

Solid ground nel lavoro clinico sulla dissociazione in psicoterapia

Executive summary

Il concetto di **“solid ground”** nel lavoro clinico con la dissociazione indica, in senso ampio, la costruzione di una **base stabile di sicurezza, orientamento al presente e autoregolazione** che consenta di ridurre episodi dissociativi e di prevenire destabilizzazioni durante il trattamento del trauma. In senso più specifico, **“Solid Ground”** rimanda al programma manualizzato **Finding Solid Ground (FSG)**, nato come evoluzione degli studi TOP DD e oggi supportato da uno studio randomizzato che ne documenta l'utilità come intervento aggiuntivo alla psicoterapia individuale. ¹

Sul piano terminologico, **“grounding”** (radicamento/orientamento) è tipicamente un insieme di micro-interventi **“qui-e-ora”** (sensoriali, cognitivi, relazionali) per contrastare derealizzazione/depersonalizzazione e **“perdita del presente”**; **“stabilization”** (stabilizzazione) è un contenitore più ampio che include sicurezza, gestione dei sintomi, abilità di regolazione, piano di crisi e lavoro sulle parti/stati; **“containment”** (contenimento) è l'insieme di strategie (spesso immaginative) per **limitare** l'invasività di materiale traumatico tra le sedute o durante la seduta, senza negarlo né **“evitarlo per sempre”**. Le linee guida internazionali sul trattamento del DID collocano grounding, contenimento e abilità di gestione dei sintomi nella **fase iniziale** di un trattamento a fasi, centrato prima su sicurezza e stabilizzazione e solo successivamente su elaborazione delle memorie. ²

I meccanismi proposti convergono su: (a) **riallineamento attentivo** al presente e riduzione del **“distacco”** (detachment); (b) **modulazione dell'arousal** (iper/ipoattivazione) e riduzione di oscillazioni che precipitano dissociazione; (c) incremento di abilità di **regolazione emotiva, autocompassione** e funzionamento adattivo; (d) nei modelli a **“parti”**, aumento di **cooperazione interna** e riduzione di trigger che attivano stati dissociativi. ³

Sull'evidenza: lo studio randomizzato su FSG (campione internazionale, n=291) riporta miglioramenti a 6 mesi e grandi dimensioni dell'effetto a 12 mesi per regolazione emotiva, sintomi PTSD, autocompassione e capacità adattive; inoltre, non sono stati esclusi partecipanti per suicidarietà/NSSI, ricoveri recenti o abuso di sostanze (dato clinicamente rilevante ma metodologicamente complesso).

⁴ Un precedente programma online (TOP DD Network; n=111) è associato a riduzioni di dissociazione e PTSD e a miglioramenti di regolazione emotiva e capacità adattive, con riduzione dell'NSSI, pur in assenza di randomizzazione. ⁵ Un RCT su gruppo di stabilizzazione (20 sedute) basato su un manuale di skills per dissociazione mostra miglioramenti soprattutto al follow-up ma non superiorità immediata rispetto al controllo, evidenziando l'importanza di aspettative realistiche e di follow-up. ⁶ Una revisione sistematica recente sulla psicoterapia a fasi nei disturbi dissociativi (19 studi) descrive un'evidenza emergente ma sottolinea bisogno di trial più robusti. ⁷

Rischi principali: (a) grounding **“mal dosato”** può aumentare distress o trigger corporei; (b) uso improprio del contenimento può trasformarsi in evitamento cronico; (c) in dissociazione complessa, introdurre tecniche senza consenso/cooperazione delle parti può generare reazioni avverse; (d) in gruppo, rischio di contagio emotivo/destabilizzazione. ⁸

Per formazione e supervisione: la letteratura sottolinea un gap di training clinico sulla dissociazione; programmi come TOP DD/FSG sono esplicitamente nati anche per colmare questa lacuna con materiali strutturati e replicabili, ma richiedono comunque competenze cliniche sul rischio e sul trattamento a fasi. ⁹

Definizioni teoriche e storiche del concetto

Origini: trattamento a fasi e priorità della sicurezza

Il nucleo storico del “solid ground” coincide con l’idea che la cura del trauma non proceda efficacemente se non esiste una **soglia minima di sicurezza** e una capacità sufficiente di **stare nel presente** senza essere travolti da intrusioni o “constriction” (collasso/ottundimento). Un riferimento influente nella formalizzazione clinica moderna del trattamento a fasi descrive tre compiti: **stabilire sicurezza**, elaborare/ricostruire la memoria traumatica e **riconnesione** con la vita ordinaria; inoltre sottolinea che forme di terapia utili in una fase possono essere inutili o persino dannose in un’altra. ¹⁰

In parallelo, le linee guida sul trattamento del DID (modello trifasico) descrivono una prima fase centrata su **alleanza terapeutica, psicoeducazione, sicurezza personale, controllo dei sintomi, modulazione dell’affetto e incremento del funzionamento**, includendo strategie di gestione dei sintomi come **grounding, piano di crisi e altre tecniche**. ¹¹ Lo stesso documento esplicita che, se compare destabilizzazione durante il lavoro sulle memorie, può essere necessario tornare a temi di fase 1 come **sicurezza, stabilizzazione, comunicazione interna e contenimento**. ¹²

Differenze terminologiche: grounding, solid ground, containment, stabilization

Grounding: nel lessico clinico contemporaneo è un insieme di strategie per **riportare l’attenzione al “qui e ora”** quando il paziente scivola nel passato traumatico o in stati di distacco, riducendo derealizzazione/depersonalizzazione e disorganizzazione attentiva. Nelle linee guida DID viene citato come strategia di gestione sintomatica già in fase 1, integrata con piano di crisi e altre misure. ¹³

Stabilization: è un concetto più ampio che include grounding ma anche **sicurezza esterna**, competenze di regolazione emotiva e comportamentale, gestione del rischio, e (nei modelli a “parti”) cooperazione interna e riduzione di comportamenti pericolosi. Le linee guida pediatriche europee (traduzione italiana) sottolineano che la stabilizzazione può essere “indispensabile” per consentire l’elaborazione del trauma nei bambini dissociativi e che va organizzata in modo coerente con sviluppo e contesto di attaccamento; inoltre la durata può differire molto per età (non specificato un tempo unico). ¹⁴

Containment: indica procedure per **limitare** l’invasività di memorie, impulsi e affetti traumatici affinché restino “gestibili” fino a un momento/setting più sicuro. Nei testi clinici sulla dissociazione l’uso del termine si colloca soprattutto come strumento di fase 1 (e da riprendere se necessario), connesso anche a tecniche immaginative e al “safe place” interno. ¹⁵

Solid ground: come espressione clinica generale può essere intesa come l’esito desiderato di grounding+stabilizzazione (paziente “nel presente” e non in “troppo” o “troppo poco”). Come riferimento specifico, indica il programma FSG: una cornice di stabilizzazione che parte dal grounding come primo step, poi lavora su **separazione passato/presente**, regolazione emotiva e soddisfacimento sicuro dei bisogni. ¹⁶

Autori chiave e snodi concettuali

Sul versante della psicotraumatologia contemporanea, due snodi sono particolarmente influenti per “solid ground”:

- La concettualizzazione del recupero dal trauma come processo in fasi e con priorità assoluta della sicurezza. ¹⁰
- La concettualizzazione della dissociazione complessa come condizione che richiede spesso interventi **graduali e a fasi**, con abilità prima di un lavoro intensivo sulle memorie. ¹⁷

In termini di autori e programmi contemporanei, il programma FSG è presentato come co-sviluppato da Bethany L. Brand ¹⁸, Ruth A. Lanius ¹⁹ e Hugo J. Schielke ²⁰, e viene descritto come intervento strutturato nato dall'evoluzione di programmi precedenti (TOP DD). ²¹

Sul versante della psicologia clinica della dissociazione, un contributo di chiarezza terminologica con ricadute dirette sulla scelta delle tecniche è la distinzione fra “detachment” e “compartmentalization” proposta da Emily A. Holmes ²² e colleghi. ²³ Tale distinzione, pur non essendo una tassonomia terapeutica in sé, aiuta a capire perché alcune tecniche (grounding sensoriale/orientamento) mirino più al detachment, mentre altre (lavoro sulle parti, accordi interni, gestione di amnesie/switch) parlino più alla compartmentalization. ²⁴

Infine, nel panorama italiano, Benedetto Farina ²⁵ riassume indicazioni di buona pratica clinica coerenti con la logica “solid ground”: monitoraggio costante dell'attivazione, uso di grounding per stati di distacco, rimodulazione di grounding e imagery nei quadri con forti fluttuazioni degli stati dell'io, e centralità di un trattamento a fasi. ²⁶

Meccanismi psicologici proposti

Dal “distacco” alla “compartimentazione”: bersagli diversi, tecniche diverse

Il modello “detachment vs compartmentalization” propone che “dissociazione” non sia un fenomeno unitario:

- il **detachment** è un'alterazione dello stato di coscienza con senso di separazione da sé o dal mondo;
- la **compartmentalization** riguarda una separazione rigida di funzioni (memoria, identità, controllo) più vicina ai quadri dissociativi complessi. ²³

Questa distinzione è clinicamente utile perché suggerisce che “solid ground” non sia una singola manovra, ma un insieme di interventi che colpiscono bersagli differenti: riduzione di distacco (ancoraggi sensoriali e orientamento), e incremento di integrazione/cooperazione (lavoro sui diversi stati/parti, accordi di sicurezza, comunicazione interna). ²⁷

Dissociazione come fallimento integrativo e logica “a fasi”

Un articolo open access sul trattamento di fase 1 nei disturbi dissociativi complessi descrive la dissociazione come **divisione della personalità** basata su un fallimento integrativo, mantenuto da “fobie interne” (fobia delle memorie traumatiche, fobia delle parti, ecc.). In questo quadro, l'acquisizione di abilità di stabilizzazione è condizione pratica per avvicinarsi in modo sostenibile alle memorie. ²⁸ Lo stesso lavoro avverte che l'introduzione di tecniche immaginative richiede attenzione a **timing** e **persuasione**: forzare procedure senza “accordo” interno può produrre reazioni avverse. ²⁸

“Stare nel presente” come competenza: attenzione, arousal, memoria

La logica di fondo del “solid ground” può essere ricondotta a tre processi psicologici (in parte sovrapposti):

Controllo attentivo e orientamento: grounding e discriminazione passato/presente spostano l’attenzione da stimoli interni intrusivi o da uno stato di “assenza” verso segnali percettivi e cognitivi neutralizzanti (tempo, luogo, corpo, compito). Nei programmi FSG questa priorità è esplicitata: grounding è indicato come primo passo necessario prima di proseguire con gli altri moduli. ¹⁶

Modulazione dell’arousal: la letteratura clinica (anche italiana) sottolinea che stati di iperattivazione possono innescare dissociazione e dunque richiedono monitoraggio e skills specifiche. ²⁹ Nelle pratiche di stabilizzazione, “solid ground” include quindi non solo orientamento, ma anche scelte tecniche coerenti con ipo/iperattivazione (non specificato un singolo protocollo universale). ³⁰

Integrazione della memoria e “pacing”: nel modello a fasi, il lavoro sulle memorie richiede titolazione. Le fonti sottolineano il rischio di rievocazione “troppo intensa” (reliving) e la necessità di tornare a stabilizzazione/contenimento se la terapia destabilizza. ³¹

Tecniche pratiche e protocolli clinici dettagliati

Questa sezione integra tre livelli: (a) **micro-tecniche** di grounding/containment; (b) **micro-protocolli in seduta** (individuale/gruppo) quando emerge dissociazione; (c) **programmi strutturati** (FSG; interventi gruppo di stabilizzazione).

Libreria di tecniche e indicazioni

Tecnica	Descrizione operativa	Indicazioni cliniche principali	Durata tipica	Evidenza su dissociazione
Orientamento spazio-temporale	Riaffermare “dove/ quando/chi” e segnali contestuali (stanza, data, elementi neutri)	Episodi di distacco; confusione passato/presente	Breve (secondi–minuti)	Inclusa in modelli di fase 1; evidenza diretta isolata: non specificato ³²
Grounding sensoriale “5 sensi”	Portare attenzione a stimoli attuali (vista/udito/tatto/olfatto/gusto) con compito guidato	Detachment; derealizzazione; “assenza”	Breve	Centrale nei programmi di stabilizzazione; componente in FSG/ TOP DD, ma efficacia della singola tecnica non isolata ³³

Tecnica	Descrizione operativa	Indicazioni cliniche principali	Durata tipica	Evidenza su dissociazione
Oggetto-ancora ("anchor object")	Oggetto fisico neutro/gradito (texture/temperatura) da manipolare durante attivazione	Dissociazione con disorganizzazione attentiva; utile anche in teleterapia	Breve-media	Evidenza specifica: non specificato; coerente con approcci di fase 1 ³⁴
Grounding propriocettivo (piedi/pressione)	Portare attenzione a contatto col suolo, pressione dei piedi, postura; micro-movimenti intenzionali	Distacco; "floating"; ipoattivazione lieve	Breve	Evidenza specifica: non specificato; raccomandazioni cliniche su monitoraggio arousal e grounding ³⁵
Respiro lento e ritmico (come skill di regolazione)	Respirazione guidata per modulare attivazione (evitando iperventilazione)	Iperattivazione con rischio di "switch" o collasso; distress acuto	Breve-media	Evidenza indiretta (regolazione); in FSG bersaglio è regolazione emotiva come outcome ³⁶
Co-regolazione relazionale	Voce ritmica del terapeuta, contatto visivo non intrusivo (se appropriato), ancoraggio a relazione/setting	Dissociazione con perdita di connessione; bambini/adolescenti	Breve-media	Centrale nei modelli di sicurezza/ attaccamento; indicazioni pediatriche su sicurezza e caregiver ³⁷
"Safe/calm place" immaginativo	Costruzione graduale di luogo interno sicuro (reale o immaginato) come base di stabilizzazione	Distress alto; utile tra sedute; soprattutto se paziente risponde bene a imagery	Media	Indicata come tecnica di fase 1; empirica specifica per imagery: dichiarata carente ³⁸
Containment immaginativo	"Mettere da parte" immagini/ memorie/impulsi in contenitore sicuro fino a seduta successiva	Intrusioni che minacciano stabilità; prevenzione acting out	Breve-media	Citato come tema di ritorno a fase 1 in caso di destabilizzazione; evidenza isolata: non specificato ¹⁵

Tecnica	Descrizione operativa	Indicazioni cliniche principali	Durata tipica	Evidenza su dissociazione
Discriminazione passato/presente	Identificare segnali che appartengono al presente vs trigger che richiamano il passato; "aggiornare" il corpo	Flashback, "trauma time", confusione identitaria legata a trigger	Media	Skill esplicitamente insegnata in FSG (secondo "crucial skill") ³⁹
Check-in con stati/parti	Breve consultazione interna: "chi è attivo?", "cosa teme?", "cosa serve per sicurezza?"	Dissociazione complessa; conflitto interno; NSSI/impulsività	Media	Coerente con approccio di fase 1 e con raccomandazioni su parti; cautela su timing/persuasione ⁴⁰

Fonti principali della tabella: linee guida DID (fase 1 e ritorno a fase 1), letteratura su imagery in fase 1, descrizione del programma FSG e studi TOP DD/FSG. ⁴¹

Micro-protocollo in terapia individuale quando emerge dissociazione

Il seguente protocollo è una **sintesi clinica** coerente con raccomandazioni di fase 1 e con il rationale dei programmi di stabilizzazione; la sua efficacia come "protocollo unitario" non è specificata in trial isolati (non specificato). ⁴²

Passi operativi (sessione individuale)

1) Riconoscimento rapido e nominazione condivisa

Il terapeuta segnala con linguaggio semplice ciò che osserva (sguardo fisso, rallentamento, confusione, voce "lontana", cambi improvvisi) e propone una pausa orientata alla stabilizzazione (non specificato un set di marker universale). ³⁵

2) Check sicurezza e rischio immediato

Se emergono segnali di rischio (urgenze autolesive, disorganizzazione grave, abuso in corso), la priorità diventa la sicurezza e può essere necessario un livello di cura più protetto; la fase 1 nelle linee guida DID enfatizza esattamente questa precedenza della sicurezza. ⁴³

3) Scelta guidata di grounding "compatibile con arousal"

- Se prevale **iperattivazione**: orientamento + ancoraggi sensoriali brevi + regolazione (ritmo vocale, respiro guidato) evitando di intensificare imagery/ricordi. ⁴⁴

- Se prevale **ipoattivazione/collasso**: grounding più "attivante" (movimento lieve, postura, stimoli tattili/temperatura) e co-regolazione. (non specificato un algoritmo standard). ⁴⁵

4) Discriminazione passato/presente

Quando la persona è "abbastanza presente", si lavora esplicitamente sulla distinzione: "questo è un ricordo/una risposta appresa" vs "questo è il presente". Questa è una skill centrale del programma FSG.

³⁹

5) Se necessario: containment

Se materiale intrusivo continua a premere, si usa contenimento per “parcheggiare” l’esperienza e ridurre flooding. Le linee guida DID indicano il contenimento come tema a cui tornare in caso di destabilizzazione. ¹⁵

6) Debrief e consolidamento

Breve ricapitolazione: cosa ha funzionato, cosa no, e quale “piano minimo” usare tra sedute (non specificato un formato unico). In termini di trattamento a fasi, ciò sostiene il mantenimento della sicurezza e del frame. ⁴⁴

Protocollo di gruppo: struttura “stabilizzante” ad alta protezione

Lo studio randomizzato su trattamento di gruppo per disturbi dissociativi complessi descrive un programma **time-limited, altamente strutturato e focalizzato su skills** come add-on alla terapia individuale (20 sedute). I dettagli minuto-per-minuto del setting di ciascuna seduta non sono completamente specificati nelle sezioni consultate (non specificato). ⁶

Sequenza consigliata (macro-struttura) - Check-in centrato su sicurezza e stato (breve, con regole anti-dettaglio del trauma) per prevenire attivazioni incontrollate. Rationale: fase 1 e prevenzione destabilizzazione. ⁴⁶

- **Psychoeducation + skill del giorno** (es. grounding, gestione trigger, regolazione) con pratica guidata. Rationale: programmi TOP DD/FSG e manuali di skills. ⁴⁷

- **Esercizi tra sedute (home practice):** nel TOP DD e nel FSG l’uso di esercizi scritti e pratici è parte strutturale del programma. ⁴⁸

- **Chiusura con grounding** per favorire uscita dal gruppo “nel presente” (non specificato un rituale unico). ⁴⁹

Tabella comparativa dei protocolli

Protocollo / format	Passi (sintesi)	Setting	Materiali	Evidenza
TOP DD Network (programma online)	Video + esercizi scritti/pratici; focus su capacità adattive, regolazione emotiva, sicurezza	Adjunct alla terapia individuale	Materiali web (video + esercizi)	Studio multicentrico con miglioramenti (dissociazione/PTSD/regolazione/NSSI), non RCT ⁵⁰
Finding Solid Ground (FSG) adjunct	Skill in sequenza: grounding → passato/presente → regolazione emozioni → bisogni sani e sicuri	Individuale o gruppo (adjunct)	Workbook + (in trial) programma online	RCT con miglioramenti a 6 e 12 mesi; n=291 ⁵¹
Gruppo stabilizzante basato su manuale di skills	20 sedute skills-focused + terapia individuale parallela	Gruppo + individuale	Manuale skills (non specificato qui il dettaglio di ogni seduta)	RCT: non superiorità immediata; miglioramenti al follow-up ⁶

Protocollo / format	Passi (sintesi)	Setting	Materiali	Evidenza
Protocollo clinico "micro" per episodio dissociativo	Riconosci → sicurezza → grounding arousal-fit → passato/ presente → contenimento → debrief	Individuale	Oggetti-ancora; scheda segnali; piano di crisi	Protocollo sintetico (non manualizzato); evidenza diretta: non specificato; coerente con linee guida fase 1 ⁵²

Adattamenti per popolazioni specifiche

Principio trasversale: "stabilizzazione sufficiente", non "stabilizzazione perfetta"

Le fonti convergono sul fatto che la durata e l'intensità della fase di stabilizzazione sono altamente variabili e dipendono da gravità, contesto attuale, risorse e livello di rischio. Nelle fonti pediatriche europee (traduzione italiana) si afferma esplicitamente che l'età è un forte determinante e che la stabilizzazione negli adolescenti può durare più a lungo rispetto ai bambini più piccoli (non specificato un tempo standard unico). ¹⁴ Anche nelle linee guida DID si segnala che alcuni pazienti possono rimanere a lungo in fase 1, talvolta per l'intero corso del trattamento, se la loro capacità di tollerare lavoro intensivo sulle memorie è limitata. ⁵³

Tabella comparativa: adattamenti clinici

Popolazione	Adattamenti chiave di "solid ground"	Focus prioritari	Criticità / rischi	Evidenza
Trauma complesso / dissociazione trauma-correlata	Sequenze lente, skill ripetute, attenzione a "troppo/ troppo poco"	Sicurezza + regolazione + funzionamento adattivo	Rischio di overload; serve pacing	FSG RCT in campione con dissociazione trauma-correlata ³⁶
PTSD (incl. abuso infantile)	Valutare se fase skills prima di EMDR/exposure è necessaria caso-per-caso	Riduzione sintomi + tolleranza emotiva	Evidenza mista su superiorità del phased vs immediato	RCT confronto fase-based vs EMDR immediato (PTSD da abuso infantile) ⁵⁴
Dissociazione strutturale / "parti" prominenti	Verificare consenso interno, accordi di sicurezza, comunicazione tra stati	Cooperazione interna + riduzione fobie interne	Tecniche imposte possono generare reazioni avverse	Raccomandazioni su timing/ persuasione e coinvolgimento parti ⁵⁵

Popolazione	Adattamenti chiave di "solid ground"	Focus prioritari	Criticità / rischi	Evidenza
Bambini	Stabilizzazione organizzata per sviluppo; coinvolgere caregiver; grounding può ridurre stress già in assessment	Sicurezza fisica/emotiva + attaccamento + autoregolazione	"Abuso in corso" e instabilità ambientale rendono rischioso procedere	Linee guida pediatriche europee (IT): grounding e stabilizzazione; sicurezza come prerequisito ⁵⁶
Adolescenti	Più tempo su motivazione, regolazione, gestione impulsività e appartenenza al gruppo	Autoregolazione + confini + prevenzione NSSI	Elevato rischio di acting out; necessaria struttura	Indicazioni su durata più lunga in adolescenza; focus su regolazione e sicurezza ⁵⁷
Disabilità cognitive (IDD)	Linguaggio concreto, supporti visivi, ripetizione, sessioni più brevi, coinvolgimento caregiver/supporti	Comprensione + skills semplici + safety	Rischio di sovrastima insight; necessaria adattabilità	Adattamenti descritti per TF-CBT in IDD; adattamenti CBT per ID ⁵⁸
Neurodivergenze (es. autismo)	Distinguere shutdown/ overload da dissociazione; grounding sensoriale "non invasivo" e ambiente prevedibile	Riduzione overload + orientamento + sicurezza	Diagnostic overshadowing e mismatch sensoriale	Discussione su co-occorrenza e rischio di overshadowing ⁵⁹

Evidenza empirica: studi, trial, revisioni e limiti metodologici

Programmi "solid ground" e stabilizzazione: risultati principali

RCT su Finding Solid Ground (FSG) come adjunct alla psicoterapia

Lo studio randomizzato (2025) valuta un programma online basato su FSG in aggiunta alla psicoterapia individuale, con assegnazione a accesso immediato vs lista d'attesa 6 mesi. Riporta: miglioramenti significativi a 6 mesi nel gruppo immediato rispetto alla lista d'attesa; a 12 mesi, grandi dimensioni dell'effetto ($|g|$ circa 0.95–1.32) su regolazione emotiva, sintomi PTSD, autocompassione e capacità adattive. Viene anche riportato che non sono stati esclusi partecipanti per suicidarietà/NSSI, ricoveri

recenti o abuso di sostanze. ⁴

Implicazione clinica (inferenza cauta): FSG sembra funzionare come “fase di stabilizzazione strutturata” in popolazioni ad alto rischio, ma il disegno (interim report; contesto adjunct; misure auto-report) impone prudenza su causalità specifica e componenti attive. ⁴

TOP DD Network (programma web psicoeducativo + skills)

Lo studio open access (2019; n=111) descrive un programma che combina video, esercizi scritti e pratica comportamentale, mirato a regolazione emotiva, sicurezza e sintomi. Sono riportate associazioni con riduzione di dissociazione e PTSD, aumento di regolazione emotiva e capacità adattive, e riduzione dell'NSSI; i miglioramenti sono più marcati nei sottogruppi con dissociazione più elevata. ⁵

Limite cruciale: assenza di randomizzazione e possibilità che fattori contestuali (terapia concomitante, selezione dei partecipanti, maturazione) contribuiscano ai cambiamenti. ⁵

Gruppo di stabilizzazione per disturbi dissociativi complessi (20 sedute; RCT)

Il trial su gruppo stabilizzante add-on (n=59) non mostra differenze immediate tra condizioni nel periodo “delayed-treatment”, ma osserva miglioramenti significativi su funzionamento psicosociale e sintomi PTSD al follow-up di 6 mesi. ⁶

Questo risultato è clinicamente importante perché segnala che: (a) le skills possono richiedere tempo per tradursi in esiti, (b) la misura primaria (GAF) e la tempistica possono ridurre la sensibilità a cambiamenti precoci (non specificato se analisi di mediatori/aderenza abbiano individuato sottogruppi responder nel testo consultato). ⁶

Revisioni sistematiche e dibattito “fase-based vs immediate trauma-focused”

Disturbi dissociativi: revisione sistematica su trattamento a fasi

Una revisione sistematica recente sintetizza 19 studi su interventi per disturbi dissociativi, con miglioramenti riportati in più tipologie di trattamento (fase-based, psicoterapia individuale, gruppo). Conclude che l'evidenza sta emergendo ma che servono trial controllati ad alta potenza per informare la pratica. ⁷

PTSD/CPTSD: stabilizzazione e trattamenti a fasi

Una meta-analisi (2023) su interventi di stabilizzazione e su approcci a fasi per PTSD riporta dimensioni dell'effetto da medie a grandi (con differenze fra set di studi e disegno RCT vs non-RCT) e sottolinea l'eterogeneità delle definizioni operative di “stabilizzazione”. ⁶⁰

Un RCT (Paesi Bassi) che confronta EMDR immediato vs STAIR+EMDR in PTSD da abuso infantile mira a chiarire se l'approccio a fasi offra vantaggi su PTSD e domini “complessi” (regolazione emotiva, cognizioni, interpersonale). Il testo consultato evidenzia che la letteratura precedente non supportava necessariamente una superiorità sistematica del phased, e lo studio nasce proprio per testare tale ipotesi. ⁵⁴

Una revisione (2025) su interventi per CPTSD ricorda che per trauma complesso i clinici impiegano spesso il modello a fasi (stabilizzazione → elaborazione → integrazione), ma che la comparazione diretta fra phase-based e non-phase-based è ancora limitata. ⁶¹

Limiti metodologici ricorrenti

- 1) **Eterogeneità:** “stabilizzazione” e “grounding” sono spesso componenti multi-tecnica, rendendo difficile identificare ingredienti attivi. ⁶²
- 2) **Misure e timing:** esiti come funzionamento globale possono cambiare lentamente; follow-up è cruciale e spesso assente o breve. ⁶³
- 3) **Comorbidità e rischio:** includere pazienti ad alto rischio aumenta generalizzabilità ma complica interpretazione (confondenti, dropout, necessità di interventi concomitanti). ⁶⁴

4) **Evidence gap sulle singole tecniche:** per molte tecniche immaginative/di contenimento la letteratura clinica riconosce esplicitamente assenza di dati empirici specifici, pur considerandole spesso indispensabili nella pratica (questa è una tensione importante fra “standard clinico” e “evidenza sperimentale”). ²⁸

Lacune e domande di ricerca future

Nonostante i progressi di FSG e di alcuni trial di gruppo, restano lacune ad alta priorità:

- Quali componenti (grounding vs passato/presente vs autocompassione vs bisogni/relazioni) mediano gli esiti nei programmi “solid ground”? (non specificato). ⁶⁴
- Qual è la “dose” minima efficace di skills (frequenza, durata, coaching tra sedute) in dissociazione complessa? (non specificato). ⁶³
- In quali sottogruppi (detachment-dominante vs compartmentalization-dominante) alcune tecniche sono superiori? La distinzione teorica esemplifica la necessità di trial stratificati. ⁶⁵
- Adattamenti e outcome in neurodivergenze e disabilità cognitive: letteratura specifica su dissociazione è limitata, mentre esistono indicazioni più robuste per adattare TF-CBT/CBT in IDD. ⁶⁶

Rischi, controindicazioni, segnali di allerta

Rischi clinici specifici di grounding/solid ground

“Grounding che peggiora”: alcuni pazienti possono trovare l’attenzione al corpo o a certi stimoli sensoriali evocativa/triggerante; in dissociazione complessa, parti diverse possono avere risposte divergenti al grounding (non specificato un set di predittori universale). La letteratura sulle tecniche immaginative avverte che errori di timing e un’introduzione “persuasiva” senza consenso interno possono produrre reazioni avverse. ⁵⁵

Containment come evitamento cronico: se il contenimento viene usato per “chiudere per sempre” (invece che per posticipare in sicurezza), può rinforzare evitamento e ridurre integrazione (non specificato in trial). La cornice a fasi enfatizza che il contenimento è un ponte per lavorare in modo titolato, non una fuga permanente. ⁶⁷

Rischi in gruppo: in popolazioni dissociative complesse, gruppi non strutturati o con eccesso di dettaglio traumatico aumentano rischio di destabilizzazione; per questo i trial e le linee guida enfatizzano gruppi skills-focused e altamente strutturati. ⁶⁸

Controindicazioni e condizioni che richiedono cautela

- **Abuso in corso / ambiente non sicuro:** le linee guida pediatriche europee (IT) mettono la sicurezza fisica al centro e indicano che bambini non al sicuro possono diventare molto stressati durante valutazione; in tal caso anche il semplice assessment richiede grounding e cautela. ⁶⁹
- **Rischio elevato di suicidio/NSSI:** le linee guida DID descrivono alta prevalenza di comportamenti suicidari/autolesivi e raccomandano interventi diretti (piano di crisi, grounding, livello di cura più protetto se necessario). ⁴³
- **Condizioni mediche che mimano dissociazione:** nelle linee guida pediatriche (IT) si raccomanda di escludere cause mediche (es. condizioni neurologiche) quando sintomi dissociativi sono sospetti. ⁷⁰

- **Fluttuazioni marcate degli stati dell'io:** indicazioni cliniche italiane sottolineano che grounding e imagery vanno rimodulati nel DID o in quadri con forti fluttuazioni non integrate; "più tecnica" non è sempre "più sicurezza". ²⁶

Segnali di allerta da monitorare nel percorso di stabilizzazione

Indicatori pratici (non esaustivi; non specificato un cut-off standard unico): - incremento di amnesie o "buchi di tempo", confusione spazio-temporale; ²⁹

- aumento di urgenze autolesive o acting out post-seduta; ³²
- peggioramento marcato dopo introduzione di imagery o lavoro sulle parti (possibile problema di timing/consenso interno); ²⁸
- in gruppo: aumento di attivazione reciproca e difficoltà a "chiudere" (richiede struttura/grounding finale). ⁷¹

Integrazione con approcci terapeutici, formazione e risorse

Integrazione con modelli terapeutici

EMDR

Nel lavoro con trauma complesso e dissociazione, molte fonti collocano EMDR entro una logica di **preparazione/stabilizzazione** prima del lavoro sulle memorie, coerente con il modello a fasi; tuttavia l'evidenza su "necessità" di una fase preliminare è mista in PTSD da abuso infantile (trial di confronto). ⁷² In termini pratici, "solid ground" può essere integrato come: (a) criteri di readiness (stabilità sufficiente), (b) set di risorse e gestione dei trigger, (c) protocolli di stop/containment se la seduta EMDR destabilizza (non specificato un unico standard). ⁷³

DBT

Le linee guida DID citano la DBT come intervento con forte supporto empirico per borderline e trauma complesso e segnalano adattamenti in sviluppo per la fase 1 del DID; nella pratica, distress tolerance e mindfulness possono funzionare come "asset di stabilizzazione" sovrapponibile a solid ground (non specificato un protocollo DBT-unico per dissociazione in queste fonti). ⁷⁴

TF-CBT

Per popolazioni evolutive, la logica "stabilizzazione → elaborazione → integrazione" è esplicitata nelle linee guida europee pediatriche, che enfatizzano sicurezza, regolazione e caregiver. TF-CBT può integrare solid ground nella fase di preparazione (skills, psicoeducazione, safety). ⁷⁵

Approcci sensoriali e body-oriented

La stabilizzazione include spesso lavoro su arousal e competenze corporee. Le fonti su CPTSD riportano studi su terapie di gruppo orientate al corpo/sensoriale, con benefici su aspetti corporei-relazionali (non sempre su PTSD core). ⁷⁶

IFS e lavoro con "parti"

L'integrazione concettuale con modelli a "parti" è forte: la letteratura sulla dissociazione complessa sottolinea la necessità di coinvolgere parti/stati e di costruire cooperazione interna; inoltre il materiale FSG indica che anche persone senza stati dissociativi possono usare il linguaggio delle "parti" come aspetti/ruoli dell'esperienza. Evidenza specifica su IFS nei disturbi dissociativi: non specificato nelle fonti primarie qui esaminate. ⁷⁷

Terapie focalizzate sullo sviluppo e contesto

Le linee guida pediatriche europee (IT) includono riferimenti a modelli che integrano attaccamento-regolazione-competenze e a interventi orientati allo sviluppo (es. cornici che coinvolgono caregiver e contesto), sottolineando che sicurezza/stabilità quotidiana è prerequisito per elaborare memorie e integrare stati dissociativi. ⁷⁸

Raccomandazioni pratiche per formazione e supervisione

- 1) **Formazione specifica sulla dissociazione:** i programmi TOP DD/FSG sono nati anche in risposta alla “dearth of training” riportata nelle pubblicazioni, con materiali strutturati per clinici e pazienti. ⁷⁹
- 2) **Supervisione centrata su rischio e pacing:** le fonti insistono sulla priorità della sicurezza e sulla necessità di tornare a stabilizzazione/containment in caso di destabilizzazione; ciò implica supervisione concreta su gestione del rischio, confini, e decisioni di timing. ⁸⁰
- 3) **Competenze di lavoro in gruppo:** se si usano gruppi, preferire format strutturati e skills-focused, con regole chiare su condivisione del trauma (non specificato un regolamento standard). ⁶⁸
- 4) **Competenze di adattamento:** con IDD, sono raccomandati adattamenti CBT/TF-CBT (linguaggio, supporti, ripetizione, coinvolgimento caregiver). ⁵⁸

Risorse: manuali, corsi, materiali

Di seguito sono riportate risorse “core” e training (con link alle fonti originali tramite citazioni):

- AISTED ⁸¹ : pubblica materiali e promuove formazione specialistica (includere risorse su grounding/containment e corsi FSG). ⁸²
- European Society for Trauma and Dissociation ⁸³ : linee guida pediatriche (traduzione italiana disponibile) orientate a sicurezza e stabilizzazione. ⁸⁴
- International Society for the Study of Trauma and Dissociation ⁸⁵ : linee guida DID (modello a fasi, grounding e symptom management in fase 1). ⁸⁶
- The Finding Solid Ground Program Workbook ⁸⁷ : descrive materiali del programma (30 topic in 8 moduli; ritmo consigliato non oltre un topic/settimana). ⁸⁸
- Finding Solid Ground: Overcoming Obstacles in Trauma Treatment ⁸⁹ : testo companion (razionale teorico/clinico; citato come base del programma). ⁹⁰
- Coping with Trauma-Related Dissociation: Skills Training for Patients and Therapists ⁹¹ : manuale di skills usato come base in trial di gruppo stabilizzante. ⁹²
- Trauma and Recovery ⁹³ : fonte classica del trattamento a fasi con priorità della sicurezza. ¹⁰
- The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization ⁹⁴ : testo centrale per la dissociazione strutturale e il rationale del lavoro a fasi (citato nella letteratura di fase 1). ³⁸

Per chi desidera i riferimenti “cliccabili” in forma compatta (DOI/URL), senza ripetere autori nel testo:

Linee guida DID (2011): <https://doi.org/10.1080/15299732.2011.537247>
TOP DD Network (2019, open access): <https://doi.org/10.1002/jts.22370>
FSG RCT (2025): <https://doi.org/10.1037/tra0001871>
Revisione sistematica disturbi dissociativi (2025): <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40891466/>
Gruppo stabilizzante CDD (2022): <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03970-8>
Confronto STAIR+EMDR vs EMDR (2021): <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.1057>

Diagrammi mermaid

flowchart TD

```
A[Segni di dissociazione in seduta] --> B{Rischio immediato?\n(suicidio/\nNSSI grave,\nviolenza, abuso in corso)}
B -- Sì --> C[Piano di crisi + aumento contenimento\n+ valutare livello di cura più protetto]
B -- No --> D{Arousal prevalente?}
D -- Iperattivazione --> E[Grounding orientato a riduzione arousal:\n\orientamento + ancoraggi sensoriali brevi\n+ regolazione (voce/respiro)]
D -- Ipoattivazione/collasso --> F[Grounding orientato ad attivazione:\n\postura/pressione + micro-movimento\n+ stimoli sensoriali tollerabili]
E --> G{Ritorno sufficiente al presente?}
F --> G
G -- No --> H[Escalation graduale:\n\co-regolazione, oggetto-ancora,\n\containment, check-in con parti]
H --> G
G -- Sì --> I[Discriminazione passato/presente\n+ scelta compito terapeutico]
I --> J{Fase di trattamento}
J -- Fase 1 --> K[Skills + sicurezza\n+ homework + prevenzione ricadute]
J -- Fase 2/3 --> L[Lavoro sulle memorie / integrazione\n\con possibilità di tornare a fase 1]
```

timeline

```
title Timeline clinica di stabilizzazione orientata al "solid ground" (approccio a fasi)
Avvio : Valutazione, alleanza terapeutica, messa in sicurezza, psicoeducazione
Stabilizzazione : Grounding, gestione trigger, regolazione emotiva, piano di crisi, contenimento
Cooperazione interna : Lavoro su stati/parti, accordi di sicurezza, riduzione comportamenti a rischio
Elaborazione memorie : Lavoro titolato sulle memorie con ritorni possibili alla stabilizzazione
Integrazione e riabilitazione : Consolidamento, funzionamento quotidiano, relazioni, prevenzione ricadute
```

1 16 21 33 39 91 94 <https://www.findingsolidground.info/about>
<https://www.findingsolidground.info/about>

2 11 12 13 15 19 32 34 41 42 43 44 46 52 53 67 73 74 80 86 https://www.isst-d.org/wp-content/uploads/2019/02/GUIDELINES_REVISED2011.pdf
https://www.isst-d.org/wp-content/uploads/2019/02/GUIDELINES_REVISED2011.pdf

- 3 23 24 65 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15596078/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15596078/>
- 4 36 51 64 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40014495>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40014495>
- 5 9 47 48 50 79 93 <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6590319/>
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6590319/>
- 6 63 68 71 92 <https://link.springer.com/article/10.1186/s12888-022-03970-8>
<https://link.springer.com/article/10.1186/s12888-022-03970-8>
- 7 83 <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12406319/>
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12406319/>
- 8 17 22 25 27 28 38 40 55 77 85 <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3402145/>
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3402145/>
- 10 31 https://cssh.northeastern.edu/pandemic-teaching-initiative/wp-content/uploads/sites/43/2020/10/1998.Recovery_Psychological_Trauma-compressed.pdf
https://cssh.northeastern.edu/pandemic-teaching-initiative/wp-content/uploads/sites/43/2020/10/1998.Recovery_Psychological_Trauma-compressed.pdf
- 14 18 20 30 37 45 56 57 69 70 75 78 81 84 87 <https://www.aisted.it/sites/default/files/news/allegati/Linee%20Guida%20ESTD%20aggiornate%20luglio%202017.pdf>
<https://www.aisted.it/sites/default/files/news/allegati/Linee%20Guida%20ESTD%20aggiornate%20luglio%202017.pdf>
- 26 29 35 49 89 <https://journals.francoangeli.it/index.php/qpcoa/article/download/18656/2994/87640>
<https://journals.francoangeli.it/index.php/qpcoa/article/download/18656/2994/87640>
- 54 72 <https://www.cambridge.org/core/journals/bjpsych-open/article/phasebased-treatment-versus-immediate-traumafocused-treatment-for-posttraumatic-stress-disorder-due-to-childhood-abuse-randomised-clinical-trial/09A56E1A4C9070A117A05E048C131521>
<https://www.cambridge.org/core/journals/bjpsych-open/article/phasebased-treatment-versus-immediate-traumafocused-treatment-for-posttraumatic-stress-disorder-due-to-childhood-abuse-randomised-clinical-trial/09A56E1A4C9070A117A05E048C131521>
- 58 66 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38716562/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38716562/>
- 59 <https://news.isst-d.org/co-occurring-autism-and-trauma-posttraumatic-stress-and-dissociation/>
<https://news.isst-d.org/co-occurring-autism-and-trauma-posttraumatic-stress-and-dissociation/>
- 60 62 <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2468749922000539>
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2468749922000539>
- 61 76 <https://jkms.org/pdf/10.3346/jkms.2025.40.e279>
<https://jkms.org/pdf/10.3346/jkms.2025.40.e279>
- 82 https://formazionecontinua.inpsicologia.it/autore/aisted-associazione-italiana-per-lo-studio-del-trauma-e-della-dissociazione/?srsltid=AfmBOoq_1E1lWdiZa8F_lv4ytKpmzwBUcdKqBMAMondoy6OfuXt33gLq
https://formazionecontinua.inpsicologia.it/autore/aisted-associazione-italiana-per-lo-studio-del-trauma-e-della-dissociazione/?srsltid=AfmBOoq_1E1lWdiZa8F_lv4ytKpmzwBUcdKqBMAMondoy6OfuXt33gLq
- 88 90 https://api.pageplace.de/preview/DT0400.9780197629048_A43603595/preview-9780197629048_A43603595.pdf
https://api.pageplace.de/preview/DT0400.9780197629048_A43603595/preview-9780197629048_A43603595.pdf