

Trauma psichico, cumulativo, di natura interpersonale, tra definizioni e contesto clinico

SERGIO LAGUZZI, FRANCESCA MARCONETTO

Summary – CUMULATIVE PSYCHIC TRAUMA, OF INTERPERSONAL NATURE, BETWEEN DEFINITIONS AND CLINICAL CONTEXT. The following work begins with the ample psychopathological literature which affirms the relationship between traumatic experiences and disorders of the integrating functions of memory, consciousness and identity. Starting from some reflections on the definition of trauma, focusing on the attention on the trauma of interpersonal nature and child maltreatment, we propose some themes that recur, articulate and intertwine in the complex discussion on how the trauma acts: the implied self, the arousal and the traumatic emotions, the attachment and the dissociation, the identification with the aggressor, the neurophysiological and neuroendocrine impairment and the neurological development in the traumatic situation. The circumstances surrounding the cumulative trauma of interpersonal nature, traumatic development, emotional neglect, identified as the conditions from which the most serious dysfunctions originate, are considered later. The final part deals with some clinical aspects related to the distortions presented by suffering patients for post-traumatic adaptation outcomes and possible therapeutic attitudes.

Keywords: TRAUMA, SÉ IMPLICITO, NEGLET EMOZIONALE

*Esiste una dura e sottesa dialettica di crudeltà tra le persone.
G.C.S. (inizio anni 2000)*

I. Cos'è trauma? Quale trauma?

Il trauma può intervenire come conseguenza di circostanze naturali o di agiti da parte dell'uomo; come unico evento conclamato o ripetuto e cumulativo; configurarsi in modo acuto e macroscopico o anche agire quasi sotto soglia; produrre danni differenti in base alle caratteristiche degli eventi, a quelle delle vittime (età, aspetti psicologici temperamentali e caratteriali, predisposizione genetica, modulazione epigenetica, resilienza, esperienza) [95], al funzionamento dei caregiver, alla disponibilità di sostegno sociale, conforto, consolazione.

Il comune denominatore delle situazioni traumatiche è generalmente individuato in esperienze soverchianti, che vincono prevedibilità e gestibilità, suscitano impotenza, perdita di controllo, minacciano annichilimento, sospendono le ordinarie operazioni di coping e difesa, turbano l'integrità della coscienza [7, 23, 52], non sono elaborabili e integrabili, inducono l'interruzione relativa della continuità del Sé (anche nella sua evoluzione) attraverso l'invalidazione degli schemi di significato che organizzano l'esperienza di chi si è [17].

Van derKolk sostiene che “...*Episodi traumatici distinti ed isolati possono produrre risposte biologiche e comportamentali discrete [...] senza necessariamente coinvolgere la totalità dell'identità della persona.*” [106, 107]. Personalità mature, integre e ben strutturate reagiscono meglio di quelle minate nell'infanzia, ma possono usurarsi in situazioni di estremo e continuativa sollecitazione traumatica, come è tragicamente documentato dalle persone esauste che hanno subito il campo di concentramento¹.

Tanto più una persona è giovane tanto sono maggiori le possibilità di sviluppare una sindrome post-traumatica. Situazioni che riguardano, *l'atmosfera traumatica* [106, 107], *il trauma cumulativo* [52, 56], inerenti l'attaccamento, il rapporto madre bambino, le disfunzionalità o le patologie del caregiver e del sistema famiglia, la violenza domestica, l'abuso e la trascuratezza, comportano un effetto pervasivo sui processi regolativi biologici e psicologici. In questi casi la perdita di un sicuro sostegno esterno provoca nella vittima l'affermazione di stili difensivi e di coping primitivi, per lo più in area dissociativa, disturbi dell'identità, difficoltà nella regolazione degli stati affettivi interni e nella modulazione delle risposte comportamentali agli stressors esterni [99].

Purtroppo le condizioni che provocano i danni più grandi in età evolutiva sono quelle misconosciute e nascoste, cui manca il sostegno e il soccorso della famiglia e della società, spontaneamente fornito alle vittime di traumi macroscopici (come un terremoto, un grave incidente); è necessario pensare ad una violenza extra o più spesso intrafamigliare segreta e non visibile.

Occorre riflettere su situazioni vissute nell'infanzia, più o meno croniche, che comprendono tutte le forme di abuso subite in forma diretta, come l'abuso sessuale, il maltrattamento psicologico e fisico, la trascuratezza, e in forma indiretta, (Esperienze Sfavorevoli Infantili), come circostanze che rendono l'ambito familiare imprevedibile e malsicuro: alcolismo, tossicodipendenza, malattie psichiatriche dei genitori, violenza assistita [26, 62]. Occorre grande attenzione per ogni forma di maltrattamento che colpisce l'evoluzione psichica anche se non implica contatto fisico e di cui i datori di cura non sono consapevoli (come abuso e trascuratezza emozionale).

¹ Vedi le esperienze di Primo Levi e di Jean Améry, le loro testimonianze, il loro disagio.

Molte indagini epidemiologiche stimano la prevalenza del trauma infantile prima dei 13 anni di età come piuttosto elevata (quasi il 40%) sia negli Stati Uniti, sia a livello internazionale. Maltrattamenti e abusi infantili sono associati al 44% delle psicopatologie esordite durante lo sviluppo e circa il 30% di quelle esordite successivamente nel corso della vita [60]. Il 40 % dei bambini con una storia traumatica mostra almeno un'altra diagnosi come un disturbo dell'umore, di ansia o un comportamento dirompente e questa relazione fra sintomi e diagnosi viene esacerbata tanto più un bambino è esposto a un numero elevato o a una tipologia diversa di stressor traumatici [20, 40].

Le sequele del maltrattamento infantile hanno mostrato che i bambini e gli adolescenti possono sviluppare difficoltà croniche e severe nella regolazione delle emozioni e del comportamento, nell'attenzione e nei processi cognitivi, nelle relazioni interpersonali e nelle attribuzioni di significato alle proprie e altrui emozioni, manifestare sintomi e stati dissociativi in età evolutiva [24].

L'entrata del Disturbo Post Traumatico da Stress nel DSM-III, nel 1980, ha reintrodotto nei sistemi diagnostici il nesso tra eventi traumatici e disturbi psichici [30, 52], risultando però carente e suscitando proposte più estensive come quella del Complex Post Traumatic Stress Disorder [52, 107] o il DESNOS, *Disease of Extreme Stress Not Otherwise Specified* [107], che hanno allargato l'osservazione anche a traumi cumulativi, interpersonali, vissuti nel corso dello sviluppo, proposto entità sindromiche caratterizzate da somatizzazioni, alterazioni della coscienza e della modulazione delle emozioni che correlano con traumi psicologici cumulativi durante lo sviluppo e patogenesi plausibilmente basata sull'effetto dis-integrante delle esperienze traumatiche sulle funzioni mentali superiori.

Diversi studi hanno documentato gli effetti predittivi e negativi dei fattori di stress traumatici sperimentati in una fase precoce dello sviluppo su una vasta gamma di sintomi e disturbi, tra cui varie sindromi depressive, DPTS, disturbi dissociativi, somatoformi, del comportamento alimentare, da uso di sostanze, del sonno, di personalità, e più genericamente sulla disregolazione delle emozioni, l'aggressività e i problemi interpersonali [65, 104].

II. *Nozioni e articolazioni*

Negli anni si sono accumulate molte nozioni e prospettive da cui osservare le complesse manifestazioni delle situazioni traumatiche.

II. 1. *Sé implicito*

Il Sé implicito dipende dall'esperienza, si sviluppa in interazioni cariche di affetto con i genitori, sia positive sia negative, in cui il bambino acquisisce la *conoscenza relazionale implicita*, come fare cose con altri [67]; fornisce una competenza generale

e inconscia di come essere nel mondo, come interagire con gli altri, cosa esprimere, cosa tenere per sé, quale comportamento sia efficace nel produrre i risultati desiderati nell'altro; in un ambiente traumatogeno, consente almeno di limitare gli abusi. Il Sé implicito prende forma molto prima che il cervello sinistro e la neocorteccia, più razionali e basati sul linguaggio, siano completamente sviluppati; è stabile e dura nel tempo [73, 74]. Le memorie implicite sono accessibili situazionalmente, sono attivate nella vita attuale del paziente da stimoli, sia interni che esterni, che richiamano il passato. Queste memorie contengono una *“informazione che è stata ottenuta dai più vasti e profondi livelli dell'elaborazione percettiva [...] (ad esempio un'informazione visuo-spaziale che ha ricevuto una ridotta elaborazione conscia) e della risposta fisiologica dell'individuo (ad esempio autonoma o motoria) a questa percezione”* [16]. Per Bebe *“I modelli di interazione precoce sono rappresentati presimbolicamente attraverso l'organizzazione procedurale di sequenze di azioni”* [11]. Queste memorie non possono essere organizzate attraverso il linguaggio.

Predicibilità e aspettativa sono il principio organizzativo chiave del cervello infantile. I bambini si creano delle aspettative dalle interazioni, positive o negative, e con queste aspettative fissano una traiettoria per lo sviluppo. Nella postura, nell'azione e negli affetti espressi dalla figura di attaccamento si genera perciò l'intenzionalità e l'aspettativa sul mondo [100-103]. Le previsioni implicite vanno di pari passo con l'apprendimento procedurale acquisito gradualmente e progressivamente quando particolari azioni sono messe in atto ripetutamente. Una volta appresi i comportamenti procedurali divengono una parte del Sé implicito e delle sue previsioni e vengono attivati o esasperati quando certe abilità o attitudini interpersonali sono in uso, o quando si presentano stimoli (interni o esterni) che riguardano il passato. Così sequenze di azioni finiscono sia per rispecchiare sia per sostenere le predizioni del futuro [73, 74].

La narrativa somatica racconta la storia della conoscenza relazionale e delle previsioni implicite. Gestii, posture, sequenze di azioni abituali, riflettono e mantengono le previsioni sulla realtà costruite da lungo tempo. Comportamenti non verbali sono al servizio di molte funzioni: oltre che l'aspettativa del futuro, hanno a che fare con la regolazione affettiva, l'espressione e la comunicazione emotiva e la segnalazione di disponibilità o avversione per particolari attività o interazioni; comportamenti non verbali possono regolare il qui e ora dello scambio tra persone. Concetti verbali possono essere rafforzati o enfatizzati da segnali fisici.

Messaggi verbali e non verbali possono anche contraddirsi e tentare di nascondere aspetti dell'esperienza interna oppure di renderli noti. Processi e comunicazioni non verbali possono essere intenzionali o involontari, consci o inconsci, chiari o confusi, rappresentando un Sé implicito unitario o contraddizioni tra le parti dissociate del sé. I processi inconsci non intenzionali e involontari sono interessanti per la psicoterapia perché tendono a indicare quello che si trova sotto la facciata, oltre le parole, rivelando chiaramente elementi del comportamento che riflettono e sostengono il Sé implicito.

I ricordi dell'esperienza traumatica passata sono fortemente influenzati dalla codifica e dalla decodifica dei comportamenti non verbali. Questi ricordi innescano una reazione di disregolazione nel sistema nervoso autonomo e risposte difensive istintuali accompagnate da intense emozioni o sensazioni corporee. L'esposizione a eventi che rappresentano una minaccia, reale o percepita, alla sicurezza e/o esistenza elicitano difese sottocorticali e disattivano l'attività corticale.

II. 2. *Corpo, Arousal, Emozioni traumatiche*

Le *Emozioni traumatiche*, inserite nel sistema neurofisiologico preverbale e presimbolico, rappresentabili debolmente o per nulla con parole e immagini simboliche, sono vissute prevalentemente come sensazioni somatiche, affetti non mentalizzati, memorizzati dal corpo [22]. Il corpo ne diventa la sede [8] ed è la *narrativa somatica implicita* che diventa depositaria dell'interazione traumatica [93, 94].

Nelle situazioni post traumatiche anche i sistemi biologici che supportano l'esperienza sociale sono lesi; la disregolazione del sistema nervoso autonomo non riesce a sostenere l'impegno sociale². “Gli individui traumatizzati sono generalmente così sensibili agli eventi traumatici passati da avere delle soglie molto basse per agenti stressanti minori, rispondendo con gli estremi di arousal adattivi in passato, diventando addirittura iperattivi o ipoattivi” [73, 74].

L'accesso alle memorie traumatiche, facilitato dall'iperarousal, comporta involontarie *intrusioni del trauma*, sotto forma di flashback, incubi, aumento della frequenza cardiaca, sensazioni corporee, fenomeni correlati all'iperperfusionione della cute, aumento delle sensazioni corporee, della tensione muscolare, dei movimenti involontari, descrizioni soggettive di timore, paura, fino al panico, a frammentazioni dell'esperienza percettiva.

L'ipoarousal compromette immediatamente la memoria, le funzioni motorie ed affettive, la consapevolezza somatosensoriale, come era successo nel momento del trauma. Nelle forme cronicizzate produce sintomi dissociativi come debolezza, torpore, deficit attentivi, amnesia, fino allo stato confusionale. Spesso in questa condizione è solo ridotta la capacità di percepire le emozioni e di sperimentare reazioni emotive e si manifesta una condizione di inattività passiva, spesso confusa con depressione, resistenza, comportamento passivo - aggressivo [73, 74].

² **Impegno sociale:** Vedi teoria polivagale di Porges [77]; concetto relativo all'evidenza neurofisiologica per cui l'evoluzione del sistema nervoso autonomo correla l'esperienza affettiva all'espressione emozionale, alla mimica del viso, alla comunicazione vocale e all'effettivo comportamento sociale che ha quindi una sua attivazione e gestione implicita, suscitata dalle situazioni che l'individuo vive ma radicata nelle prime relazioni cariche di affetto con i genitori.

Nel vissuto quotidiano e anche in un setting protetto, in cui si cerca di realizzare una relazione sicura, il ricordo immagazzinato nella memoria implicita può essere riattivato, quando si presentano stati di aurosal o di paura simili a quelli in cui era avvenuto l'evento traumatico [54, 55, 105, 106]. Da un inconscio primitivo, preverbale e presimbolico possono riemergere in circostanze contestuali, affettive, sensoriali, che richiamano qualche aspetto del trauma, memorie impresse nel sistema corpo-mente, prima della possibilità o nell'impossibilità di essere etichettate linguisticamente e definite secondo un contesto e un significato [18, 67, 71].

Studi con la F.M.R.I. evidenzerebbero che la predominante attivazione dell'emisfero destro in pazienti tendenti alla dissociazione dimostrerebbe che la dissociazione, intesa come rifugio da emozioni opprimenti associate alla *memoria traumatica*, può essere interpretata come rappresentazione di una risposta non verbale (implicita) al ricordo traumatico [60].

Lo stress traumatico nell'infanzia condurrebbe *all'automodulazione dell'affetto doloroso* distogliendo l'attenzione dagli stati emotivi interni [59] e dalla relazione. L'emisfero destro, coinvolto nell'attenzione [78] e nell'elaborazione del dolore, genera così la dissociazione, difesa attraverso la quale gli effetti negativi intensi, associati con il dolore emotivo, vengono isolati dalla coscienza [87].

La *dissociazione somatoforme*, conseguente a traumi precoci, viene espressa come una mancanza di integrazione tra esperienze sensomotorie, reazioni e funzioni dell'individuo e delle sue rappresentazioni del Sé. I soggetti distaccati (*detached*)³ non sono isolati solo dall'ambiente ma anche da loro stessi: dal loro corpo, dalle loro azioni, dal loro senso di identità [4, 72].

³ **Detachment e Compartmentation.** Brown e Holmes [15, 53] hanno proposto una classificazione dei fenomeni dissociativi simile a quella di Jackson e Janet.

Detachment (distacco): sono fenomeni che corrispondono alle esperienze di distacco da sé e dalla realtà e consistono nei sintomi come la depersonalizzazione, la derealizzazione, l'anestesia emotiva transitoria (*emotionalnumbing*), *déjà vu*, esperienze di autoscopia (*out of body experience*). Sono esperienze attivate da emozioni dirompenti provocate da esperienze minacciose ed estreme [60].

Compartmentation (compartimentazione): sono fenomeni che emergono dalla compartimentazione di funzioni normalmente integrate come la memoria, l'identità, lo schema e l'immagine corporea, il controllo delle emozioni e dei movimenti volontari e corrispondono a sintomi come: le anestesi dissociative, l'emersione delle memorie traumatiche, la dissociazione somatoforme (sintomi da conversione, sintomi pseudoneurologici, dolori psicogeni acuti, *dismorfofobie*), l'alterazione del controllo delle emozioni e dell'unità dell'identità (tra cui anche personalità multiple alternanti).

I sintomi da compartimentazione (diversamente da quelli di distacco che possono essere esperiti da chiunque in situazioni estreme) sono tipicamente conseguenze dello 'sviluppo traumatico' e sembrano alterare la struttura stessa della personalità dell'individuo [60, 67]. Per questo motivo alcuni autori hanno proposto di riunire i fenomeni da compartimentazione con l'espressione "Dissociazione strutturale della personalità" [104].

II. 3. *L'attaccamento e la dissociazione*

La teoria dell'attaccamento afferma che ogni essere umano viene al mondo con la “*disposizione innata e primaria a chiedere aiuto, conforto e protezione dal pericolo quando si percepisce vulnerabile, dolente, deprivato*”. L'esperienza della risposta ottenuta dal caregiver è racchiusa in strutture di memoria e significato (Modello Operativo Interno, MOI) che depositati nella memoria implicita coagulano in sentimenti ed emozioni la rappresentazione del *sé-con-l'altro*. Il trauma attiva il sistema di ricerca, aiuto, conforto e protezione, secondo ogni singola esperienza di attaccamento ed il conseguente MOI [3, 13, 14].

Persone con un MOI di attaccamento sicuro manifestano una sintomatologia post traumatica significativamente minore rispetto a quella sviluppata da individui con storia di attaccamento insicuro evitante o ambivalente, che sono più esposte a danni delle funzioni integrative in conseguenza dell'esperienza traumatica [41, 66]. Nel caso dell'attaccamento disorganizzato è il caregiver che con un suo stato dissociativo determinato dall'emersione di ricordi relativi ad eventi traumatici non elaborati (lutti, maltrattamenti fisici ed emotivi gravi, abusi sessuali), di solito subclinico, produce un stato dissociativo nel bambino in assenza di altri gravi maltrattamenti.

La relazione di attaccamento disorganizzato si manifesta nel bambino piccolo (12-18 mesi) per comportamenti relazionali del caregiver, fortemente indicativi di un suo disturbo delle funzioni integratrici della coscienza, derivanti da risposte fra loro contraddittorie ed incompatibili, emessi simultaneamente o in rapida sequenza. In questa circostanza non ci sarebbe quindi una situazione determinata da abusi in senso stretto, ma dall'azione delle esperienze traumatiche non elaborate che hanno colpito chi si prende cura del bambino.

Le memorie implicite di interazioni di attaccamento disorganizzato sussistono nel bambino come basi per la costruzione successiva di nuclei di significato che non possono essere sintetizzati in una struttura unitaria di autocoscienza ed autoconoscenza dello stato mentale. Il bambino può costruire simultaneamente *rappresentazioni di sé-con-l'altro* incompatibili e inorganizzabili: *sé con l'altro come accudito, spaventato, capace di indurre paura, capace di confortare, sé ed il caregiver entrambi vittime impotenti di un qualche invisibile pericolo*. Rappresentazioni molteplici e non integrabili in un processo continuo ed unitario di autocoscienza, che costituiscono da sole, anche in assenza di eventi traumatici aggiuntivi, un fattore di rischio per lo sviluppo di disturbi implicanti dissociazione e splitting.

L'attaccamento disorganizzato può essere descritto come un crollo delle strategie comportamentali del bambino dovuto al conflitto irrisolvibile tra la tendenza a rivolgersi al genitore come fonte di rassicurazione di fronte a uno stimolo spaventante e il fatto che è il genitore stesso a suscitare insicurezza e paura, generando un livello trop-

po elevato di stati affettivi negativi e facilitando la risposta dissociativa⁴ [19, 66, 29]. La discontinuità della coscienza sarebbe evitata quando il MOI per l'attaccamento disorganizzato è soppiantato dall'attivazione di altri MOI a base innata come quello dell'accudimento, dell'agonismo, dell'interazione cooperativa, dell'interazione sessuale.

Quando oblatività coatta, aggressività competitiva, sessualità promiscua non riescono ad agire e si riaffaccia il MOI dell'attaccamento disorganizzato il paziente sperimenterà confusione, disorientamento, amnesie lacunari, restringimento oniroide della coscienza, depersonalizzazione o eventualmente segni minacciosi che preludono all'emergere di uno altro stato di personalità. Un interlocutore noterà discontinuità della condotta, degli atteggiamenti fino all'estremo dell'emergere di *un'altra personalità*.

I processi integrativi-associativi che conducono alla sintesi del senso unitario di sé e alla coscienza dipendono non solo dall'esistenza della relazione interpersonale ma dalla qualità di essa [66].

II. 4. *Identificazione con l'aggressore*

Il paziente, quando è stato soggetto a circostanze così terribili e paurose da inibire le reazioni di disgusto, odio, utile difesa, "vive" inconsapevolmente la tendenza alla sottomissione, poiché si è consegnato all'aggressore, identificandosi in ciò che egli si aspetta [34, 35], tendendo a sentire ciò che l'aggressore sente e vuole, qualche volta anticipandone le mosse. L'inserzione nella sua mente dei vissuti e delle percezioni dell'aggressore comporta il clivaggio tra la predominante, altrui, intrusione e la propria originale possibilità esperienziale ed interpretativa, che viene ridimensionata e schiacciata, fino alla totale negazione della realtà [65].

Il paziente ha vissuto intensi processi dissociativi durante l'esperienza traumatizzante e può sperimentare reminiscenze ri-traumatizzanti, cadendo difensivamente in una condizione confusa, astenica, oniroide, o nel racconto di dettagli parziali che rinviano ad invasioni di memorie traumatiche non simbolizzate.

Nella relazione terapeutica e in quella sociale (ad es. scolastica) l'attenzione percettiva, intuitiva, emotiva, tende all'ipervigilanza, come se si predisponesse a tentare l'evitamento, la fuga, la mimesi, di scomparire, di dissolversi o attivare collusioni utilizzando oblatività, compiacenza, seduttività (che nei bambini possono assumere l'aspetto di una patologica precocità).

Il paziente porta nella realtà intrapsichica fatti realmente vissuti ma trasformati dalla dinamica della paura e della sottomissione, accumula confuse memorie, sensi di colpa, vergogna, segretezza, acquisendo, nella sua condizione di *solitudine traumatica* e di *abbandono emozionale*, un profondo disconoscimento del proprio vissuto [34].

⁴ C'è quindi la possibilità che nella dissociazione post traumatica esista un importante aspetto non attivamente difensivo, ma automatico e organismico come pensava Janet.

Nei colloqui emergono, in varia misura, grandi difficoltà nel comunicare i propri stati interni, scarsa capacità di mentalizzazione, esperienze di precoci inversioni di ruolo e la necessità di crescere troppo in fretta, l'inibizione difensiva dei propri bisogni (che non sono esplorati), rabbia conscia o inconscia, frammiste modalità controllanti, punitive, direttive, consolatorie nei confronti del genitore più debole, con sue rappresentazioni molteplici e non integrate, idealizzazione irrealistiche del genitore "pericoloso", trascurante, dominante, esperienze di compiacenza e seduzione per assicurarsi disponibilità e una condizione di relativa sicurezza, sentimenti di vuoto, atteggiamenti e narrazioni pseudonormalizzanti.

II. 5. *Compromissioni neurofisiologiche, neuroendocrine e dello sviluppo neurologico*

In ogni condizione traumatica l'esperienza implica un'inondazione disorganizzante di stati emozionali - affettivi, a volte così intensa da minacciare di destabilizzare l'integrità mentale e la sopravvivenza psicologica [17]. In tutte le condizioni traumatiche sono compromessi il funzionamento neurofisiologico⁵ e le funzioni neuroendocrine [50, 51, 70], mentre nello sviluppo traumatico si determina anche un danno dello sviluppo [28]. Il trauma sollecita le normali reazioni di attacco e fuga deformandole.

Lo stress cronico comporta alterazioni della regolazione del sistema soglia / spegnimento /riattivabilità. Il soggetto stressato cronicamente rimane abitualmente in uno stato di allarme con forte sensibilità e fragilità agli stimoli ambientali. Oppure, al contrario, realizza una depressione delle sue capacità reattive con misconoscimento della situazione minacciosa.

Lo stato di allarme è sostenuto da attivazione del simpatico, iper-increzione di adrenalina e cortisolo, da uno stato di iperattività; lo stato di "spegnimento" da una soppressione della secrezione di cortisolo⁶, dall'attivazione del tono vagale e dalla produzione paradossa di endorfine con attenuazione della percezione del dolore, del senso del

⁵ La teoria polivagale di Porges, [77] collega l'evoluzione del sistema nervoso autonomo all'esperienza affettiva, all'espressione emozionale, alla mimica del viso, alla comunicazione vocale e all'effettivo comportamento sociale. Il sistema nervoso autonomo funziona primariamente a un livello subcosciente e si divide tradizionalmente in due sottosistemi, il simpatico e il parasimpatico che innervano i visceri in modo bilanciato. L'ordine filogenetico in cui questi circuiti neurali sono comparsi nei mammiferi rappresenta una gerarchia di risposta, per cui i circuiti neurali più recenti inibiscono quelli più arcaici, ma, in caso di fallimento delle funzioni più evolute subentrano le funzioni primitive normalmente inibite. Se l'ambiente è percepito come sicuro allora l'intero organismo è regolato in modo da promuovere la ristorazione e lo scambio sociale (incremento dell'attività del vago mielinico che rallenta il battito cardiaco, inibisce il meccanismo attacco-fuga, interrompe la risposta allo stress dell'asse ipotalamo - ipofisi - surrene). Se invece è percepito un pericolo, si attiva il sistema simpatico, facilitando le reazioni di evitamento attivo, in modo da attaccare o fuggire. Ma in caso di eccessiva attivazione, il sistema simpatico può portare a reazioni disadattive nel senso dell'iper-arousal: panico e blocco ipertonico ("freezing"). Quando il pericolo di vita è enorme, insormontabile e sovrachante, le reazioni di attacco o fuga non sono praticabili. Vengono attivate, tramite il sistema più arcaico (dorso-vagale o vago non mielinizzato) le reazioni di evitamento passivo (dissociazione e immobilità ipotonica o "feigned death") che hanno un significato adattivo in quanto di sottomissione o di "morte apparente" con il corpo che diventa floscio e immobile per prevenire un ulteriore attacco (ci sono animali che non sono programmati ad aggredire prede che non si muovono).

⁶ Vedi gli studi sulle reazioni dei bambini maltrattati ai conflitti in ambiente scolastico [48] e sulle donne vittime di stupro di (1993) [79], sui bambini ospiti di brefotrofi in Romania [46, 47].

tempo, dello spazio e della realtà che preclude lo stato dissociativo. In molti casi le fasi di iper-eccitazione e dissociative si alternano. Si possono cioè verificare situazioni di imprevedibile passaggio da iper-eccitazione a iper-adattamento a dissociazione [76]. Nei soggetti già sensibilizzati da esperienze traumatiche si rileva un livello di base di cortisolo alto, che viene ritenuto il promotore dell'eccesso di apoptosi che rende inefficienti aree dell'ippocampo indispensabili per l'integrazione delle memorie.

Più elementi convergono ad indicare che gli abusi precoci hanno un impatto negativo sulla maturazione del sistema limbico e producono alterazioni neurobiologiche durature che stanno alla base dell'instabilità affettiva, della scarsa tolleranza allo stress, dei problemi della memoria e dei disturbi [88, 89]. Shore propone nel *modello neurobiologico interpersonale* che la struttura e la funzione della mente e del cervello siano modellate dalle esperienze sociali, specialmente quelle che coinvolgono le relazioni emotive: "...l'auto-organizzazione del cervello in via di sviluppo si verifica nel contesto di una relazione con un altro sé, un altro cervello..." fin dalla *relazione di attaccamento*.

Le transazioni di attaccamento influenzano la *programmazione precoce della lateralizzazione emisferica* [98]. La neuroanatomia del sistema limbico, da cui dipende (la prima) elaborazione delle emozioni, è caratterizzata da una serie di *sistemi di controllo gerarchicamente organizzati* intorno a *hub* nell'amigdala destra, nel cingolato anteriore destro e nella corteccia orbitofrontale destra [88].

Questo concorda con studi di neuroimaging che hanno dimostrato che le lesioni neurologiche dei traumi dello sviluppo dipendono anche dal periodo in cui accadono, prima o seconda infanzia, adolescenza [6, 49, 70]. Esperienze moderatamente negative attivano l'emisfero destro, quelle intense lo iperattivano e possono creare danni per apoptosi cellulare; il passaggio da iperattivazione a ipoattivazione con ipometabolismo consente la sopravvivenza cellulare [91, 92].

III. *La traumatizzazione cronica in fase evolutiva può ledere complessivamente lo sviluppo individuale*

Gli eventi traumatici multipli scaturiti nelle prime relazioni, quelle che dovrebbero promuovere la maturazione della personalità ingenerano conseguenze negative a livello somatico, affettivo e relazionale deformano complessivamente l'esperienza, il correlato emozionale, la sua rivalutazione, indeboliscono l'identità, attivano immagini di Sé e degli altri alterate e deleterie [33, 107].

Il *trauma evolutivo* incide negativamente su sette domini centrali dello sviluppo psicologico individuale:

- *attaccamento*: insicurezza circa l'affidabilità e la prevedibilità del mondo e delle relazioni, difficoltà sulla sintonizzazione con gli stati emotivi altrui, tendenza all'isolamento sociale, e difficoltà interpersonali;

- danno biologico: problemi nello sviluppo sensomotorio, disturbi somatici, incremento del rischio di malattia fisica durante l'arco della vita per disregolazione autonoma e endocrinologica;
- regolazione degli affetti: deficit nell'autoregolazione emotiva, difficoltà nel riconoscere e descrivere gli stati interni, e nel comunicare agli altri desideri e bisogni;
- dissociazione: il meccanismo della dissociazione è utilizzato in modo estremo e patologico, con significative alterazioni degli stati di coscienza, amnesia, depersonalizzazione e derealizzazione;
- controllo comportamentale: si riduce con scarsa modulazione degli impulsi, presenza di comportamenti autodistruttivi, tendenza all'aggressività e alla rabbia, utilizzo di comportamenti autoconsolatori patologici (abuso di sostanze, abbuffate di cibo, e così via);
- capacità cognitive: difficoltà nella modulazione dell'attenzione e nella regolazione delle funzioni esecutive, carenza di costanza oggettuale, difficoltà nell'elaborazione delle informazioni e nella pianificazione dei comportamenti;
- concetto di Sé: gravemente danneggiato per bassa autostima, tendenza alla vergogna, ai sensi di colpa, disturbi dell'immagine corporea, senso di Sé discontinuo e scarsamente integrato [108].

IV. Trauma cumulativo, di natura interpersonale; sviluppo traumatico

Il *trauma cumulativo* di origine interpersonale si può definire come il risultato di una serie di eventi o di un'atmosfera relazionale soverchiante. La vittima non si può sottrarre a esperienze di trascuratezza, violenza, abuso, ripetute e/o prolungate, ed è in balia di altri che agiscono impedendogli alternative, imponendo sofferenze, situazioni aggressive, pericolose, umilianti, insensate.

Il trauma si concretizza quando il valore delle esperienze personali e l'identità sono negate; quando il sé, nella sua evoluzione, non ha conferma e l'aggressione non può essere evitata, fuggita o combattuta, il rifiuto si somma all'indifferenza e non c'è speranza di protezione, di soccorso, di consolazione attraverso la comunicazione con un altro essere umano. Gli effetti sul funzionamento psichico sono tanto più gravi se le strutture mentali non sono ancora pienamente formate.

L'effetto patogeno di un evento dipende non solo da intensità, durata e ripetitività, ma dall'età e dalla fase dello sviluppo dell'individuo che lo subisce; gli effetti del trauma emotivo si manifestano in modo imprevedibile e a distanza [60].

Si produce lo *sviluppo traumatico* quando la vittima soffre nell'infanzia per l'esposizione cronica a una o più forme di maltrattamenti che concretizzano il trauma interpersonale in contesti in cui è guastato o deformano il sistema di cura primario. Ne sono esempi la violenza fisica, le minacce alla vita, le aggressioni sessuali, l'abuso emotivo, l'abbandono, le pratiche coercitive, l'incuria, la discuria, l'ipercura e la violenza assistita) [67, 107].

Lo stress traumatico nell'infanzia è spesso correlato anche ad altre esperienze sfavorevoli [5]. La perdita di una persona cara, l'inganno o il tradimento da parte di una figura genitoriale [43], il disvalore prodotto nelle esperienze sociali tra pari peggiorano l'atmosfera traumatizzante.

V. *Trascuratezza emotiva*

La *trascuratezza emotiva* rischia di non essere percepita con la stessa gravità dell'abuso fisico o sessuale; è la forma meno visibile, più cronica di abuso infantile, non è sporadica o momentanea, ma appare come una relazione stabile e duratura; colpisce il bambino negli anni in cui si forma la sua personalità. La *trascuratezza emotiva* sottende ogni altro tipo di abuso. Si tratta di una *deformazione dell'accudimento con difetto di reciprocità emotiva*. I bisogni emotivi del bambino vengono svalutati o disconosciuti, prevalendo esigenze e bisogni della figura di attaccamento [86], una sorta di esternalizzazione parentale, con proiezione di aspetti svalutati e rinnegati dei genitori sul bambino. La trascuratezza emotiva include i fenomeni tipici dell'attaccamento insicuro, quali il disinteresse o disimpegno da parte dei genitori, il rovesciamento dei ruoli, i comportamenti diretti al dominio psicologico del bambino e l'avversione verso l'autonomia e l'esplorazione dell'ambiente [61]. Precoci esposizioni a forme di trascuratezza emotiva inducono nel bambino disturbi della capacità di modulare intensità e durata delle emozioni biologicamente più primitive, come vergogna, rabbia, eccitazione, euforia e paura [90].

Quando il rispecchiamento emotivo del caregiver è stato inadeguato o contraddittorio, con indifferenza o diniego da parte dell'adulto nei confronti del vissuto emotivo del bambino, si osserva la sua difficoltà o incapacità di riconoscere e rappresentare i propri vissuti affettivi, che rimangono angosciosi e disorganizzanti. Non riscontrando il proprio essere intenzionale nella mente del caregiver, il bambino rischia di non sviluppare le sue capacità mentalizzanti [38, 39].

Concetto forse analogo è quello di *ambiente invalidante* [63], la circostanza in cui il bambino *non ha avuto convalida della propria esperienza privata*. Risposte parentali avversive e disarmoniche non hanno consentito l'analisi delle proprie e altrui emozioni, la discriminazione e la regolazione emotiva nelle differenti circostanze, la tolleranza al disagio, l'auto rassicurazione che deriva dal saper autonomamente interpretare le circostanze e, al contrario, ha alimentato il bisogno di segni dall'ambiente per sapere come comportarsi e cosa provare.

Il bambino che *non può concepire le relazioni come occasione di riconoscimento* di bisogni, potenzialità, benessere e sviluppo; si viene a trovare in ripetute situazioni in cui aspetti di sé risultano senza valore, non meritevoli d'amore, indegni; l'incontro con l'Altro non è sereno e stabile, ma minaccioso [84].

Ogni comportamento e ogni reazione ancor più problematica può essere restituita dai caregivers, incapaci di riflettere sullo stato mentale del figlio, con indifferenza o immagini negative e avviliti (stupido, incapace, cattivo, malato) che suscitano emozioni che allontanano il desiderio dell'esperienza dell'incontro (abuso emozionale e maltrattamento psicologico). Quando un adulto più disponibile cercherà di interagire emotivamente e di pensare ai suoi stati mentali, egli desidererà sottrarsi o reagirà in modo aggressivo, per non sentirsi ancora sbagliato o cattivo, attivando condotte aggressive o diffidenti per ogni relazione intima o significativa [61].

Nelle condizioni di *trascuratezza emotiva* [27] al bambino mancano le necessarie cure fisiche e/o il supporto emotivo adeguato, la consolazione dal pianto, le esperienze di riparazione nelle relazioni affettive significative fin dalle fasi più precoci. Il bambino, dalla sua nascita, è con i caregivers, nella sua originalità immatura ed evolutiva, in un sistema relazionale, interdipendente, intersoggettivo, in cui le transazioni regolatorie, reciproche, permettono il mantenimento di un equilibrio omeostatico, vincolato alle esigenze mutative maturative.

Attraverso una comunicazione non verbale, (visuofacciale, uditivo prosodica, tattile gestuale, etc.) bambino e caregiver si sintonizzano [96, 97], apprendendo il ritmo dell'altro e modificando il loro comportamento in un'interazione adattiva e modulata, centrata sul reciproco *bisogno di tenerezza* [1, 2]. L'attaccamento sicuro si sviluppa quando la psico-biologia della madre consente la sintonizzazione con gli stati interni del bambino, operazione che comporta errori, interruzioni dell'accudimento-attaccamento, fallimenti della regolazione, sollecitazioni dei sistemi autonomici, creazione di nuovi equilibri e la ricerca di una relativa, transitoria, stabilità. In *sequenze di rotture e riparazioni interattive* [9, 10, 100], mentre si ripristina una nuova sintonizzazione, si co-creano le interazioni esperienziali fondative del sé.

L'organizzazione psichica materna, empaticamente, facilita e regola le reciproche e complementari esperienze emotivo affettive e la loro registrazione⁷, consentendone (più o meno creativamente) il collaudo e l'opportunità di coagulare, dapprima solo nelle memorie non verbali, esperienze vissute, concezioni di sé e del mondo, prassi. In

⁷ “Se la madre tende a rispondere col panico all'ansia del bambino allora mette in moto una catena deleteria di eventi. La madre può erigere un muro invalicabile fra se stessa ed il bambino, privandolo così del beneficio di fondersi con lei nel momento in cui riesce a passare dall'esperienza di una modica ansia alla calma. Oppure può rispondere col panico, nel qual caso si possono avere due conseguenze negative: la madre può gettare nel suo bambino un'inclinazione, che durerà poi tutta la vita, alla diffusione incontrollata di ansia o di altre emozioni; oppure la sua eccessiva risonanza empatica, costringendo il bambino a proteggersi da un'emozione troppo intensa e quindi traumatizzante, può indurre in lui un'organizzazione psichica impoverita: l'organizzazione psichica di una persona che in futuro sarà incapace di essere empatica, di vivere le esperienze umane, di essere, in sostanza, pienamente umana”(57, p.114).

queste circostanze il bambino cresce progressivamente *nell'evidenza della presenza, dell'accessibilità, della responsività dell'Altro* e su questo inizia a basare le sue previsioni. Da queste esperienze dipende “.. la fiducia che le sue figure di attaccamento siano in genere facilmente disponibili e la sua paura più o meno grande, che non lo siano: di quando in quando, spesso, oppure nella maggior parte dei casi.” [13, 14]. Quando il *bisogno di tenerezza primario* [1], inteso come bisogno di incontro, cure, riconoscimento⁸, è frustrato da carenze, esigenze, conflitti, proiezioni genitoriali patologiche, si determina la condizione di *trascuratezza emotiva*.

Essa può comprendere diverse manifestazioni di differente grado tra cui: *l'indisponibilità psicologica*, la scarsa attitudine nella sintonizzazione emotiva e nel rispecchiamento affettivo da parte dei caregiver nei confronti degli stati emotivi del bambino; il *disconoscimento psichico*, la smentita dell'esistenza psichica individuale del bambino da parte di caregiver che si relazionano in base ai propri deformati bisogni psichici [63, 82, 83, 85]; la *volubilità - instabilità psicologica*, che altera per incoerenza, inconciliabilità la qualità della risposta⁹.

Sono situazioni in cui non possono essere evitati o fuggiti l'insensibilità, il disinteresse, l'inconciliabilità; per il bambino non c'è speranza di vivere, sperimentare, registrare -introiettare-, se non confusamente, le reciproche interazioni di protezione, soccorso, consolazione, riparazione, scambio, che diventano categorie frustrate dell'esperienza ed alimentano l'inabilità, l'insicurezza, la chiusura, il timore, l'irritazione. La trascuratezza emotiva comporta deficit nella regolazione emotiva e nelle capacità di mentalizzazione.

Quando i caregiver ripetutamente e per lunghi periodi non ne riconoscono gli stati mentali sottopongono i bambini ad una condizione di *scoraggiamento radicale*; in queste condizioni i bambini hanno più probabilità di *non sviluppare* gli aspetti emotivi coerenti alle circostanze, di *non regolare* il proprio contesto emotivo, di *non collaudare* le abilità necessarie per riconoscerne gli stati mentali nell'altrui e propria mente scaturiti nelle relazioni [39], di *non riallocare* in modo integrato, consequenziale, complesso, le rappresentazioni del Sé e dell'Altro.

⁸ Il riconoscimento si può intendere come una forma di intimità in cui si sviluppa la modulazione del campo relazionale in cui si vivono sintonizzazione, sincronizzazione, reciprocità emozionale; dove l'esperienza del Noi prevede l'orientamento al piccolo Tu in crescita in quanto alterità e la conoscenza intuitiva e prediscorsiva della sua singolarità, differenza, autonomia.

⁹ Glaser (2002) [47], ha individuato le seguenti aree di rischio: indisponibilità, non responsività emozionale, qualificazioni negative e mistificanti del bambino, interazioni con lui inappropriate o incongrue rispetto alla fase evolutiva, mancato riconoscimento e mancata consapevolezza della sua individualità e dei suoi confini psicologici, mancata promozione dell'adattamento sociale.

Dal disconoscimento traumatico dell'infanzia originano paura, insicurezza, confusione, rabbia; *l'individuo in formazione che non sperimenta l'esperienza di un Altro che lo precede, lo accoglie, lo rassicura e lo riconosce non si sente interiormente (implicitamente) al sicuro*; sperimenta un' inferiorità che non trova sufficiente compensazione; può avere la necessità di continuare ad utilizzare meccanismi come il diniego, la scissione, la proiezione, per proteggere la relazione di attaccamento, la dissociazione per proteggersi dagli stati emotivi interni eccedenti e destruenti e dalle relazioni iperattivi; utilizza un sistema neurobiologico immaturo e deformato; non può esplorare con fiducia il mondo oggettuale e comporre adeguatamente, nel suo sviluppo, la rete interiore, intercomunicante, delle sue rappresentazioni esperienziali, con grave detrimento dei processi integrativi, necessari per l'adattamento, l'evoluzione, la creatività e lo scambio sociale.

VI. Distorsioni

VI. 1. È piuttosto frequente che, quando pazienti che hanno subito uno sviluppo traumatico cercano un trattamento, si propongano in ciò che la psicologa Denise Gelinaz (Citata in Malacrea) [69] chiama una "*presentazione travestita*".

Essi vengono per un aiuto a causa di molti sintomi o a causa delle difficoltà nelle relazioni: problemi o paura dell'intimità; eccessiva responsività ai bisogni altrui; evitamento, dipendenza, incapacità di affrontare in maniera adeguata i conflitti; stress e rottura delle relazioni; ripetute vittimizzazioni, incapacità o difficoltà nell'interruzione di relazioni disfunzionali o violente, convinzione di non meritarsi nulla di buono o di meglio dalla vita; vissuti di inadeguatezza, solitudine e abbandono; sentimenti di impotenza, inadeguatezza, diversità ed esclusione; sensazione di vuoto, di cattiveria, di insensatezza, propria, degli altri e del mondo; scarsa o assente espressione della rabbia o al contrario forti sentimenti di odio, di vendetta nei confronti dell'abusante o di chi può ricordarlo.

Talora realizzano una sindrome simmetrica, una sorta di protesta virile, dove i sentimenti di vuoto ed insicurezza sembrano ribaltati in un atteggiamento iperindipendente, sfruttante, sicuro, controfobico. Spesso né il paziente né il terapeuta riconoscono rapidamente il legame tra i problemi esposti e la storia di trauma cronico [52].

VI. 2. Il trauma, le esperienze precoci, le relazioni oggettuali interne inconscie sono immagazzinate nel sistema implicito della memoria ed emergono durante la terapia attraverso le modalità con cui il paziente si mette in relazione con il terapeuta [44, 39], attraverso la rete di reciproche identificazioni e contro identificazioni proiettive. Il terapeuta corre il rischio di essere percepito, nel *transfert*, come un sostituto di figure inaffidabili, autoritarie e abusanti; il paziente potrebbe essere assalito da vergogna e ansia, esser spaventato all'idea di essere visto e giudicato dal terapeuta [21].

Ogni paziente ricerca in psicoterapia qualcosa di antico per poterlo rivivere in modo nuovo; uno dei trami di questa trasformazione è l'attività dis-ordinante del terapeuta, fondata sulla sua capacità di essere emotivamente stimolato e di essere in relazione

[36], cioè di saper anche interagire con un adeguato atteggiamento non verbale. Il paziente e il terapeuta portano nel setting aspetti inconsci pre-simbolici, radicati in esperienze agite all'interno di relazioni anche precoci, a matrice sensoriale ed emozionale, immuni da cognizione autoriflessiva e da conflitto interno e quindi indisponibili ad essere elaborate sino a quando non sono accessibili al pensiero e al linguaggio per via relazionale [36].

VI. 3. La *ripetizione traumatica* appare guidata dalla memoria procedurale implicita [93]. Sono ricordi non integrati e i pazienti sono incapaci di affrontarne gli effetti e le implicazioni riflettendo, discutendo, pensando ad essi; spesso hanno un atteggiamento fobico rispetto ai loro contenuti. Per Odgen: “*Passato e presente sono diventati somaticamente, emotivamente e cognitivamente confusi: vengono riattivati ricordi traumatici sotto forma di affetti intrusivi e le sensazioni corporee sono percepite come segnali di pericolo anche in momenti tranquilli. [...] La vita quotidiana è invalidata, mentre l'attenzione si concentra in maniera ristretta sugli stimoli minacciosi o sulla disregolazione interna*” [74].

VI. 4. La *memoria traumatica* comprende per lo più ricordi riattivati, non verbali, a volte combinati con resoconti narrativi incompleti [54, 55, 105] scissi dalla consapevolezza conscia e archiviati come percezioni sensoriali, pensieri ossessivi e ripetizioni comportamentali. Le narrazioni autobiografiche sono filtrate dalla memoria esplicita dichiarativa e quindi solo dopo i 4 anni di età un trauma viene registrato, per quanto può permettere l'eventuale disfunzione dell'ippocampo, in una certa misura, come un ricordo esplicito, anche considerando che il ricordo non è una registrazione fissa ed indelebile dell'esperienza, poiché memoria e percezione sono processi attivi di costruzione [2, 44].

VI. 5. L'*alleanza terapeutica*, non è un fatto scontato ma da perseguire attivamente; occorre intervenire sull'omeostasi, fisiologica e psicologica, per enfatizzare le abilità autoregolative dell'aurosal, che sottendono l'opportunità di attività non distruttive, utili, creative. Il terapeuta deve saper essere un regolatore biopsicologico interattivo per il sistema nervoso disregolato del paziente, agire come una “*corteccia ausiliaria*” [25], “*un regolatore affettivo degli stati disregolati del paziente*” [91].

VI. 6. La *sintonizzazione affettiva* è una riproduzione di ciò che si ritiene l'altro provi quando i MirrorNeuronsSistem del paziente e del terapeuta consentono stati di attivazione condivisa. Si tratta di un'esperienza in cui il terapeuta imita, copia, risente, è contagiato dalle emozioni del paziente, che contiene, critica, accoglie, modifica secondo la sua possibilità - opportunità, rinviando questa sua esperienza rimodellante al paziente che può “*sentirsi sentito*”, acquisire un frammento dello stile dell'altro, diverso al suo modo d'essere, ottenere inconsapevolmente un modello implicito incoraggiante e alternativo. Ogni rispecchiamento, contagio, per quanto empatico per diventare evolutivo trasformativo, deve aggiungere allo stato precedente un'acquisi-

zione *nuova*, effetto della presenza *significativa* del terapeuta. “(...) in terapia idealmente il terapeuta non rispecchia letteralmente gli stati mentali del paziente, ma dà risposte empatiche congruenti che gli permettono di trovare se stesso e nel contempo lo facilitano a riflettere a trasformare l’esperienza e il concetto di sé”¹⁰ [31, 32, 45, 58].

VI. 7. Lasciare che il paziente ripeta la reazione traumatica di paura, orrore, e senso di impotenza ha uno scarso beneficio terapeutico. Il terapeuta dovrebbe essere in grado di percepire le variazioni dell’assetto posturale - muscolare, respiratorio, prosodico del paziente per interrompere narrazioni trigger, richiamare al qui e ora, chiedere attenzione alle sensazioni corporee che si stanno sviluppando, interrompere la stimolazione situazionale per evitare circostanze di iper o ipoarousal. Anche il corpo del terapeuta ha un ruolo significativo e interviene come sistema di smorzamento o di amplificazione situazionale. Pattern mal adattativi, credenze patogene possono risentire dell’azione implicita di un terapeuta attento, interessato e per tutto quello che riguarda il non verbale e il corporeo, calmo, oltre che oggettivo nei suoi tentativi di comprensione. La prestazione non verbale del terapeuta potrebbe richiedere oltre che la consueta preparazione analitica e la nozione di distanza relazionale, intesa come percezione di condivisione, disinteresse, o contrapposizione reciproca [36] anche un’esperienza specifica nelle discipline che permettono il controllo di una “buona respirazione e di una buona postura”, da proiettare al Sistema dei Neuron Specchio del paziente.

VI. 8. Il terapeuta dovrebbe mostrarsi, soprattutto nelle fasi iniziali e con i pazienti con bassi Livelli di Funzionamento Psicopatologico [37], capace di atteggiamento curioso, non giudicante, non invasivo, orientato all’alleanza di lavoro supportiva, proponendo una prova di cooperazione, dove evitare la ripetizione in seduta dei pattern maladattativi, proporre l’integrazione dei suoi contributi, favorire la soluzione dei problemi interpersonali, sostenere le risorse del paziente, promuove la soluzione dei conflitti intrapsichici, rinforzare l’identità, assumendo prevalentemente una posizione incoraggiante di offerta, utilizzando strumenti tecnici di tipo validante [37, 80, 81]. La riattivazione del MOI dell’attaccamento disorganizzato va sempre evitata. Chi ha costruito sotto l’azione del trauma, inteso come violazione dei confini interpersonali nell’infanzia, *rappresentazioni di sé-con-l’altro* incompatibili, inorganizzabili, molteplici e non integrabili in un processo continuo ed unitario di autocoscienza, ha la necessità nell’attualità terapeutica di un senso di sicurezza non solo affrontato con l’elaborazione cognitiva, ma anche e soprattutto proposto come esperienza non verbale, corporea, nel qui e ora.

¹⁰ Il Sistema dei MirrorsNeurons è il substrato organico mediatore dell’"embodied cognition"; quando si attiva, nel momento in cui si osservano azioni effettivamente compiute o mimate o si mostra sensibile alle intenzioni dell’atto, attiva i fenomeni correlati all’empatia, come modulazione e condivisione delle emozioni con tutto ciò che le comunica, le espressioni del volto, gli atteggiamenti posturali del corpo, la frequenza respiratoria, il sistema vagale di Impegno sociale del Porgess. L’embodiedsimulation è uno specifico meccanismo grazie al quale il sistema cervello/corpo copia/modella le sue interazioni con il mondo [31, 32] e consente stati di attivazione condivisa. L’embodiedsimulation è un meccanismo obbligatorio, inconscio e preriﬂessivo, che non è il risultato di uno sforzo cognitivo deliberato e conscio, mirato all’interpretazione delle intenzioni nascoste nel comportamento evidente degli altri [45].

VI. 9. Il terapeuta, può reagire alla condizione di disagio del paziente con *atteggiamenti controtransferali* controproducenti, “cadendo” nel paradigma vittima-salvatore, o desiderando di diventare un buon sostituto genitoriale (facendo sorgere o amplificando l’idea del paziente che una relazione di questo tipo sia possibile a patto di trovare la persona giusta); sembra molto più utile un atteggiamento che solleciti una nuova relazione collaborativa, *nell’evidenza della presenza, dell’accessibilità, della responsabilità dell’Altro*, come occasione di riconoscimento, dove sviluppare, regolare e collaudare empatia, emozioni, funzioni riflessive e integrative.

VI. 10. Il trattamento Individual Psicologico cerca il cambiamento attraverso la maturazione dello *Stile di vita*, riformulando i rapporti tra Sentimento Sociale e la Volontà di autoaffermazione. L’adattamento creativo qui e ora, al setting ne è lo strumento operativo, verso mete socialmente utili, con rinuncia alle mete fittizie, che per definizione non consentono adattamento, quindi considera parte indispensabile della prassi terapeutica l’attenzione agli effetti dell’inconscio non rimosso implicito, che costituisce la base dei MOI, del dialogo interiore e, poi, interpersonale [31, 32].

VI. 11. Molti pazienti tentano strategie di adattamento ma non riescono a rinunciare alle rappresentazioni scisse introiettate nelle loro lunghe esperienze traumatiche, ad attivare processi di integrazione e lutto. Un genitore può ambigualmente essere stato crudele e protettivo e la sua rappresentazione rimanere scissa.

R. ha vissuto fino al suo matrimonio poco dopo i 20 anni con un padre sadico, una madre masochista, incapace di proteggerla. Quando era bambina manifestava una magrezza patologica e un’ansia estrema che le conferivano un ruolo privilegiato nella famiglia. Il padre la chiamava “Mauthausen”, la prendeva sulle ginocchia, la consolava e non la picchiava come faceva con i fratelli e la madre. Quando R. si sposò scelse un uomo che non era violento, fisicamente, ma che si rivelò sfruttante, egocentrico, bugiardo e ipocrita, non interessato ai suoi problemi, fino a risultare crudele e indifferente anche con il loro figlio. Solo dopo molti anni di terapia R. ha saputo riconoscere che padre, madre e marito non erano stati protettivi e che “poteva scegliere”.

L’abuso sessuale o psicologico, come nel caso di R., può essere disgiunto da una situazione di maltrattamento fisico; la sua storia è transitata in un ambiente dove per anni ha assistito ad una violenza pervasiva cui ha partecipato, per difendersi, alleandosi con i suoi persecutori. Molte delle situazioni di abuso e trascuratezza non sono percepite dal bambino come sopraffacenti nel modo delle tipiche esperienze traumatiche. Spesso il persecutore sa soddisfare un suo senso di dominio e di controllo rendendo complice inconsapevole la sua vittima.

Il bambino ha necessità di tenerezza, gioco, intimità; è spinto dall’imprescindibile bisogno di incontro, di cure, di riconoscimento e vive nella cronicità della vittimizzazione la deforme attenzione dell’adulto come predicibile e perversamente funzionale alla continuità del sé.

Spesso la relazione con il maltrattante è inserita in un più ampio contesto ambientale di vuoto e disimpegno emotivo, di mancanza di riconoscimento e garantisce la difesa dall'angoscia disindividuativa, dalla dissoluzione di condizioni simbiotiche in cui l'Altro è indispensabile per preservare la completezza del sé e qualche altro beneficio: la protezione da competitori, un surrogato di intimità e tenerezza.

L'assenza dello sconvolgimento acuto non ha alcuna valenza protettiva, anzi attiva un effetto pervasivo a carico dei processi di regolazione, psicologici e biologici. Si parla in questi casi di "*trauma interno all'identità*" opposto al "*trauma esterno all'identità*" che caratterizza le situazioni di trauma acuto [69]. Il rapporto di fiducia con l'adulto, da cui dovrebbe giungere un modello maturo di Interesse sociale è sostituito da relazioni in cui prevalgono e si ipertrofizzano le necessità di protezione e di iper-adattamento. Il confronto è con un potere sovrachiantante e con la socialità disfunzionale del nucleo familiare.

VI. 12. Tragicamente "*...fare la mamma al posto della mamma..*" è una locuzione che si impregna di significati multipli, intrecciati e ambigui, tra cui il tentativo di proteggere la madre, di sostituirla (anche sessualmente), di superarla, di raggiungere uno status, un potere, una maggiore sicurezza anche, ipertrofizzando una sensibilità anticipatoria, identificandosi in ciò che l'aggressore (nel caso "*..uno dei fidanzati della mamma..*") si aspetta, una patologica precocità, l'identificazione con un micro cosmo culturale deformato/deformante, la pseudo soddisfazione (per quel che è stato possibile), tragica e paradossale del bisogno di attenzioni, cure, stabilità. Nelle persone che hanno vissuto vicende simili il processo di significazione si piega al servizio della meta di sopravvivenza e sicurezza, intrinseca all'essere bambino, ed è contaminato dall'esperienza: spesso le persone traumatizzate si vergognano di quanto è successo, dicono che avevano meritato le punizioni perché erano cattivi o si erano comportate male. Non possono riconoscere le identificazioni introiettive con il genitore cattivo, la necessità del genitore buono e di ridurre il senso di impotenza.

VI. 13. "*L'esperienza del proprio disvalore*" nell'infanzia, rafforza la finzione direttrice che alimenta in modo abnorme la previsione di un pericolo imminente, amplifica rigide sequenzialità emotivo comportamentali indotte situazionalmente, sollecita l'introyezione di modelli relazionali deformi, indebolisce le funzioni integrative e riflessive [64]. Perry dà un'ottima sintesi: "*La caratteristica [...] della scissione può essere compresa se vista come un tentativo adattivo di mantenere l'immagine positiva idealizzata di un genitore pieno di attenzioni, una figura cui rimanere legati escludendo l'immagine del genitore violento od indifferente, [...]*.

Lo sviluppo della capacità del bambino di regolare gli stati affettivi è ripetutamente incrinato dalle esperienze traumatiche che evocano terrore, rabbia, sofferenza. Questi stati emotivi finiscono per confluire in una sindrome post traumatica" [75].

Fonagy sostiene che i bambini maltrattati contrastano difensivamente la rappresentazione degli stati mentali propri e altrui, rarefacendo la rete di sentimenti e pensieri,

schematizzando, per non “incontrare” l’odio, l’uso, l’indifferenza negli agiti dell’adulto, e “vedere” se stessi come persone senza valore, indegne d’amore. Il significato degli stati intenzionali degli abusanti viene negato o distorto, le loro affermazioni (ad es. di giustamente punire), in contrasto con i loro comportamenti, giustificate. Le circostanze traumatiche, che non possono essere decodificate, assumono quel senso vago e penetrante di disagio, di penosa attesa o di vuoto calato nella memoria implicita. Una parola, un gesto vissuto come ambiguo, rievoca la minaccia dell’inganno distruttivo, che rigetta in un terrore incomprensibile e non decodificabile, «Cosa sta succedendo?». Tornala paura di non essere in grado di accorgersi della catastrofe che è di nuovo in agguato, dietro l’angolo, del buco nero che si sta riaprendo sotto i piedi [69].

G. 38 anni ha iniziato la terapia per: problemi e paura dell’intimità; evitamento, dipendenza, incapacità di affrontare in maniera adeguata i conflitti; stress e rottura delle relazioni; incapacità o difficoltà nell’interruzione di rapporti disfunzionali o violenti; convinzione di non potersi meritare nulla di buono o di meglio dalla vita; vissuti di inadeguatezza, solitudine e abbandono; sentimenti di impotenza, diversità ed esclusione; sensazione di vuoto, cattiveria, insensatezza, propria e/o degli altri e del mondo. Ha un lavoro stabile e insoddisfacente, che non riesce a cambiare; vive sola; è in disaccordo con i genitori anziani e malati che frequenta regolarmente in modo disagiata e conflittuale; ha una grande passione per un’arte figurativa in cui ha scoperto essere molto dotata e che le fornisce un buon rifornimento di autostima e socialità altrimenti atrofizzata (attività che è stata molto incoraggiata nelle sedute). In 16ma seduta vorrebbe regalare al terapeuta un premio (consistente), risultato della sua abilità e partecipazione in una manifestazione specialistica. Il terapeuta sollecita la riflessione su questo acting out. La paziente, forse stimolata da un blocchetto di biglietti sulla scrivania, quasi tra le mani del terapeuta, cambia inflessione vocale, prima giocosa, espansiva, vittoriosa e successivamente con voce rotta, mesta, monotona, racconta: “...mio padre aveva dei biglietti, tutti firmati, in modo così arzigogolato che non si potevano falsificare. Quando ne combinavo qualcuna mia madre glielo diceva e uno di quei biglietti finiva in una scatolina sul frigorifero dove teneva la cinghia. Poi alla fine della settimana mi prendevo la punizione...”. Alla paziente rimane assolutamente estranea la sequenza premio, offerta del regalo al terapeuta, rifiuto, flashback (che viene considerata solo come un ‘come se’, e non viene esplicitata), come anche la variazione del suo assetto emotivo, corporeo, mimico e prosodico; nel racconto le sue emozioni sembrano congelarsi. Il terapeuta non accetta il premio, ma solo un piccolo regalo, un oggetto di nessun valore concreto, ma evocativo della brillante prestazione, congratulandosi e partecipando sinceramente (oltre al self-revelation, self disclosure?). In 21ma seduta la paziente ritorna sul flashback: “...mi picchiava e poi si sentiva in colpa... piangeva... mi prendeva in braccio, mi spalmava il lasonil...” la voce è rabbiosa, rotta, il terapeuta è la persona a cui raccontare, con cui riflettere.

Al breve, racconto, sfuggono molti particolari. La paziente si racconta utilizzando, in momenti diversi, modi diversi: *la ragioniera*, meticolosa, adattata, insoddisfatta; *l’ar-*

tista, espansiva, esplorativa, soddisfatta; *la bambina* che racconta il trauma, piccola e spaventata; sfumature e non nette separazioni nel funzionamento, la paziente non ha stati di personalità distinti; le memorie traumatiche comportano modulazioni secondo cliché che hanno avuto un loro ruolo adattativo ed intervengono attivando nel qui e ora il controtransfert.

I rischi sono: la collusione [42] (ad esempio con *l'artista*, molto simpatica e seduttiva), l'attivazione di un'organizzazione difensiva a due, in cui contenuti scissi e identificazioni proiettive si potenziano a vicenda, una relazione polarizzata ed irrigidita, un sistema di potere e/o di accomodamento in cui asimmetricamente i partner allontanano le problematiche di identità e anti ambivalenza, fondano il proprio senso di identità nell'accondiscendere alle richieste altrui.

I pazienti hanno maggior beneficio nel trattamento quando l'acquisizione di una consapevolezza più profonda dei propri bisogni e dei propri atteggiamenti li aiuta a costruire, come asseriva Adler [11, 36], una percezione positiva di sé e del mondo ed è utilizzata per dirigersi verso l'azione e collaudare il cambiamento, quindi nel qui e ora, dove il setting aiuta il discernimento dei fenomeni disfunzionali. In una situazione dissociativa [106] contenuti non elaborabili vengono immagazzinati in aree somatosensoriali, senza integrazione; trigger emotivi, situazionali, visivi, scatenano gli stessi contenuti che tornano con la stessa vividezza dell'esperienza passata, sollecitando il flashback.

Successivamente il ricordo, nel qui e ora, ma soprattutto il contesto emozionale, le *emozioni traumatiche* trovano una collocazione nella relazione con il terapeuta, diventano materiale riutilizzabile nel processo terapeutico. Il paziente ha l'opportunità nell'ambito di un'alleanza terapeutica, sempre in via di consolidamento, di superare la meta fittizia, impronta finalistica, in vario modo carente di obiettività, che ha preso corpo durante l'infanzia e tende a perdurare nell'inquadramento delle concezioni di sé e del mondo esterno [31].

Può affrontare l'inconscia propensione che promuove separazione ed isolamento, il conflitto tra sentimento sociale, (fare con altri) e volontà di autoaffermazione (difendersi dagli altri e/o sopraffarli), tentare il collaudo di un nuovo modo di "essere con", provare a superare lo scoraggiamento radicale da cui è nata la finzione direttrice originata dalle sue necessità di sopravvivenza, influenzata dalle precarizzanti identificazioni con i modelli deformanti del suo micro cosmo sociale/famigliare, che hanno dato luogo a deviazioni quantitative e qualitative nella visione di sé e del mondo. Si tratterebbe di rielaborare una finzione *come se* fosse rivolta ad una compartecipazione emotiva di condivisione e comprensione con crescita dell'autostima reciproca [31].

Bibliografia

1. ADLER, A. (1908), Das Zärtlichkeits bedürfnis des Kindes, in ADLER, A., FURTMÜLLER, C. (a cura di), *Heilen und Bilden: Ärztlich-pädagogische Arbeiten des Vereins für Individual psychologie*, Reinhardt, München 1914.
2. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Astrolabio, Roma 1950.
3. AINSWORTH, M. D. (2006), *Modelli di attaccamento e sviluppo della personalità*, Raffaello Cortina, Milano.
4. ALLEN, J. G., CONSOLE, D. A., LEWIS, L. (1999), Dissociative detachment and memory impairment: reversible amnesia or encoding failure? *Compr. Psychiatry*, 40 (2): 160-171.
5. ANDA, R. F., FELITTI, V. J., BREMNER, J. D., WALKER, J. D., WHITFIELD, C., PERRY, B. D., DUBE, S. R., GILES, W. H. (2006), The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology, *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.*, 256 (3): 174-186.
6. ANDERSEN, S. L., TOMADA, A., VINCOW, E. S., VALENTE, E., POLCARI, A., TEICHER, M. H. (2008), Preliminary evidence for sensitive periods in the effect of childhood sexual abuse on regional brain development, *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.*, 20 (3): 292-301.
7. ANDREASEN, N. J. C. (1985), Posttraumatic stress disorder, in KAPLAN, H. I., SADOK, B. J. (eds), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Williams and Wilkins, Baltimore: 918-924.
8. BARBASIO, C., GIOVANNELLI, L., GRANIERI, A. (2013), Vulnerabilità psicosomatica e ascolto psicoanalitico: frammento di un'analisi, in CARETTI, V., CRAPARO, G., SCHIMMENTI, A. (a cura di), *Memorie traumatiche e mentalizzazione. Teoria, ricerca e clinica*, Astrolabio, Roma.
9. BEEBE, B., LACHMANN, F. M. (1988), Mother-infant mutual influence and precursors of psychic structure, in GOLDBERG, A. (ed), *Frontiers in Self Psychology: progress in self psychology*, The Analytic Press, Hillsdale: 3-25.
10. BEEBE, B., JAFFE, J., LACHMANN, F. M. (1994), A Dyadic systems model of mother-infant regulation: implications for the origins of representations and therapeutic action, *Psychol. Psychoan.*, 14: 27-33.
11. BENEDETTI, G. (1989), Modelli interpretativi e conoscitivi della personalità in psicoanalisi, *Personalità e psicopatologia*, ETS, Pisa.
12. BENES, F. M. (1994), Cambiamenti evolutivi nell'adattamento dello stress in relazione alla psicopatologia, *Sviluppo e psicopatologia*, 6: 723-739.
13. BOWLBY, J. (1969), *Attachment. Attachment and Loss*, vol. 1, tr. it. *Attaccamento e perdita 1*, Bollati Boringhieri, Torino 1999.
14. BOWLBY, J. (1973), *Separation: Anxiety & Anger. Attachment and Loss*, vol. 2, tr. it. *Attaccamento e perdita 2*, Bollati Boringhieri, Torino 2000.
15. BROWN, R. J. (2006), Different types of "dissociation" have different psychological mechanisms, *J. Trauma Dissociation*, 7(4): 7-28.

16. BREWIN, C. R. (2001), A cognitive neuroscience account of post-traumatic stress disorder and its treatment, *Behav. Res. Ther.*, 39: 37-93.
17. BROMBERG, P. M. (2011), *The shadow of the tsunami: and the growth of the relational mind*, tr. it. *L'ombra dello tsunami. La crescita della mente relazionale*, Raffaello Cortina, Milano 2012.
18. BROOKS-BRENNEIS, C. (1996), Memory sistem and psychoanalytic retrieval of memories of trauma, *J. Am. Psychoan. Assoc.*, 44: 1165-1187.
19. CASSIDY, J., MOHR, J. J. (2001), Unsolvable Fear, Trauma, and Psychopathology: Theory, Research, and Clinical Considerations Related to Disorganized Attachment across the Life Span, *Clin. Psychol. Sci. Pr.*, 8: 275-298.
20. COPERLAND, W. E., KEELER, G., ANGOLD, A., COSTELLO, E. J. (2007), Traumatic events and posttraumatic stress in childhood, *Arch. Gen. Psychiatry*, 64: 577-584.
21. CORTUOIS, C. A. (1999), *Recollections of sexual abuse: Treatment principles and guidelines*, Norton, New York.
22. CRAPARO, G. (2013), *Il disturbo post traumatico da stress*, Carocci, Roma.
23. CROCQ, L. (1999), *Les Traumatismes Psychiques de Guerre*, Odile Jacob, Paris.
24. D'ANDREA, W., FORD, J., STOLBACH, B., SPINAZZOLA, J., VAN DER KOLK, B. A. (2012), Understanding interpersonal trauma in children: why we need a developmentally appropriate trauma diagnosis, *Am. J. Orthopsychiatry*, 82(2): 187-200.
25. DIAMOND, S., BALVIN, R., DIAMOND, E. (1963), *Inhibition and choice*, Harper Row, New York.
26. DONG, M., ANDA, R. F., FELITTI, V., DUBE, S. R., WILLIAMSON, D. F., THOMPSON, T. J., LOO, C. M., GILES, W. H. (2004), The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction, *Child Abuse Negl.*, 28: 771-784.
27. DRAIJER N., LANGERLAND, W. (1999), Childhood trauma and perceived parental dysfunction in the etiology of dissociative symptoms in psychiatric inpatient, *Am. J. Psychiatry*, 156: 379-388.
28. DUBE, S. R., FELITTI, V. J., DONG, M., CHAPMAN, D. P., GILES, W. H., ANDA R. F. (2003), Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: the adverse childhood experiences study, *Pediatrics*, 111(3): 564-572.
29. DUTRA, L., BUREAU, J., HOLMES, B., LYUBCHIK, A., LYONS-RUTH, K. (2009), Quality of early care and childhood trauma: a prospective study of developmental pathways to dissociation, *J. Nerv. Ment. Dis.*, 197: 383-390.
30. ELLENBERGER, H. (1970), *The discovery of the unconscious: the history and evolution of dynamic psychiatry*, tr. it. *La scoperta dell'inconscio. Storia della psichiatria dinamica*, Bollati Boringhieri, Torino 1976.
31. FASSINO, S. (2010), Finzioni e processi di cambiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 69: 59-79.
32. FASSINO, S. (2016), Il sentimento sociale del terapeuta ri-attiva quello del paziente, *Riv. Psicol. Indiv.*, 79: 27-43.

33. FELITTI, V. J., ANDA, R. F., NORDERNBERG, D., WILLIAMSON, D. F., SPITZ, A. M., EDWARDS, V., KOSS, M. P., MARKS, J. S. (2001), Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults, in: FRANEY, K., GEFFNER, R., FALCONER, R. (EDS), *The cost of child maltreatment: who pays? We all do*, Family Violence and Sexual Assault Institute, St. Diego.
34. FERENCZI, S. (1932), *Ohne Sympathie keine Heilung: Das klinische Tagebuch von 1932*, tr. it. *Diario clinico (gennaio-ottobre 1932)*, Raffaello Cortina, Milano 2004.
35. FERENCZI, S. (1949), Confusion of tongues between adults and the child: the language of tenderness and the language of passion, *Int. J. Psychoanal.*, 30: 225-230.
36. FERRERO, A. (2009), *Psicoterapia psicodinamica Adleriana (APP): un trattamento possibile nei dipartimenti di salute mentale*, Centro Studi e Ricerche in Psichiatria, Torino.
37. FERRERO, A., SIMONELLI, B. (2006), Sequential Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (SB-APP): psicoterapia time limited per pazienti con organizzazione borderline di personalità, *Riv. Psicol. Indiv.*, 59: 13-38.
38. FONAGY, P., GERGELY, G., JURIST, E. L., TARGET, M. (2002), *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*, tr. it. *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del sé*, Raffaello Cortina, Milano 2005.
39. FONAGY, P., TARGET, M. (1997), Attachment and reflective function: The irrole in self-organization, *Dev. Psychopathol.*, 9: 679-700.
40. FORD, J. D., ELHAI, J. D., CONNOR, D. F., FRUEH, B. C., PO, Y. (2010), Victimization and risk of posttraumatic, depressive, and substance use disorder and involvement in delinquency in a national sample of adolescence, *J. Adolesc. Health*, 46: 545-552.
41. FRALEY, R. C., NIEDENTHAL, P. M., MARKS, M., BRUMBAUGH, C., VICARY, A., (2006), Probing the Hyperactivating Strategies Underlying Anxious Attachment, *J. Pers.* 74,4: 1163-1190.
42. FRANKEL, J. (1993), Collusione e intimità nella relazione analitica, in ARON, J., HARRIS, A. (a cura di), *L'eredità di Sándor Ferenczi*, Borla, Roma 1998.
43. FREYD, J. J. (1996), *Betrayal Trauma: The Logic of Forgetting Childhood Abuse*, Harvard University Press, Cambridge.
44. GABBARD, G. O. (1994), *Psychodynamic Psychiatry in clinical practice*, tr. it. *Psichiatria psicodinamica*, Raffaello Cortina, Milano 1992.
45. GALLESE, V. EAGLE MORRIS, M., MIGONE, P. (2007), Intentional Attunement; Mirror Neurons and the Neural Underpinnings of Interpersonal Relation, *J. Am. Psychoanal. Ass.*, 55: 31-176.
46. GLASER, D. (2000), Child abuse and neglect and the brain: A review, *J. Child Psychol. Psychiatry*, 41(1): 97-116.
47. GLASER, D. (2002), Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): a conceptual framework, *Child Abuse Negl.*, 26(6/7): 697-714.
48. HART, J., GUNNAR, M., CICHETTI, C. (1995), Salivary cortisol in maltreated children. Evidence of relations between neuroendocrine activity and social competence, *Dev. Psychopathol.*, 7: 11-26.

49. HECHT, D. (2014), Lateralizzazione cerebrale delle tendenze pro e anti-sociali, *Exp. Neurobiol.*, 23: 1-27.
50. HEIM, C., OWENS, M. J., PLOTSKY, P. M., NEMEROFF, C. B. (1997), Persistent changes in corticotropin-releasing factor systems due to early life stress: relationship to the pathophysiology of major depression and post-traumatic stress disorder, I: endocrine factors in the pathophysiology of mental disorders, *Psychopharmacol. Bull.*, 33:185-192.
51. HEIM, C., OWENS, M. J., PLOTSKY, P. M., NEMEROFF, C. B. (1997), The role of early adverse life events in the etiology of depression and posttraumatic stress disorder: focus on corticotropin-releasing factor, *Ann. NY Acad. Sci.*, 821: 194-207.
52. HERMAN, J. (1992), *Trauma and recovery: the aftermath of violence - from domestic abuse to political terror*, tr. it. *Guarire dal trauma. Affrontare le conseguenze della violenza, dall'abuso domestico al terrorismo*, Magi Editore, Roma 2005.
53. HOLMES, E., BROWN, R., MANSELL, W., FEARON, P., HUNTER, E., FRA-SQUILHO, F., OAKLEY, D. (2005), Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications, *Clin. Psychol. Review*, 25: 1-23.
54. JANET, P. (1889), *L'automatisme psychologique: première partie*, tr. it. *L'automatismo psicologico. Saggio di psicologia sperimentale sulle forme inferiori dell'attività umana*, Raffaello Cortina, Milano 2013.
55. JANET, P. (1909), Problèmes Psychologiques de l'Emotion, *Rev. Neurol.*, 17: 1551-1687.
56. KHAN MASUD, R. (1963), The Concept of Cumulative Trauma, *Psychoanal. Study Child*, 18: 286-306.
57. KOHUT, H. (1984), *How Does Analysis Cure?*, tr. it. *La cura psicoanalitica*, Bollati Boringhieri, Torino 1986: 114.
58. KOHUT, H. (1978), *The Search for the Self*, tr. it. *La ricerca del Sé*, Bollati Boringhieri, Torino 1982.
59. LANE, R. D., REIMAN, E. M., BRADLEY, M. M., LANG, P. J., AHERN, G. L., DAVIDSON, R. J., SCHWARTZ, G. E. (1997), Neuroanatomical correlates of pleasant and unpleasant emotion, *Neuropsychologia*, 35 (11): 1437-1444.
60. LANIUS, R. A., BRAND, B., VERMETTEN, E., FREWEN, P. A., SPIEGEL, D. (2012), The dissociative subtype of posttraumatic stress disorder: rationale, clinical and neurobiological evidence, and implications, *Depress. Anxiety*, 29 (8): 701-708.
61. LA MARCA, L., MINGHETTI, M., BALDONI, F., SCHIMMENTI, A. (2015), Trascureatezza emotiva e sviluppo della personalità: un'eseemplificazione clinica attraverso l'analisi di un protocollo adult attachment interview, *Psichiatria & Psicoterapia*, 34,1: 3-25.
62. LEVINE, S. (1957), Infantile experience and resistance to physiological stress, *Science*, 126: 405-406.
63. LINEHAN, M. M. (1993), *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*, tr. it. *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline*, Raffaello Cortina, Milano 2001.
64. LINGARDI V., MAEDDU, F. (2002), *I meccanismi di difesa*, Cortina, Milano.

65. LINGIARDI, V., MUCCI, C. (2014), Da Janet a Bromberg, passando per Ferenczi, *Psichiatria & Psicoterapia*, 33,1: 41-62.
66. LIOTTI, G. (1999), Trauma e dissociazione alla luce della teoria dell'attaccamento, *Atque*, 20-21: 107-126.
67. LIOTTI, G., FARINA, B. (2011), *Sviluppi traumatici: etiopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*, Raffaello Cortina, Milano.
68. LYONS-RUTH, K. (1998), Implicit relational knowing: its role in development and psychoanalytic treatment, *Infant Ment. Health*, 19: 282-289.
69. MALACREA, M. (2006), *Esperienze sfavorevoli infantili*, Istituto degli Innocenti, Firenze.
70. MCBURNETT, K., LAHEY, B., RATHOUZ, P., LOEBER, R. (2000), Low salivary cortisol and persistent aggression in boys referred for disruptive behavior, *Arch. Gen. Psychiatry*, 57(1): 38-43.
71. MEARES, R. (1995), Episodic Memory, Trauma, and the Narrative of Self, *Contemp. Psychoanal.*, 31(4): 541-556.
72. NIJENHUIS, E. R. S. (2000), Somatoform dissociation: Major symptoms of dissociative disorders, *J. Trauma Dissociation*, 1(4): 7-32.
73. OGDEN, P. (2013), Oltre le parole: la psicoterapia sensomotora nel trattamento del trauma, in CARETTI, V., CRAPARO, G., SCHIMMENTI, A. (a cura di), *Memorie Traumatiche e mentalizzazione. Teoria, ricerca e clinica*, Astrolabio, Roma.
74. OGDEN, P. et al. (2013), *Trauma and the Body: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy*, tr. it. *Il trauma e il corpo. Manuale di psicoterapia sensomotora*, Istituto Scienze Cognitive Editore, Milano 2015.
75. PERRY, J. C., HERMANN, J. L. (1995), *I traumi e le difese nell'eziologia del disturbo borderline di personalità*, tr. it. *Il disturbo borderline di personalità. Eziologia e trattamento*, Raffaello Cortina, Milano.
76. PERRY, P. D., POLLARD, R. A., BLAICLEY, T. L., BAKERW, L., VIGILANTE, D. (1995), Childhood Trauma, the Neurobiology of Adaptation, and "Use-dependent" Development of the Brain: How "States" Become "Traits", *Infant Ment. Health J.*, 16,4: 271-291.
77. PORGES, S. W. (2001), The polyvagal theory: phylogenetic substrates of a social nervous system, *Int. J. Psychophysiol.*, 42(2): 123-46.
78. RAZ, A. (2004), Anatomy of attentional networks, *The Anatomical Record Part B, Anat. Rec. B New Anat.*, 281(1): 21-36.
79. RESNICK, H. S., KILPATRICK, D. G., DANSKY, B. S., SAUNDERS, B. E., BEST, C. L. (1993), Prevalence of Civilian Trauma and PTSD in a Representative National Sample of Women, *J. Consult. Clin. Psychol.*, 61(6): 984-91.
80. ROVERA, G. G. (2016), L'alleanza col deficit: un possibile strumento mutativo, *Riv. Psicol. Indiv.*, 80: 41-49.
81. ROVERA, G. G. (2016), Transmotivazione: Proposta per una strategia dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 80: 9-29.
82. SCHIMMENTI, A. (2013), Trauma evolutivo: origini e conseguenze dell'abuso e della trascuratezza nell'infanzia, in CARETTI, V., CRAPARO, G., SCHIMMENTI, A (a cura

- di), *Memorie traumatiche e mentalizzazione. Teoria, ricerca e clinica*, Astrolabio, Roma.
83. SCHIMMENTI, A. (2014), Il trauma evolutivo e la ricerca dell'intimità: una prospettiva relazionale, *Ricerca Psicoanalitica*, 5: 31-53.
84. SCHIMMENTI, A., BIFULCO, A. (2008), Quando i genitori maltrattano i figli: le radici psicopatologiche dello sviluppo affettivo, in CARETTI, V., CRAPARO, G. (a cura di), *Trauma e Psicopatologia. Un approccio evolutivo-relazionale*, Astrolabio, Roma: 94-131.
85. SCHIMMENTI, A., BIFULCO, A. (2015), Linking lack of care in childhood to anxiety disorders in emerging adulthood: the role of attachment styles, *Child Adolesc. Ment. Health*, 20: 41-48.
86. SCHIMMENTI, A., CARETTI, V. (2010), Psychic retreats or psychic pits? Unbearable states of mind and technological addiction, *Psychoanal. Psycho.*, 27: 115-132.
87. SCHIMMENTI, A., CARETTI, V. (2014), Linking the overwhelming with the unbearable: Developmental trauma, dissociation, and the disconnected self, *Psychoanal. Psycho.*, 33 (1): 106-128.
88. SCHORE, A. N. (2013), Traumi relazionali e sviluppo dell'emisfero destro. Un dialogo tra psicologia psicoanalitica del Sé e neuroscienze, in CARETTI, V., CRAPARO, G., SCHIMMENTI, A. (a cura di), *Memorie traumatiche e mentalizzazione. Teoria, ricerca e clinica*, Astrolabio, Roma: 37-52.
89. SCHORE, A. N. (1996), The experience-dependent maturation of a regulatory system of an evaluative system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology, *Dev. Psychopathol.*, 8: 59- 87.
90. SCHORE, A. N. (2003), *Affect dysregulation and disorders of the self*, tr. it. *I disturbi del Sé. La disregolazione degli affetti*, Astrolabio, Roma 2010.
91. SCHORE, A. N. (2001), The right brain as the neurobiological substratum of Freud's dynamic unconscious, in SCHARFF, D., SCHARFF, J., *Freud at the millennium: the evolution and application of psychoanalysis*, Other Press, New York: 61-88.
92. SCHORE, A. N. (2002), Dysregulation of the right brain: a fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of posttraumatic stress disorder, *Aust. N. Zeal. J. Psychiatry*, 36: 9-30.
93. SIEGEL, D. J. (2003), An interpersonal neurobiology of psychotherapy: The developing mind and the resolution of trauma, in SOLOMON, M., SIEGEL, D. J. (Eds.), *Healing Trauma: Attachment, Mind, Body, and Brain*, Norton & Company, New York: 1-56.
94. SIEGEL, D. J. (2012), *The Developing Mind, Second Edition: How relationships and the brain interact to shape who we are*, tr. it. *La mente relazionale*, seconda edizione, Raffaello Cortina, Milano 2013.
95. SKELTON, K., RESSLER, K. J., BRADLEY-DAVINO, B. (2012), PTSD and Gene Variants: New Pathways and New Thinking, *Neuropharmacology*, 62(2): 628-637.
96. STERN D. N., *Il momento presente*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2005.
97. STERN, D. N., *Il mondo interpersonale del bambino*, Bollati Boringhieri, Torino 1987.
98. STEVENSON C. W., HALLIDAY D. M., MARSDEN C. A., MASON R. (2008), Early life programming of hemispheric lateralization and synchronization in the adult medial prefrontal cortex, *Neuroscience*, doi: 10.1016/j.neuroscience.2008.06.013.

99. TERR, L. (1991), Childhood traumas: an outline and overview, *Am. J. Psychiatry*, 148(1):10-20.
100. TRONICK, E. Z. (1989), Le emozioni e la comunicazione affettiva nelle prime relazioni, in RIVA CRUGNOLA, C. (a cura di), *La Comunicazione affettiva tra il bambino e i suoi partner*, Raffaello Cortina, Milano 1999.
101. TRONICK, E. Z. (2009), Multilevel meaning making and dyadic expansion of consciousness theory: The emotional and the polymorphic and polysemic flow of meaning, in FOSHA, D., SIEGEL, D., SOLOMON, M. (eds), *The healing power of emotion: Affective neuroscience, development and clinical practice*, Norton, New York: 293-315.
102. TRONICK, E. Z., WEINBERG, M. K. (1997), Depressed mothers and infants. Failure to form dyadic states of consciousness, in MURRAY, L., COOPER, P. (eds), *Postpartum depression and child development*, tr. it. *Le madri depresse e i loro bambini: l'insuccesso nella formazione di stati di coscienza diadici*, in TRONICKE, Z., *Regolazione emotiva: nello sviluppo e nel processo terapeutico*, Raffaello Cortina, Milano 2008: 155-184.
103. TRONICK, E. Z. (2006), Self and dyadic expansion of consciousness, meaning-making, open systems, and the experience of pleasure, in LA SALA, G. B., FAGANDINI, P., LORI, V., MONTI, F., BLICKSTEIN, I. (a cura di), *Coming into the world: a dialogue between medical and human science*, Walter de Gruyter GmbH e Co, Berlin: 16-17.
104. VAN DER HART, O., NIJENHUIS, E. (2009), Dissociative disorders, in BLANEY, P. H., KRUEGER, R. F., MILLON, T. (Eds), *Oxford Textbook of Psychopathology*, Oxford University Press, New York.
105. VAN DER KOLK, B. A., VAN DER HART, O. (1989), Pierre Janet and the Breakdown of Adaptation in Psychological Trauma, *Am. J. Psychiatry* 146,12: 1530-1540.
106. VAN DER KOLK, B. A. (1987), The drug treatment of post-traumatic stress disorder, *J. Affect. Disord.*, 13,2: 203-213.
107. VAN DER KOLK, B. A., MCFARLANE, A. C., WEISAETH, L. (1996), *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society*, tr. it. *Stress traumatico. Gli effetti sulla mente, sul corpo e sulla società delle esperienze intollerabili*, Magi, Roma 2005.
108. VAN DER KOLK, B., OLAFSON, E., LIAUTAUD, E. J., MALLAH E., HUBBARD, K. R., KAGAN, R., LANKTREE, C., BLAUSTEIN, M., CLOITRE, M., DEROSA, R., JULIAN FORD, J., SPINAZZOLA, J., COOK, A. (2005), Complex Trauma in Children and Adolescents, *Psychiatr. Ann.*, 35,5: 1-40.

Sergio Laguzzi
Via Castel del Lupo 55
I-10060 San Secondo di Pinerolo (TO)
E-mail: slaguzzi@aslto3.piemonte.it

Francesca Marconetto
Frazione Ottana 8
I-10060 Castagnole Piemonte (TO)
E-mail: francesca.marconetto@gmail.com