

Gli effetti profondi del trauma precoce nella costruzione del senso di sé: una introduzione alla dissociazione in età evolutiva

GIAN SANDRO LERDA, ENRICA CAVALLI

Summary –THE DEEP EFFECTS OF EARLY TRAUMA ON THE CONSTRUCTION OF THE SENSE OF SELF: AN INTRODUCTION TO DISSOCIATION IN DEVELOPMENTAL AGE. The contribution of neuroscience and attachment theories allowed to arrive at a new conceptualization of infantile dissociation, observed today as a post-traumatic adaptation that has profound effects on the construction of the individual's sense of self, following experiences of early and cumulative traumatization within models of disorganized attachment. The theoretical model of Individual Psychology, which embraces a psychology of depth and of the self, offers a context in which these new conceptualizations can find numerous connections. Knowing how to identify the dynamics that this particular type of trauma produces on development, recognizing the dissociative phenomena that can arise in childhood and adolescence, appears particularly important in order to understand the complexity of children's suffering and put these acquisitions at the service of their treatment

Keywords: DISSOCIATIVE DISORDERS, CHILDHOOD, ADOLESCENCE, DEVELOPMENTAL TRAUMA, DISORGANIZED ATTACHMENT, NEUROSCIENCE, ATTACHMENT THEORY, DISSOCIATION

Abstract – GLI EFFETTI PROFONDI DEL TRAUMA PRECOCE NELLA COSTRUZIONE DEL SENSO DI SÉ: UNA INTRODUZIONE ALLA DISSOCIAZIONE IN ETÀ EVOLUTIVA. Il contributo delle neuroscienze e delle teorie dell'attaccamento hanno permesso di arrivare ad una nuova concettualizzazione della dissociazione infantile, osservata oggi come adattamento post-traumatico che ha effetti profondi nella costruzione del senso di sé dell'individuo, conseguente ad esperienze di traumatizzazione precoce e cumulativa all'interno di modelli di attaccamento disorganizzato. Il modello teorico della Individual Psicologia, che abbraccia una psicologia del profondo e del sé, offre un contesto in cui queste nuove concettualizzazioni possono trovare numerose connessioni. Saper individuare le dinamiche che questo particolare tipo di trauma produce sullo sviluppo, riconoscendone i fenomeni dissociativi che possono insorgere in età infantile ed adolescenziale, appare di particolare importanza per poter comprendere la complessità della sofferenza dei minori e porre tali acquisizioni al servizio del loro trattamento.

Parole chiave: DISTURBI DISSOCIATIVI, INFANZIA, ADOLESCENZA, TRAUMA DELLO SVILUPPO, ATTACCAMENTO DISORGANIZZATO, NEUROSCIENZE, TEORIA DELL'ATTACCAMENTO, DISSOCIAZIONE

I. Introduzione

Il tema complesso attorno al costrutto di dissociazione in età evolutiva, che parte dal suo inquadramento teorico, dalla comprensione delle dinamiche soggiacenti e delle manifestazioni cliniche, arrivando alla sua collocazione in quadri psicopatologici specifici ed al suo trattamento psicoterapeutico, non può che essere affrontato facendo una breve digressione storica sui passaggi che hanno mosso la letteratura più recente.

Da tempo osservata come manifestazione difensiva reattiva a singoli eventi traumatici, la comunità scientifica attuale amplia il raggio di analisi ed osservazione, intendendola anche come adattamento post-traumatico foriero di effetti profondi nella costruzione del senso di Sé, a partire da esperienze traumatiche cumulative che accadono all'interno di modelli di attaccamento insicuro.

Con i contributi di autori come Van Der Kolk [43], Steele, Van der Hart [42] e Baita [9], la letteratura del settore allarga lo sguardo su di una particolare tipologia di esperienza traumatica, quella interpersonale, sull'età evolutiva come momento entro cui questa avviene e traccia lo sviluppo del sé, sulle sue conseguenti espressioni sintomatologiche e sul concetto di dissociazione strutturale di personalità.

Storicamente, gli studi e le teorizzazioni si sono focalizzati prevalentemente sulle connessioni tra trauma e dissociazione in età adulta, spostando solo di recente l'indagine sull'infanzia, tanto è che ancora oggi vi è una assenza di criteri diagnostici ufficiali specifici per questo periodo della vita.

Nonostante ciò, sappiamo che i disturbi dissociativi più gravi che si manifestano in età adulta, come il disturbo dissociativo dell'identità, hanno la loro origine in una cronica e ripetuta esposizione a situazioni di traumatizzazione interpersonale in età precoce, avvenuta prima dei sei anni di età per alcuni autori, prima degli otto anni per altri.

Tra i numerosissimi studi che si occupano delle conseguenze in età adulta della traumatizzazione infantile, si cita lo studio epidemiologico di Felitti, Anda, Nordenberg e Williamson [18], che sostiene il rapporto tra precoci esperienze interpersonali sfavorevoli e malattie psichiatriche o condotte a rischio in età adulta, le ricerche che mettono in luce la significativa percentuale di pazienti affetti da disturbi psichiatrici che riportano storie di abusi nell'infanzia [23], le evidenze cliniche e statistiche che testimoniano come pazienti psichiatrici adulti che sono stati in infanzia vittime di maltrattamenti fisici o sessuali vengano più spesso ricoverati e abbiano maggiore tendenza alle condotte autolesive e suicidarie rispetto ai pazienti senza storia di maltrattamento infantile [36; 37].

Molto noti sono ancora gli studi che collegano le esperienze infantili di abuso sessuale, maltrattamento, grave trascuratezza, mancanza di attaccamento sicuro allo sviluppo dei gravi disturbi di personalità, specialmente in area borderline [24].

II. *Architettura della mente in età evolutiva*

Sebbene la comunità scientifica possieda molte conoscenze teoriche ed empiriche su questi temi, possiamo ad oggi sostenere che l'attenzione agli impatti delle esperienze gravemente traumatiche nell'età evolutiva ed alle conseguenti configurazioni sintomatologiche sia al momento sottodimensionata.

Lo sviluppo, per Carlson e Sroufe [13], implica una serie di riorganizzazioni qualitative attraverso le quali i modelli precoci di adattamento offrono una cornice agli adattamenti successivi e vengono allo stesso tempo trasformati da essi.

Sappiamo infatti che il cervello si organizza sequenzialmente [40] e gerarchicamente [34], partendo dalle aree meno complesse a quelle più complesse, eliminando selettivamente le connessioni neurali che non vengono utilizzate. Le esperienze alle quali il bambino è esposto definiranno in gran parte quali connessioni rimarranno e continueranno ad essere rafforzate e quali altre verranno eliminate.

Quando un bambino è esposto al pericolo, alla minaccia e la risposta di stress viene attivata in modi estremamente prolungati e ripetitivi, le reti neurali coinvolte in questa risposta possono subire una marcata alterazione uso-dipendente [34]. Le situazioni di maltrattamento e trascuratezza preparano il bambino a continuare ad aspettarsi sempre la stessa situazione e a rispondere di conseguenza con il modello disadattivo che hanno sviluppato in conseguenza a questa esposizione.

Il concetto della neuroplasticità ben spiegato da Siegel [39], conferisce ai clinici molta speranza sulla possibilità da parte del bambino di costruire nuove connessioni e quindi nuovi scenari: per questo appare molto importante progettare un intervento precoce nei casi di esperienze traumatiche infantili.

Un contesto di attaccamento sicuro che sia caratterizzato da una comunicazione contingente e collaborativa, da un dialogo riflessivo, dalla riparazione, da comunicazioni emozionali e da narrative coerenti, rappresenta un tassello fondamentale per lo sviluppo dell'essere umano.

Sappiamo che gli esseri umani non vengono al mondo con una personalità già integrata ma questa è, con le parole di Siegel [38], un traguardo evolutivo, profondamente influenzato dall'esperienza: crescere all'interno di un legame di attaccamento sicuro catalizza la resilienza, permettendo una integrazione delle esperienze a cui può essere attribuita coerenza e continuità.

Il trauma precoce e l'attaccamento insicuro mettono a rischio questa evoluzione: il bambino non ha la possibilità di fare esperienza di un altro adulto significativo che lo aiuti nella costruzione di una impalcatura integrata della mente.

III. *Il trauma interpersonale e la diagnosi di Disturbo da Trauma dello Sviluppo*

Sappiamo che diversi eventi hanno la potenzialità di produrre un trauma, ma in questa sede ci soffermeremo su un tipo particolare, quello che da alcuni autori viene chiamato trauma di tipo interpersonale: esso si verifica solitamente in maniera ripetitiva nell'infanzia, provoca modelli disfunzionali di attaccamento verso i caregiver primari, oltre ad avere le radici proprio in quei modelli.

Questa tipologia di trauma accade nel contesto delle relazioni di attaccamento e racchiude tutte quelle situazioni di violenza, abuso, trascuratezza o grave incuria a cui il bambino viene esposto nel contesto delle cure primarie e di base.

All'interno di questo articolo vedremo come la qualità interpersonale del fattore stressante e le implicazioni di tipo neurobiologico, che danno precedenza allo sviluppo di alcune aree cerebrali più primitive connesse alla necessità imperativa di sopravvivenza piuttosto che ad altre maggiormente recenti, hanno implicazioni fondamentali sullo sviluppo del minore e sul potenziale delinearsi di disturbi dello spettro post-traumatico e dissociativi. In questo frangente quindi, la dissociazione non è più osservata sotto la lente psicodinamica che ha tratteggiato per molti decenni le sue caratteristiche, ma alla luce delle nuove acquisizioni neuroscientifiche, che spiegherebbero come l'architettura della mente in fieri del bambino si "squarci", si modelli e trovi struttura in senso dissociativo.

Al fine di restituire una riconoscibilità specifica alle manifestazioni psichiche ed ai pattern sintomatologici conseguenti ai traumi di tipo interpersonale all'interno di configurazioni di attaccamento insicuro disorganizzato, ha avuto inizio circa un ventennio fa una serie di ricerche e studi sui bambini vittime di queste tipologie di esperienze traumatiche.

Le suddette ricerche hanno potuto rilevare un ventaglio di caratteristiche sintomatologiche specifiche che non era possibile vedere incluse all'interno delle preesistenti categorie diagnostiche, come: maggior labilità e reattività emozionale, deficit nelle funzioni esecutive anche in ambienti neutri, difficoltà nell'integrazione visuo-motoria e nel focalizzare l'attenzione uditiva, disturbi mnestici, difficoltà di concentrazione indipendentemente dal fatto che il compito richiesto sia in relazione o meno con il ricordo traumatico.

In passato, la proposta di includere criteri diagnostici specifici per pazienti adulti con questo tipo di esperienze, in una categoria che prendesse il nome di "Disturbo da stress estremo non altrimenti specificato", fu rifiutata dai revisori del DSM IV [25]: alcuni dei sintomi furono inclusi nella diagnosi da PTSD (Disturbo da Stress Post-Traumatico), ma come sintomi associati.

Venne successivamente presentata una nuova proposta nel 2009, sottoposta al gruppo incaricato per la revisione del DSM V: si suggeriva la diagnosi di “Disturbo da Trauma dello Sviluppo” [8; 41] per quei bambini e adolescenti che stavano soffrendo o avevano sofferto di sintomi per una storia documentata di maltrattamenti, abusi, abbandoni o trascuratezze avvenuti tra le loro relazioni primarie.

L’identificazione del DTS aveva quindi l’intento di offrire riconoscimento e legittimità a tutta la varietà di sintomi che presentano le persone che hanno vissuto dei traumi interpersonali, facendo perno sul fatto che la diagnosi di PTSD non fosse sufficiente a spiegare l’ampia gamma di espressioni sintomatologiche presentate dai pazienti adulti esposti a traumi precoci e cronici, accaduti all’interno della loro cerchia familiare.

I criteri [44; 31; 45] sono riassumibili come segue:

A. Esposizione. Il bambino o l’adolescente ha vissuto o è stato testimone di molteplici o prolungati eventi sfavorevoli per un periodo di almeno un anno, con inizio nell’infanzia o nella prima adolescenza.

Devono essere presenti entrambe le situazioni seguenti:

- A1. Esposizione diretta o testimonianza di ripetuti e gravi episodi di violenza interpersonale (diretta a lui, indiretta come negligenza o assistita);
- A2. Significative interruzioni del caregiving protettivo in conseguenza di ripetuti cambiamenti nel caregiver primario, ripetute separazioni dal caregiver primario o esposizione a grave e persistente abuso emozionale.

B. Disregolazione fisiologica ed emozionale. Il bambino mostra problemi nelle competenze evolutive di riferimento relativamente alla regolazione dell’arousal, includendo almeno due tra i seguenti punti:

- B1. Incapacità di modulare stati emotivi intensi come paura, rabbia, vergogna, inclusi capricci prolungati ed estremi o immobilizzazione;
- B2. Disturbi della regolazione delle funzioni corporee;
- B3. Diminuita consapevolezza/dissociazione di sensazioni, emozioni e stati corporei;
- B4. Compromissione della capacità di descrivere emozioni o stati corporei.

C. Disregolazione dell’attenzione e del comportamento: Il bambino mostra problemi nelle competenze evolutive di riferimento relativamente al mantenimento dell’attenzione, all’apprendimento o alla gestione dello stress, includendo almeno tre dei seguenti punti:

- C1. Incapacità di percepire, evitare o difendersi dalle minacce, o allarme eccessivo per stimoli minacciosi, sia ambientali che relazionali;
- C2. Alterazioni nella capacità di proteggersi ed esposizione a situazioni rischiose;

- C3. Disturbi comportamentali derivanti da manovre di autoconforto;
- C4. Comportamenti automutilanti reattivi o abituali;
- C5. Incapacità di iniziare o mantenere un comportamento volto ad un obiettivo.

D. Disregolazione relazionale e del sé. Il bambino mostra problemi nelle competenze evolutive di riferimento relativamente al senso di identità personale e di coinvolgimento nelle relazioni, includendo almeno tre dei seguenti punti:

- D1. Disturbi nella relazione di attaccamento;
- D2. Sentimenti di avversione verso se stesso, senso di inaiutabilità, convinzioni di mancanza di valore, incapacità, di essere sbagliati o difettosi;
- D3. Senso di sfiducia nei propri confronti o nei confronti degli altri, con atteggiamenti ipercritici o di rifiuto nei confronti delle persone più vicine;
- D4. Comportamenti aggressivi verso i pari, gli adulti e i caregiver;
- D5. Comportamenti inappropriati di vicinanza e fiducia verso estranei, anche con comportamenti sessuali inappropriati;
- D6. Difficoltà o incapacità nel regolare il contatto empatico.

E. Sintomatologia dello spettro post traumatico: il bambino manifesta almeno un sintomo in almeno due dei cluster sintomatici B, C e D del PTSD.

F. Durata del disturbo: i sintomi elencati nei punti B, C, D, E hanno durata di almeno 6 mesi.

G. Difficoltà nel funzionamento globale. Il disturbo causa stress o compromissione clinicamente significativa in almeno due delle seguenti aree: scolastica, familiare, relazionale, legale, salute, professionale.

Sebbene ad oggi la suddetta diagnosi non sia stata riconosciuta, si spera in una nuova e più approfondita conoscenza di queste specifiche espressioni sintomatologiche da parte di chi si occupa di minori, ai fini di individuare la traumatizzazione precoce nella storia evolutiva dei piccoli pazienti, riconoscere la fenomenologia dissociativa come adattamento post-traumatico, comprendere profondamente la complessità della sofferenza e porre tali acquisizioni al servizio del trattamento.

IV. Che cosa si intende per dissociazione?

Le diverse prospettive e i diversi livelli di analisi da cui è stato osservato e letto il fenomeno della dissociazione negli ultimi decenni non consentono di darne una definizione univoca: esso viene descritto ora come esperienza soggettiva, ora come insieme di sintomi, ora come forma di organizzazione della personalità, ora come meccanismo di adattamento e sopravvivenza [32].

Diverse correnti di pensiero, inoltre, estendono in maniera differente la definizione di dissociazione, includendo uno spettro di fenomeni più o meno ampio, sia come tipo e qualità delle manifestazioni, sia da un punto di vista eziologico.

Una di queste correnti, diffusasi soprattutto negli anni '80, che vede Bernstein e Putnam [10] come principali esponenti, sostiene che la dissociazione si sviluppi lungo un continuum di esperienze che vanno dalla normalità alla patologia, avendo in comune la disconnessione di alcuni processi psichici rispetto al funzionamento globale del soggetto.

Sul polo delle esperienze dissociative “normali” si collocano quei fenomeni che possono accadere quotidianamente a qualsiasi persona: ad esempio l'esperienza del guidare per un certo tragitto, accorgendosi successivamente di non ricordare alcun particolare del viaggio svolto e delle azioni compiute. In situazioni di questo tipo, una parte di esperienza, costituita da sensazioni corporee, reazioni a stimoli esterni e talvolta anche azioni complesse, non risulta presente alla coscienza, quindi non viene integrata/ricordata all'interno dell'esperienza soggettiva globale di quei minuti di viaggio, in cui l'attività mentale era focalizzata su altri stimoli interni o esterni, come pensieri/preoccupazioni o i contenuti di un programma radiofonico o la conversazione con un compagno di viaggio.

Dall'altra parte del continuum, troviamo la dissociazione patologica che ha come forma più grave il Disturbo Dissociativo dell'Identità, caratterizzato da una disgregazione dell'identità in due o più stati di personalità distinti (in passato disturbo di personalità multipla), con forte compromissione della continuità del senso di Sé, accompagnata da interruzioni, discontinuità, alterazioni negli affetti, nei comportamenti, nella coscienza, nella memoria, nella percezione, nella cognizione e nelle funzioni senso-motorie, con grave compromissione della vita sociale, lavorativa e affettiva [6].

Altri autori, come Van der Hart, Nijenhuis e Steel [42], esponenti della teoria della dissociazione strutturale della personalità, pongono invece la dissociazione come elemento centrale e specifico della traumatizzazione (limitando così il sovrautilizzo del termine): secondo la loro teorizzazione, la dissociazione si sviluppa come logica conseguenza rispetto ad un'esperienza traumatica, come adattamento al trauma e al post-trauma, che può avere profondi effetti nel processo di integrazione del Sé e di costruzione della personalità.

Il grado di significatività di tali effetti dipenderà dal livello di integrazione della personalità pre-trauma, dalla gravità e ripetizione dell'esperienza traumatica e dal fatto che essa si sviluppi o meno all'interno dei legami primari di attaccamento. La dissociazione, dunque, diventa strutturale, e segna profondamente il funzionamento psichico del soggetto.

Proprio in questo filone si colloca il pensiero di Sandra Baita, che nel suo testo “Puzzles. Una guida introduttiva al trauma e alla dissociazione nell’infanzia” [9] propone un modello esplicativo per comprendere la dissociazione, e in particolare il suo sviluppo nell’infanzia, mettendo in relazione due concettualizzazioni che hanno parecchi punti di connessione: la teoria dell’attaccamento di J. Bowlby [11; 12] e M. Ainsworth [5], con particolare attenzione alle osservazioni sull’attaccamento disorganizzato di M. Main e E. Hesse [29; 30], e la già citata teoria della dissociazione strutturale della personalità [42].

Questi due modelli integrati permettono di andare al di là delle definizioni manualistiche e delle classificazioni diagnostiche nosografico-descrittive, aprendo uno sguardo al fenomeno in senso dinamico ed evolutivo e ponendo il focus sullo sviluppo e le manifestazioni della dissociazione in età evolutiva.

Pertanto, ad oggi, non esistono criteri diagnostici nel DSM per i disturbi dissociativi nell’infanzia. Solo l’ICD10 [33] include la categoria “Disturbi dissociativi transitori nell’infanzia e nell’adolescenza”, dove è evidente che la definizione “transitori” sia discutibile dal momento che appare chiaro che i disturbi dissociativi dell’identità in età adulta si pongano in continuità con le esperienze e le manifestazioni psicopatologiche delle età precedenti.

Nei prossimi paragrafi, presenteremo una sintesi dei concetti principali della teoria dell’attaccamento e della teoria della dissociazione strutturale della personalità che convergono nella proposta di Sandra Baita, corredata da alcune esemplificazioni cliniche e da significative connessioni con l’impianto teorico della Psicologia Individuale, che offre un contenitore in grado di integrare anche contributi di diversa matrice.

IV. 1. *Attaccamento disorganizzato e dissociazione*

Secondo il modello di J. Bowlby e dei teorici dell’attaccamento, la relazione tra il bambino e la figura di cura primaria (caregiver) fornisce le basi della regolazione emotiva. Il bimbo piccolo, che da subito è soggetto attivo nell’interazione con l’adulto che si occupa di lui, invia segnali che il caregiver riceve, interpreta e a partire dai quali mette in atto azioni che cercano di rispondere coerentemente al segnale ricevuto, sintonizzandosi e adattandosi alle necessità del bambino in quel preciso istante.

Dunque una risposta coerente e contingente che riconosce il bambino, i suoi bisogni e i suoi stati emotivi. Questa interazione sincronizzata e sintonizzata, che fornisce e ripropone nel tempo risposte coerenti e contingenti, caratterizza l’attaccamento sicuro. Naturalmente tale sincronicità può andare incontro a momentanei fallimenti, ma all’interno di una configurazione di attaccamento sicuro vi è la possibilità di una riparazione e di un ripristino della sintonizzazione.

L'adulto che favorisce un attaccamento sicuro è un adulto in grado di modulare e "aggiustare" la qualità, le modalità, l'intensità e la frequenza della stimolazione fornita al bambino, filtrando anche gli stimoli ambientali, in accordo con le capacità psichiche del bambino in quel momento, permettendogli di recepire ed elaborare adeguatamente gli stimoli esterni ed interni, senza esserne sopraffatto o privato.

Questa esperienza relazionale primaria è essenziale per un corretto sviluppo nel bambino della capacità di autoregolazione, a partire dalla funzione regolativa esercitata dal caregiver, ma è anche fondamentale per costruire una rappresentazione interna di se stessi, degli altri e del mondo basata sulla sicurezza, sulla fiducia, sulla consapevolezza di avere una base sicura di riferimento da cui partire per sperimentarsi gradualmente in autonomia nel mondo (vedi anche il concetto di "fiducia fondamentale" proposto da Erikson [17] come primo stadio dello "sviluppo psicosociale dell'uomo"). Risulta infine presupposto irrinunciabile per lo sviluppo di un senso di Sé coeso, integrato, separato e dotato di continuità, alla base del processo di costruzione dell'identità [27].

Ben sintetizzando il pensiero di Adler, H. L. Ansbacher e R. R. Ansbacher così descrivono le caratteristiche e le funzioni essenziali della relazione primaria madre-bambino: "Sin dal momento della nascita, il neonato ricerca un rapporto con la madre e questo è lo scopo a cui sono finalizzati tutti i suoi movimenti. Per molti mesi ella ha un ruolo predominante nella vita del bambino poiché egli dipende quasi completamente da lei.

È questa la situazione che stimola e sviluppa, per la prima volta, la capacità di cooperare. La madre rappresenta, per il figlio, il primo contatto con un altro essere umano, l'origine dell'interesse per qualcuno diverso da se stesso. In definitiva, è il primo ponte verso la vita sociale e un neonato che non riuscisse a stabilire un tale rapporto con lei o con un essere umano capace di sostituirla, perirebbe inevitabilmente (...). La madre, dunque, ha due compiti a cui attendere: consentire al fanciullo di fare la prima esperienza di un essere umano degno di fiducia e adoperarsi per far estendere questa fiducia all'intera società" (7, pp. 416-418).

Nell'esperienza dell'attaccamento disorganizzato vengono a mancare o sono fortemente compromesse/disturbate le qualità essenziali delle relazioni primarie prima descritte e si crea una situazione paradossale, altamente confusiva e destabilizzante, traumatica in maniera continuativa, che mette in crisi tutto il processo evolutivo e la costruzione integrata del Sé.

Caratteristica tipica degli stili di interazione dell'attaccamento disorganizzato è la presenza di risposte "spaventate" o "spaventanti" dell'adulto verso il bambino. Si ha una risposta "spaventata" quando il caregiver reagisce alla richiesta di avvicinamento e protezione del bambino con timore, apprensione, confusione, ansia, distanziamento.

Nel momento in cui il bambino avverte una tensione, istintivamente ricerca la sicurezza, la calma, la protezione, la rassicurazione nella figura di attaccamento; la risposta del genitore spaventato non solo non sarà rassicurante, ma aumenterà il grado di tensione, di preoccupazione, di paura e potrà anche generare nel bambino il dubbio o la convinzione di essere lui stesso la causa delle risposte dell'adulto, quindi una fonte di pericolo da cui proteggere gli altri.

Si ha invece una risposta "spaventante" quando il caregiver reagisce alla richiesta di avvicinamento del bambino con un attacco. L'adulto che dovrebbe essere fonte di protezione, calma, rassicurazione e a cui il bambino si rivolge quando sperimenta una tensione interna o è sottoposto a stimoli esterni ansiogeni o pericolosi, è egli stesso fonte di pericolo, di tensione, di paura.

Talvolta ciò avviene in reazione alle richieste o ai comportamenti del bambino che l'adulto disturbato non riesce a gestire, altre volte anche indipendentemente dal comportamento del bambino e in modo imprevedibile. Quindi la rappresentazione di sé e del mondo che il bambino andrà costruendosi sarà quella di essere costantemente in pericolo perché la fonte di protezione rispetto ai pericoli è essa stessa pericolosa.

Siamo di fronte ad una situazione paradossale, anzi, più precisamente, doppiamente paradossale.

Il primo paradosso è dato appunto dal fatto che il bambino si trova a cercare conforto e calma proprio nella fonte della tensione. E nel caso del caregiver maltrattante o abusante, la figura di attaccamento non solo è fonte di tensione, ma anche di pericolo.

Il secondo paradosso consiste nel fatto che le interazioni con un caregiver di questo tipo sono caratterizzate non solo e non sempre da modalità spaventate o spaventanti, ma anche da momenti in cui la relazione funziona in maniera sufficientemente adeguata: possono essere presenti anche dimostrazioni di affetto, di interesse e comportamenti protettivi. Ma a questi momenti di "apparente normalità", si alternano incoerentemente atteggiamenti di aggressività, violenza, abuso, o distanziamento, trascuratezza, assenza di sintonizzazione, angoscia.

I comportamenti del caregiver risultano dunque non solo imprevedibili, ma anche contraddittori.

La ripetizione di queste risposte contraddittorie mina la capacità di regolazione emotiva, il senso di sicurezza e fiducia e genera inevitabilmente nel bambino rappresentazioni di sé, dell'altro e del mondo esse stesse contraddittorie, incompatibili, che si escludono reciprocamente e che tenderanno a rimanere separate/segregate, non integrabili in un unico schema coerente.

Per utilizzare ancora una terminologia bowlbyana, i bambini che sperimentano un attaccamento disorganizzato svilupperanno modelli operativi interni (MOI) [12] basati su rappresentazioni mentali di Sé e della figura di attaccamento molteplici e contraddittorie, diventando chiari fattori di rischio per lo sviluppo della sintomatologia dissociativa e dei disturbi dissociativi.

Ciò rappresenta un cambio di prospettiva rispetto alla classica visione psicoanalitica: la dissociazione non sarebbe un meccanismo di difesa rispetto al trauma e alle sue reminiscenze, ma una conseguenza di esperienze relazionali originarie traumatiche sul piano delle rappresentazioni mentali, dei processi di integrazione del Sé e del conseguente funzionamento psichico.

Tali fenomeni e processi psichici ben si prestano ad essere colti e tradotti anche all'interno dell'impianto teorico della Psicologia Individuale: è nell'esperienza relazionale primaria sana con le figure di accudimento che il bambino sperimenta la *tenerezza primaria* [1; 19], attraverso una serie di scambi di reciprocità che permettono al bambino di sentirsi riconosciuto, oggetto di attenzioni e soddisfatto nei propri bisogni fisiologici ed emotivi.

Questo consente la costituzione di una matrice nutritiva interna primaria, generata dall'interiorizzazione del modello relazionale primario, che fa da nutrimento del Sé, da matrice per le relazioni che il bambino inizia ad instaurare e da principio organizzatore dell'identità del soggetto. Su questa base si costruiscono le rappresentazioni di sé, dell'altro e della realtà che vanno a costituire il nocciolo dello Stile di Vita del soggetto [4; 20]: l'impronta unica e irripetibile di ciascun individuo è data dal suo *modus vivendi*, cioè il modo di interpretare e vivere se stesso, gli altri e il mondo e dal *modus operandi*, cioè il modo di muoversi nella realtà conseguente a tali rappresentazioni interne soggettive.

Gravi carenze (trascuratezza o maltrattamento) nelle relazioni primarie con le figure di accudimento [3] possono portare ad alterazioni significative nel processo di costruzione delle rappresentazioni interne di sé, degli altri e del mondo, e all'impossibilità di giungere ad una visione integrata e coerente, con conseguente strutturazione di uno Stile di Vita disarmonico e disadattivo, generatore di un possibile quadro psicopatologico.

Per quanto riguarda la tipologia delle esperienze traumatizzanti all'interno delle relazioni primarie e il loro effetto sul funzionamento mentale dei bambini e degli adolescenti, una ricerca di Dutra e Lyons-Ruth del 2005 [16], condotta su un campione di bambini seguiti dalla nascita fino ai 19 anni di età, ha messo in evidenza un aspetto molto interessante: contrariamente a quanto ci si potesse aspettare, le condotte "spaventanti", maltrattanti, aggressive, abusanti delle figure di attaccamento, non sono risultate così altamente correlate con lo sviluppo di sintomi dissociativi o disturbi

dissociativi nei figli, quanto invece le condotte di ritiro del contatto emotivo, di mancata risposta agli avvicinamenti dei bambini, di trascuratezza, di carenza di sintonizzazione.

Da qui l'importanza di considerare non solo i comportamenti che più comunemente vengono identificati come maltrattanti (come le condotte eclatanti di violenza fisica e abuso sessuale), ma anche la qualità delle cure precoci in modo più ampio, con particolare attenzione alla mancanza di disponibilità emozionale delle figure di attaccamento nei confronti dei bisogni emotivi dei bambini (a cui i ricercatori hanno dato il nome di "traumi occulti dell'infanzia").

Questa mancanza di disponibilità emozionale può prendere la forma della trascuratezza o del maltrattamento emozionale (sminuire, denigrare, umiliare, isolare): la prima come modalità passiva, la seconda come modalità attiva di non riconoscimento, validazione e soddisfacimento dei bisogni evolutivi del bambino.

A differenza delle forme di maltrattamento più clamorose come il maltrattamento fisico e l'abuso sessuale, la trascuratezza e il maltrattamento emozionale spesso passano inosservati a livello sociale e talvolta anche agli occhi del professionista psicoterapeuta. Per questo, nelle valutazioni psicodiagnostiche, è opportuna un'indagine approfondita delle condotte e degli schemi di interazione tra adulto e bambino.

A tal proposito Alfred Adler [3] è stato un vero antesignano nel fornire una serie di indicazioni per osservare e rilevare le modalità relazionali della diade mamma-bambino e le manifestazioni emotive e comportamentali tipiche del *bambino trascurato*. "I piccoli trascurati non hanno mai sperimentato la vicinanza di una persona degna di fiducia (...). Questi fanciulli non hanno mai avuto la possibilità di sapere cosa può significare affetto e cooperazione, così la loro esperienza non può avvalersi di queste due forze (...). Hanno trovato la società fredda nei loro confronti e si aspettano che rimanga sempre tale" (7, pp. 414-415).

Secondo il pensiero del padre della Psicologia Individuale, poi sviluppato anche da R. Dreikurs [14; 15], il bambino trascurato tenderà a mettere in atto una serie di comportamenti disadattivi che vanno dall'attirare l'attenzione su di sé non ricevuta spontaneamente, al chiudersi passivamente non affrontando i compiti vitali per effetto di un profondo scoraggiamento basato su un complesso di inferiorità (talvolta iper-compensato nella forma di un complesso di superiorità), all'agire in maniera aggressiva o sadica per vendetta rispetto ai torti subiti.

Caso clinico: Giulio, 8 anni

Un'esemplificazione clinica può meglio chiarire le dinamiche dell'attaccamento disorganizzato e le conseguenze dissociative sul funzionamento psichico di un bambino. Giulio giunge in psicoterapia all'età di 8 anni. Ha subito abusi sessuali reiterati da parte del padre presumibilmente dai 4 ai 6 anni di età. Il padre è stato successivamente denunciato dalla madre, allontanato, processato, condannato e incarcerato.

Giulio si presenta come un bambino tranquillo, piuttosto controllato, un po' rigido con se stesso e con gli altri, preciso, studioso, con qualche aspetto di ossessività rispetto all'ordine e alla pulizia.

A scuola il rendimento è molto buono, il bambino è attento e partecipe, ma ci sono momenti in cui sembra assentarsi, "staccare la spina" come dicono gli insegnanti, mantenendo una postura rigida e gli occhi sbarrati; quando richiamato, "si risveglia" e non ricorda che cosa sia successo prima, cosa stesse facendo o a cosa stesse pensando. Le insegnanti notano che questo succede tendenzialmente quando capita a loro di dover alzare la voce per riprendere qualche compagno o quando qualche bambino mette in atto comportamenti aggressivi o prepotenti.

A casa Giulio è un bambino sostanzialmente adeguato ed educato, anche se permaloso e rigido: non è facile convincerlo a cambiare idea o adattarsi a qualcosa che non aveva previsto o che non si svolge secondo le sue aspettative.

A questo proposito, la mamma riporta che, in alcune di queste occasioni, si presentano manifestazioni emotive e comportamentali che vanno decisamente oltre la "normale" rabbia da frustrazione. Racconta di alcuni episodi in cui, non avendo per qualche motivo risposto a qualche sua richiesta o non essendosi accorta di qualche suo bisogno, Giulio accusa e lamenta improvvisamente fortissimi mal di testa ed immediatamente dopo "scoppia" in crisi di rabbia molto intense, in cui diventa fortemente aggressivo verso la mamma e incontenibile. Si calma solo dopo parecchi minuti e ritorna alla normalità, comportandosi poi come se non fosse avvenuto nulla.

Queste particolari manifestazioni comportamentali appena descritte presentano le tipiche caratteristiche dei sintomi dissociativi. A scuola si sviluppano sintomi negativi: uno stato di "assenza", di disconnessione, simile allo stato di "trance", con postura e mimica fissa. Ipotizziamo che uno stimolo trigger (la maestra che alza la voce o il comportamento aggressivo di un bambino) faccia da innesco a schemi di difesa adottati dal bambino abusato: il congelamento, il blocco comportamentale ed emotivo, l'anestetizzazione, la fuga del pensiero.

A casa si presentano invece sintomi positivi: manifestazioni dolorose somatiche improvvise e reazioni emotive e comportamentali abnormi, in discontinuità con lo stato emotivo e i comportamenti precedenti e successivi. Ipotizziamo l'irruzione di una parte dissociativa del bambino, caratterizzata da una forte rabbia nei confronti della mamma che non si accorge di quello che sta succedendo, così come accadeva ai tempi delle esperienze traumatiche.

Questi aspetti verranno ripresi nei prossimi paragrafi in relazione ai meccanismi e alle manifestazioni psichiche dissociative, in linea con la teoria della dissociazione strutturale della personalità. Ciò che si vuole qui evidenziare, in relazione alle dinamiche intrapsichiche ed eteropsichiche derivanti dall'attaccamento disorganizzato, è la doppia esperienza paradossale che Giulio ha vissuto nella relazione con la figura paterna e di quanto questa abbia avuto un effetto pesantissimo sul processo di sviluppo e di integrazione delle rappresentazioni di sé e dell'altro.

Questo è risultato molto evidente nei giochi simbolici e nelle storie inventate portate in seduta da Giulio e, insieme allo psicoterapeuta, messe in scena. Per diversi mesi Giulio ha ripetutamente proposto storie da lui inventate i cui protagonisti sono uomini posseduti da diavoli, re buoni che repentinamente diventano persecutori del loro popolo, persone che si mascherano e diventano improvvisamente cattive, personaggi ambigui che ora sono amici, ora sono nemici in modo inaspettato e incomprensibile, fratelli gemelli di cui uno bravo e l'altro criminale, che si danno il cambio senza possibilità di distinguere quando sia in scena l'uno o l'altro. E le reazioni emotive dei co-protagonisti sono ora di spavento e blocco, ora di rabbia e aggressività incontenibile.

Tali scenari ossessivamente ripetuti nei giochi spontanei di Giulio sono la chiara rappresentazione, attraverso il linguaggio simbolico, dei vissuti di profondo disorientamento e angoscia derivanti dal non riuscire a mettere insieme/integrare esperienze tra loro inconciliabili: il padre affettuoso e il padre abusante. È il doppio paradosso dell'attaccamento disorganizzato: colui che dovrebbe proteggere è di fatto l'aggressore (primo paradosso), e presenta al contempo comportamenti sufficientemente adeguati, se non addirittura affettuosi nella vita quotidiana pubblica (come di fatto è stato descritto anche dalla madre nei colloqui anamnestici), in netta contraddizione con i comportamenti abusanti dei momenti privati (secondo paradosso).

Viene messa in scena la rappresentazione di due immagini del padre inconciliabili, e al contempo la rappresentazione di parti di sé dissociate: il bambino che vive una quotidianità apparentemente normale in famiglia e il bambino che vive l'aggressione del padre, il bambino vittima immobilizzata e il bambino sopraffatto dalla rabbia.

È stata proprio la ripetizione di questi giochi e i progressivi sviluppi degli stessi che nel tempo si sono presentati e sono stati favoriti, insieme ad altre azioni terapeutiche rivolte al bambino e al contesto (madre e insegnanti), a permettere a Giulio di fare

qualche passo in avanti verso l'integrazione delle parti di sé. Quei giochi e quelle narrazioni hanno permesso di rappresentare, dare forma e dare voce all'indicibile, a ciò che non era in alcun altro modo esprimibile, quindi bloccato e dissociato.

La possibilità di mettere in scena le immagini contraddittorie del padre in una situazione di protezione e contenimento emotivo, l'espressione, il riconoscimento e la legittimazione di parti di sé rabbiose e spaventate, lo sperimentare la presenza di qualcuno disposto a vivere con lui e ad aiutarlo a collocare ed elaborare quegli stati emotivi di disorientamento e angoscia vissuti di fronte alle esperienze paradossali, la rassicurazione derivata dal sentirsi capito e al sicuro nella relazione terapeutica e nella realtà quotidiana attuale, il coraggio via via crescente dei personaggi delle storie inventate nel fronteggiare attivamente le situazioni di pericolo, sono stati ingredienti che hanno accompagnato il percorso terapeutico verso l'integrazione e il rinforzo di sé.

Dopo parecchi mesi di faticose sedute occupate da giochi simili a quelli appena descritti, Giulio propone un cambiamento di scenario: "Facciamo che io ero il bambino e tu il medico". Al terapeuta viene chiesto di fare la parte del medico che, dopo aver visitato a lungo il paziente/bambino, indica la cura per arrivare alla guarigione: il paziente deve ripercorrere la storia dell'umanità nelle sue varie epoche ed affrontare una serie di prove per diventare più forte e poter stare sempre meglio.

Ed ecco il paziente alle prese con la costruzione di una piramide al tempo degli Egizi, nei panni di un atleta olimpico al tempo degli antichi Greci, nelle vesti di un generale dell'esercito a combattere contro i Galli al tempo dei Romani, fino alla conquista dello spazio nel futuro. Questo gioco segna il passaggio dalla ripetizione dell'esperienza traumatica e delle parti dissociate di sé, alla possibilità di sentirsi attivo e protagonista nell'affrontare le sfide della vita, tra passato, presente e futuro.

IV. 2. La teoria della dissociazione strutturale della personalità

La teoria della dissociazione strutturale della personalità è stata sviluppata da Onno Van der Hart, Ellert Nijenhuis e Kathy Steele e pubblicata nel 2006 nel libro "Fantasmi del Sé. Trauma e trattamento della dissociazione" [42].

Questi autori partono dal concetto di dissociazione così com'era stato presentato nel 1907 da Pierre Janet [26], secondo cui, davanti a situazioni di stress estremo come lo sono le situazioni traumatiche, i "sistemi di idee" e le funzioni che compongono la struttura di personalità possono presentarsi separati, dissociati gli uni dagli altri.

L'espressione "sistemi di idee" viene sostituita dagli autori della dissociazione strutturale della personalità con il termine "sistemi psicobiologici", che includono pensieri, affetti, sensazioni e comportamenti, attraverso cui ci muoviamo nella realtà, affrontando aspetti diversi di essa, in un'ottica di adattamento. Il rimando al concetto adleriano di unità biopsichica [2] è immediato.

Secondo questi autori:

1. La personalità può essere intesa come una struttura composta da sistemi psicobiologici.

2. Questi sistemi psicobiologici vengono chiamati anche sistemi di azione perché di fatto si traducono in azioni mentali e comportamentali che contengono una propensione innata verso la sopravvivenza e l'adattamento: guidano l'individuo nel tendere verso/cercare esperienze positive e allontanarsi/evitare le esperienze avverse.

3. Si possono identificare due grandi categorie di sistemi di azione: i *sistemi di azione per la vita quotidiana* e i *sistemi di azione per la difesa*. I primi sono quelli che permettono all'individuo di adattarsi alla vita di ogni giorno nel modo migliore e di svolgere diverse funzioni fondamentali: ad esempio, il *sistema di attaccamento* permette al bambino di attivare la comunicazione con le figure primarie di accudimento con lo scopo di ricevere le cure e la protezione necessarie; attraverso il *sistema di esplorazione* il bambino sperimenta, prova interesse per stimoli nuovi, analizza, tocca, morde, conosce; il *sistema dell'interazione sociale* contiene tutte quelle azioni mentali e comportamentali relative all'interazione con gli altri, coetanei e adulti al di là delle figure di attaccamento; il *sistema della cura* organizza tutte quelle azioni e quelle emozioni che hanno a che fare con l'aiutare l'altro, occuparsi dell'altro, empattare, sostenere, ecc

I *sistemi di azione per la difesa*, invece, sono quelli legati alla sopravvivenza, che permettono all'individuo di affrontare e minimizzare il pericolo in quelle situazioni nelle quali si è attivata una risposta di allarme: possono prevedere *strategie difensive relazionali più evolute*, che tentano di ridurre il pericolo attraverso l'*ingaggio relazionale* con la fonte del pericolo o la *richiesta di protezione* alle figure di attaccamento, oppure *strategie difensive più primitive* di mobilitazione come l'*attacco* e la *fuga* o strategie difensive di immobilizzazione come il *congelamento* o la *resa/sottomissione*.

4. In una personalità sana e integrata i sistemi d'azione per la vita quotidiana e quelli per la difesa funzionano in maniera coordinata e integrata, attivandosi e disattivandosi a seconda delle necessità e inibendosi reciprocamente. Per esempio, quando siamo seduti a tavola e stiamo mangiando in famiglia, sono attivi alcuni sistemi di azione della vita quotidiana, costituiti da una serie di comportamenti, interazioni, affetti, sensazioni, che ci permettono di affrontare quella situazione ordinaria. Non siamo in quel momento in allarme, in attesa che entri un ladro o scoppi una bomba (il che richiederebbe l'attivazione di un sistema d'azione di difesa).

In questa situazione è il sistema d'azione della vita quotidiana quello che sta lavorando, mentre il sistema d'azione di difesa è "a riposo". Ma se all'improvviso sentiamo un rumore strano arrivare dalla porta, probabilmente ci alzeremo da tavola per andare a vedere cosa succede e cercheremo qualcosa con cui difenderci se sospettiamo che

sia entrato un estraneo. In questo caso inizia ad attivarsi il sistema d'azione di difesa e viene lasciato in sospenso il sistema d'azione della vita quotidiana. Se ciò non avvenisse, se continuassimo a stare a tavola tranquilli come se quel rumore non ci fosse stato, potremmo trovarci in posizione di svantaggio per difenderci dal pericolo. Se la verifica della presunta minaccia dà come risultato l'assenza di pericolo (per esempio il rumore era prodotto dal gatto dei vicini che voleva entrare in casa nostra), allora le azioni correlate al sistema di difesa lasceranno di nuovo spazio alle azioni interrotte del sistema della vita quotidiana.

Se invece la verifica evidenzia che c'è un reale pericolo (ad esempio sentiamo che qualcuno sta forzando la serratura), il sistema di difesa metterà in atto delle azioni legate al raggiungimento dell'obiettivo della sopravvivenza: l'attacco, la fuga, il congelamento o la sottomissione. In questo esempio i due ordini di sistemi sono integrati, cioè agiscono in maniera coordinata e coerente alla situazione e permettono di affrontare in maniera ottimale e flessibile ciò che si presenta nell'esperienza.

5. Quando invece un soggetto è stato esposto ad un pericolo importante in maniera prolungata e soverchiante rispetto alle capacità di integrazione (trauma), tanto più se è stato sperimentato in fasi precoci dello sviluppo in cui il processo di integrazione delle funzioni psichiche è ancora in sviluppo e tanto più se il pericolo proviene da una figura di attaccamento (attaccamento disorganizzato traumatico), non si sviluppa quella combinazione coordinata, coerente e integrata dei sistemi d'azione, ma si può produrre una dissociazione fra i sistemi stessi.

Essi non funzioneranno in maniera integrata e coordinata, ma in maniera rigidamente separata e dissociata, con l'irrompere veemente, in risposta ad uno stimolo trigger, delle azioni difensive, che interrompono bruscamente la vita quotidiana, producendo una discontinuità, senza possibilità di valutarne l'opportunità, la necessità e le modalità più funzionali in relazione all'effettiva pericolosità della situazione contingente.

Nel bambino con attaccamento disorganizzato vi è una costante percezione di essere in pericolo, che ha le sue basi in una condizione di carenza integrativa anche a livello di funzionamento delle strutture cerebrali, nel senso che le strutture più evolute, come già esposto nei paragrafi precedenti, rimangono subordinate all'attivazione permanente delle strutture più primitive messe al servizio della sopravvivenza.

La compromissione dell'integrazione dei sistemi di azione della vita quotidiana con i sistemi di azione della difesa implica che non avvenga un passaggio dagli uni agli altri in maniera coordinata e attraverso un processo di valutazione effettuato in modo integrato dalle diverse strutture cerebrali, ma vi sia una costante attivazione degli schemi di difesa (corrispondente all'attivazione delle strutture cerebrali più primitive) pronti ad entrare in azione e sostituire rigidamente, in maniera dissociata, gli schemi di azione in atto in quel momento.

Avverrà dunque che una serie di stimoli esterni, che in qualche modo presentano una vicinanza/similitudine all'esperienza traumatica o ad alcuni elementi di essa, diventeranno trigger, inneschi che fanno scattare, in maniera dissociata, gli schemi d'azione di difesa primitivi attivati nelle esperienze traumatiche, interrompendo e sostituendo immediatamente (*switch*) gli schemi più evoluti della vita quotidiana, come in una riedizione del trauma.

IV. 3. *Dinamiche dissociative tra parti di sé*

Aggiungiamo un ultimo aspetto teorico proposto dagli autori della teoria della dissociazione strutturale della personalità [42]. Partendo dal presupposto che le esperienze traumatiche producono un funzionamento dissociato dei due grandi gruppi di sistemi di azione (vita quotidiana e difesa), e dal momento che la personalità è costituita dall'insieme dei sistemi di azione, ne consegue che l'intera personalità del soggetto traumatizzato funzioni di fatto in maniera dissociata.

Secondo gli autori si verrebbero a delineare due livelli di funzionamento non integrati, due "parti" di sé dissociate: una parte "apparentemente normale" (ANP) che cerca di procedere nella vita quotidiana (attraverso gli schemi di azione corrispondenti) e un'altra parte, denominata "parte emozionale" (EP), che rimane fissata al tempo del trauma, quindi connessa agli schemi d'azione di difesa primitivi.

Talvolta si presentano anche più parti emozionali dissociate, i cui contenuti possono essere: le strategie difensive attivate nel momento del trauma per far fronte al pericolo (attacco, fuga, congelamento o sottomissione), le emozioni legate alla situazione traumatica o scaturite dalle strategie difensive, le sensazioni corporee derivate dall'esperienza traumatica oppure frammenti di ricordo dell'esperienza stessa.

Sulla base della tipologia e della quantità delle parti dissociate, gli autori propongono diversi livelli di dissociazione strutturale della personalità, che corrispondono a diversi gradi di gravità e che si sviluppano in base al maggiore o minore livello di integrazione della personalità pre-traumatica e al tipo, alla frequenza e alla durata degli eventi traumatici.

La *dissociazione strutturale primaria* è quella che segue il sistema bifasico, tipico del disturbo da stress post-traumatico, che prevede un'oscillazione tra riviviscenza del contenuto traumatico ed evitamento dello stesso. Quando si presenta uno stimolo che si associa in qualche modo all'esperienza traumatica (trigger), si attiva la parte emozionale, come se si stesse rivivendo la situazione traumatica nel qui ed ora. In seguito, si attiverà una risposta di evitamento di tutti gli stimoli o i ricordi associati al trauma, per poter procedere nella vita, in modo che la parte "apparentemente normale" possa riprendere e continuare la sua attività.

La dissociazione strutturale primaria si sviluppa quando il soggetto ha già raggiunto un certo livello di integrazione della personalità pre-traumatica e l'evento traumatizzante risulta di minore intensità o ripetitività.

Quando invece la traumatizzazione si presenta in età precoce, si ripete nel corso dello sviluppo e si cronicizza, come nella grande maggioranza delle situazioni di trauma interpersonale nel contesto delle cure primarie, si può produrre una dissociazione strutturale secondaria, caratterizzata solitamente dalla dissociazione tra una parte apparentemente normale e più parti emozionali associate alla traumatizzazione.

Per esempio, una parte emozionale può contenere le strategie difensive di congelamento o sottomissione che si erano attivate di fronte alla situazione di abuso da parte del padre, un'altra parte emozionale può contenere la rabbia nei confronti del padre stesso, un'altra parte ancora potrebbe contenere i bisogni di accudimento non soddisfatti e i vissuti di abbandono nei confronti della madre che non è intervenuta in modo protettivo, ecc.

La *dissociazione strutturale secondaria* è quella che sta spesso alla base dei Disturbi da stress post-traumatico complesso, dei disturbi borderline di personalità e di alcuni disturbi dissociativi.

Infine, quando la traumatizzazione interferisce gravemente e costantemente nelle aree di funzionamento quotidiano del bambino, è possibile che si produca anche una dissociazione tra diverse parti "apparentemente normali" oltre che tra diverse "parti emozionali": questa è la *dissociazione strutturale terziaria*, presente nel Disturbo Dissociativo dell'Identità vero e proprio.

Risulta particolarmente chiaro l'esempio proposto da Sandra Baita nel testo "Puzzle" [9], relativo ad un bambino che ha subito maltrattamenti fisici e abusi sessuali dal padre, con la peculiarità che i comportamenti del padre che precedevano i maltrattamenti fisici erano aggressivi ed ostili, mentre quelli che precedevano gli abusi sessuali erano caratterizzati da un avvicinamento amabile e tenero verso il figlio, tra cui il chiudersi in una stanza per fare "giochi da maschi", come la lotta, giochi che fungevano da transizione verso l'abuso sessuale.

Questo bambino, oltre a presentare parti emozionali dissociate di sottomissione in relazione all'abuso e di rabbia associata ai maltrattamenti, presenta anche due modalità diverse di funzionamento quando gioca da solo o con delle bambine, rispetto a quando gioca con i coetanei maschi. In questo secondo caso mette in atto condotte simili a quelle che avvenivano nei "giochi" con il padre, toccando i bambini nelle parti intime.

Dunque anche gli schemi di azione della vita quotidiana risultano condizionati dal trauma: si evidenzia una dissociazione tra più parti "apparentemente normali", oltre a quella con e tra le "parti emozionali".

È utile aggiungere un'ultima considerazione per quanto riguarda le dinamiche tra le parti dissociative nell'infanzia: la rigidità della separazione tra le parti, e in particolare le barriere amnesiche, sono minori nei bambini rispetto agli adulti.

Ciò significa che il contenuto traumatico della parte emozionale dissociata spesso si manifesta in maniera dirompente e produce una discontinuità nell'esperienza del bambino, ma in alcuni casi i bambini sono anche in grado di presentare e descrivere spontaneamente le loro parti dissociative, con verbalizzazioni del tipo “una parte di me dice o fa questo ... un'altra parte di me dice o fa quello”, oppure come “diversi sé” che agiscono in momenti differenti: “Paolo bravo”, “Paolo cattivo”, “Paolo arrabbiato”, “Paolo triste”, “Paolo spaventato”.

Talvolta i bambini ne parlano spontaneamente in maniera diretta, talvolta rispondendo a domande poste dal terapeuta, altre volte attraverso il gioco simbolico o i racconti di fantasia, attingendo all'immaginario [28].

Caso clinico: Luca, 7 anni

Luca ha 7 anni quando avviene la presa in carico psicoterapeutica. Fino ai 3 anni ha vissuto nella famiglia di origine, con un padre violento nei confronti della madre e in condizioni di trascuratezza. Inserito in comunità vi è rimasto fino all'età di 5 anni, con visite periodiche della mamma biologica. Dall'età di 5 anni viene accolto in affidamento da una giovane coppia e cessano gli incontri con la madre che risulta non essere in condizioni psichiche idonee per stare con il bambino.

Luca è un bambino iperattivo, inquieto, ipersensibile, come se fosse costantemente in allerta, controllante nei confronti degli adulti, con modalità di ostentata superiorità: “Questo lo so fare, questo lo so già, questo l'ho fatto mille volte, questo è facile”, a volte inventando di aver fatto o visto cose che in realtà non sono avvenute.

Quando qualcosa non va secondo le sue previsioni o sfugge al suo controllo, soprattutto quando le persone non si comportano come si aspetta, l'irrequietezza sale esponenzialmente: diventa agitato, teso, richiedente, lamentoso e capriccioso, come un bambino piccolo inconsolabile. Spesso si assiste ad un'escalation di queste modalità, fino al punto in cui Luca si chiude in se stesso, si estranea, talvolta si mette in posizione fetale, con il dito in bocca.

Ipotizziamo che si possa trattare di una parte emozionale dissociativa: il bambino piccolo, trascurato, spaventato, solo, impotente, in allerta per la violenza del padre nei confronti della madre, preoccupato che possa succedere qualcosa di irrimediabile, non accudito, non visto nei suoi bisogni di bambino, non protetto.

Nella prima seduta di psicoterapia, Luca dice spontaneamente al terapeuta di essere un “bambino agitato”, spesso ripreso dalle insegnanti e dai genitori, ma aggiunge che le cause di questo comportamento stanno nella sua “tristezza”. Spiega meglio affermando che è triste per due motivi principali: prima di tutto perché la sua “vera mamma” non è quella che lo accompagna alle sedute, ma un’altra che “è morta perché è caduta nel bagno quando io non c’ero” (in realtà la madre non è morta e questo è stato più volte spiegato al bambino dai genitori affidatari).

Luca racconta che, nel periodo in cui era in comunità, andava ancora qualche volta a trovare la madre a casa sua per “controllare che non venissero i ladri”: la madre viveva da sola e non si sarebbe saputa difendere, mentre lui, anche se piccolo, era già molto forte.

Continua a raccontare dicendo che un giorno non è riuscito ad andare a trovarla e la madre è caduta nel bagno, si è ferita e ha sanguinato molto: urlava e lui la sentiva dalla comunità, ma non poteva raggiungerla e alla fine è morta. L’altro motivo della sua tristezza è che vorrebbe tanto un fratellino, ma la mamma affidataria “non riesce a farlo nascere”. Luca spiega che non ce la fa perché è troppo “stressata”: infatti per stare dietro a lui “deve faticare molto e non può stare mai tranquilla”.

Già dalla prima seduta abbiamo un quadro molto chiaro delle rappresentazioni mentali del bambino che stanno alla base del suo funzionamento psichico e delle manifestazioni comportamentali. È evidente che tali rappresentazioni sono costruzioni mentali del bambino che traggono spunto da elementi della realtà e da tracce di ricordo, rielaborate sulla base dei suoi vissuti emotivi fino a giungere a pesanti distorsioni o addirittura a costruzioni del tutto arbitrarie e originali.

Esse, tuttavia, sono così radicate nel bambino da costituire convinzioni profonde, che resistono ad ogni tentativo di spiegazione e chiarificazione: a Luca è stato più volte detto che la madre biologica non è morta e che la madre affidataria non può avere figli per un problema fisico che non ha nulla a che fare con il suo comportamento. Nessuna spiegazione scalfisce queste convinzioni di base.

Ciò avviene probabilmente perché tali rappresentazioni di sé, degli altri e del mondo non sono altro che costruzioni mentali che danno forma, rappresentano attraverso immagini descrivibili e comunicabili, vissuti profondi assolutamente “veri” per il bambino.

La percezione della fragilità della madre naturale che l’ha abbandonato perché non riusciva a badare a lui e a se stessa, il senso di colpa per aver lasciato da sola la madre, la rabbia verso la madre stessa che si traduce nella rappresentazione della sua morte violenta, il desiderio compensatorio di essere forte e di poter salvare gli altri, il senso di colpa nei confronti della madre affidataria per i suoi comportamenti inadeguati (che

forse cela un più antico senso di colpa nei confronti della madre naturale che l'ha abbandonato anche a causa del suo comportamento) sono tutti vissuti assolutamente "veri" che il bambino trova il modo di rappresentare servendosi di immagini e racconti non riscontrabili sul piano della realtà.

Il lavoro psicoterapeutico con Luca è partito proprio da qui: non si trattava di persuadere il bambino circa l'erroneità delle sue convinzioni, ma di condividere la "verità" dei suoi vissuti e lavorare su questi affinché potessero essere rappresentati, condivisi, elaborati, integrati, ridefiniti. L'uso del gioco simbolico in psicoterapia, anche in questo caso, è risultato molto utile perché ha permesso al bambino, attraverso l'invenzione di storie raccontate ed interpretate da personaggi di una famiglia all'interno di una casa, di rappresentare i vissuti di base prima evidenziati e le diverse parti di sé, per vederne poi possibili evoluzioni e trasformazioni, con nuove attribuzioni di significato.

Ad esempio, Luca è partito dal mettere in scena un bambino di due anni onnipotente, che salva tutti i familiari dai ladri, dagli assassini, dagli animali feroci, da un incendio, ecc., fino ad arrivare a rappresentare lo stesso bambino che inizia a potersi permettere di dire che è piccolo, che ha paura, che è terrorizzato, che si sente solo, che ha bisogno di aiuto e che lo chiede a degli adulti che via via si mostrano sempre un po' più capaci di fare gli adulti, di prendersi cura, di occuparsi loro di proteggere il bambino dai pericoli e non viceversa.

La "parte apparentemente normale" (potremmo dire utilizzando le concettualizzazioni degli autori della dissociazione strutturale della personalità), che deve presentarsi come forte, coraggiosa, superiore, capace, potente che Luca di fatto impersonificava inizialmente in modo compensatorio per convincersi di riuscire a vivere ed affrontare le difficoltà nonostante i traumi subiti, e rappresentava nel gioco simbolico con il bambino onnipotente, lascia progressivamente spazio alla "parte emozionale" dissociata del bambino piccolo e angosciato che si manifesta nella realtà negli episodi dissociativi regressivi e prende via via forma e voce nel gioco simbolico attraverso la rappresentazione di un bambino piccolo, spaventato, impaurito, bisognoso di protezione.

Bambino che inizia progressivamente a sentire di poter ricevere, nella realtà attuale di famiglia in cui vive ora, gli accudimenti, la protezione e il contenimento necessari che consentano di contattare, tollerare e integrare le parti dissociate nella rappresentazione globale di sé, anche alla luce delle elaborazioni svolte in seduta e dell'esperienza relazionale terapeutica

Conclusioni

I recenti studi sulla dissociazione infantile, a cui il presente articolo fa riferimento, permettono di sviluppare una visione del fenomeno più ampia e approfondita, sebbene ancora in divenire, alla luce di solidi riferimenti teorici, delle evidenze cliniche e delle scoperte neuroscientifiche.

In particolare risulta interessante e promettente dal punto di vista della ricerca, ma anche della diagnosi e della terapia dei disturbi in età evolutiva, riconoscere i meccanismi neurobiologici di base e le complesse dinamiche psichiche conseguenti alle esperienze traumatiche precoci e cumulative vissute all'interno dei legami di attaccamento, da cui si possono generare non solo costellazioni di sintomi (tra cui quelli dissociativi), ma anche effetti profondi nel processo di costruzione del senso di sé dell'individuo, rendendo la dissociazione un assetto strutturale della personalità.

La Psicologia Individuale offre un contenitore teorico di riferimento ed una visione dell'uomo nel suo processo evolutivo ed esistenziale che ben accoglie ed integra le concettualizzazioni più moderne, anche afferenti a modelli teorici differenti, evidenziando sia i fattori eziologici, sia le possibili traiettorie di sviluppo della personalità e dei quadri clinici, in una concezione che supera le visioni rigidamente deterministiche e organicistiche, per abbracciare un'idea di individuo capace di autoorientarsi nella vita, in continua interazione dinamica con il contesto.

Le acute intuizioni di Alfred Adler hanno da subito posto l'attenzione sull'osservazione dei processi di crescita agli albori della vita: sin dall'inizio della sua teorizzazione, il padre della Psicologia Individuale parla di relazioni primarie, bisogno di tenerezza, reciprocità affettiva, costellazioni familiari, relazioni vizianti, trascuranti, maltrattanti, ecc.

Le esperienze e le dinamiche infantili sono considerate un fattore significativo che contribuisce alla costruzione del Sé e dello Stile di vita del soggetto, ma ciò avviene all'interno di una visione che contempla diverse possibili declinazioni ed evoluzioni della storia relazionale primaria e la possibilità che essa venga rivisitata, modellata, contenuta e ridefinita da esperienze di vita successive, che possono compensare o moderare quelle primarie. Ciò d'altronde risulta in linea con il concetto di "plasticità del cervello" introdotto molti anni dopo dalle ricerche neuroscientifiche [38].

In tal senso, di fondamentale importanza risultano gli interventi preventivi, educativi e terapeutici. L'individuazione precoce delle situazioni ambientali sfavorevoli, l'intervento tempestivo ed efficace di supporto al contesto o di sottrazione del minore da relazioni trascuranti o maltrattanti, la preparazione e l'attenzione degli operatori delle agenzie educative (scuola, famiglie affidatarie, comunità, ecc.) alla decodifica dei segnali di malessere e dei bisogni evolutivi, i percorsi psicoterapeutici ad hoc effettuati

da professionisti con formazione adeguata, la costruzione di reti socio-sanitario-educative e di sinergie virtuose, costituiscono condizioni essenziali che possono sostenere evoluzioni positive o riduzioni del danno, facendo leva sulle risorse e le energie vitali dei bambini.

Come sosteneva Adler, ogni soggetto è al tempo stesso “opera ed artista” [7]: il bambino, sin dagli albori della sua vita, vive soggettivamente le sue esperienze ed è in grado di esprimere pensieri e valutazioni sulle situazioni relazionali ed emotive che affronta, successivamente allineati verso la propria meta direttrice. Tale allineamento osserverà un movimento creativo, individuale e soggettivo nell’assegnazione dei significati e nell’individuazione delle mete.

“Né i dati biologici, né i dati ambientali sono prioritari come potevano esserlo per le vecchie dispute, quanto la capacità costruttiva e creativa della persona che supera il biologico e l’ambientale poiché utilizza creativamente e originalmente questi dati per orientarsi nell’esistenza” [35].

A livello diagnostico e terapeutico, secondo le linee del pensiero individual-psicologico, risulta dunque di fondamentale importanza approfondire e conoscere il quadro di funzionamento psicologico del bambino (al di là della classificazione nosografica del disturbo), a partire dal quale porre fiducia e rinforzo alle “parti sane” e attivare possibilità di esperienze relazionali protettive e costruttive, promotrici di una possibile bonifica, ridefinizione e integrazione delle rappresentazioni di sé, degli altri e della realtà, con conseguente riassetto e ri-orientamento delle energie vitali sul “lato utile della vita” [21].

“Un giorno d’inverno, mentre una spessa coltre di neve copriva la terra, un povero ragazzo fu mandato a cercare della legna. Dopo averla raccolta, siccome sentiva molto freddo, prima di rincasare decise di accendere un fuoco per riscaldarsi un po’. Sul terreno, dove la neve si era sciolta, vide una chiave d’oro. Ritenendo che dove c’è una chiave non possa non esserci anche una serratura, scavò e scavò finché trovò una piccola scatola di ferro. ‘Se con questa chiave riesco ad aprirla’ pensò, ‘di sicuro dentro troverò qualcosa di grande valore’. Così si mise a cercare il buco della serratura, ma non riusciva a trovarlo. Alla fine lo vide, ma era così piccolo che lo si poteva appena vedere. Provò la chiave e questa entrò perfettamente. La girò una volta e ... adesso dobbiamo aspettare che sollevi il coperchio per sapere quali grandi meraviglie la scatola contiene” (22, p. 652).

Bibliografia e Sitografia

1. ADLER, A. (1908), Das Zärtlichkeitsbedürfnis des Kindes, in ADLER, A., FURTMÜLLER, C. (a cura di, 1914), *Heilen und Bilden*, Reinhardt, München.
2. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter: Grundzüge einer vergleichenden Individual-Psychologie und Psychotherapie*, tr. it. *Il temperamento nervoso: principi di psicologia individuale comparata e applicazioni in psicoterapia*, Astrolabio, Roma 1950.
3. ADLER, A. (1930), *Die Seele des Schwererziehbaren Schulkindes*, tr. it. *Psicologia del bambino difficile*, Newton Compton, Roma 1973.
4. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, De Agostini, Novara 1990.
5. AINSWORTH, M. D. (1978), *Patterns of Attachment*, tr. it. *Modelli di attaccamento e sviluppo della personalità*, Raffaello Cortina, Milano 2006.
6. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*, tr. it. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – Quinta edizione*, Raffaello Cortina, Milano 2015.
7. ANSBACHER, H. L. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler: Il pensiero di Alfred Adler attraverso una selezione dei suoi scritti*, Psycho-G. Martinelli, Firenze 1997.
8. BAITA, S. (2009), Prefazione. Verso una definizione di “trauma evolutivo”: quale futuro?, in ARDINO, V. (a cura di), *Il disturbo post-traumatico nello sviluppo*, Edizioni Unicopli, Milano 2009: 325-333.
9. BAITA, S. (2015), *Rompecabezas. Una guía introductoria al trauma y la disociación en la infancia*, tr. it. *Puzzles. Una guida introduttiva al trauma e alla dissociazione nell'infanzia*, Mimesis Edizione, Milano 2018.
10. BERNSTEIN, E. M., PUTNAM, F. W. (1986), Development, reliability, and validity of a dissociation scale, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174: 727-735.
11. BOWLBY, J. (1969), *Attachment and loss, vol. I: Attachment*, tr. it. *Attaccamento e perdita, vol. I: L'attaccamento alla madre*, Bollati Boringhieri, Torino 1999.
12. BOWLBY, J. (1988), *A Secure Base: Parent-child Attachment and Health Human Development*, tr. it. *Una base sicura*, Raffaello Cortina, Milano 1989.
13. CARLSON, E. A., YATES, T. M., SROUFE, L. A. (2009), Dissociation and development of the Self, in DELL, P. F., O'NEIL, J. A. (2009), *Dissociation and the Dissociative Disorders. DSM-V and beyond*, Routledge, New York, pp. 39-52.
14. DREIKURS, R. (1950), The immediate purpose of children's misbehavior, its recognition and correction, *Int. Z. Indiv. Psychol.*, 19: 70-87.
15. DREIKURS, R. (1957), *Psychology in the Classroom A Manual for Teachers*, Harper & Row, New York, tr. it. *Psicologia in classe. Manuale pratico per i maestri*, Editrice Universitaria, Firenze 1961.
16. DUTRA, L. LYONS-RUTH, K. (2005), Maltreatment, maternal and child psychopathology, and quality of early care as predictors of adolescents' dissociation, *Congress of the Society for Research in Child Development*, Atlanta.
17. ERIKSON, E. H. (1963), *Childhood and Society*, tr. it. *Infanzia e Società*, Armando Editore, Roma 1966.

18. FELITTI, V., ANDA, R., NORDENBERG, D., WILLIAMSON, D. (1998), Adverse childhood experiences and health outcomes in adults: the ace study, *J. Fam. Consum. Sci.*, 90(3): 31.
19. FERRIGNO, G. (2004), L'intersoggettività fra "Adlerismo" e "Teoria della mente", Editoriale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 56: 3-8.
20. GRANDI, L. G. (2016), *Amore e Psyche. Percorsi di psicoterapia Individual-psicologica*, Effatà Editrice, Cantalupa (TO).
21. GRANDI, L. G. (2019), *Se questo è un Altro*, Effatà Editrice, Cantalupa (TO).
22. GRIMM, J., GRIMM, W. (1992), *Fiabe*, Einaudi, Torino.
23. HERMAN, J. (1997), *Trauma and Recovery. The Aftermath of Violence from Domestic Abuse to Political Terror*, tr. it. *Guarire dal trauma*, Ma.Gi., Roma 2005.
24. HOWELL, E. F., BLIZARD, R. A., (2009), Chronic Relational Trauma Disorders: a new diagnostic scheme for borderline personality and the spectrum of dissociative disorders, in DELL, P. F., O'NEIL, J. A., *Dissociation and dissociative Disorders. DSM-V and beyond*, Routledge, New York 2009: 495-510.
25. ISSTD – International Society for the Study of Trauma and Dissociation (2004), Guidelines for the Evaluation and Treatment of Dissociative Symptoms in Children and Adolescent, in *Journal of Trauma and Dissociation*, 5 (3): 119-150.
26. JANET, P. (1907), *The Major Symptoms of Hysteria*, Macmillan, London/New York.
27. KOHUT, H. (1977), *The Restoration of the self*, International Universities Press, New York, tr. it. *La guarigione del Sé*, Bollati Boringhieri, Torino 1980.
28. LERDA, G. S. (2021), Mondo interno, immaginario e relazione terapeutica, in BASTIANINI, A. M. (a cura di), *Bambini in psicoterapia*, Carocci editore, Roma 2022, pp. 77-89.
29. MAIN, M., SOLOMON, J. (1986), Discovery of an insecure disoriented attachment pattern: procedures, findings and implications for the classification of behavior, in BRAZELTON, T., YOUNGMAN, M., *Affective Development in Infancy*, Ablex, Norwood.
30. MAIN, M., HESSE, E. (1992), Attaccamento disorganizzato/disorientato nell'infanzia e stati mentali dissociati dei genitori, in AMMANITI, M., STERN, D. N. (a cura di, 1992), *Attaccamento e psicoanalisi*, Editori Laterza, Roma.
31. NCTSN DSM V Developmental Trauma Taskforce (2008), *Complex Trauma in the National Child Traumatic Stress Network*, disponibile su <http://www.NCTSN.org>.
32. NIJENHUIS, E. (2005) "What is a dissociation?", *20ª Conferenza Internazionale ISSTD*, Chicago.
33. ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ (1992), *ICD-10/Decima revisione della classificazione internazionale delle sindromi e disturbi psichici e comportamentali*, Masson, Milano.
34. PERRY, B. (2009), Examining child maltreatment through a neurodevelopmental lens: clinical application of the neurosequential model of therapeuticism, in *"Journal of loss and trauma"*, 14: 240-255.
35. PONZIANI, U., *Il concetto di sé/stile di vita*, http://www.styleoflife.it/psicoterapia_pon_000007.htm.

36. READ, J., GOODMAN, L., MORRISON, A., ROSS, C., ADERHOLD, V. (2006), Trauma infantil, pèrdida y estrès, in READ, J., MOSHER, L., BENTALL, R. (a cura di), *Modelos de locura*, Editorial Herder, Barcelona 2006: 271-305, traduzione spagnola di *Models of Madness: Psychological, Social and Biological Approaches to Schizophrenia*, Routledge, New York 2004.
37. SCHAFER, I., ROSS, C., READ, J. (2008), Childhood trauma in psychotic and dissociative disorders, in MOSKOWITZ, A., SCHAFER, I., DORAHY, M. (a cura di), *Psychosis, Trauma and Dissociation. Emerging perspectives on severe psychopathology*, Wiley-Blackwell, Hoboken 2008, pp. 137-150.
38. SIEGEL, D. J. (1999), *The developing mind: toward a neurobiology of interpersonal experience*, tr. it. *La mente relazionale*, Raffaello Cortina, Milano 2013.
39. SIEGEL, D. J., (2011), *Mindsight: the new science of personal transformation*, tr. it. *Mindsight: la nuova scienza della trasformazione personale*, Raffaello Cortina, Milano 2011.
40. STIEN, P., KENDALL, L. (2004), *Psychological Trauma and the Developing Brain. Neurologically Based Interventions for Troubled Children*, Haworth Press, New York, 2004.
41. STOLBACH, B. C., DOMINGUEZ, R., ROMPALA, V., GAZIBARA, T., FINKE, R. (2009), Complex Trauma Histories, PTSD and Developmental Trauma Disorder in Traumatized urban Children, 25° Conferenza ISTSS (*International Society for the Traumatic Stress Studies*), Atlanta.
42. VAN DER HART, O., NIJENHUIS, E. R. S., STEEL, K. (2006), *The haunted self: structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*, tr. it. *Fantasmismi nel sé. Trauma e trattamento della dissociazione strutturale*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2011.
43. VAN DER KOLK, B. A. (1996), *The body keeps the score. Approaches to the Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder*, tr. it. *Il corpo accusa il colpo. Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche*, Raffaello Cortina, Milano 2015.
44. VAN DER KOLK, B. A. (2005), *Developmental Trauma disorder: toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories*, in "Psychiatric Annals", 35(5): 401-408.
45. VAN DER KOLK, B. A., PYNOOS, R. S., CICCHETTI, D., CLOYTRE, M., D'ANDREA, W., FORD, J. D., LIEBERMAN, A. F., PUTNAM, F. W., SAXE, G., SPINAZZOLA, J., STOLBACH, B. C., TEICHER, M. (2009), *Proposal to include Developmental Trauma Disorder Diagnosis for Children and Adolescents in DSM V*, Final version, February 2, 2009, scaricabile da: www.traumacenter.org/announcements/drd/papers_oct_09.pdf.

Gian Sandro Lerda
Corso Nizza 9
I-12100 Cuneo
E-mail: lerda.gs@icloud.com

Enrica Cavalli
Corso Quintino Sella 52
I-10131 Torino
E-mail: ecavalli@saiga.it