

Esperienze cliniche *sul campo*: di guerra e del PTSD

Clinical Experience in the Field of War and PTSD

Viveca Hazboun*

(Traduzione di Cesare Secchi)

Riassunto: *il contributo documenta il lavoro e la ricerca psicoterapeutica nell'ambito del Disturbo Post-traumatico da Stress (PTSD), in una popolazione della West Bank (territorio dell'Autorità Nazionale Palestinese) che vive in uno stato di guerra a causa dell'occupazione e della rivolta popolare nazionale contro di essa.*

L'autrice riferisce della propria attività in quest'area, sulla scorta dell'esperienza quadriennale di attività ambulatoriale per l'Agenzia delle Nazioni Unite per i Profughi Palestinesi (UNRWA): in questo periodo ha visitato in totale 1500 nuovi pazienti ogni anno. Una quota considerevole di essi soffre di PTSD. È stato condotto uno studio utilizzando un questionario secondo i criteri del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali-IV edizione; tale questionario è stato compilato da un campione randomizzato di 380 soggetti scelti tra la popolazione della West Bank nel 1996. Oltre alla presentazione di dati statistici e clinici del Centro di Orientamento e Formazione per il Bambino e la Famiglia (GTC), l'autrice propone alcune vignette di pazienti affetti da PTSD che sono stati seguiti presso il GTC, riportando i principi di trattamento adottati, nella speranza che tale studio possa aiutare altre popolazioni che vivono in situazioni analoghe. Il Centro fornisce un approccio eclettico alla cura, offrendo terapia individuale o familiare, colloqui e terapia attraverso il gioco, e un programma speciale scolastico e terapeutico per bambini con disturbi dell'apprendimento. La valutazione psichiatrica/psicologica iniziale è fondamentale per preparare un programma di cura individualizzato. Incontri e visite successive sono previsti con il valutatore iniziale e/o dai diversi componenti dell'équipe, in base ai singoli casi. È altrettanto importante affrontare il problema degli interventi di massa, per esempio attraverso interventi radio-televisivi e giornalistici sul tema della salute mentale e della sopravvivenza ai traumi e alle situazioni di particolare difficoltà.

Parole chiave: *trauma, Disturbo Post-traumatico da Stress, psicoterapia, neuropsichiatria infantile, interpretazione dei sogni, meccanismi di difesa.*

* *Psichiatra, Direttrice del "Children and Family Guidance and Training Centre", Betlemme, Palestina.*

Abstract: *this paper is written to document the psychotherapeutic work and research done on the subject of PTSD and a population living under occupation through the periods of the national people's uprising against the occupation which led to a war-like existence in the West Bank/Palestinian Authority territory. The author would like to report on her work in this area that involved four years of visiting the UNRWA medical clinics during which she saw a total of 1500 new cases yearly. A large number of these patients were suffering from PTSD. This led to a study that was based on the DSMIV diagnostic and statistical manual criteria, a questionnaire that was filled out by 380 random sample of the population. Aside from all this statistical and clinical numbers that are presented, the author would like to present some clinical vignettes of PTSD patients that were followed at the Guidance and Training Center for the Child and Family (GTC), with a presentation of the methodology used in treatment, hoping that such a scientific presentation will be useful for other populations dealing with a similar situation. The Center provides an eclectic approach to treatment with individual, family therapy, talk or play therapy and group therapy interventions, and special education therapy program for the children with PTSD. The initial psychiatric/psychological assessment is crucial in the treatment plan that is provided for each patient individually. Follow-up consultations and meetings are provided by different staff members as indicated by each case. It is important to also address the issue of mass interventions in such situations for which radio, television and newspaper articles are contributed about the subject of mental health and surviving trauma and difficult circumstances.*

Key words: *trauma, Post-traumatic Stress Disorder, psychotherapy, child psychiatry, interpretation of dreams, defense mechanisms.*

Introduzione

Nel lontano 1984 l'autrice, che era allora assistente di psichiatria clinica presso la *University of Southern California School of Medicine*, e capo reparto dell'unità di degenza pediatrica al *Los Angeles County Hospital*, visitò i campi profughi nella West Bank. I disegni dei bambini in tre campi profughi furono confrontati con quelli dei piccoli pazienti del reparto di pediatria del *Los Angeles County Hospital*. La comparazione evidenziò che i bambini nei campi profughi nel 1984 facevano disegni caratterizzati da maggiore serenità e si mostravano più equilibrati dei bambini ricoverati al *Los Angeles County Hospital*. Questo suggerì che, nonostante gli anni di vita da profughi, le risorse psichiche di queste persone avessero trovato

un globale adattamento alla situazione traumatica, nonché un potenziale equilibrio creativo. Tuttavia, da una parte i successivi sconvolgimenti politici che hanno mantenuto nel tempo molti Palestinesi in una condizione di oppressione e di precarietà, e, dall'altra, le aggressioni militari contro i civili sembrano aver comportato un deterioramento della salute mentale della popolazione in generale, e dei bambini in particolare, come si evince dal presente scritto.

Alcuni anni più tardi, l'autrice è ritornata in Medio Oriente e ha iniziato a lavorare negli ambulatori dell'UNWRA, visitando regolarmente diversi campi profughi. Ogni anno sono state visitate circa 1500 nuove persone, che successivamente sono state seguite in terapia. Di queste 1500, 450 soffrivano di ritardo dello sviluppo, altre 350 di PTSD e 400 di depressione. Questa situazione ha convinto l'autrice ad allestire un centro di salute mentale in grado di offrire cure più specializzate rispetto a quanto era possibile fare con le visite ambulatoriali settimanali presso i centri dell'UNRWA. Dopo aver reclutato un'équipe di specialisti, il centro ha cominciato a erogare i seguenti servizi.

- *Servizi clinici, psichiatrici e psicologici*: il team del *Guidance and Training Center for the Child and Family* (GTC) è disponibile a visitare pazienti inviati da scuole, università, ospedali e altre istituzioni, per terapie individuali, familiari e di gruppo.
- *Programma terapeutico scolastico speciale*: per bambini con disturbi dell'apprendimento che possono usufruire di un programma educativo specializzato orientato al successivo reinserimento nel sistema scolastico regolare.
- *Iniziativa di formazione*: il GTC offre formazione e supervisione a diversi gruppi, attraverso programmi di formazione clinica, aggiornamento e internato. Per quanto riguarda la formazione clinica, il GTC organizza un corso annuale in "Salute mentale" della durata di otto mesi, rivolto principalmente a operatori dei servizi sociali. Si tratta di un corso eclettico che prevede interventi di consulenza a orientamento psicoterapico, con supervisione in équipe di sedute di consulenza realmente svolte. Vengono offerti programmi di aggiornamento, attraverso cicli di seminari o *una tantum*, per promuovere la sensibilità alle tematiche della salute mentale e per rispondere a specifiche esigenze di formazione. Il GTC è diventato, inoltre, una sede ambita di tirocinio per studenti universitari di psicologia e scienze sociali. Il GTC offre, infine, periodi di internato a studenti delle zone limitrofe, soprattutto delle Università di Betlemme, Birzeit e Al-Quds, a richiesta delle Università stesse.

- *Ricerca*: il GTC ha condotto studi sulla depressione, sul ritardo dello sviluppo e sul PTSD, i cui risultati sono utilizzati nella formazione e in convegni sulla salute mentale. Il Centro auspica di poter ulteriormente elaborare i dati raccolti e mettere a punto studi comparativi, che costituiscano un valido punto di riferimento per la comunità scientifica. Inoltre presso il centro si sta allestendo una biblioteca fornita di testi di consultazione e materiali didattici, che saranno utili non solo per i programmi del Centro, ma contribuiranno anche alla crescita professionale degli operatori. La biblioteca comprende libri sullo sviluppo infantile e sull'interpretazione dei sogni, il DSM-IV, oltre ad altri testi psichiatrici e di documentazione.
- *Attività collaterali*: il GTC offre attività di consulenza, per progetti dedicati alla salute mentale, a diversi ministeri palestinesi, come il Ministero della Sanità, il Ministero degli Affari Sociali e il Ministero della Pubblica Istruzione (oltre ad altri enti e organizzazioni). Il GTC organizza e fa consulenze nelle scuole, sensibilizzando l'opinione pubblica attraverso interviste radiofoniche, sui giornali e in televisione. Il personale del GTC partecipa inoltre a convegni e incontri internazionali sulla salute mentale, confrontando i propri risultati nell'ambito della comunità scientifica.

Metodo di lavoro

I servizi resi dal GTC hanno un approccio eclettico e sono prestati da una équipe altamente specializzata.

Nel corso della sua pratica clinica la scrivente si è particolarmente ispirata ai contributi teorici di Freud, della Klein e di Mason ([1]-[4]), con particolare riferimento all'esplorazione dei meccanismi di difesa, per riflettere sulla propensione di determinati soggetti a mantenere nel tempo il vissuto traumatico, dopo la fine dell'evento traumatizzante.

Ogni paziente riceve una prima valutazione psichiatrica in cui viene impostato un programma di cura personalizzato, per rispondere alle sue specifiche esigenze; il paziente è quindi assegnato al terapeuta che sembra più idoneo. Vengono effettuati test diagnostici per individuare cause organiche o mediche eventualmente responsabili dei sintomi presentati dal paziente. Nel frattempo si dà inizio alla psicoterapia. Per la maggior parte dei pazienti è consigliabile una terapia individuale. Per i bambini si consiglia inoltre una terapia di gruppo, accanto ad interventi di terapia familiare. Per i bambini con problemi di apprendimento, si cerca di intervenire a livello scolastico.

La terapia individuale per bambini molto piccoli si espleta attraverso il gioco e l'arte-terapia, e si offrono momenti ricreativi.

Più di recente, per i pazienti con Disturbo Post-traumatico da Stress, sono state introdotte nuove tecniche come la Desensibilizzazione e Rielaborazione attraverso i Movimenti Oculari (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*, [EMDR]) e la Rappresentazione Immaginativa Grafica del Conflitto con Stimolazione Bilaterale (*Conflict Imaginative Painting and Bilateral Stimulation*, [CIPBS]).

Le terapie a impostazione psicoanalitica sono particolarmente indicate per soggetti con problematiche complesse, sufficientemente motivati; in altri casi, in aggiunta o separatamente rispetto a queste metodologie, si ricorre a terapie comportamentali e di rilassamento.

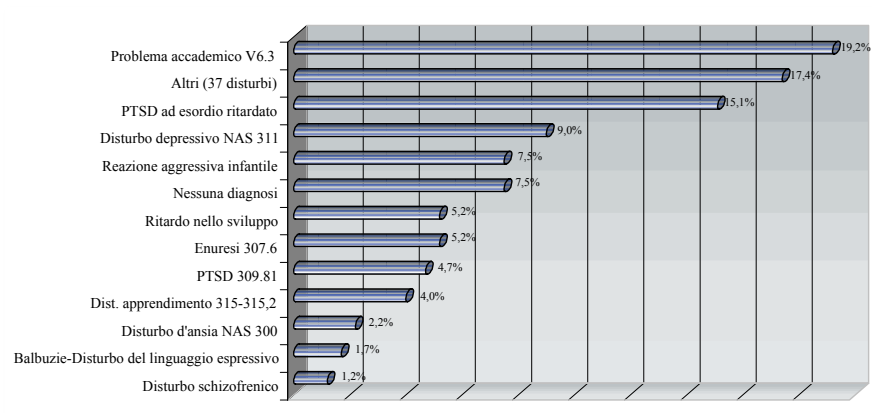
Nella maggior parte dei casi la terapia è adattata ai bisogni del paziente, senza tempi e limiti definiti, se non la durata di ogni seduta e un programma di massima sulla disponibilità, che prevede vacanze programmate e assenze occasionali per le emergenze. Alcuni casi sono gestiti con una terapia a breve termine, mentre altri richiedono interventi a lungo termine. Le esigenze e l'interesse dei pazienti sembrano i fattori determinanti.

Alle volte, la situazione politico-economica impone pesanti limiti alle terapie; tuttavia, di solito la cura viene erogata finché il paziente ne avverte la necessità. Poiché l'esistenza del centro dipende dalle donazioni ricevute, i pazienti che non possono pagare i servizi sono gestiti con un approccio a "scala mobile". Ciò significa che ai pazienti in grado di pagare viene richiesto di partecipare, magari simbolicamente, alle spese per il loro trattamento, mentre quelli con scarse risorse economiche sono incoraggiati a pensare che anche senza denaro si può usufruire delle terapie.

Ricerca

Dopo le osservazioni iniziali effettuate durante il lavoro nei campi profughi nel 1984 e 1991-1994, l'autrice ha condotto uno studio presso il GTC, attraverso un questionario basato sui criteri del DSM-IV e tradotto nella lingua locale, cioè l'arabo. Sono stati compilati 380 questionari da un campione scelto a caso e i risultati, anche se al di sotto delle aspettative dell'autrice, mostravano che il 40% dei soggetti risultava affetto da PTSD.

La Figura che segue offre una rappresentazione visiva delle diagnosi affrontate presso il Centro nel corso del 2004.

Figura:**Percentuale di pazienti per diagnosi**

Il grafico sopra riportato indica le diverse diagnosi effettuate dall'equipe del GTC sulla popolazione palestinese, che sopporta da quasi sessant'anni esilio, torture, prigionia e un'esistenza da profughi. Il grafico riporta la diagnosi iniziale fatta alla prima consultazione presso l'ambulatorio. Questa prima diagnosi può essere modificata, quando il paziente acquista maggior fiducia e comunica elementi più complessi: nel corso del trattamento individuale o di gruppo, oppure nel sostegno all'integrazione scolastica oppure in incontri con la famiglia è possibile fare una valutazione più approfondita. Spesso, la componente traumatica affiora negli incontri successivi a quello iniziale e spiega alcuni dei sintomi di presentazione, che possono venire attribuiti a una diagnosi meno grave, come risulta dal grafico (ad esempio, problemi scolastici o altra diagnosi). La diagnosi di Disturbo Post-traumatico da Stress ad esordio ritardato si pone ai primi posti con un'incidenza del 15% nella popolazione che si presenta al Centro, a cui va aggiunto un 5% con la diagnosi di PTSD. Come affermato in precedenza, elementi riconducibili a questo Disturbo si riscontrano in molte altre categorie diagnostiche (difficoltà negli studi, enuresi, ritardo nello sviluppo, eccetera).

Vignette cliniche

L'autrice presenta ora alcuni casi paradigmatici della popolazione clinica seguita presso il GTC.

1. Una giovane madre, che sta allattando al seno, racconta disperata al terapeuta: “Questo bambino lo posso allattare, ma non so come farò a nutrire gli altri a casa; se qualcuno mi desse una bomba, andrei e mi farei esplodere ad un *check point*; così almeno i miei figli potrebbero dire che sono un’eroina, piuttosto che una madre che non riesce a dar loro da mangiare”. La donna riferisce di essere irritabile e ansiosa, di faticare a dormire, e, una volta preso sonno, di sognarsi regolarmente come martire. Riporta anche di avere difficoltà nei rapporti sessuali con il marito. Per questa paziente la diagnosi iniziale è di disturbo da stress acuto e disturbo distimico. Le vengono prescritti degli antidepressivi, per la presenza di anedonia, insonnia e perdita dell’appetito. Oltre all’assunzione di farmaci, questa giovane madre inizia una psicoterapia, grazie alla quale migliora notevolmente. Con questo trattamento la paziente riesce a rendersi conto che liberarsi dalla sofferenza facendosi esplodere avrebbe solo proiettato il suo dolore nella vita dei suoi figli, senza annullarlo. Questa giovane donna, giovatasi anche di alcune terapie di rilassamento, alla fine è in grado di controllare i suoi impulsi. Il Centro le permette, altresì, di partecipare ad un programma occupazionale, in cui le donne ricamano per guadagnarsi da vivere. Si è dunque trattato di una terapia breve e, al *follow-up* a tre anni, la paziente continua a mantenere un buon funzionamento come madre e moglie.
2. Un quattordicenne, portato al GTC dopo una vicenda traumatica, presenta un comportamento disorganizzato e uno stato depressivo, per i quali viene preso in carico. Egli è stato esposto a un crescendo di situazioni di pericolo con l’esercito israeliano, infine culminato con l’arresto del fratello maggiore per motivi di sicurezza. All’ingresso le diagnosi poste sono di PTSD, depressione e sospetta evoluzione psicotica: una situazione che richiede ulteriori valutazioni prima di essere diagnosticata così pesantemente. Principalmente, il ragazzo soffre della sua capacità immaginativa. Dopo avere riportato la storia del disturbo attuale, il paziente riferisce di problemi a scuola e in famiglia, sottolineando, inoltre, di essere stato investito due volte da un’automobile e di avere timore di aggressioni sessuali da parte dei cugini durante la notte. Egli aggiunge di non amare la violenza e di fare sogni di gioco, che si trasformano in eventi mostruosi. Al suo arrivo in ambulatorio, il ragazzo porta con sé un bastone per difendersi, dato che immagina le persone come mostri e gatti neri. Il suo programma di trattamento comprende una ludoterapia a livello individuale, una terapia familiare, una terapia di gruppo e un sostegno scolastico individualizzato. Il comportamento disorganizzato si

dissolve rapidamente, il ragazzo si sente molto coinvolto nella terapia, con progressiva normalizzazione della sua vita a scuola e in famiglia. Il desiderio di fare il kamikaze, espresso all'inizio, scompare nel corso della terapia, facendo posto alla consapevolezza del benessere psichico, proprio e altrui.

3. Una diciannovenne che è stata violentata sul posto di lavoro, è ossessionata dall'idea di minacciare i militari a un *check point*, nella speranza di venire uccisa e trovare un senso come martire alla propria inutile vita. Uno degli elementi più importanti nella storia di questa paziente consiste in ripetute sparizioni da casa per alcuni giorni, da quando era una bambina. La giovane donna nega idee di suicidio. Dato che la paziente riferisce di alcuni alterchi coi soldati ai *check point*, dove ha rischiato la morte, nonché un continuo ripresentarsi di questi episodi alla sua mente, viene posta una diagnosi di PTSD. Inoltre racconta dei sogni, nei quali l'esercito la minaccia. Il trattamento l'aiuta a divenire più consapevole delle fantasie inconscie espresse in tali sogni, con un netto miglioramento sintomatologico.
4. Un bambino di sette anni viene portato presso il Centro per problemi di sonnambulismo e di rifiuto della scuola [5]. Tanto la famiglia che il bambino riferiscono che alcuni soldati israeliani l'hanno sottoposto a un interrogatorio dopo una sassaiola contro di loro. La nonna, nel tentativo di impedire il fermo del bambino, riceve una spinta durante la colluttazione e cade a terra in un lago di sangue: al punto che il nipote la crede morta. Dopo alcune ore di interrogatorio, il bambino è rimandato a casa e viene a sapere che la nonna è viva e ricoverata in ospedale. In seguito, compaiono i primi sintomi di sonnambulismo e il rifiuto della scuola. La terapia, basata sul gioco e sull'interpretazione di qualche sogno, ha rapidamente successo. In particolare, è utile in questo contesto citare un sogno, per chiarirne la metodologia d'impiego. Il paziente riferisce di avere sogni ricorrenti, dove qualcuno lo rapisce e lo espone a situazioni pericolose. L'autrice guarda il bambino e dice: "Penso di sapere chi sia il rapitore". Il bambino risponde: "Oh sì! Dimmelo! Chi è?". L'autrice replica: "Sei tu, tu sei l'autore del sogno e tu sei quello che cammina sonnambulo e si mette in pericolo di notte". Il bambino interrompe subito il trattamento, con una certa preoccupazione da parte della terapeuta, che si tranquillizza quando la nonna si presenta, piena di gratitudine, per dire che il nipote sta meglio, non soffre più di sonnambulismo e ha ripreso a frequentare la scuola.

Discussione

È noto che alla fine della Prima e della Seconda Guerra Mondiale, quando è arrivata la pace, si sono registrati nella popolazione un più alto numero di tentati suicidi, di episodi psicotici acuti e di ricoveri negli ospedali psichiatrici.

L'obiettivo di questo scritto è quello di comunicare come la pratica terapeutica a impostazione analitica con i soggetti traumatizzati possa alleviare la sofferenza e/o aiutare i pazienti a contenerla, specie se nel paziente c'è una discreta predisposizione al lavoro psicologico su di sé. È evidente che il trauma che si è verificato non può essere cancellato; il trattamento ha lo scopo di aiutare i pazienti a evitare che tali tragedie si ripetano, se possibile, ma soprattutto ha lo scopo di aiutarli a comprendere la coazione a ripetere che li porta continuamente a mettersi in pericolo, nell'illusoria convinzione di acquisire il controllo in una situazione di impotenza.

Situazioni traumatiche esterne hanno senza dubbio un impatto sugli esseri umani che le vivono; tuttavia, è possibile che la reazione del soggetto all'esperienza traumatica non sia necessariamente negativa, in base alla reazione dell'essere umano all'evento traumatico stesso. L'elemento più importante è, dunque, riuscire a capire il tipo di rielaborazione che il paziente ha fatto dell'episodio traumatico. Quale è la sua reazione? ha accettato l'evento? se non l'ha accettato, come cambiare le cose? cosa vuole davvero cambiare?

L'offerta al paziente di strumenti atti a esplorare la sua modalità di "costruire" la crisi può rivelarsi un'arma a doppio taglio. Infatti, da una parte, la riflessione sulle proprie reazioni fa sentire il paziente meno impotente, in quanto soggetto che partecipa attivamente al lavoro terapeutico; dall'altra parte, lo spostamento dell'attenzione dall'evento traumatico e dal suo ruolo di vittima inerme può fargli temere di non essere capito. Il trattamento, più che una forma di *empowerment* del paziente, rappresenta un'esplorazione scientificamente fondata dei pensieri e delle fantasie inconscie che si cristallizzano attorno ad un evento traumatico: l'intento è quello di arrivare ad una riconciliazione tra il conscio e l'inconscio, al fine di riacquistare la possibilità di agire liberamente.

Uno dei criteri per la diagnosi del PTSD è costituito da pensieri intrusivi sull'evento traumatico che ritornano nella veglia o durante i sogni. Questo elemento diagnostico comunemente accettato per la diagnosi del PTSD può essere oggetto di un'attenzione specifica nella psicoterapia dinamica attraverso l'interpretazione onirica. Come sostenuto da Freud, Klein e Mason, i sogni possono rappresentare gli eventi quotidiani, che sono rivissuti per aiutarci a superare gli eventi traumatici, ma questo approccio superficiale alla comprensione dei sogni è arricchito da una più profonda attenzione prestata al

sognatore, il quale, come *autore* del sogno, può prendere contatto con aspetti nascosti della sua personalità ed esserne più consapevole. Nell'interpretazione dei sogni dei pazienti che sognano l'esercito, le incursioni, i rapimenti ecc., è evidente che stiamo parlando di un esercito, di incursioni e di rapimenti che si affacciano alla consapevolezza del sognatore; noi possiamo aiutare i pazienti a entrare in contatto con questi frammenti traumatici e con i significati che esprimono nella loro economia vitale. Questi sogni possono fornire un sollievo parziale alla sofferenza provocata dai traumi; tuttavia la maggior parte dei pazienti che li fanno ne parlano come di incubi, e soltanto quando si arriva a un'interpretazione più profonda essi riescono a provare sollievo, anche se la consapevolezza raggiunta può essere dolorosa. Ancora una volta, l'interpretazione dei sogni facilita la scoperta del materiale inconscio e libera le persone da complessi nevrotici e traumatici. Questa impresa sembra così semplice e tuttavia è così difficile se non è affrontata con cautela e con reciproco impegno e dedizione per il lavoro esplorativo da parte del terapeuta e del paziente.

Bibliografia

- [1] Freud S. *The Interpretation of Dreams*. Strachey J, ed. New York: Basic Books; 1993 [Trad. it.: L'Interpretazione dei sogni. OSF, vol. III. Torino : Boringhieri; 1989].
- [2] Klein M. *Love, Guilt and Reparation and Other Works 1921-1945* (The writings of Melanie Klein, Vol, 1). New York: The Free Press; 1984 [Trad. it. Zeller Tolentino L. *Invidia e gratitudine*. Firenze: Martinelli, 1969; Trad. it. Molfino F. *Amore, odio, riparazione*. Roma: Astrolabio, 1969].
- [3] Segal H. *Introduction to the Work of Melanie Klein*. London: Hogarth; 1973 [Trad. it. di Gaddini E. *Introduzione all'opera di Melaine Klein*. Firenze: Martinelli; 1975].
- [4] Mason A. *The Suffocating Super Ego*. In: Grotstein J. ed. *Dare I Disturb the Universe*. Beverly Hills: Caesura; 1983.
- [5] Hazboun V. *Psychotherapeutic Interventions with Palestinian Children and their Families*. *Dynamic Psychiatry-Dynamische Psychiatrie* 2004; 37.

Per corrispondenza:

Viveca Hazboun

PO Box 51399,

Jerusalem

Israel

E-mail: gtc@p-ol.com