

## Gli incubi nella Control Mastery Theory: Una finestra sulle credenze patogene e sul piano delle vittime di tortura

di Marzia Albanese

### Introduzione

All'interno della vasta gamma della sintomatologia post-traumatica, i disturbi del sonno occupano indubbiamente un posto di particolare rilievo (Forbes et al., 2001; Kilpatrick et al., 1998; Neylan et al., 1998; Aurora et al., 2010) e consistono in: difficoltà nell'addormentamento, mantenimento del sonno e persistenza di incubi notturni (Harvey et al, 2003). Queste conseguenze fanno parte di una tipica e normale risposta al trauma (Pillar et al, 2000) tanto che il DSM elenca da sempre gli incubi all'interno del cluster sintomatologico di *reexperiencing* dell'evento traumatico (Cluster B) e la difficoltà ad addormentarsi e a mantenere il sonno, all'interno del cluster di sintomi relativi all'*iperarousal* (Cluster D). Diversi studi (Kato et al., 1996; Goldstein et al, 1987; Kuch & Cox, 1992) hanno permesso di analizzare nel tempo il forte impatto traumatico che ha un evento sulla popolazione coinvolta, evidenziando l'imprescindibile legame tra trauma e disturbi del sonno. Gli autori mostrano, in diverso modo e su un diverso campione clinico (sopravvissuti all'attentato delle Torri Gemelle e di Oklahoma City, reduci di guerra, sopravvissuti a terremoti, ecc.), come sia estremamente alta l'incidenza degli incubi e la conseguente difficoltà, sia nell'addormentamento che nel mantenimento del sonno, nei sopravvissuti con diagnosi di Disturbo Post-traumatico da Stress. Tuttavia, un altro filone di ricerca (Mellman et al, 1995; David & Mellman, 1997; Mellman et al, 2001; Schreuder et al, 2000) si è invece dedicato non tanto all'indagine della frequenza degli incubi in seguito ad un evento traumatico, ma piuttosto alla natura del loro contenuto, ottenendo risultati molto interessanti. Gli incubi sembrano essere infatti non soltanto una replica esatta del

trauma (Schreuder et al, 2000) e dunque, una loro costante ripetizione, ma anche il riflesso delle intense emozioni ad esso associate, quali ad esempio impotenza, colpa e vergogna (Mellman et al, 2001; Esposito et al, 1999) rivissute all'interno di scenari onirici di vario tipo, suggerendo dunque una funzione più ampia degli incubi in questo quadro sintomatologico. A tale proposito, Joseph Weiss (1993) cita una interessante ricerca sui sogni dei prigionieri del Vietnam che mette in evidenza come il contenuto degli stessi vari a seconda del periodo in cui la persona si trovava, evidenziandone pertanto la forte funzione reattiva all'evento traumatico, ma soprattutto adattiva per il soggetto.

Le funzioni adattive dei sogni vengono infatti evidenziate nella ricerca di Bolson (1975) in cui i sogni di cinque soldati fatti prigionieri in Vietnam vengono analizzati nelle tre seguenti situazioni temporali:

1. La cattura: quando i soldati rischiavano di essere catturati, i loro sogni erano terrificanti e riguardavano la cattura stessa, assumendo pertanto una funzione adattiva di "avvertimento" ("se non stai attento, può accaderti questo") sensibilizzandoli alla possibilità di essere catturati. Questa tipologia di sogni era funzionale alla sopravvivenza dei soldati, in quanto ne impedivano inoltre un sonno troppo profondo e li rendevano di conseguenza meno "vulnerabili" a spiacevoli sorprese (Weiss, 1993).
2. La prigionia: durante la reclusione forzata i soldati erano preda di vessazioni di ogni sorta; paradossalmente però, i loro sogni ruotavano intorno a contenuti gratificanti, piacevoli e sereni che permettevano loro di continuare a sperare e, dunque, a "sopravvivere". Grazie a questi sogni i soldati riuscivano infatti a dormire più profondamente e, nelle ore di veglia, ripensando al loro contenuto, si consolavano, come a dirsi: "abbi speranza, potrai di nuovo provare piacere".

3. La liberazione: una volta fuori dal pericolo, i sogni mutarono. I soldati iniziarono a fare sogni traumatici in cui rivivevano non solo la terribile esperienza vissuta, ma anche quel terrore, paura e angoscia che l'aveva accompagnata allo scopo di poter padroneggiare tutto questo così come non avevano potuto fare nel momento della prigionia. Tali sogni, dunque, non si limitavano a ricordare le esperienze traumatiche al fine di padroneggiarle, ma rappresentavano essi stessi l'avvio alla realizzazione di questo piano ("ricorda e padroneggia le tue sofferenze").

### **Esempio clinico: il caso di Amir**

Amir nasce al Cairo, da una famiglia benestante: padre imprenditore e madre segretaria. Da sempre *"molto attento ad essere intelligente, come papà"* dedica molto del suo tempo allo studio e alla lettura di libri di vario tipo, togliendo tempo al gioco e alla socialità con gli altri bambini del quartiere. Per questo e per il suo aspetto (*"ero un bambino brutto e grasso"*) Amir viene ben presto preso di mira dai compagni e bullizzato quotidianamente nel corso sia delle scuole elementari che medie, diventando *"vittima per la prima volta"* e vivendo forti stati di esclusione a seguito di ripetute violenze. L'adolescenza di Amir si caratterizza per un mutamento radicale della sua condizione. Durante una delle sue letture, legge di un'assemblea e viene attratto dalla fotografia che accompagna l'annuncio: un gruppo di persone che regge in mano uno striscione *"anche se figli di madri diverse, siamo tutti fratelli di sangue"*; ben presto scoprirà essere il motto di un movimento al quale, dopo aver presenziato a questa riunione, decide di aderire. *"Non mi sono mai sentito così in tutta la mia vita: non ero più diverso, debole e fragile. Ero forte e intoccabile. Ogni membro del gruppo è protetto dal gruppo. Nessuno si permette di avvicinarsi, hanno tutti paura di te."*

Questo cambiamento interiore trova spazio anche all'esterno: Amir diviene magro e piacevole e, proprio in virtù di questo suo nuovo aspetto, gli viene assegnato all'interno del movimento, il soprannome di un famoso e piacente calciatore italiano (T.) che diviene per Amir il suo nome preferenziale. Il movimento di Amir acquista sempre più visibilità, si espande e raggiunge maggiore potere anche sul piano sociale. Sono centinaia le persone che chiedono di poterne far parte settimanalmente, tanto da dover dividere il movimento in piccoli gruppi gestiti da dei "capi" interni e Amir viene eletto uno di questi. A causa di tutto questo successo, il movimento viene però notato dallo Stato: ben presto i capi vengono avvicinati dai militari del regime che chiedono, in virtù di tutta questa risonanza sociale, di "politicizzare" il movimento, costringendolo a canti e striscioni direttamente forniti dal regime. Amir si ribella e rifiuta, inizierà così ad essere ricercato per "terrorismo e diffamazione dello stato".

Da qui, prendono avvio, i seguenti momenti:

*La cattura.* Nel periodo in cui temeva di poter essere catturato, Amir fa il seguente sogno: "Sto giocando a pallone in un cortile vicino casa. Sono tranquillo perché qui sono Amir, nessuno sa di me e del movimento, neanche i miei genitori. Sono il capitano della squadra e gioco molto bene, sono felice, è un bel momento e sembra tutto molto tranquillo. Ci divertiamo, ridiamo...e io e la mia squadra vinciamo la partita. Mentre stiamo festeggiando la vittoria, qualcuno fuori dal campo grida il mio soprannome, urla "Grande T!" mi giro e ci sono tantissimi tifosi che urlano il mio nome e chiedono di farsi una foto con me. Ho paura che qualcuno possa sentirli! Gli dico che si sbagliano, che io sono Amir, non sono T. Ma loro insistono e invadono il campo, hanno tutti la mia maglia azzurra con il nome di T. scritto in grande. Inizio a sudare freddo, mi guardo intorno, penso "Ok, mi hanno scoperto, ora mi vengono a prendere" e inizio a correre mentre i tifosi mi rincorrono, tolgono la maglietta: sono tutti militari, non ho più scampo!" Il sogno

raccontato da Amir sembra un vero e proprio avvertimento. In linea con quanto riscontrato da Bolson, l'incubo sembra infatti suggerire ad Amir di rimanere vigile, nascosto, evitare di esporsi così chiaramente anche rispetto al suo soprannome (T.) e, al contempo, sembra anche sensibilizzarlo rispetto alla possibilità di poter essere effettivamente riconosciuto (e dunque catturato) dalla facile associazione tra lui e T., a causa della forte somiglianza al calciatore.

*La prigionia.* Amir viene catturato nel primo pomeriggio, mentre si avvicina alla sua macchina per tornare a casa. Viene bloccato alle spalle, narcotizzato e portato via. Si sveglierà direttamente in quello che scoprirà essere il carcere per Prigionieri Politici di Tora, nudo e bendato e dove rimane così per un tempo che non è in grado di quantificare, durante il quale subisce torture corporali e psicologiche. Durante la prigionia Amir fa il seguente sogno ricorrente:

“Sono al mare. È quasi sera...sono sulla spiaggia e posso sentire il vento sulla mia pelle. Sento il rumore delle onde, la sabbia sui piedi. Vedo i miei amici in acqua ridere e tirarsi gli schizzi. A volte ci sono anche io con loro. Altre volte no. Ma è sempre così bello. Io sto bene al mare, sto sempre bene al mare.” La funzione adattiva di questo sogno emerge chiaramente. Esposto alle torture più atroci ad un pericolo senza fine, Amir non può che trovare rifugio nell'unico posto libero a disposizione e accessibile: la sua mente. Così, nel corso della veglia, mi racconta di come i movimenti di luce fioca intravisti attraverso la benda venissero trasformati nella sua mente nel flash di una macchinetta fotografica, seguito da immagini a scorrimento di sé al mare, con gli amici e, a volte, delle partite vinte. Momenti di gioia lontani, ma necessari per non sentire quel dolore e quel terrore di essere completamente nelle mani di un'altra persona “*a solo un centimetro dal tuo orecchio, tanto da sentirne ancora ora il respiro*”. Nella notte, le stesse immagini danno conforto, garantiscono un sonno profondo, necessario per affrontare il giorno seguente e cercare di sopravvivere

attraverso il vivo mantenimento della speranza: *“dovevo essere lucido, non potevo essere stanco o spaventato. La mia vita dipendeva anche da questo. Dovevo mentire, non cedere alle loro provocazioni e torture, dovevo negare di essere T. contro ogni possibile evidenza. Dovevo restare concentrato, non potevo sbagliare.”*.

*La liberazione.* Amir viene liberato una mattina. Viene tirato improvvisamente su dal pavimento e spinto su per le scale, mentre le sale inizia a pensare a cosa sta per accadere riferendo un'alternanza costante tra speranza (*“mi stanno liberando”*) e terrore (*“mi stanno per giustiziare”*). Dopo alcuni giorni, Amir mi riferisce di aver fatto questo sogno ricorrente (con qualche piccola variante): *“Sono a casa mia, al Cairo e sto leggendo seduto in cucina. Non c'è nessuno, o meglio...mamma e papà sono al piano superiore, da dove si vede arrivare una forte luce mentre io sono al piano terra e c'è più buio e pian piano sembra diveltarlo sempre di più, come se qualcosa di immenso coprisse i vetri delle finestre. All'improvviso sento un boato arrivare dalla stanza dove si trovano i miei genitori e io so che è la voce di un mostro, come se lo conoscessi già. Mi alzo di scatto ma non mi muovo, sono come incollato alla sedia, non riesco a muovermi. Ho il panico, urlo, e grido “io non ho paura! Arrivo e ti distruggo!” Appena dico così mi libero, corro e lo inseguo, lo vedo sempre e solo di spalle: è come un grande sasso con la coda di un coccodrillo. Ma mentre inizio a salire le scale accade qualcosa. Si alternano buio e luce, a intermittenza, e mentre questo accade, anche dentro di me qualcosa cambia. Quando è buio mi blocco, ho paura. Ma appena è luce divento un pazzo, scatto e salgo con foga. Mi avvicino sempre e solo alla coda, non riesco mai a prenderlo o a toccarlo. Ma lo inseguo e lo spavento, tanto che comunque, in ogni caso, alla fine va via.”* Sono piuttosto chiari, all'interno di questo incubo, i richiami all'esperienza traumatica vissuta da Amir: il piano inferiore e il buio della stanza in cui si trova lui rispetto ai genitori (era rinchiuso al piano inferiore del carcere), l'alternanza di buio e luce mentre sale le scale (alternanza tra la speranza di essere liberato vs il terrore di essere giustiziato), il mostro di cui non vede mai il viso ma

sente sempre e solo la voce o ne vede solo le spalle (non vedrà mai il suo aguzzino in volto, ma solo di spalle quando gli toglie la benda e lo vede rientrare), non potersi muovere o alzare dalla sedia mentre i genitori potevano essere in pericolo (tra le varie torture subite, era stato legato a una sedia per mani e piedi senza possibilità alcuna di movimento, anche minimo, ascoltando altri prigionieri morire). Risulta però piuttosto evidente anche il piano del paziente: prendere il mostro, padroneggiare il trauma, difendere la sua casa e i suoi affetti dalla sua presenza, allontanarlo, in definitiva, dalla sua vita, non essere impotente, affrontarlo. Emergono, tuttavia, le difficoltà: *“non riesco a prenderlo mai”*, suggerendo un bisogno di aiuto rispetto al raggiungimento del suo scopo.

*La terapia.* Amir inizia la terapia con me a dicembre 2020, su invio dello psichiatra dell'Istituto Nazionale Migrazione e Povertà INMP di Roma, che lo ha in carico farmacologicamente e che gli diagnostica un Disturbo Post-traumatico da Stress con depressione reattiva. Motivo che spinge Amir in terapia è una discussione, avvenuta qualche giorno prima, presso un ristorante del centro di Roma dove, dopo aver lavorato 10 ore come lavapiatti chiede il suo compenso dopo la chiusura e il proprietario gli consegna 5 euro. La reazione non tarda ad arrivare: Amir aggredisce l'uomo e ribalta con forza i tavoli del locale, rompendo piatti e bicchieri e distruggendo tutto ciò che gli è a portata di mano, riavvicinandosi al proprietario con queste parole, prima di lasciare il locale: *“visto? Io non sono il tuo schiavo”*. Saranno diverse le volte in terapia in cui Amir cercherà di *“riproporre”* tale dinamica, a ruoli invertiti. Nel corso dei primi colloqui si mostra infatti passivo e servile, più volte mi invita a decidere in totale autonomia giorni e orari degli appuntamenti, di comunicarglielo anche all'ultimo momento perché tanto *“tu sei la dottoressa e io il paziente”* o *“puoi decidere per me”* sottoponendomi, difatti, a test di transfert per compiacenza rispetto alla credenza di essere *“inferiore”* e *“impotente”* nella dinamica relazionale con l'intima speranza, in fondo, che io non abusi di lui (come fatto dal torturatore, ma prima ancora dalla figura paterna e, ancora, dai suoi compagni che lo

hanno bullizzato) e gli mostri, invece, attraverso la validazione del suo diritto decisionale rispetto all'organizzazione della terapia, dei suoi impegni e dei suoi orari, che è un essere umano degno di valore e autodeterminazione tanto quanto me, riportando la relazione su un piano collaborativo e non basato sul rango. Oltre alle atroci torture corporali, gran parte delle torture subite da Amir rientrano infatti nella categoria di "deumanizzazione", in cui la vittima viene ripetutamente umiliata (assumendo posizioni animali, incitata a resistere a bisogni innati, ecc.) e lasciata con un profondo senso di disvalore *"non ero neanche un cane. Ero solo un ammasso di ossa e di carne"*. Nel corso della terapia e dei suoi processi, alcuni sogni appaiono inoltre clinicamente interessanti. Il primo, mi viene raccontato dopo la fase iniziale del trattamento, centrata sulla psicoeducazione e la stabilizzazione dei sintomi attraverso l'apprendimento di abilità per l'identificazione e la gestione di quelle emozioni, sensazioni e pensieri oggetti di evitamento. *"Sono sempre a casa mia, al Cairo. Sempre nella cucina, a leggere la saga dei miei libri preferiti di quando ero piccolo. Mamma è davanti a me e sta piegando i panni, papà non c'è ma so che è di sopra, nel suo studio. Sembra tutto tranquillo ma io sento che qualcosa non va. All'improvviso, infatti, si sente sbattere qualcosa sulla finestra di fronte alla mia sedia. Alzo la testa e non vedo niente. Torno a leggere. Ma ancora, sento lo stesso rumore e la rialzo. Di sfuggita vedo un'ala, nera, come quella di un pipistrello fuori dalla finestra. Mi sento strano, cambio sedia e mi rimetto a leggere. Ma di fronte a me compare una nuova finestra e ancora sento sbattere anche su quella. Alzo la testa e stavolta vedo un orecchio, nero, anche questo come quello di un pipistrello, ma è più grande. Cambio stanza. Mi metto di spalle all'unica finestra che c'è. Ma ancora sento un colpo più forte. Non voglio girarmi, allora cambio stanza. Ma più stanze cambio, più finestre iniziano a crearsi. Mi alzo continuamente, sono stanco, non ne posso più di cambiare sedia o stanza, voglio solo leggere il mio libro. Lancio la sedia su una di queste finestre e inizio ad urlare: "invece di seguirmi perché non entri e ti fai vedere? Io sono pronto!"* In questo



sogno, Amir sembra voler comunicare qualcosa: gli evitamenti messi in atto sin ora in relazione a quanto subito, hanno dei costi. Gli impediscono di dedicarsi a ciò che vorrebbe (leggere il libro) e più in generale a cose per lui piacevoli ed importanti (libro *preferito*) e gli fanno adottare strategie ancor più faticose (*“sono stanco non ne posso più di cambiare sedie o stanza”*). Inoltre, sembra aver acquistato consapevolezza circa l’inutilità di tale strategia (*“più stanze cambio, più finestre iniziano a crearsi”*). Alla luce di questo, Amir sembra dunque voler affrontare i ricordi del trauma, sembra essere pronto a guardarlo in faccia per poterlo elaborare (*“invece di seguirmi perché non entri e ti fai vedere? Io sono pronto”*) e, nel raccontarmi questo sogno, prova a comunicarlo alla terapeuta. Passiamo infatti alla fase 2 del trattamento: l’elaborazione. Il secondo sogno rivelatosi di grande utilità clinica, mi viene raccontato dopo aver sottolineato *“forse non dovrei dirtelo, mi sento così stupido ad aver fatto un sogno del genere ma voglio tanto dirtelo perché ho paura”* e viene fatto da Amir il giorno in cui gli propongo il ricorso all’Imagery Rescripting nella seduta successiva e avergli spiegato la procedura. *“Sono al Cairo, nella casa in cui papà mi ha dimenticato da bambino mentre cercavo i miei giochi. Sono tornato a prendere i miei giochi e sto cercando i miei preferiti nello scatolone. Nel sogno ci sei anche tu. Io sono molto agitato, ma tu mi dici che posso fare con calma, che mi aspetti nell’altra stanza così quando ho fatto andiamo via. Provo un grande fastidio. Dico che te ne devi andare via, ti urlo con tutta la voce che ho che devi uscire immediatamente da casa mia. Ma tu non te ne vai. Inizio a rompere tutto quello che c’è negli scatoloni, lo tiro fuori, lo lancio, non ti colpisco mai però. Però tu hai paura, dici che ti sposti nell’altra stanza e che mi aspetti, ma io so che stai mentendo. E infatti sento la porta principale chiudersi, mi affaccio e sono solo, sei andata via. Mi siedo su una sedia, nella mia vecchia cameretta. Ora è tutto buio. Entra mio zio, uno zio che non sento da anni e che forse è anche morto. Resta sulla porta e mi dice che non devo piangere, che me lo merito perché sono una persona orribile. E che anche lui andrà presto via perché non so comportarmi con le persone, sono tutto strano, sono un pazzo. Mi viene*

tipo un superpotere, riesco con un gesto della mano a scaraventarlo via, fuori e a chiudere a chiave la porta con il pensiero. Resto chiuso qui, da solo. Mi sento così in colpa.” Appare chiara la paura di cui parlava Amir prima della condivisione di questo sogno. La paura che lo ha spinto a raccontarlo: quella che, se non mi avesse mostrato la grande sofferenza provata davanti a questo rifiuto, si potesse in qualche modo realizzare, soprattutto in fase di rescripting durante la seduta successiva. Questo sogno sembra infatti essere un avvertimento, tanto per la terapeuta quanto per il paziente. Per la prima, sembra fungere da *coaching* per farle capire cosa fare, o meglio cosa non fare, durante il rescripting e, più in generale, in casi come questi. Per il secondo, sembra invece mostrare come l’aderenza alle sue credenze patogene (relative all’odio di sé) interferisca con il raggiungimento dei suoi obiettivi sani (amore, accettazione, inclusione). A livello generale, il sogno appare infatti una chiara compiacenza rispetto al senso di colpa da odio di sé, sviluppato attraverso le relazioni interpersonali precoci di Amir, in particolare con la figura paterna, una figura estremamente critica, svalutante e affettivamente assente e, successivamente con i suoi compagni di classe bullizzanti e, infine, da adulto, con il suo torturatore. Chi ha questo tipo di senso di colpa è infatti caratterizzato da un profondo disprezzo nei propri confronti e dalla convinzione di non meritare l’amore e il rispetto degli altri, di non avere il diritto a essere felice e soddisfatto di sé, di meritare il rifiuto, l’accusa e la noncuranza (Gazzillo, 2016). È la colpa che si prova per essere come si è, intrinsecamente sbagliati, e il finale di questo incubo lo descrive perfettamente. Estremamente interessante appare in quest’ottica “il superpotere” di Amir, qualcosa di “speciale” e intrinseco ma di negativo e dannoso: il superpotere di allontanare tutti, che sembra essere un chiaro riferimento alla sua “intrinseca difettosità”. Quello che in realtà Amir vorrebbe è invece perdere questo potere, disconfermare questa credenza; vorrebbe che qualcuno restasse e che la terapeuta non facesse come il papà di quel ricordo e questo sembra evincersi anche dal fatto che, in

fondo, nel lanciare tutto contro la terapeuta per mandarla via, in realtà, come tiene a sottolineare, non la colpisce mai davvero.

## Conclusioni

Alla luce di quanto descritto, i sogni sembrano rappresentare un'opportunità clinica interessante, in particolare con pazienti post-traumatici che fanno sistematicamente ricorso al piano onirico, tanto da rappresentare un sintomo estremamente rilevante per la diagnosi del PTSD. Tuttavia, nell'ottica della Control Mastery Theory, gli incubi dei pazienti con PTSD non solo favoriscono l'elaborazione dell'esperienza traumatica, ma ne diventano un potente accesso e permettono al paziente di padroneggiarla, acquisire maggiore consapevolezza su di sé, sui propri problemi ma anche sulle sue risorse. Attraverso l'analisi dei sogni il clinico può dunque ottenere e restituire al paziente preziose informazioni che guidano entrambi verso un percorso di cura efficace e condiviso, diventando "linee di condotta" che aprono la strada verso nuovi insight e nuove opportunità di disconferma diretta delle credenze patogene.

## Bibliografia

Aurora, R. N., Zak, R. S., Maganti, R. K., Auerbach, S. H., Casey, K. R., ... & Morgenthaler, T. I. (2010). Best practice guide for the treatment of REM sleep behavior disorder (RBD). *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 6(1), 85-95.

David, D., & Mellman, T. A. (1997). Dreams following Hurricane Andrew. *Dreaming*, 7(3), 209.

Esposito, K., Benitez, A., Barza, L., & Mellman, T. (1999). Evaluation of dream content in combat-related PTSD. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 12(4), 681-687.

Forbes, D., Phelps, A., & McHugh, T. (2001). Treatment of combat-related nightmares using imagery rehearsal: A pilot study. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 14(2), 433-442.

Gazzillo, F. (2016). Fidarsi dei pazienti: introduzione alla Control Mastery Theory. *Raffaello Cortina Editore*.

Goldstein, G., Van Kammen, W., Shelly, C., Miller, D. J., & Van Kammen, D. P. (1987). Survivors of imprisonment in the Pacific theater during World War II. *The American journal of psychiatry*.

Harvey, A. G., Jones, C., & Schmidt, D. A. (2003). Sleep and posttraumatic stress disorder: a review. *Clinical Psychology Review*, 23(3), 377-407.

Kato, H., Asukai, N., Miyake, Y., Minakawa, K., & Nishiyama, A. (1996). Post-traumatic symptoms among younger and elderly evacuees in the early stages following the 1995 Hanshin-Awaji earthquake in Japan. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93(6), 477-481.

Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., Freedy, J. R., Pelcovitz, D., Resick, P., Roth, S., & van der Kolk, B. (1998). The posttraumatic stress disorder field trial: Evaluation of the PTSD construct: Criteria A through E. *DSM-IV sourcebook*, 4, 803-844.

Kuch, K., Cox, B. J., Evans, R., & Shulman, I. (1994). Phobias, panic, and pain in 55 survivors of road vehicle accidents. *Journal of Anxiety Disorders*, 8(2), 181-187.

Mellman, T. A., David, D., Bustamante, V., Torres, J., & Fins, A. (2001). *Dreams in the acute aftermath of trauma and their relationship to PTSD*. *Journal of Traumatic Stress*, 14(1), 241-247.

Mellman, T. A., Kumar, A., Kulick-Bell, R., Kumar, M., & Nolan, B. (1995). Nocturnal/daytime urine noradrenergic measures and sleep in combat-related PTSD. *Biological psychiatry*, 38(3), 174-179.

Neylan, T. C., Marmar, C. R., Metzler, T. J., Weiss, D. S., Zatzick, D. F., Delucchi, K. L., ... & Schoenfeld, F. B. (1998). Sleep disturbances in the Vietnam generation: findings from a nationally representative sample of male Vietnam veterans. *American Journal of Psychiatry*, 155(7), 929-933.

Schreuder, B. J., Kleijn, W. C., & Rooijmans, H. G. (2000). Nocturnal re-experiencing more than forty years after war trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 13(3), 453-463.

Weiss, J. (1993). *Come funziona la psicoterapia*. Trad. it. Bollati Boringhieri, Torino 1999.