che so che tu hai una crepa e lasci filtrare l'acqua, ho piantato semi di fiori solo sul tuo lato della strada. Così ogni giorno, tornando a casa, tu innaffi i fiori. Per due anni io ho potuto raccogliere dei fiori che hanno rallegrato la mia casa e la mia tavola. Se tu non fossi così come sei, non avrei mai avuto la loro bellezza a rallegrare la mia abitazione.*

Questa storiella spiega in modo eloquente cosa vuol dire lavorare con le persone che hanno subito un'esperienza traumatica, come professionisti, significa accompagnarle sulla strada dell'elaborazione e aiutarle a riprendere quel potere, non autoritario, ma autorevole e trasformativo su quella particolare ferita. Quasi sempre sono proprio i nostri utenti a regalarci dei magnifici esempi di resilienza, per questo è molto importante nelle fasi iniziali della conoscenza, andare a trovare le risorse interne di ogni cliente.

Il lavoro che mi accingo a presentare, vuole offrire al lettore un' inquadramento, certamente non esaustivo, sull' argomento, l'attenzione è rivolta sul trauma psicologico, vissuto da un membro della famiglia, il trauma vicario, e sugli effetti, che può portare all'interno di un sistema familiare.

La linea che ho deciso di seguire, ha un triplice obiettivo, quello di associare le mie formazioni di psicoterapeuta sistemico-relazionale, terapeuta Emdr e futura Esperta di Psicologia dell'Emergenza e Psicotraumatologia. Soprattutto il Caso Clinico, vuole rappresentare come l'integrazione di più indirizzi e modelli teorici, può essere utile nel trattamento di un trauma complesso.

I capitoli sono così divisi:

Primo Capitolo: dare una definizione di trauma, passando per il DSM5, soffermandomi brevemente sulle fasi di risoluzione del trauma, per poi terminare con una definizione chiara e sintetica sulla traumatizzazione vicaria e, infine sul ruolo dei neuroni specchio nella trasmissione del trauma.

Secondo Capitolo: rappresenta la parte più descrittiva del lavoro, in quanto mi sono soffermata sui modelli teorici che hanno guidato il mio lavoro: il modello sistemico relazione e l'approccio del ciclo di vita familiare, la differenza tra modello transgenerazionale e intergenerazionale, il modello teorico e applicazioni dell'EMDR, e gli effetti transgenerazionali del trauma.

Terzo capitolo: racconto la mia esperienza nel Centro Antiviolenza di Croce Rossa del comitato di Avezzano, espongo il percorso di un caso clinico, seguito durante l'esperienza di tirocinio. In quest'ultimo capitolo che cercherò di spiegare il lavoro sul trauma integrando la terapia familiare e il modello Emdr.

## **CAPITOLO PRIMO. Il trauma psicologico**

### **1.1. Che cos'è un trauma?**

*“Victoria ha paura del contatto fisico. Ha paura delle parole delle sue e di quelle degli altri. Soprattutto, ha paura di amare e lasciarsi amare. È solo all'interno del giardino segreto nel parco pubblico di Potrero Hill, a San Francisco, che le sue paure sfumano nel silenzio e nella pace. I fiori, che ha piantato lei stessa in questo angolo sconosciuto della città, sono la sua casa. È attraverso il loro linguaggio che lei comunica le sue emozioni più profonde. La lavanda per la diffidenza, il cardo per la misantropia, la rosa bianca per la solitudine. Victoria non ha avuto una vita facile, abbandonata in culla ha passato la sua infanzia saltando da una famiglia adottiva all'altra. Fino all'incontro drammatico e sconvolgente con Elisabeth, l'unica vera madre che abbia mai avuto, la donna che le ha insegnato il linguaggio segreto dei fiori. E sarà proprio grazie a questo magico dono che Victoria ha preso in mano la sua vita, diventando una fioraia, ha i fiori più richiesti della città, regalano la felicità e curano l'anima.”* Tratto da: Il linguaggio segreto dei fiori. V. Diffenbaugh.

Dal punto di vista etimologico la parola trauma deriva dal verbo greco τραῦμα, che significa “perforare”, “danneggiare”, “ledere”, “rovinare” e contiene un duplice riferimento a una ferita con lacerazione, ed agli effetti di un urto, di uno shock violento sull'insieme dell'organismo. Il trauma psicologico, dunque, può essere definito come una “ferita dell'anima”, come qualcosa che rompe il consueto modo di vivere e vedere il mondo e che ha un impatto negativo sulla persona che lo vive.

I primi autori che hanno parlato di trauma:

Page, 1883 inventa il termine shock nervoso (primi treni e primi drammatici incidenti ferroviari).  
Ipotesi neurologica di irritazione spinale, nervi a lungo eccitati ed eccitabili causano strascichi nel tempo

Strumpell, 1884 introduce il concetto di trauma psichico, dimensione mentale. Impotenza può trasformarsi in idea patogena

Charcot, 1885: idea patogena ha effetti nefasti solo se entra in stati di coscienza dissociata (isteria traumatica)

Oppenheim, 1889: “nevrosi traumatica”, corpo “offeso” dalla realtà materiale esterna. Esiti psichici incidenti sul lavoro

Freud, 1896: ipotesi di spiegazione differenze interpersonali nelle reazioni allo stesso evento traumatico. Effetto iatrogeno di alcuni eventi in età adulta riconducibile a traumi infantili pregressi, che sono riattivati in caso d'incidente

Ferenczi, 1917: medico militare torna a evidenziare il ruolo degli stimoli sovraccaricanti anche in età adulta e parla nuovamente di “nevrosi traumatica”

Un evento è traumatico se l'evento stesso altera in modo significativo l'esperienza di vita con un taglio prima/dopo, si manifesta con vissuti di minaccia all'integrità fisica e/o psichica almeno per un certo tempo sensazione di essere invasi da percezioni legate al trauma le funzioni cognitive, emotive e comportamentali possono risultare alterate nella direzione della “risposta di allarme” (Eccitazione, ipervigilanza, tensione generale, irritabilità) o della “risposta di congelamento”(Ottundimento emozionale e diminuita reattività); si altera in modo significativo la successiva esperienza di vita dell'individuo.

## **1.2 Il trauma nel DSM-5**

Nel nuovo DSM-5 la diagnosi dei Disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti è l'unica a tenere in considerazione fra i criteri diagnostici l'aspetto eziologico, il trauma appunto. Tra questi il Disturbo reattivo dell'attaccamento, il Disturbo da impegno sociale disinibito, il Disturbo da stress post-traumatico (PTSD), il Disturbo da stress acuto, i Disturbi dell'adattamento e altri due disturbi con altra o senza specificazione.

In particolare per lo sviluppo di un PTSD (DSM-5; APA, 2013) è necessario che:

- La persona sia stata esposta a un trauma, quale la morte reale o una minaccia di morte, grave lesione, oppure violenza sessuale (criterio a) facendo un'esperienza diretta o indiretta dell'evento traumatico oppure venendo a conoscenza di un evento traumatico violento o accidentale accaduto ad un membro della famiglia o ad un amico stretto. Traumatica è anche l'esposizione ripetuta o estrema a dettagli crudi dell'evento traumatico come ad esempio succede ai primi soccorritori che raccolgono resti umani o agli agenti di polizia ripetutamente esposti a dettagli di abusi su minori.
- Sintomi intrusivi correlati all'evento traumatico insorgono dopo l'evento traumatico, (criterio b) ricordi, sogni, flashback che possono portare alla completa perdita di consapevolezza dell'ambiente circostante. Può esserci intensa o prolungata sofferenza psicologica e reattività fisiologica in risposta a trigger che simboleggiano o assomigliano al trauma.
- Evitamento persistente degli stimoli associati all'evento traumatico che viene messo in atto dopo l'evento traumatico (criterio c). Interessano sia fattori interni come ricordi spiacevoli, pensieri o sentimenti relativi o strettamente associati all'evento traumatico, che fattori esterni quali persone, luoghi, conversazioni, attività, oggetti e situazioni che possono suscitare ricordi spiacevoli, pensieri o sentimenti relativi o strettamente associati all'evento traumatico.

– Alterazioni negative di pensieri ed emozioni associate all’evento traumatico si manifestano dopo l’evento traumatico (criterio d). La persona può non ricordare qualche aspetto importante dell’evento traumatico, sviluppare persistenti ed esagerate convinzioni o aspettative negative su sé stessi, gli altri, o sul mondo. Possono manifestarsi pensieri distorti e persistenti relativi alla causa o alle conseguenze dell’evento traumatico che portano a dare la colpa a sé stessi oppure agli altri. Si può inoltre sperimentare uno stato emotivo negativo e provare sentimenti persistenti di paura, orrore, rabbia, colpa o vergogna, una marcata riduzione di interesse o partecipazione ad attività significative, sentimenti di distacco o di estraneità verso gli altri o incapacità di provare emozioni positive come felicità, soddisfazione o sentimenti d’amore.

– Marcate alterazioni dell’arousal e della reattività associati all’evento traumatico si manifestano dopo l’evento traumatico (criterio e) come comportamento irritabile ed esplosioni di rabbia (con minima o nessuna provocazione) tipicamente espressi nella forma di aggressione verbale o fisica nei confronti di persone o oggetti, comportamento spericolato autodistruttivo, ipervigilanza, esagerate risposte di allarme, problemi di concentrazione, difficoltà relative al sonno come difficoltà nell’addormentarsi o nel rimanere addormentati oppure sonno non ristoratore.

– La durata delle alterazioni descritte è superiore ad 1 mese (criterio f).

– Il disturbo causa disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti (criterio G).

– Il disturbo non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza come ad esempio farmaci o alcol o a un’altra condizione medica (criterio H).

A seguito di un evento stressante, oltre a sviluppare un PTSD, si possono manifestare anche SINTOMI DISSOCIATIVI di DEPERSONALIZZAZIONE (sentirsi distaccati dai propri processi mentali come se si fosse un osservatore esterno al proprio corpo) e DEREALIZZAZIONE (persistenti o ricorrenti esperienze di irrealtà dell’ambiente circostante).

### 1.3 Le fasi di risoluzione del trauma

Esistono i “piccoli traumi” o “t”, ovvero quelle esperienze soggettivamente disturbanti che sono caratterizzate da una percezione di pericolo non particolarmente intensa. Si possono includere in questa categoria eventi come un’umiliazione subita o delle interazioni brusche con delle persone significative durante l’infanzia. Accanto a questi traumi di piccola entità si collocano i traumi T, ovvero tutti quegli eventi che portano alla morte o che minacciano l’integrità fisica propria o delle persone care. A questa categoria appartengono eventi di grande portata, come ad esempio disastri naturali, abusi, incidenti etc. Nonostante gli eventi sopra descritti riferiti alle due tipologie di trauma siano molto differenti, la ricerca scientifica ha dimostrato che le persone reagiscono, dal punto di vista emotivo, mostrando gli stessi sintomi. Non tutte le persone che vivono un’esperienza traumatica reagiscono allo stesso modo. Le risposte subito dopo uno di questi eventi possono essere moltissime e variare dal completo recupero e il ritorno ad una vita normale in un breve periodo di tempo, fino alle reazioni più gravi, quelle che impediscono alla persona di continuare a vivere la propria vita come prima dell’evento traumatico.

- **La situazione esplode:** il corpo si attiva e si mobilita, la mente si attiva per elaborare informazioni;
- **Shock:** *disorganizzazione mentale* confusione, perdita di concentrazione (prime 24-72 ore)  
*reazione da stress* (tremori, freddo, pianto, nausea)  
*negazione o dissociazione* (incredulità, non si ricorda, non si capisce il significato)  
*arousal emotivo* (rabbia, tristezza, paura, eccitazione per essere sopravvissuto)
- **Impatto emotivo:** incubi, isolamento, depressione, colpa, rabbia, ansia, flashback, pensieri intrusivi, marchio di Caino, aumento sensazione di pericolo, abuso di alcool/droghe, ecc.
- **Coping:** affrontare, capire, rielaborare (cosa sarebbe successo se? Perché a me? e la prossima volta?)
- **Accettazione/risoluzione:** è passato, è la realtà. Sono vulnerabile ma non sono impotente. Non posso controllare tutto, ma posso controllare la mia risposta
- **Imparare a convivere:** anniversario, esperienze simili.



#### **1.4 Le vittime secondarie e la traumatizzazione vicaria**

La letteratura riporta la tipologia delle vittime coinvolte in un'esperienza traumatica:

Vittime di I° tipo: chi direttamente subisce l'impatto dell'evento

Vittime di II° tipo: parenti o persone care dei defunti o dei superstiti

Vittime di III° tipo: i soccorritori , operatori dell'emergenza/urgenza

Vittime di IV° tipo: La comunità coinvolta nel disastro

Vittime di V° tipo: chi per caratteristiche pre-critiche può reagire sviluppando un disturbo psicologico a breve o a lungo termine

Vittime di VI° tipo: chi avrebbe potuto essere una vittima del primo tipo o chi si sente coinvolto per motivi indiretti.

Il mio interesse in questo lavoro si concentra sulle vittime secondarie e ciò che ne consegue all'interno di una famiglia che ha subito un evento traumatico. Si parla di traumatizzazione vicaria e/o secondaria; (il DSMV, PTSD criterio A4. L'essere testimone o il venire a conoscenza (vittime di secondo grado) della morte violenta o inaspettata, di grave danno o minaccia di morte o lesioni sopportate da un membro della famiglia o da altra persona con cui si è in stretta relazione, ha lo stesso effetto traumatizzante di chi lo ha vissuto in prima persona. Sembra infatti che il venire a conoscenza della morte violenta, e per questo improvvisa e inaspettata, di un membro della famiglia o di un'altra persona, con cui si era in stretta relazione, comporti una risposta di paura intensa. Questa, unitamente al senso di impotenza, lascia, in chi l'ha subito, segni tangibili che si manifestano a livello psicologico, dando luogo a quadri psicologici o psicopatologici a prescindere dalle caratteristiche premorbose di una persona (Briere, 1997). I familiari delle vittime e le persone eccessivamente coinvolte rischiano il cosiddetto trauma vicario. Esso consiste nella possibilità di vivere in prima persona il trauma anche se non c'è stato contatto diretto con chi l'ha subito in prima persona. I sintomi della traumatizzazione vicaria includono: depressione, cinismo, stanchezza, fatica, senso di inutilità, irritabilità e aggressività, sintomi psicosomatici, insonnia, problemi con parenti e amici, crisi familiari, apatia, ritiro, alienazione, pensieri di reiezione della propria professione, crisi ideologiche (Pearlman, Saakvitre, 1994).

### **1.5 Il ruolo dei neuroni specchio nella trasmissione del trauma.**

I neuroni a specchio sono una tipologia di neuroni la cui esistenza è stata rilevata per la prima volta verso la metà degli anni '90 da Giacomo Rizzolatti e colleghi, presso il Dipartimento di Neuroscienze dell'Università di Parma, scoperti nei macachi, i ricercatori osservarono che alcuni gruppi di neuroni si attivavano non solo quando gli animali compivano una determinata azione, ma anche quando osservavano un altro soggetto compiere la medesima azione.

Studi successivi, effettuati nell'uomo con tecniche non invasive, hanno dimostrato la presenza di sistemi simili; sembra che essi interessino diverse aree cerebrali, comprese quelle del linguaggio. I neuroni a specchio permettono di spiegare fisiologicamente la capacità dell'uomo di porsi in relazione con altri individui; nel nostro cervello, osservando una determinata azione, si attivano gli stessi neuroni che entrano in gioco quando siamo noi a compierla; in questo modo possiamo comprendere con facilità le azioni dei nostri simili (sistema comparativo con azioni analoghe compiute in passato). Questa precisazione è molto importante, in quanto è stato dimostrato sperimentalmente che quando osserviamo negli altri una manifestazione di dolore si attiva il medesimo substrato neuronale collegato alla percezione in prima persona dello stesso tipo di emozione percepiamo quindi la stessa emozione). Gallese, uno degli esponenti del gruppo di Parma, afferma che questa scoperta ha modificato il modo in cui concettualizziamo l'intersoggettività: afferma che, nel relazionarci agli altri, non ci limitiamo semplicemente ad osservare i loro comportamenti per poi provare a capirli, noi siamo in grado, attraverso processi di simulazione, di mappare le azioni degli altri utilizzando le nostre rappresentazioni motorie e somato-sensoriali. L'aver subito, durante l'infanzia, esperienze traumatiche nell'ambito della relazione di attaccamento (esperienze di abuso e/o di trascuratezza, la quale può determinare, nelle fibre nervose, un livello di disorganizzazione persino maggiore rispetto all'abuso) incide in modo diretto sulla formazione dei neuroni specchio; ciò significa che l'attaccamento compromesso da un trauma rappresenta un attacco massivo all'integrazione interpersonale. In altre parole, anche a livello neuronale è possibile constatare come le esperienze traumatiche condizionino negativamente le abilità introspettive e le capacità relazionali del soggetto. La mente può, quindi, essere definita come un sistema caratterizzato da un processo di funzionamento ricorsivo: la mente crea sé stessa nel rapporto con se stessa e con gli altri; si tratta di un sistema complesso in quanto sistema aperto, caotico (disposto in modo casuale) e non lineare (input piccoli determinano risultati ampi e non prevedibili). Porges, autore della teoria polivagale, parte dalla premessa che gli esseri umani sono collegati gli uni agli altri (si tratta di una forma di adattamento funzionale alla sopravvivenza) e sono in grado di co-regolarsi. In questo quadro il comportamento rappresenta una qualità emergente che ha un substrato biologico: quando gli esseri umani non riescono ad entrare in relazione si verificano delle ricadute anche a livello corporeo;

parimenti, lo stato fisiologico e psicologico influenza il comportamento. La corteccia temporale è in grado di decodificare l'intenzionalità dei movimenti nei mammiferi; un ruolo molto importante viene rivestito dal muscolo ubicolare dell'occhio, dotato di una doppia innervazione, il quale entra in gioco nei contatti oculari (il contatto oculare è essenziale nel creare un senso connessione tra esseri umani, diventa meno importante solo quando c'è una connessione a livello fisico). La teoria polivagale, inoltre, mette in evidenza come sia necessario includere, nella gamma delle reazioni istintive di fronte ad una situazione di pericolo, non solo la reazione di attacco/fuga (fight/flight), ma anche la reazione dissociativa di paralisi e immobilità, congelamento con paura (shutdown), uno stato di "finta morte", antitetico all'immobilità senza paura, della persona che si sente al sicuro e si abbandona fiduciosamente alla relazione.

## **CAPITOLO SECONDO. Modelli teorici a confronto.**

### **2.1 Il modello sistemico-relazionale**

Il modello sistemico relazionale si configura come un orientamento teorico-pratico che, ispirandosi come riferimento concettuale alla teoria dei sistemi, centra essenzialmente il proprio interesse sui sistemi interpersonali, facendo dell'interazione tra le persone il momento privilegiato dell'analisi dell'intervento (Cancrini L., La Rosa C.; 1991). A differenza di un'indagine psicologica tradizionale, nella ricerca sistemica diviene irrilevante ciò che riguarda la struttura interna delle singole unità, prese isolatamente, mentre acquista rilievo ed è oggetto di indagine ciò che accade tra le unità del sistema, cioè le modalità secondo cui, momento per momento, i cambiamenti dell'una sono seguiti o preceduti da cambiamenti delle altre unità. La famiglia si configura, quindi, come un sistema aperto costituito da più unità legate insieme da regole di comportamento e da funzioni dinamiche in costante interazione tra loro e interscambio con l'esterno.

Tre aspetti, mutuati dalle teorie dei sistemi e applicati alla famiglia, sono utili per comprendere le principali caratteristiche dell'approccio sistemico relazionale:

1. la famiglia si configura come un sistema in costante trasformazione: essa si adatta alle diverse esigenze dei diversi stadi di sviluppo che attraversa allo scopo di assicurare continuità e crescita ai membri che lo compongono (Minuchin S.; 1974). La continuità e la crescita avvengono attraverso un delicato equilibrio dinamico tra due funzioni apparentemente contraddittorie: la tendenza omeostatica e la capacità di trasformazione, che agiscono attraverso un meccanismo a feed-back in direzione del mantenimento dell'omeostasi oppure in direzione del cambiamento. Può capitare, infatti, di costatare in famiglie con soggetti psichiatrici l'insorgenza di ripercussioni importanti quali, ad esempio, depressione e disturbi psicosomatici nel momento in cui il paziente migliora, quale tentativo di salvaguardare il delicato equilibrio del sistema disturbato.

2. La famiglia si configura come un sistema che si autogoverna: con il tempo, attraverso tentativi, errori e successive modificazioni, la famiglia sviluppa regole che permettono ai vari membri di sperimentare ciò che nella relazione è permesso e ciò che non lo è, fino ad arrivare a una definizione stabile del rapporto, alla formazione di un'unità sistemica, retta da modalità transazionali peculiari al sistema stesso che sono suscettibili nel tempo di modificazioni e adattamenti (Andolfi M.; 1977). In pratica, ogni tipo di tensione, sia che sia originata da cambiamenti all'interno della famiglia (nascite, lutti, divorzi...), sia che sia originata da cambiamenti esterni alla famiglia (trasferimenti, modificazioni dell'ambiente...), viene a gravare sul sistema di funzionamenti familiare e richiede un processo di adattamento, una trasformazione delle interazioni familiari in modo tale da consentire

simultaneamente la continuità della famiglia e la crescita dei suoi membri. Osservando i grandi mutamenti che sono intervenuti negli ultimi anni all'interno del sistema famiglia (cambiamento radicale dei ruoli e delle funzioni della coppia, disgregazione del modello patriarcale, autonomia e differenziazione della famiglia nucleare...), risulta facile comprendere l'esigenza presente oggi più che mai di ricercare un nuovo equilibrio tra le tendenze omeostatiche e il desiderio di trasformazione.

3. La famiglia si configura come un sistema aperto in interazione con altri sistemi: i rapporti interfamiliari vanno sempre osservati in relazione con l'insieme dei rapporti sociali, in quanto li condizionano e sono a loro volta condizionati dalle norme e dai valori della società circostante (Andolfi M.; 1977).

Da quanto detto fino a ora, risulta quindi facile comprendere quale sia l'approccio al disagio psichico da un punto di vista sistemico relazionale. Innanzitutto, esso viene colto attraverso l'osservazione delle relazioni che vengono a costituirsi all'interno del nucleo familiare. Il paziente non è colui che subisce ed esibisce un sintomo, ma, paradossalmente, è esso stesso un sintomo: quello di una famiglia disfunzionale. Ciò che è osservabile nell'hic et nunc, ossia i comportamenti, le relazioni, la comunicazione, porta già scritto la storia del disturbo ed è, allo stesso tempo, il terreno su cui intervenire al fine di produrre il cambiamento terapeutico.

## **2.2 Il ciclo vitale della famiglia**

Il ciclo vitale della famiglia è un modello teorico di riferimento della teoria sistemica, che inquadra lo sviluppo spazio-temporale attraverso l'individuazione di determinate fasi evolutive prevedibili. La famiglia è, infatti, un sistema vivente, il cui sviluppo avviene per stadi all'interno della dimensione tempo; ogni famiglia ha una storia, si muove cioè in un tempo e in uno spazio connotati di significati e d'intrecci e con i quali essa agisce attivamente. Il criterio più adeguato, da un punto di vista psicologico/sociale, per periodizzare il ciclo di vita della famiglia è quello di identificare gli eventi critici che ne segnano il percorso. Vi sono eventi critici **prevedibili** e **non prevedibili**: i primi, detti anche normativi, caratterizzano la vita di tutte o quasi tutte le famiglie; i secondi, definiti anche paranormativi, sono eventi imprevisi, come ad esempio la morte di un figlio. Entrambi hanno importanza nella storia di ogni singola famiglia. Tra gli eventi critici rivestono grande importanza le entrate, le uscite e le perdite dei membri della famiglia, perché modificano la struttura familiare e hanno effetti a livello delle relazioni. Infatti, a tali eventi sono collegati il processo di costituzione del legame e la sua evoluzione nel tempo verso una reciproca indifferenziazione. Le fasi principali della vita della famiglia vengono inaugurate a partire da particolari eventi (Scabini E.; 1985)

### **Fasi del ciclo di vita**

1. La separazione dalla famiglia di origine e formazione di una nuova coppia
2. La famiglia con bambini
3. La progressiva crescita e svincolo
4. L'invecchiamento e la separazione della coppia genitoriale per la morte di un coniuge

### **Evento critico**

1. matrimonio o convivenza
2. nascita dei figli
3. adolescenza dei figli
4. i figli escono di casa
5. pensionamento, malattia/ morte

Il superamento degli eventi critici è legato non solo e non tanto alla loro qualità e intensità, quanto ai gradi di “minaccia” che viene loro attribuito dalla famiglia stessa ed alle risorse che essa è in grado di mettere in atto. Per questo, quando la famiglia non riesce ad attuare il cambiamento e si blocca a una tappa del ciclo vitale, possono sorgere problemi e disturbi che possono essere considerati sia espressione di una disfunzione momentanea all’interno di una famiglia che non riesce ad affrontare un certo evento, sia un tentativo di provocare il cambiamento. La visione temporale della famiglia attraverso il suo ciclo evolutivo ha contribuito quindi a conferire al termine “crisi” un significato positivo: vista come un momento iniziale che imprime allo sviluppo una nuova direzione, essa comporta la ripresa della crescita verso livelli di differenziazione più elevati; in questo senso perde il suo significato di esperienza pericolosa che prima la connotava negativamente. La crisi, se colta nel suo intero significato, costituisce il primo atto di una nuova fase maturativa che contiene il massimo di potenziale di cambiamento.

### **2.3 Differenza tra il modello intergenerazionale e il modello transgenerazionale**

Un vasto interesse, nello studio delle patologie psicosociali, lo ha avuto lo studio sulla trasmissione intergenerazionale della sofferenza e la trasmissione transgenerazionale della vita psichica. Questi studi consentono infatti più di altri, di fare lavoro clinico ed instaurare relazioni d'aiuto con la dovuta attenzione alla dimensione eziopatogenetica multifattoriale pur mantenendo la coerenza ai contesti professionali. I termini intergenerazionale e transgenerazionale vengono spesso utilizzati come sinonimi, ma si distinguono su molti piani.

**A.** Nella trasmissione intergenerazionale i vissuti psichici trasmessi hanno potuto essere elaborati da una generazione, potendo così essere ripresi e trasformati da quella successiva. La trasmissione intergenerazionale veicola vissuti elaborati o elaborabili, pensieri e rappresentazioni identitarie, costruzioni e ricostruzioni della storia familiare. Presuppone fundamentalmente alterità e differenziazione negli scambi intersoggettivi tra i membri di una famiglia. La trasmissione intergenerazionale può assumere una naturale e sana fisiologica oppure divenire patogena veicolando contenuti latenti che possono condurre ad esiti patologici nelle generazioni che si susseguono. È un processo naturale quando ciò che viene trasmesso dei genitori ai figli o tra le generazioni è essenziale per lo sviluppo del bambino. La trasmissione di miti, credenze, modelli di comportamento è la base dalla quale il bambino apprende, si forma e orienta.

Si tratta, com'è ovvio, di un lavoro psichico che avviene in buona parte al di là della consapevole intenzionalità delle persone, ma che si traduce poi sempre in scelte e azioni determinate a cui tutti i soggetti implicati portano un contributo. La natura congiunta e compartecipata dello scambio intergenerazionale fa sì che anche la generazione «destinataria» dell'eredità, ovvero della trasmissione intergenerazionale, assuma un ruolo attivo e una responsabilità, in quanto essa non è chiamata ad accogliere passivamente un patrimonio definito, ma ad assumere e interiorizzare, non senza un ineliminabile margine di libertà, quanto offerto dalle generazioni che lo precedono. In quest'ottica si evidenzia bene la dimensione etica del legame familiare e si comprende come la logica che Osservato in un'ottica generazionale, il compito complessivo con cui i membri della famiglia devono confrontarsi, è qui l'assunzione da parte della generazione adulta della posizione di capofila generazionale il che significa, anzitutto, assumere fino in fondo la responsabilità della posizione adulta, ovvero la responsabilità dell'esercizio della cura, sia nei confronti della generazione successiva, sia nei confronti della generazione precedente. Tale successione generazionale può avvenire in forme e con ritmi assai differenti e, in ogni caso, necessita di un significativo lavoro mentale, affinché essa non si riduca a una mera sostituzione di interpreti nel medesimo ruolo, ma dia luogo a una vera e propria trasmissione tra le generazioni del "patrimonio" familiare.



**B.** Nella trasmissione transgenerazionale i vissuti trasmessi sono invece impensabili; avviene un “attraversamento tra le generazioni e tra gli spazi emotivi di contenuti la cui elaborazione e trasformazione non è stata possibile”. A dominare è il non rappresentabile, l’impensabile, l’indicibile con la sua corte di segreti, di non detti, di pseudo verità mistificanti e perverse. Ciò che viene trasmesso non viene introiettato ma piuttosto incorporato. Questo è l’ambito di particolare interesse della psicoanalisi che adotta la teoria della trasmissione transgenerazionale come modello operativo e che vede l’individuo come un anello di una catena operativa (la famiglia) che può venire in contatto con elementi che non gli appartengono direttamente, ma riguardano un membro della famiglia di una generazione precedente.

Il contributo al transgenerazionale più interessante viene dalla della Scuola Sistemica Strategica di Filadelfia, dove Ivan Boszormenyi-Nagi è l’esponente più importante a cui si debbono concetti quali quello di “Lealtà familiare invisibile”. La parola lealtà deriva dalla radice "legge", le famiglie hanno le loro leggi, aspettative condivise e non scritte. La giustizia è in relazione alle leggi interne della famiglia e ha delle leggi particolari che dipendono dai suoi fondatori. Un gruppo familiare dipende e deve poter contare sulla lealtà dei suoi membri, se non c’è lealtà c’è ingiustizia, sfruttamento, vendetta. I figli sono fedeli ai propri genitori e al clan familiare e tendono a ripeterne il destino in maniera spesso analoga. Se la lealtà familiare da un lato svolge quindi un’azione di salvaguardia per i componenti della famiglia, dall’altro lato, potrebbe fungere da un limite ostacolando la piena autorealizzazione di un componente. La trasmissione transgenerazionale si organizza a partire dal negativo, non solo da quello che fallisce o manca nella metabolizzazione psichica, ma anche da quello che non è mai avvenuto, da ciò che non è stato rappresentato o non è rappresentabile. Nelle relazioni genitori-figli dunque si possono trasmettere non solo contenuti ma anche e soprattutto, strutture mentali. I problemi psichici non risolti in una generazione possono così trasmettersi alle generazioni successive, non solo tra genitori e figli ma a distanza di più generazioni.

## 2.4 Gli effetti dell'esperienza traumatica sul sistema familiare

Un sistema familiare coeso e supportivo fornisce ai suoi membri i mezzi per fronteggiare situazioni di stress ed eventi avversi, consentendo alle persone di sentirsi connesse. Un gran numero di ricerche riconosce l'importanza del supporto sociale familiare in un'ampia gamma di situazioni di stress. Poter contare sul sostegno di familiari, amici e della propria comunità diventa fondamentale nel coping di eventi traumatici, poiché tali situazioni possono provocare una rapida perdita delle risorse a disposizione dell'individuo. Il sostegno sociale emerge in modo coerente e affidabile come una risorsa di coping molto potente e un importante fattore che interviene nel processo di regolazione post-traumatica (Modello Ecologico di Bronfenbrenner). Uno dei fattori critici nel determinare se una persona che ha subito un trauma svilupperà una reazione traumatica di lunga durata (in contrapposizione a una reazione traumatica breve) è la qualità del sistema di attaccamento individuale e cioè l'abilità di chiedere e ottenere conforto e speranza dagli altri. Ciò prevede che ci siano persone in grado di provvedere a questo tipo di sostegno e che, inoltre, la persona traumatizzata sia in grado e disposta a riceverlo.

Il membro vittimizzato può assumere facilmente il ruolo di "paziente designato" cronicamente bisognoso, di "capro espiatorio", di "tossico" imprevedibilmente distruttivo, di "invisibile" assumendo una posizione defilata. Gli altri membri familiari spesso si posizionano in ruoli complementari, come il "salvatore" che cerca senza successo di "salvare" o "curare" il membro traumatizzato; il "permissivo" che sopporta il membro problematico, le sue richieste ricattatorie o i comportamenti impulsivi; il "protettore" che cerca di mantenere al riparo sia i familiari sia il membro traumatizzato stesso da turbamenti emotivi causati dai comportamenti di quest'ultimo; o la "roccia", che tenta di farsi carico dei bisogni di tutti in famiglia. Questi ruoli familiari non vengono esplicitamente definiti o assegnati, ma generalmente sono ben chiari a tutti i membri e dati per definitivi, dal momento che raramente cambiano e si ritengono necessari per fronteggiare i danneggiamenti da stress traumatico dei membri della famiglia. In corrispondenza di questi ruoli impliciti, i membri della famiglia sviluppano delle aspettative non dichiarate come risultato del fronteggiamento della fatica persistente, della confusione, della delusione associate ai disturbi da trauma complesso. Queste aspettative implicite e pervasive si fissano in "regole" che rendono le interazioni prevedibili sebbene insoddisfacenti e demoralizzanti. "Regole traumatiche" possono basarsi sui seguenti principi: "Non avere sentimenti", "non considerare l'abuso reale", "non parlare", "qualsiasi cosa accada, non contrariare [la vittima del trauma] o perderà il controllo e ce la farà pagare a tutti", "gli altri familiari devono dimenticarsi dei propri bisogni e fare ciò che [la vittima del trauma] chiede o di cui ha bisogno poiché è stata abusata", "lui/lei [la vittima del trauma] non riesce a

controllare gli impulsi [usa sostanze, fa a botte, ha comportamenti impulsivi e rischiosi] dal momento che ha PTSD”, o “lei/lui dovrebbe smettere di reagire esageratamente a tutto e cominciare a crescere e smettere di essere un problema per tutti noi”, e “non possiamo andare da nessuna parte perché lui/lei diventa così disturbato che rovina sempre tutto.” Gli studi sull’impatto delle esperienze traumatiche nelle relazioni familiari ha identificato quattro scenari:

1. Effetti Simultanei - Tutti i membri della famiglia sono direttamente coinvolti nell'evento traumatico, come ad esempio in caso di catastrofi naturali e di incidenti automobilistici.
2. Effetti Vicari - Altri membri della famiglia sono indirettamente traumatizzati quando apprendono che un membro della famiglia ha vissuto un evento traumatico (ad esempio un incidente automobilistico, una grave malattia).
3. Stress Traumatico Secondario - Altri membri della famiglia sono traumatizzati dall’impatto con il trauma di un loro membro (ad esempio convivere con un congiunto affetto da Disturbo Post-Traumatico da Stress)
4. Trauma Interpersonale - I membri della famiglia sono traumatizzati da altri membri della famiglia, come nei casi di abuso e maltrattamento intrafamiliare.

## **2.5 Il modello EMDR**

L’EMDR (dall’inglese Eye Movement Desensitization and Reprocessing, Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari) è un approccio terapeutico utilizzato per il trattamento del trauma e di problematiche legate allo stress, soprattutto allo stress traumatico. E’ stato scoperto trent’anni fa dalla ricercatrice Francine Shapiro (1987); la ricerca scientifica sull’EMDR ha stabilito che è un trattamento supportato empiricamente ed evidence-based per il trattamento del Disturbo Post-traumatico da stress. L’EMDR si focalizza sul ricordo dell’esperienza traumatica ed è una metodologia completa che utilizza i movimenti oculari o altre forme di stimolazione alternata destro/sinistra per trattare disturbi legati direttamente a esperienze traumatiche o particolarmente stressanti dal punto di vista emotivo. Dopo una o più sedute di EMDR, i ricordi disturbanti legati all’evento traumatico hanno una desensibilizzazione, perdono la loro carica emotiva negativa. Il cambiamento è molto rapido, indipendentemente dagli anni che sono passati dall’evento. L’elaborazione dell’esperienza traumatica che avviene con l’EMDR permette al paziente, attraverso la desensibilizzazione e la ristrutturazione cognitiva che avviene, di cambiare prospettiva, cambiando le valutazioni cognitive su di sé, incorporando emozioni adeguate alla situazione oltre ad eliminare

le reazioni fisiche. Dal punto di vista clinico e diagnostico, dopo un trattamento con EMDR il paziente non presenta più la sintomatologia tipica del disturbo post-traumatico da stress, quindi non si riscontrano più gli aspetti di intrusività dei pensieri e ricordi, i comportamenti di evitamento e l'iperarousal neurovegetativo nei confronti di stimoli legati all'evento, percepiti come pericolo. Un altro cambiamento significativo è dato dal fatto che il paziente discrimina meglio i pericoli reali da quelli immaginari condizionati dall'ansia. Si sente che veramente il ricordo dell'esperienza traumatica fa parte del passato e quindi viene vissuta in modo distaccato. I pazienti in genere riferiscono che, ripensando all'evento, lo vedono come un "ricordo lontano", non più disturbante o pregnante dal punto di vista emotivo. L'approccio dell'EMDR è basato sul modello di elaborazione adattiva dell'informazione (AIP). Secondo l'AIP, l'evento traumatico vissuto dal soggetto viene immagazzinato in memoria insieme alle emozioni, percezioni, cognizioni e sensazioni fisiche disturbanti che hanno caratterizzato quel momento. Tutte queste informazioni immagazzinate in modo disfunzionale, restano "congelate" all'interno delle reti neurali e incapaci di mettersi in connessione con le altre reti con informazioni utili. Le informazioni "congelate" e racchiuse nelle reti neurali, non potendo essere elaborate, continuano a provocare disagio nel soggetto, fino a portare all'insorgenza di patologie come il disturbo da stress post traumatico (PTSD) e altri disturbi psicologici. Le cicatrici degli avvenimenti più dolorosi, infatti, non scompaiono facilmente dal cervello: molte persone continuano dopo decenni a soffrire di sintomi che ne condizionano il benessere e impediscono loro di riprendere una nuova vita.

L'obiettivo dell'EMDR è quello di ripristinare il naturale processo di elaborazione delle informazioni presenti in memoria per giungere ad una risoluzione adattiva attraverso la creazione di nuove connessioni più funzionali. Una volta avvenuto ciò, il paziente può vedere l'evento disturbante e se stesso da una nuova prospettiva. L'EMDR considera tutti gli aspetti di un'esperienza stressante o traumatica, sia quelli cognitivi ed emotivi che quelli comportamentali e neurofisiologici. Utilizzando un protocollo strutturato il terapeuta guida il paziente nella descrizione dell'evento traumatico, aiutandolo a scegliere gli elementi disturbanti importanti. Al termine della seduta di EMDR, quando il processo di rielaborazione ha raggiunto la risoluzione adattiva, l'esperienza è usata in modo costruttivo dalla persona ed è integrata in uno schema cognitivo ed emotivo positivo. L'intervento con EMDR è strutturato in 8 fasi che sono: anamnesi e raccolta, informazioni, preparazione del paziente, assessment, desensibilizzazione, installazione della cognizione positiva, scansione corporea, chiusura e rivalutazione. Il lavoro terapeutico si svolge quindi su diversi piani focalizzandosi soprattutto sul ricordo e su tutti gli elementi associati all'evento traumatico (gli aspetti più angoscianti di quel ricordo, i pensieri negativi associati ad esso, le emozioni, le sensazioni fisiche).

## **CAPITOLO TERZO. L'esperienza clinica nel contesto di tirocinio**

### **3.1 L'importanza del lavoro in rete: L'esempio del Centro Antiviolenza di CROCE ROSSA ITALIANA, COMITATO LOCALE DI AVEZZANO**

Il Centro Antiviolenza della Croce Rossa Italiana Comitato di Avezzano, opera dal 2011 nel rispetto dei diritti fondamentali di tutte le vittime di violenza, che beneficiano della sua attività. In particolare, garanzia e guida delle azioni espletate dal centro, sono i sette Principi Fondamentali del Movimento Internazionale di Croce Rossa, che ne costituiscono lo spirito e l'etica: Umanità, Imparzialità, Neutralità, Indipendenza, Volontariato, Unità e Universalità. Esaminando la finestra temporale che va dal 2011 e il 2016, sono stati 899 gli utenti che hanno contattato il centro, e 326 di questi sono stati presi in carico, di cui 273 donne, 28 minori, e 25 uomini prevalentemente per violenze subite da conviventi/coniugi, da ex partner, familiari e datori di lavoro. Il Centro Anti-Violenza si propone di offrire una serie di attività dedicate non soltanto alle vittime di violenza, ma anche alla comunità locale per l'abbattimento dei pregiudizi, degli stereotipi culturali e di ogni tipologia di discriminazione, che possono minare la persona non solo nella sua integrità psicofisica, sociale e lavorativa ma anche in qualità di soggetto e di diritto, facendosi portatore di interventi mirati ad un vero e proprio rinnovamento culturale. Ne consegue che i destinatari del servizio saranno tutte le vittime di ogni forma di violenza (psicologica, fisica, economica, sessuale, violenza assistita, fenomeni di stalking, mobbing, trafficking) sia adulti che minori, italiani e stranieri di qualsiasi minoranza etnica, disabili, anziani, migranti e malati cronici. Inoltre, il Centro Antiviolenza opera in sinergia con i settori sociali e sanitari, con le forze dell'ordine e le associazioni di volontariato del territorio. A tal fine, a maggio 2012, il Centro Antiviolenza ha sottoscritto e istituito la "Rete per l'attivazione e la gestione integrata territoriale di percorsi di accoglienza e di uscita dalla violenza" (Croce Rossa Italiana Comitato locale di Avezzano, Ente promotore, A.S.L. Avezzano/Sulmona/L'Aquila, la Prefettura, la Polizia di Stato di Avezzano, il Comando dei Carabinieri di Avezzano, il Comando dei Carabinieri di Tagliacozzo, il Consiglio dell'Ordine degli Avvocati di Avezzano, il Tribunale di Avezzano, la Provincia dell'Aquila, il Consigliere di parità della Provincia dell'Aquila, il Comune di Avezzano gli ambiti territoriali n. 12, 14, 15 direttamente e per conto dei 33 Comuni appartenenti ai rispettivi comprensori, il Distretto scolastico della Provincia dell'Aquila). A dicembre 2012 il Centro ha dato avvio al progetto "Oasi 8 marzo" (presentato in occasione del Convegno - Dibattito dal tema "La violenza questa sconosciuta", promosso dal sopracitato Centro, tenutosi il giorno 19 ottobre 2012 presso il castello Orsini di Avezzano), cofinanziato dal Dipartimento

delle Pari Opportunità, con il quale questa struttura aderirà alla Rete Nazionale Antiviolenza e sarà inserita nella mappatura del numero di pubblica utilità 1522. A tal proposito, il Centro Antiviolenza oltre a promuovere il lavoro sinergico della “RETE”, ha elaborato, unitamente al codice rosa (stanza rosa), un Protocollo Operativo Omogeneo di accoglienza e gestione delle vittime di violenza, quindi di un Nucleo Operativo Multidisciplinare Interistituzionale, specializzato nella trattazione dei casi di maltrattamento e violenza sessuale in danno di donne, minori, operante all'interno della Asl di Avezzano-Sulmona-l'Aquila. Inoltre il Centro Antiviolenza, offre, attraverso un'équipe multidisciplinare, (2 Psicologi, 1 Psicoterapeuta, 1 Assistente Sociale e 1 Consulente legale); accoglienza, consulenza psicologica e legale gratuita, con una reperibilità H24, per il sostegno e la protezione di ogni vittima di violenza.

Inoltre in un'ottica di prevenzione e contrasto del fenomeno della violenza il centro ha avviato campagne di sensibilizzazione e pubblicizzazione delle attività e dei servizi offerti dallo stesso attraverso: la realizzazione di depliant, locandine, attività seminariali, organizzazione di due convegni( La Violenza questa sconosciuta-ottobre 2012-Aggressori e 'aggredditi: la violenza nell'era post-moderna e tecnoliquida ottobre 2013), incontri psicoeducativi nelle scuole, corso di formazione per gli operatori-socio-sanitari-e per i rappresentanti delle istituzioni e le forze dell'ordine (Interporto-Avezzano-20-25-27 giugno 2013). Nello specifico, gli interventi psicoeducativi a scuola, hanno evidenziato che l'unica possibilità di agire è proprio nella prevenzione e nell'educazione. Pertanto, occorre educare i bambini a tollerare la differenza valutandola, anzi, come pregio e ricchezza. occorre insegnare già da piccoli la gestione del conflitto. C'è anche una questione di modelli maschili che oggi sono molto aggressivi e competitivi, soprattutto perché il ruolo educativo dei genitori e della scuola si è molto ridotto e i ragazzi si formano online, attraverso i social network e una civiltà dell'immagine. I loro punti di riferimento sono sempre più i social network e recenti ricerche hanno dimostrato come in questi imperi un machismo e una visione stereotipata dei ruoli maschili e femminili molto più estesa di quanto si creda (Cantelmi,2013). Progetto "EMOZIONI DIGITALI" Intervento psicoeducativo a scuola. Il Centro è aperto tutto l'anno senza periodi prolungati di ferie, assicurando altresì, (oltre alla conformità dei servizi erogati, secondo i parametri di efficienza ed efficacia), la tempestività delle risposte. Ogni operatrice lavora con l'obiettivo di garantire sostegno e tutela alle vittime di violenza, e ai/ alle loro figli/e, valorizzando al massimo le risorse umane, economiche, logistiche e di rete a disposizione. Il Centro Antiviolenza garantisce agli utenti massima e completa informazione circa le risorse istituzionali presenti sul territorio appartenente alla “RETE”, e su tutto quanto concerne gli sviluppi e i parametri regolanti il suo percorso presso il Centro.

### **3.2 Il caso clinico: l'impatto del trauma sul sistema familiare**

Il caso che descriverò si inserisce nell'esperienza di tirocinio, svolto all'interno del Centro Antiviolenza di Croce Rossa Di Avezzano (AQ). E' una storia intrecciata, quella di una madre, utente del centro e di sua figlia, presa in carico da me in seguito a un' evento che ha rotto qualsiasi schema e logica sia individuale che familiare. La mia tutor al mio arrivo seguiva la madre da 9 mesi quando ho iniziato il percorso con la ragazza. Userò dei nomi fittizi, per il rispetto della privacy.

#### **La storia della Signora Fiore**

Come premesso non si può parlare di Goia, della sua traumatizzazione vicaria, se prima non si conosce ciò che è accaduto alla madre, la signora Fiore. La signora ha 50 anni e lavora da 20 anni come OS in un centro residenziale della ASL che ospita pazienti psichiatrici, primogenita di due sorelle, le quali lavorano anche loro nello stesso centro. Dai racconti anche della figlia, la comunità residenziale era per le sorelle come una seconda famiglia, tanto che quando portavano gli utenti in vacanza, tutta la famiglia seguiva le sorelle per stare insieme.

Qualche mese prima dell'evento traumatico, c'erano state delle lettere da parte di alcuni operatori che denunciavano la presenza di utenti "troppo pericolosi" da tenere in comunità e per questo si erano creati degli attriti, soprattutto tra le sorelle con il sistema direttivo. La signora Fiore e le sue sorelle erano continuamente vittime di dispetti, soprusi, tanto che nell'ultimo periodo andavano a lavoro, sempre con l'ansia e controvoglia; anche perché da qualche mese, la comunità aveva un'ospite che incuteva paura e terrore a tutti gli operatori, che, quindi, cercavano, più degli altri di tenerlo buono, di assecondare anche le sue richieste.

#### **L'evento traumatico.**

Una sera di ottobre, la signora Fiore si reca a lavoro per montare il turno di notte, e, purtroppo non sa, che quella notte cambierà per sempre la sua vita.

Lei e una sua collega vengono prese in ostaggio dall'utente "pericoloso" la sua collega viene legata e imbavagliata, e viene minacciata di morte, con un coltello se solo avesse provato ad avvisare qualcuno. La signora Fiore, viene portata via dalla comunità, il ragazzo si fa dare le chiavi della sua auto e si incammina, verso le campagne isolate del luogo; la signora, cerca di dissuaderlo, durante il tragitto, ma lui non sente ragioni. La signora verrà picchiata, le verranno inflitti dei tagli con un coltello, su varie parti del corpo, tra cui il collo, e infine verrà violentata, solo quando lei si finge morta il suo aguzzino, scappa via. La signora riesce a rialzarsi e si incammina nei centri abitati per

chiedere aiuto, sono le 4 del mattino. La prima casa dove cerca aiuto, non le apre, la seconda, fortunatamente sì, è una donna sola come lei, che in quel momento decide di aiutarla.

La signora verrà poi portata dai soccorsi in Ospedale, la dottoressa del CAV la raggiungerà dopo poche ore, e, da lì fino a luglio, la segue in tutta la sua ripresa, inizialmente fisica e poi psicologica.

La preoccupazione attuale è per la figlia maggiore, Gioia, che negli ultimi mesi ha accusato dei disturbi fisici, non riesce a studiare, e quindi è lei stessa che consiglia alla figlia di iniziare un percorso di psicoterapia; mentre il marito e il figlio, vengono seguiti immediatamente dopo l'evento da un collega del CAV ma poi decidono di interrompere il percorso.

La prima volta che io vedo Gioia è il 19 luglio 2017, sua madre è in trattamento da 9 mesi e con la dottoressa del Centro, la madre è nel momento della consapevolezza dell'evento e, ha degli sbalzi d'umore, che influenzano a sua volta lo stato di Gioia. Dopo le sedute, io la tutor confrontiamo sull'andamento. Gioia, ha 23 anni e frequenta il terzo anno della Facoltà di Chimica Farmaceutica, vive tutta la settimana a Chieti e nei week-end, ma non tutti, almeno prima dell'evento, torna a casa dai genitori. Afferma che dopo l'esperienza della madre, non si fida più di nessuno;

Gioia entra diretta nell'esperienza traumatica e ovviamente, non può parlare di sé stessa senza parlare della madre, madre e figlia hanno sempre avuto un rapporto "viscerale" così dice Gioia, e sembra che l'evento abbia confuso ancora di più i confini identitari dell'una e dell'altra; tanto che a volte sembra che sia stata Gioia, ad aver vissuto l'evento. L'immagine della madre, PRIMA del trauma era una mamma attiva, che non si fermava mai, nonostante i turni pesanti del lavoro, si dedicava alla pulizia della casa, senza aiuti. Era indipendente in tutto, era lei il motore della famiglia.



### 3.3 La diagnosi relazionale

Nella cornice teorica che orienta lo psicologo relazionale, un strumento del kit è il DSM (Manuale Diagnostico e statistico dei disturbi mentali). La diagnosi di Gioia è di Disturbo Post-Traumatico da stress, che come definito nel primo capitolo rientra nel criterio a:” *La persona sia stata esposta a un trauma, quale la morte reale o una minaccia di morte, grave lesione, oppure violenza sessuale facendo un’esperienza diretta o indiretta dell’evento traumatico oppure venendo a conoscenza di un evento traumatico violento o accidentale accaduto ad un membro della famiglia o ad un amico stretto.*” L’obiettivo è di cominciare a porre le basi per costruire con Gioia un’alleanza terapeutica, accogliendola e iniziando proprio dal giocare a carte scoperte, sgombrando il campo da qualunque possibile curiosità o dubbio che si sarebbe potuta trasformare in un accrescimento della sua sfiducia negli altri, visto che tutta la famiglia si sente tradita dalla direzione sanitaria della comunità. Si tratta, quindi, di entrare nel mondo di chi si ha di fronte vedendo la realtà con i suoi occhi. L’alleanza terapeutica è, perciò, ed è una conditio sine qua non affinché la terapia decolli e l’intervento possa definirsi terapeutico. Qual è la domanda con la quale Gioia arriva a intraprendere questo percorso? “*Perché ti ha mandata mamma?*” Gioia, è molto confusa e disorientata, ma è decisa a recuperare ciò che le hanno strappato: la serenità e la tranquillità; in questo momento è molto centrata sullo stato emotivo della madre, la quale alterna momenti di attività a momenti in cui si chiude in camera sul letto al buio, spesso ci sono litigi tra i genitori e quando accade ciò, lei si sente in obbligo di restare a casa, e non uscire. Ha provato a mettersi sui libri per il prossimo esame a settembre, ma non riesce più a concentrarsi.

La vita quotidiana della famiglia è il trauma, tutto ruota intorno ad esso, vissuto però, ognuno nel proprio silenzio. Gioia racconta che i suoi pensieri sono sempre lì: quando ascolta le notizie al telegiornale delle donne violentate, sui flash dell’evento che nessuno le ha mai raccontato, ma che ha dovuto ricostruire da sola, la negazione del ricovero della madre al reparto di ginecologia, i sogni e il mancato sonno, il senso del disgusto, caratterizzano il quadro di sintomi della ragazza. “*Vivo sempre con la paura*” ...”*la notte non voglio dormire.*” Il suo obiettivo è quello di tornare a studiare, e di riacquisire un’autonomia nel fare le cose da sola, visto che nessuno della sua famiglia, adesso esce da solo.

L’altro motore di una relazione terapeutica è quindi la motivazione, Gioia mostrerà in tutte le sedute un atteggiamento collaborativo, arriverà sempre puntuale agli appuntamenti. Nel modello elaborato da Salvador Minuchin (1974) i confini sono l’espressione delle regole familiari che definiscono il ruolo di ognuno, l’invisibile insieme di aspettative che determina il comportamento di ogni membro all’interno del sistema stesso. Qui ci troviamo di fronte una famiglia con struttura invischiata in cui

confini sono definiti diffusi, nella quale c'è un forte coinvolgimento tra i vari componenti della famiglia, è presente una certa indifferenziazione dei vari sottosistemi e la tensione esperita da un singolo si riflette con forza sui diversi sottosistemi. Le caratteristiche della struttura e del funzionamento familiare aiutano i terapeuti a formulare le ipotesi diagnostiche che contribuiranno alla costituzione della diagnosi relazionale (Andolfi, 2003). L'attenzione alla struttura familiare si basa sull'organizzazione interna della famiglia, anche in relazione al contesto sociale in cui è più o meno inserita. *Infatti tutta la famiglia del ramo materno mostra un funzionamento di tipo invischiato. Si nota subito dalla descrizione della struttura delle abitazioni:*

*al primo piano abitano la madre della signora Fiore e sua sorella minore, di anni 36, Fabiana;*

*al secondo piano abita la famiglia della signora, ma da 10 anni, dalla morte del nonno materno Gioia e suo fratello vanno a dormire dalla nonna, al piano di sotto; inoltre la famiglia, è solita riunirsi nei pasti giornalieri. Gioia, infatti si lamenta del fatto che lei non ha un "suo posto" a casa, e anche quando prova a sforzarsi di studiare viene continuamente interrotta, dal via vai che c'è nelle case; anche il legame del sottosistema sorelle, è fortemente invischiato: hanno scelto tutte la stessa professione, lavorano tutte nella stessa struttura, nessuna delle tre si è separata nemmeno fisicamente "dall'alveare della famiglia d'origine. Dopo l'evento tutta la famiglia è bloccata, le tre sorelle hanno lasciato tutto il lavoro, Gioia è in pausa estiva dall'università, il fratello è impegnato a recuperare i debiti formativi a scuola, e il padre è fermo per infortunio sul lavoro da ottobre. C'è un accordo implicito, che non si può parlare dell'evento, non si piange, quello che viene esplicitato sono solo i fatti giudiziari che ruotano intorno all'accaduto, alle udienze, le perizie. Nessuno ha un progetto di vita futura. Gioia, più volte dirà: "Ci ha portato via tutto, quella serenità quella famiglia non tornerà più."*

Inizialmente madre e figlia venivano ai colloqui con noi dottoresse negli stessi giorni e stessi orari per una comodità logistica. Viste le prime ipotesi diagnostiche di un rapporto "viscerale" e invischiato, ho pensato di differenziare gli spazi delle terapie, dopo la pausa estiva propongo alla mia collega di separare gli appuntamenti. Questo aiuterà molto Gioia, che inizierà prima a farsi accompagnare dal ragazzo, fino a che nelle ultime sedute riuscirà a riprendere l'autobus da sola.

L'obiettivo è quello di riattivare un tempo, un tempo prima singolo e poi un tempo familiare. La prospettiva del ciclo vitale, riattiva una dimensione del tempo evolutiva nel senso che la famiglia viene considerata un sistema emozionale plurigenerazionale, dove per poter superare un evento, una crisi evolutiva bisogna considerare il collegamento con le generazioni pregresse e successive. Infatti da un punto di vista sistemico, il blocco andrebbe esplorato, ovviamente dopo aver risolto le conseguenze individuali dell'evento traumatico, andrebbe ricercata l'origine del blocco, non solo

come conseguenza dell'evento di oggi, ma come modo di reagire della famiglia, ma questa è un'altra storia, che verrà intrapresa, quando tutti i membri della famiglia si riuniranno in una stanza di terapia e saranno pronti a condividere l'esperienza traumatica.

### 3.4 Il trattamento del trauma con l'EMDR

Riporterò, la prima seduta per intero, per le successive accennerò solo ai cambiamenti fondamentali.

Le sedute hanno avuto una cadenza settimanale, la ragazza è ancora in trattamento, e finora abbiamo fatto 4 incontri con il trattamento EMDR.

Dopo aver stabilito un'alleanza con Gioia, le propongo il trattamento con EMDR, le spiego di cosa si tratta, e lei ribadisce che in questo momento il suo obiettivo è di: *“ri-prendere le redini, almeno dello studio”* vuole essere aiutata soprattutto in questo.

Inizialmente durante le sedute le avevo proposto di scrivere un diario dei sintomi, da questo resoconto viene fuori che sin dai primi momenti in ospedale, lei è stata l'unica che non ha mai pianto, e che ha cercato di sostenere la madre, inizialmente irriconoscibile sul viso per le ferite inflitte, ma afferma anche che non aveva capito perché la madre fosse ricoverata in ginecologia, oppure, come dirà: *“Non volevo capirlo!”* In questi mesi la ragazza è riuscita a sostenere due esami; ma la situazione personale sta degenerando, in quanto dopo aver sostenuto, anche con un buon voto l'esame di giugno, ha iniziato a manifestare:

*sensazione di disgusto e vomito, insonnia, apatia, paura di uscire da sola, la sera prima di addormentarsi controlla tutte le finestre e le porte.*

Gioia, esce sempre insieme alla madre, in quanto anche la madre, non fa più nulla da sola, oppure esce con il suo ragazzo, che sembra essere una buona risorsa, con lui piange e si sfoga, oltre a lui ha un buon rapporto anche con la zia Fabiana, mentre risulta carente il piano delle sue relazioni amicali.

Il tema ricorrente della sua storia personale è la paura di separarsi che si connette con il sintomo di che ha scatenato l'evento traumatico: la paura di perdere la madre.

Foglio di lavoro per le 8 fasi (Allegato 1)

**Fase 1-storia del paziente.** Gioia racconta dinamiche di esclusione, alle scuole elementari da parte delle compagne e lega questo al fatto che i suoi genitori inizialmente vivevano vicino Venezia, per il lavoro di fabbrica del padre, quindi lei ha vissuti i primi anni d'infanzia in un'altra regione. Quando si ristabiliscono nel paese di origine in Abruzzo, lei ha 7 anni, fa la seconda elementare e dice: *“la classe era già unita, io mi sentivo buttata fuori.”* *“Non sono stata capace di entrare nel gruppo”*: prima cognizione negativa legata al passato, questa cognizione è legata anche al guidare la macchina, in cui lei ripete sempre: *“non sono capace”* e, quando guida con la madre accanto, alimenta questa sua insicurezza.

**Fase 2- Preparazione del paziente.** Nel trattamento si parte dalla costruzione “del posto al sicuro”, l’obiettivo è di far familiarizzare la persona con la stimolazione bilaterale che può essere o con i movimenti oculari, oppure con tamburellamenti sulle ginocchia (il tapping); molto spesso il posto al sicuro fornisce al terapeuta altre informazioni utili sul paziente, molte volte il posto al sicuro ha una valenza prognostica.

**Il posto al sicuro** di Gioia è su una gondola a Venezia, lei è tutta la sua famiglia nucleare, la cosa che la rilassa di più è il fluttuare della gondola. Lei dice che oggi scapperebbe via dal suo paese di origine e tornerebbe, proprio vicino Venezia. :

**Fase-3 Si individuano le componenti del target.**

**Il ricordo che G. individua come Evento target:** la violenza sessuale della madre

L’immagine più disturbante: è il viso, irriconoscibile.

Cognizione negativa: (non ce la faccio) sono impotente.

Cognizione positiva: “Quando pensa all’immagine cosa le piacerebbe credere di sé in questo momento? Sono capace, ce la faccio.

**VOC (Validità della Cognizione)** “Quando pensa a quell’immagine, quanto vere sente le parole (ce la faccio, sono capace) ora, in una scala da 1 a 7, dove 1 significa che lo sente completamente falso e 7 completamente vero. 1

Emozioni. Quando pensa a quell’immagine e alle parole (sono impotente), quali emozioni sente in questo momento? Paura, rabbia

**SUD (Unità soggettiva di disturbo)** “Su una scala da 0 a 10, dove 0 significa nessun disturbo o neutro e 10 è il più alto disturbo immaginabile, quanto sente che la disturba il ricordo o l’evento in questo momento?” 8

Localizzazione della sensazione corporea. Dove sente il disturbo nel suo corpo? Bocca dello stomaco

**Fase 4-Desensibilizzazione:** l’obiettivo in questa fase è accedere al target, si stimola la rete mnemonica permettendo al ricordo target di collegarsi a reti più adattive. a) Rielaborazione per due set consecutivi non riferisce cambiamenti, piange. Passo al Tapping, perché non ce la fa con la stimolazione oculare.

b) Ritorno all'evento. Stimolazione. Feedback: "Cosa nota ora?" Quello che riferisce è: "Mi sento in colpa perché mentre lei poteva morire io dormivo." Continuo con vari set di stimolazione. Poi mi rimanda: "Eravamo inseparabili io e mamma...lo saremo ancora di più."

Verifica Sud 0

**Fase 5-Installazione:** Legare la cognizione positiva desiderata con ricordo o immagine originale.

La cognizione positiva è "sono capace", VoC 4, continuo con la stimolazione e mi dice: "Ce la farò", VoC, 7

**Fase 6- Scansione Corporea:** Dove sente nel suo corpo tensione o una sensazione particolare. G, riferisce: collo, inguine, ginocchia, e bocca dello stomaco. E piange. Faccio la stimolazione per eliminare il disturbo.

(Ha riferito tutte le parti traumatizzate della madre, infine è arrivata alla parte del suo corpo: bocca dello stomaco).

**Fase 7- Chiusura:** Incoraggiare il paziente. *"Quali sono le cose più utili che abbiamo fatto insieme oggi?"* G, riferisce una sensazione di liberazione, "ho buttato fuori tutte le lacrime che non ho potuto versare prima."

Faccio il posto al sicuro e le dico utilizzando un tono di voce basso e lento, di lasciar andare queste sensazioni, di metterle in una scatola fino al prossimo incontro. La paziente, verrà accompagnata a casa dal ragazzo, ma prima di andare via, è tranquilla.

**Nella fase 8 Rivalutazione** dopo una settimana dalla seduta, ho rivalutato i punti 5/6/7 e per controllare SUD e VoC. Gioia, riporta un sogno che ha fatto la notte stessa dopo il trattamento: *"Ho sognato che un' aereo cadeva sotto casa nostra, io vedevo tutto dalla finestra, avevo paura ma allo stesso tempo ero sicura che noi stavamo tutti bene, perché sentivo che la mia famiglia era dentro in casa con me."*

Le chiedo cosa le viene da associare, mi spiega: *"Vedo che è capitato qualcosa di brutto proprio vicino a noi, a me alla mia famiglia, ma non è successo dentro, il pericolo è fuori. Mi sento rassicurata."*

Nelle sedute successive G. continuiamo sul ricordo della sera dell'evento traumatico, nello specifico G, vuole tornare su quello che era successo, "prima dell'evento" e riporta questa immagine: *"Mamma davanti la porta di casa e la sua poca voglia di andare a lavoro."* La sua cognizione negativa è sempre: "Sono impotente" mentre quella positiva: *"Posso scegliere, ora ho delle alternative."* La

*paura, adesso è legata alle conseguenze legali della vicenda.” Nella fase 5 produce uno dei primi cambiamenti positivi: le arriva l’immagine della madre sulla porta di casa, dopo l’ospedale, G. riferisce che vede come una luce, e dice: “Non può accadere nulla, è viva.”*

Nelle fasi di rivalutazione, i parametri sud e voc. si sono stabilizzati.

G. ha ripreso le lezioni all’università è tornata a vivere a Chieti e nei week end rientra a casa, mi dice, che si è stufata di essere dipendente da tutti soprattutto per la questione della macchina e ha ripreso a viaggiare in autobus da sola; nelle ultime sedute dopo natale ha superato gli esami prefissati e adesso è decisa a trovare il “suo posto” dentro casa, vuole riprendersi la sua vecchia cameretta e tornare a dormire a casa dei suoi e non dalla nonna. Racconta che oggi sente il ricordo dell’evento come qualcosa di lontano, dice che le sembra strano, perché se ripensa a un’anno fa si rende conto che le sue frasi erano sempre: *“prima che succedesse questo....”* Oggi, invece, dice che in alcuni momenti le sembra di dimenticarlo, percepisce un distacco da quel ricordo, si sente sollevata.

All’interno del nucleo familiare G. è stata la prima a sbloccare questo ciclo vitale, a riattivarsi, anche il padre adesso ha ripreso il lavoro, il fratello sta terminando l’ultimo anno di scuola superiore, la madre non ha ripreso ancora a lavorare, ma anche lei ha voluto dare una voce a ciò che le era capitato. Purtroppo al suo stupratore sono stati dati 6 anni di reclusione, questa notizia ha buttato di nuovo tutti in un vortice; la signora Fiore, merito anche del suo percorso psicoterapico, ha voluto organizzare un evento in cui ha dato testimonianza di ciò che le era accaduto, perché vuole ancora combattere e perché non vuole che accada a qualcuno quello che ha passato lei.

La terapia con G, è ancora in progress, adesso tutta la famiglia è in attesa del ricorso dell’avvocato difensore; si può, affermare, che almeno fino ad oggi l’obiettivo che Gioia si era posta: *“Ri-prendere le redini, almeno dello studio”*, il primo obiettivo è stato superato, il trattamento è ancora in corso, e ci sono tutte le basi perché possa progredire, sempre in avanti.

## **CONCLUSIONI**

“Quando il trauma investe la famiglia: terapia familiare e EMDR come approcci nella risoluzione,” il titolo, vuole trasmettere al lettore, che non c’è la diatriba :” è meglio questo modello o quello”, ma al contrario, il messaggio è quanto sia fondamentale conoscere e agganciarsi anche ad altri modelli terapeutici, diversi dal proprio; vuol dire uscire dall’autoreferenzialità dei proprio costrutti e rendere il proprio lavoro flessibile e complesso.

- *In che modo le esperienze traumatiche alterano i processi omeostatici fisiologici e il comportamento all’interno del sistema familiare?*
- *In che modo il trauma distorce i processi percettivi e sostituisce i comportamenti sociali spontanei con reazioni di difesa?*
- *Quali trattamenti clinici consentono di intervenire su queste problematiche?*

In qualità di professionisti della salute mentale dobbiamo favorire, nei nostri clienti, il funzionamento sano della mente. Per cercare di rispondere a queste domande ho interrogato degli autori importanti.

Per Siegel la risposta sta nella parola integrazione: una mente sana è una mente integrata. Affinché il sistema-mente sia integrato è necessario che esso sia flessibile, adattivo, coerente ed energizzato, collegando in modo armonico l’una all’altra le parti differenziate che lo compongono. Nell’esplicitare questo concetto Siegel si avvale della metafora del coro: una mente sana ed integrata funziona armonicamente come le singole voci di un unico coro che, pur mantenendo la loro differenziazione si armonizzano l’una con l’altra producendo un suono comune, prodotto dal contributo di ogni voce componente. Stern diceva che: *“l’intersoggettività presente nella situazione clinica non può solo essere considerata uno strumento terapeutico, o uno dei tanti modi di relazionarsi all’altro che possiamo decidere di utilizzare o tralasciare all’occorrenza, ma deve essere vista come l’essenza stessa del processo terapeutico.”* Bianciardi afferma:” ciò che rende ‘traumatica’ un’esperienza non sia di per sé la sua invasività e globalità (non è cioè una questione quantitativa in sé), quanto il fatto che non sia possibile ‘incorniciarla’ appunto.”

Il modello relazionale coglie, la dimensione evolutiva del trauma, collocandolo in un contesto temporale circoscritto; una caratteristica distintiva del rapporto tra relazioni familiari ed esperienze traumatiche è, infatti, la natura circolare del loro rapporto: il sostegno alla famiglia è un antidoto indispensabile per moderare gli effetti delle esperienze traumatiche, ma l’impatto con il trauma di un componente della famiglia può avere effetti traumatici sull’intero sistema. Nell’applicazione dell’EMDR un principio essenziale, consiste nel considerare l’esistenza di un sistema innato in tutte le persone, fisiologicamente orientato ad elaborare le informazioni in un’ottica di autoguarigione; tale sistema è orientato alla salute. È evidente nell’EMDR la spinta verso la risoluzione adattiva che favorisce la salute psichica.



Sappiamo che le esperienze traumatiche incidono pesantemente sulle relazioni familiari e sulla capacità del sistema di attutire, moderare, amplificare gli effetti negativi. Un criterio universalmente riconosciuto per distinguere le famiglie in grado di reagire positivamente o in modo disadattivo agli eventi sfavorevoli della vita la capacità di individuare strategie di coping efficaci.

Quello che ho voluto trasmettere al lettore, è che nella mia modesta esperienza di terapeuta sistemica e terapeuta EMDR, ho imparato quanto sia fondamentale la condivisione tra più indirizzi psicoterapeutici, in questo senso, la terapia familiare e l'EMDR, usati nel mio lavoro clinico, si sono rivelati efficaci ed utili a fornire un trattamento, sincronizzato e integrato.

## **BIBLIOGRAFIA**

- American Pshichiatric Association (2014), DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Raffaello Cortina Editore.
- Andolfi, M. (1999) a cura di; La crisi della coppia. Una prospettiva sistemico relazionale, Raffaello Cortina Editore, Milano,
- Andolfi, M (2001) a cura di; Il padre ritrovato. Alla ricerca di nuove dimensioni paterne in una prospettiva sistemico relazionale, Franco Angeli, Milano,
- Andolfi, M., Angelo, C.; Famiglia e individuo in una prospettiva trigerazionale, in Terapia familiare n.19, A.P.F., Roma, 1985
- Andolfi, M., Angelo, C.; Tempo e mito nella psicoterapia familiare, Boringhieri, Torino, 1987
- Andolfi, M.; (1977) La terapia con la famiglia. Un approccio relazionale, Astrolabio, Roma,
- Andolfi, M.; La terapia di coppia in una prospettiva trigerazionale, Collana di psicologia relazionale, Roma, 2006
- Andolfi, M.:(2003), Manuale di psicologia relazionale. La dimensione familiare, Accademia di psicoterapia della famiglia, Roma,
- Angelo, C.; La scelta del partner, in Andolfi M. (a cura di) La crisi della coppia. Una prospettiva sistemico relazionale, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1999
- Bianciardi M. (). Il dicibile e l'indicibile dell'esperienza traumatica
- Boszormeny- Nagy, I., Spark G. M.:(1988), Invisible Loyalties. Reciprocity in intergenerational family therapy, 1973, Trad. It. Lealtà invisibili. La reciprocità nella terapia intergenerazionale, Astrolabio, Roma
- Briere J. (1997), Psychological Assessment of Adult Posttraumatic States, American Psychological Association, Washington
- Cancrini L., La Rosa C.; (1991), Il vaso di Pandora, NIS Roma
- Cheli M., Ricciutello V., Valdiserra M., a cura di (2012), Maltrattamento all'Infanzia. Un modello integrato di interventi per i Servizi Sociali e Sanitari, Maggioli.
- Diffenbaugh V. (2011), Il linguaggio segreto dei fiori. Garzanti
- Fernandez I., Maslovaric G., M. V. Galvagni (2011), Traumi psicologici, ferite dell'anima. Il contributo della terapia con EMDR.

Iacolino C; ( 2016) a cura di; Dall'emergenza alla normalità. Strategie e modelli nella psicologia dell'emergenza. Consorzio Universitario Humanitas, Franco Angeli Editore.

Minuchin, S.; Families and Family Therapy, 1974. Trad. It. Famiglie e terapia della famiglia, Astrolabio, Roma, 1977

Pearlman, Laurie A., & Saakvitne, Karen W. (1995). Trauma and the Therapist: Countertransference and Vicarious Traumatization in Psychotherapy with Incest Survivors. New York: W.W. Norton, xix, pp.451,

S.W. Porges (2014), La teoria polivagale. Fondamenti neurofisiologici delle emozioni, dell'attaccamento, della comunicazione e dell'autoregolazione. Giovanni Fioriti Editore

Scabini, E., Cigoli, V.:(2000) Il Familiare. Legami, simboli e transizioni. Raffaello Cortina Editore, Milano,

Scabini, E., Greco, O.; La transizione alla genitorialità, in Andolfi M. a cura di (1999) La crisi della coppia. Una prospettiva sistemico relazionale, Raffaello Cortina editore, Milano.

Siegel D. J; (2013), La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale. Raffaello Cortina Editore.

Shapiro, F. (2013), Lasciare il passato nel passato. Tecniche di auto-aiuto nell'EMDR. Casa Editrice Astrolabio.

Shapiro, F. (1995). Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Basic Principles, Protocols, and Procedures. New York: Guilford. (Trad. it. EMDR. Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso I movimenti oculari. Milano: McGraw-Hill, 2000).

Stern D.N; (2004), Il momento presente in psicoterapia e nella vita quotidiana. Raffaello Cortina Editore

Walsh F. (2008), La resilienza familiare, Raffaello Cortina Editore.

<http://emdr.it/>

<http://www.stateofmind.it>

<https://www.ausl.bologna.it/>