

Università della Valle d'Aosta
Université de la Vallée d'Aoste

Corso di Laurea in Scienze e Tecniche Psicologiche

TESI DI LAUREA TRIENNALE

**ABUSO E NEGLECT: TRAIETTORIE EVOLUTIVE
PSICOPATOLOGICHE DELLE ESPERIENZE TRAUMATICHE
PRECOCI.**

Tesi di Laurea di:
Sofia Maria Beatrice SERRAVALLE
Matricola N. 16 D03875

Relatrice.
Prof.ssa
Laura FERRO

Anno Accademico 2019-2020

Sommario

| | |
|--|-----------|
| INTRODUZIONE | 5 |
| 1 EVOLUZIONE DEL TRAUMA DA FREUD AD OGGI | 7 |
| 1.1 PRIMA FASE: LE ORIGINI DEL TRAUMA..... | 7 |
| 1.1.1 Sigmund Freud | 7 |
| 1.1.2 Pierre Janet | 8 |
| 1.1.3 Sandor Ferenczi | 9 |
| 1.2 SECONDA FASE: IL PENSIERO DEI TEORICI DELLE RELAZIONI OGGETTUALI..... | 10 |
| 1.2.1 Melanie Klein..... | 10 |
| 1.2.2 Donald Winnicott..... | 11 |
| 1.2.3 Wilfred Bion | 12 |
| 1.2.4 John Bowlby | 13 |
| 1.3 TERZA FASE: LA VISIONE ATTUALE DEL TRAUMA | 15 |
| 1.3.1 Bessel Van der Kolk..... | 16 |
| 1.3.2 Daniel J. Siegel..... | 17 |
| 1.3.3 Otto Van der Hart..... | 20 |
| 1.3.4 Stephen Porges..... | 21 |
| 1.4 ALTRI RIFERIMENTI NEUROBIOLOGICI..... | 23 |
| 2 L'ABUSO | 26 |
| 2.1 DEFINIZIONE E TIPOLOGIE DI ABUSO | 26 |
| 2.1.1 Maltrattamento fisico..... | 27 |
| 2.1.2 Maltrattamento psicologico..... | 27 |
| 2.1.3 Patologia delle cure | 28 |
| 2.1.4 Abuso sessuale | 29 |
| 2.1.5 Violenza assistita | 29 |
| 2.2 I CRITERI DEL DSPT NEL DSM-5..... | 30 |
| 2.3 I CRITERI DEL DSPT NELL'ICD10 | 35 |
| 2.4 TRAUMA SYMPTOM CHECKLIST FOR CHILDREN (TSCC) | 37 |
| 2.5 TRATTAMENTO PSICOTERAPEUTICO DEL DSPT..... | 38 |
| 2.5.1 Psicoterapia cognitiva-comportamentale | 38 |
| 2.5.2 Terapia EMDR | 39 |
| 2.5.3 Terapia sensomotoria | 40 |
| 3 CONSEGUENZE PSICOPATOLOGICHE A LUNGO TERMINE DEL DISTURBO DA TRAUMA COMPLESSO | 42 |
| 3.1 INCIDENZA DEL TRAUMA COMPLESSO SULLO SVILUPPO..... | 42 |
| 3.2 AREE DI FUNZIONAMENTO COMPROMESSE IN BAMBINI ESPOSTI A TRAUMA COMPLESSO | 42 |
| 3.2.1 Attaccamento..... | 43 |
| 3.2.2 Sviluppo neurobiologico..... | 44 |
| 3.2.3 Regolazione affettiva | 45 |
| 3.2.4 Dissociazione..... | 45 |
| 3.2.5 Regolazione del comportamento..... | 46 |
| 3.2.6 Cognizione..... | 46 |
| 3.2.7 Concetto di sé..... | 47 |
| 3.3 Disturbo Borderline di Personalità..... | 47 |
| 3.3.1 Attaccamento..... | 48 |
| 3.3.2 Sviluppo neurobiologico..... | 49 |
| 3.3.3 Regolazione degli affetti | 50 |
| 3.3.4 Dissociazione..... | 50 |
| 3.3.5 Regolazione del comportamento..... | 51 |
| 3.3.6 Cognizione..... | 51 |
| 3.3.7 Concetto di sé..... | 52 |

CONCLUSIONI 53
RINGRAZIAMENTI 54
BIBLIOGRAFIA..... 55

INTRODUZIONE

“Il trauma è personale. Anche se viene negato, esso non scompare. Quando è ignorato o negato, le grida silenziose continuano interiormente e vengono sentite solo da chi ne è prigioniero. Quando qualcuno entra in quel dolore e sente le urla, la guarigione può iniziare.”

Danielle Bernock, 2014

La motivazione che mi ha spinto a scegliere come argomento il trauma, in particolar modo l’abuso, è quella di dare importanza a tutti quei bambini che sono state vittime di violenza e trascuratezza da parte di coloro che avrebbero dovuto accudirli e proteggerli.

Ho voluto soffermarmi sulle conseguenze a cui questi bambini vanno incontro, in quanto sono ferite che rimarranno per tutta la vita e influenzeranno il loro futuro, soprattutto a livello relazionale.

L’intento del mio elaborato è quello di fornire una mappa evolutiva del concetto di trauma, focalizzando l’attenzione sull’abuso e il maltrattamento e sulle conseguenze a cui questi ultimi portano.

Nel primo capitolo viene illustrato il pensiero, rispetto al trauma, dei primi grandi pionieri della psicologia come Sigmund Freud, Sandor Ferenczi e Pierre Janet, in seguito dei teorici oggettuali, in particolare Melanie Klein, Donald Winnicott, Wilfred Bion e John Bolwby ed infine viene mostrata la visione che si ha ora del trauma facendo riferimento ad autori più recenti come Bessel Van der Kolk, Daniel J. Siegel, Antonio Semerari, Stephen Porges e Otto Van der Hart. L’ultimo paragrafo di questo capitolo è dedicato ai riferimenti neurobiologici sull’impatto del trauma a livello cerebrale.

Nel secondo capitolo mi sono soffermata più nello specifico sul fenomeno dell’abuso, dandone la definizione e le sue tipologie: maltrattamento fisico, maltrattamento psicologico, patologia delle cure, abuso sessuale e violenza assistita. Successivamente sui criteri diagnostici del Disturbo da Stress Post-traumatico attraverso una rassegna che ne fanno i diversi Sistemi di Classificazione: il Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM; American Psychiatric Association) e l’International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems (WHO, ICD-10). Infine, verranno approfonditi i principali approcci utilizzati con soggetti che soffrono di Disturbo da Stress Post-Traumatico: la Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT; Beck, 2013), la Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR; Shapiro, 1995) e la Psicoterapia Sensomotiva (Odgen et al., 2006).

Nel terzo ed ultimo capitolo, il mio interesse si è rivolto verso tutte quelle aree che possono essere compromesse dopo un evento/eventi traumatico/i, facendo riferimento al lavoro di Van der Kolk, quali: l'attaccamento, lo sviluppo neurobiologico, la regolazione affettiva, la dissociazione, la regolazione del comportamento, la cognizione e il concetto di sé. Infine, rispetto ai quadri psicopatologici che possono emergere conseguenti ad un trauma, ho volto particolare attenzione al Disturbo Borderline di Personalità, presentandone i sintomi, i criteri in riferimento al Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5; American Psychiatric Association) e la sua correlazione con le aree di funzionalità dell'autore sopra elencate.

CAPITOLO 1

EVOLUZIONE DEL TRAUMA DA FREUD AD OGGI

1.1 PRIMA FASE: LE ORIGINI DEL TRAUMA

La parola trauma deriva dal greco, che significa “danneggiare/rovinare”, il cui effetto può portare le persone a sviluppare psicopatologie.

L'evento traumatico sovrasta le capacità d'azione dell'individuo, riporta ad uno stato di impotenza e fragilità davanti ad un evento doloroso e sconvolgente, che rende l'individuo privo di quelle capacità necessarie per superare nel migliore dei modi la situazione di pericolo, obbligandolo ad utilizzare dei meccanismi di difesa per sopravvivere (Van der Kolk, 2014).

La prima fase storica di sviluppo dell'interesse nei confronti del tema in oggetto coincide con la nascita del concetto di “nevrosi traumatica”, caratterizzata dal movimento psicoanalista di Freud, in contrasto con il pensiero dello psicologo Pierre Janet ed infine l'allievo di Freud, Sandor Ferenczi (Bonomi, 2001).

1.1.1 SIGMUND FREUD

Il primo ad interessarsi del concetto di trauma fu Sigmund Freud, attraverso i suoi studi sull'isteria, nella sua opera “*Studi sull'Isteria*” nel 1895. Insieme al suo maestro, il neurologo francese Charcot, sosteneva che questa patologia fosse causata da eventi emotivamente sconvolgenti, supponendo così che l'origine avesse una base traumatica da ricercarsi nell'esperienza di vita e non in lesioni organiche.

I due autori intendevano per isteria un disturbo caratterizzato da stati emotivi molto intensi quali: ansia, rabbia, ossessioni, insonnia e paralisi.

Prima si pensava che l'isteria fosse dovuta a cause somatiche, ma con Charcot (1897) diventò sempre più importante il ruolo della mente e si iniziò a pensare che fosse proprio la mente a scatenare le paralisi.

Freud (1895) si interessò al caso di una giovane donna, Anna O, che era in cura dal medico Breuer perché soffriva d'isteria e presentava sintomi quali: paralisi degli arti, disturbi della vista, dell'udito e del linguaggio. In seguito, la paziente presentò anche frequenti allucinazioni.

Breuer utilizzò l'ipnosi come terapia, facendo rivivere alla paziente l'esperienza traumatica passata, dando possibilità di emergere all'emozione legata all'evento che, fino a prima, era del tutto inconsapevole alla mente.

Il fatto di mostrare forti emozioni nel rivivere l'esperienza traumatica, portava alla scomparsa dei sintomi nei pazienti, fenomeno chiamato da Freud “abreazione”. Venne infatti dimostrata una forte correlazione tra i sintomi isterici e le esperienze traumatiche del soggetto.

Breuer e Freud sostenevano che fosse traumatico tutto ciò che si discostasse dalla mente e venisse dissociato al di fuori della consapevolezza attiva. La dissociazione infatti era uno dei meccanismi di difesa più potenti messo in atto dalle persone traumatizzate, perché permetteva di dividere l'evento traumatico da tutto il resto della personalità.

Un altro fondamentale meccanismo di difesa alla base dell'isteria, cui prestarono particolare interesse i due autori fu la "rimozione", processo attraverso il quale la mente rimuoveva contenuti troppo dolorosi e forti da sopportare per l'individuo, proteggendolo così dal dolore nel ricordare eventi traumatici.

Freud (1895) individua un particolare meccanismo di azione del trauma secondo cui un evento rimosso e doloroso diventa traumatico in un secondo momento. Il trauma, infatti, non si manifestava subito dopo l'evento traumatico ma più tardi, nel momento in cui si presentavano eventi scatenanti che portavano il soggetto a rivivere quei ricordi dolorosi associati al trauma.

Freud, ascoltando i vari racconti dei suoi pazienti riguardo ad abusi e scene sessuali subite da bambini, era sempre più convinto che il trauma avesse origini sessuali e di come, il fatto di aver ricevuto seduzioni sessuali durante l'infanzia, potesse portare l'individuo a sviluppare gravi disturbi in età adulta.

L'origine dell'isteria non risaliva tanto dall'evento traumatico di per sé, quanto dall'esperienza vissuta soggettivamente da parte dell'individuo, infatti di grande importanza per Freud era il ruolo dell'inconscio, il quale selezionava cosa fosse traumatico e cosa no, indipendentemente dal fatto che un evento fosse davvero traumatico o meno.

Per questo motivo, una buona terapia non doveva basarsi solo sul raccogliere il maggior numero di informazioni sul soggetto, ma sull'andare a cogliere l'esperienza interiore associata all'evento traumatico.

1.1.2 PIERRE JANET

L'idea di Pierre Janet (1913), fu quella di andare ad indagare le ripercussioni che un trauma complesso, episodio singolo o cumulativo protratto nel tempo, ha sullo sviluppo psicologico dell'individuo durante tutta la sua evoluzione. Questa predizione fu subito ostacolata e nascosta dalle teorie freudiane sulla psicoanalisi. Gli studi più attuali, riguardo alla psicologia clinica, hanno confermato molte teorie enunciate da questo autore. Queste sue teorie rispecchiano a pieno l'idea attuale di sofferenza mentale, in quanto secondo Janet gli esseri umani, in assenza di traumi, sono dotati di una sorta di armonia che però la vita però mette a dura prova, sottoponendo l'individuo a dover affrontare problemi più o meno complessi e ripetuti nel tempo.

Secondo Pierre Janet qualunque essere umano poteva essere esposto a esperienze negative in grado di sviluppare uno stress post-traumatico, ovvero un tipo di stress generato dal tentativo di sopravvivere a eventi dolorosi e strazianti. L'autore ipotizzò l'esistenza di una predisposizione innata capace di creare i presupposti affinché un ricordo diventasse morboso e impresso in modo indelebile nella memoria. Era proprio questo "rilassamento della tensione psichica" a far sì che un ricordo traumatico si ancorasse bene nella memoria.

Per spiegare la patogenesi dello stress post-traumatico, Pierre Janet parlò di un meccanismo definito "doppia-emozione", nel quale inizialmente il paziente traumatizzato veniva colpito da un evento doloroso che abbassava la sua difesa psichica, mentre, in un secondo momento, veniva colpito nuovamente da un altro avvenimento anch'esso traumatizzante che permetteva al ricordo traumatico di fissarsi in modo invadente.

Infine, l'autore aveva intuito che, l'instaurarsi di ricordi intrusivi e lo stress generato dopo l'evento traumatico, portavano l'individuo a vivere un esaurimento emotivo creando in lui una sensazione di impotenza e uno stato di "debolezza psichica". È proprio da questa stanchezza, essendosi indebolite le difese immunitarie psicologiche in un periodo fragile del soggetto, che si creava un terreno fertile pronto a nuove forme di traumatizzazione.

1.1.3 SANDOR FERENCZI

Secondo Ferenczi, allievo di Freud, il trauma relazionale era alla base della psicopatologia ed era dato da fattori esterni come la trascuratezza o noncurezza da parte dei genitori e da un clima familiare disagiato e non appropriato (Borgogno, 1999). Non potendo reagire contro le figure primarie in questione o non potendo scappare, essendo dipendente dai genitori, il bambino si sottometteva al volere dell'adulto, obbedendo ad ogni richiesta ed identificandosi completamente in lui.

Con Ferenczi si passò così da una visione psicoanalitica ad una più evolutiva e relazionale, in cui gli effetti traumatici venivano associati ad essere predisposti ad una fragilità psichica che aveva origine da relazioni primarie genitore-bambino non supportive (Bonomi, 2001). Per Ferenczi, il trauma aveva origine extra psichica, quindi non era l'accaduto in sé ad essere traumatico, quanto il non avere avuto aiuto e sostegno dalle figure primarie, come i genitori. Il negare i fatti da parte dell'ambiente, rendeva l'evento più patogeno e traumatico, in quanto veniva distorta la percezione del bambino.

Nella sua opera "*Confusione delle lingue*" del 1932, Ferenczi si allontanò molto dalle teorie del suo maestro Freud, per concentrarsi sul rapporto tra genitore e bambino. Egli sostenne che, mentre il bambino utilizzava un linguaggio di

tenerezza nei confronti dell'adulto, l'adulto che abusa ricambiava con un linguaggio passionale.

Gli abusi peggiori erano quelli causati dai familiari, perché oltre ad essere più frequenti e protratti nel tempo, facevano sì che il bambino instaurasse una relazione affettiva basata disfunzionalmente sulla fiducia, sicurezza e sui premi. Non c'è consapevolezza di quanto sia dannoso e pervasivo l'abuso all'interno delle famiglie, poiché il bambino si trovava in una relazione in cui credeva di ricevere affetto, cure e fiducia da parte dell'adulto abusante, il quale a sua volta ricorreva a ricompense in un'ottica perversa e manipolatoria.

1.2 SECONDA FASE: IL PENSIERO DEI TEORICI DELLE RELAZIONI OGGETTUALI

La seconda fase storica di sviluppo del trauma è caratterizzata dalla teoria delle relazioni oggettuali, che ha acquisito grande importanza a partire dagli anni '40 in poi e vede come protagonisti vari autori tra cui Melanie Klein, Donald Winnicott, Wilfred Bion, John Bowlby.

Questi autori hanno revisionato il pensiero freudiano e hanno spostato il loro interesse dal modello pulsionale, elaborato dallo psicanalista Freud, a dinamiche relazionali della vita dell'individuo in interazione con le altre persone, in particolar modo all'attaccamento che il bambino nutre nei confronti della madre. Le relazioni, quindi, assumono un ruolo fondamentale nell'andare a determinare gli elementi strutturali della mente della persona. Questo approccio vede come protagonista l'individuo, che si sviluppa mediante relazioni interpersonali che promuovono il formarsi di funzioni psichiche, difatti è la qualità di queste a stabilire se l'individuo avrà uno sviluppo sano o patologico.

1.2.1 MELANIE KLEIN

L'idea che l'instaurarsi della psicopatologia fosse dato da una vulnerabilità da parte del bambino, correlata ad un inadeguato rapporto genitore-bambino, venne sostenuta anche da un'importante figura che rientra nel filone della psicoanalisi infantile, Melanie Klein.

La Klein, nella sua opera "La psicoanalisi dei bambini" pubblicata nel 1932, sostenne come sia quasi impossibile che un bambino avesse una personalità ed uno sviluppo sani se non ha vissuto nei suoi primi anni di vita esperienze positive. Tanto è vero che, una condizione necessaria per avere un "Io" ben integrato era proprio quella di vivere esperienze legate all'amore ed alla pulsione, rispetto che all'odio ed alla morte.

L'autrice parlò di un bambino non felice che nutriva, sin dalla nascita, sentimenti di morte. Questo bambino nacque con la capacità di organizzare la propria sofferenza ed il proprio dispiacere in un Altro "cattivo, ed il proprio benessere in un Altro "buono".

Secondo Melanie Klein, le pulsioni provocavano nel bambino un forte dolore che doveva essere alleviato da cure genitoriali. Ma se questo non accadeva, se le figure primarie non erano in grado contenere ed alleviare le angosce del bambino, quest'ultimo sarebbe andato incontro ad uno sviluppo malsano.

1.2.2 DONALD WINNICOTT

L'autore concentrò i suoi studi sul rapporto madre-bambino nelle prime settimane di vita. Nella sua opera "Sviluppo affettivo e ambiente" del 1965, spiega che ciò a cui andava incontro il bambino durante il suo sviluppo è un percorso graduale, suddiviso in fasi. Inizialmente, nella fase simbiotica, non potendo percepire la differenza che c'è tra mondo interno ed esterno, si sentiva un tutt'uno con la propria madre, in seguito si differenziava e si percepiva come individuo distinguendo i suoi stati interni dalla realtà esterna. Quest'ultimo passaggio, detto *processo di individuazione*, era caratterizzato dall'utilizzo da parte del bambino di un oggetto transizionale che gli permetteva di entrare in relazione con il mondo e staccarsi sempre di più dalla sana dipendenza nei confronti della madre, così da non entrare in crisi nel caso in cui quest'ultima si allontanava per poco da lui.

Essendo gli esseri umani sin dalla nascita predisposti alle relazioni sociali, il bambino, secondo l'autore, non poteva esistere e crescere da solo, ma aveva bisogno di una madre che gli desse sostegno, amore, aiuto, comprensione presenza e stabilità. Non è importante che fosse perfetta, quello che conta è che fosse in grado di rispondere in modo adeguato ai bisogni ed alle richieste del figlio.

Ciò che poteva portare il bambino a sviluppare in seguito psicopatologie, era proprio il fatto di avere una madre non contenitiva e supportiva nei primi anni di vita, periodo in cui il bambino nutriva dipendenza nei confronti di quella figura primaria che doveva essere forte e centrata, in grado di rispondere a tutti i suoi bisogni in modo adeguato (Borgogno, 2004).

La precocità ed il fatto di rivivere ripetutamente episodi di privazione da parte di una persona che rappresentava il primo oggetto d'amore, portavano il bambino a provare forti angosce, capaci di creare una frammentazione della sua personalità fra il vero Sé psicosomatico ed il falso Sé mentale, inducendo così il falso Sé a non svolgere più le sue funzioni protettive verso il vero Sé.

Il vissuto traumatico quindi, non risiedeva in un unico evento di per sé, ma nell'unione di più momenti di trascuratezza.

Fondamentali per lui erano i concetti di *holding* e *handling*, funzioni che dovevano essere presenti in una "madre buona".

L'holding, ovvero il contenimento da parte della madre, sorreggeva l'io immaturo e fragile del bambino ed indicava due processi: il fatto di essere protettiva nei confronti del figlio, aiutandolo a reagire nel migliore dei modi in situazioni pericolose ed il saper rispondere in modo adeguato ai bisogni del bambino (Winnicott, 1952). Ciò permetteva al bambino di avere tante sicurezze e di fidarsi della propria madre e dell'ambiente circostante. Il bisogno di supporto non era fondamentale solo nel primo periodo di vita, caratterizzato dalla dipendenza assoluta, ma si ripresentava per tutto il resto della vita, soprattutto quando capitano eventi spiazzanti.

L'altra funzione della madre era l'handling, ovvero la manipolazione, nella quale lei stessa aveva gli strumenti necessari per tenere integre le parti del bambino (Winnicott, 1952).

1.2.3 WILFRED BION

Gli studi di Bion riguardano la "matrice madre-bambino" e fanno riferimento al contenimento, da parte della madre, dell'angoscia proiettata dal bambino, attraverso il meccanismo di difesa di identificazione proiettiva. Compito della madre era quello di ricevere i contenuti del figlio, fungere da loro contenitore, per poi poter restituire al bambino questi contenuti dopo averli elaborati.

La teoria della mente (1963) spiegò come il bambino fu immerso da elementi proto-sensoriali e proto-emotivi che lo disturbavano, chiamati elementi Beta. Gli elementi Beta venivano proiettati al di fuori e scaricati sulla madre. Quest'ultima non sapeva esattamente cosa avesse o volesse il bambino, ma compiva un'operazione nella mente di ricerca di significato, chiamata "funzione alfa", cogliendo così il disagio espresso dal lattante.

Veniva, di contro, definita "funzione alfa" l'azione che compiva la madre nel cogliere le evacuazioni emotive del proprio bambino e nel darle un significato, permettendo così di passare dal caos al senso.

Era fondamentale perché, oltre a rendere più tollerabile i contenuti del bambino, permetteva di offrirgli la capacità di poter agire in futuro su questi elementi in maniera indipendente ed autonoma.

Questo processo venne chiamato "fase della restituzione", dove gli elementi beta venivano bonificati in alfa e faceva sentire il bambino sollevato dal fatto che la madre cercasse di dare un significato al suo disagio, ed agisse per colmarlo.

Grazie a questa ripetizione di scambi relazionali, il bambino, con il passare del tempo, riusciva ad interiorizzare la funzione alfa e ad imparare ad utilizzarla, ovvero riusciva a dare un senso alle cose, senza proiettare il proprio disagio alla madre.

Il feedback positivo che si otteneva con la decodificazione del caos, dava un sollievo al disagio del bambino, permetteva la trasmissione della funzione alfa e

comportava delle modificazioni a livello cerebrale legate al buon esito della relazione precoce.

Bion sostenne che il bambino non aveva solo bisogno di essere soddisfatto nei bisogni primari, ma aveva bisogno di una mente che lo nutrisse, per cui, le distorsioni relazionali ed i traumi nascevano nel momento in cui la madre, al posto di contenere tutto quello che il bambino buttava fuori caoticamente, non era in grado di nutrire in modo adeguato la mente del bambino.

1.2.4 JOHN BOWLBY

Anche secondo Bowlby la causa del trauma era da ricercarsi nella trascuratezza del bambino da parte di genitori instabili e non responsivi.

L'attaccamento con il proprio caregiver, ovvero colui che rispondeva ai bisogni del bambino, solitamente i genitori, era un bisogno primario, una predisposizione innata che si instaurava nei primi anni di vita e durava per sempre. Era fondamentale perché permetteva al bambino di acquisire sicurezza in sé e nelle proprie capacità, permettendo inoltre di regolare i suoi stati interni, le sue emozioni e di esplorare il mondo.

Il fatto di essere in relazione con il proprio genitore permetteva di andare a correggere ed a perfezionare tutte quelle azioni maladattive in schemi più adeguati, in modo tale da aiutare il bambino a riuscire a far fronte a situazioni di stress future. Peter Fonagy, che raccolse parte dell'eredità bowlbiana, sosteneva che il fatto di avere un caregiver responsabile e contenente, permetteva al bambino di imparare a modulare ed a contenere a sua volta sia le emozioni positive che quelle negative. Era grazie al rapporto con i genitori che il bambino era in grado di identificare, modificare e controllare le proprie emozioni.

Il fatto di avere un attaccamento insicuro o traumatico, faceva sì che il bambino sviluppasse sentimenti di insicurezza e terrore, e questo ancor di più lo portava ad essere dipendente nei confronti del genitore trascurante, in quanto era alla ricerca continua di protezione e stabilità.

Sia Bowlby che Mary Ainsworth si interessarono a come il rapporto con i genitori potesse andare a condizionare lo sviluppo del bambino da un punto di vista evolutivo. Questa trasmissione trans-generazionale da loro individuata, non si basava sull'imitazione, ma bensì su modelli operativi interni, ovvero rappresentazioni mentali del tipo di attaccamento avuto con la propria madre nei primi anni di vita.

Bowlby era convinto del fatto che, quando si diventa genitori, si tende a riprodurre il modello di attaccamento vissuto da bambini con i propri genitori. Sosteneva inoltre che il fatto di aver avuto esperienze traumatiche precoci, quali separazione, perdita, abbandono ed abuso, portasse ad avere un impatto catastrofico per quel che riguardava lo sviluppo della personalità del bambino.

Per andare ad indagare il tipo di attaccamento che il bambino aveva nei confronti del proprio caregiver, Bowlby e Mary Ainsworth (1969) hanno messo a punto la "Strange Situation", procedura sperimentale basata su otto episodi volti ad osservare come reagiva il bambino durante la separazione dalla propria madre, il suo comportamento esplorativo, lo stato emotivo in presenza e in assenza della madre e nel momento del ricongiungimento.

La ricerca ha individuato quattro tipi di attaccamento, di cui il primo era quello ideale, mentre gli altri sono disfunzionali: attaccamento sicuro, attaccamento insicuro-ambivalente, attaccamento evitante-insicuro e attaccamento disorganizzato-disorientato.

L'attaccamento sicuro individuato dagli autori era caratterizzato da una madre stabile, presente, sensibile, affettuosa e responsiva, in grado di rispondere ai bisogni emotivi ed alle richieste del bambino. Questo lo portava a percepire il proprio genitore come affidabile, presente, sentendosi amato, voluto e di valore. Nello specifico della situazione laboratoriale, i bambini con questo stile di attaccamento si caratterizzavano per una modalità comportamentale che prevedeva inizialmente l'esplorazione della stanza, durante l'allontanamento da parte della madre mostravano un po' di sconforto, ma poco dopo continuavano a perlustrare l'ambiente e durante il ricongiungimento mostravano tanta gioia nel rivederla.

L'attaccamento insicuro-ambivalente era caratterizzato da una madre instabile, imprevedibile, talvolta affettuosa e talvolta distaccata. Durante la separazione il bambino mostrava sconforto a tal punto da non riuscire ad esplorare la stanza, al momento del ricongiungimento voleva starle vicino cercandone la vicinanza ma mostrava rabbia nei suoi confronti piangendo, sbattendo i piedi o urlando in maniera esagerata. Questa rabbia era data dal fatto che il bambino non provava fiducia nei confronti della madre instabile, dalle reazioni scarsamente prevedibili, ed aveva paura che lei potesse allontanarsi di nuovo, provocando in lui sentimenti di insicurezza, allerta, ipervigilanza e paura costante dell'abbandono.

L'attaccamento evitante-insicuro era caratterizzato da una madre molto distaccata ed anaffettiva, che rifiutava il contatto fisico. Ciò portava il bambino ad avere un comportamento apparentemente indifferente, sia che la madre fosse presente o assente. Questo tipo di atteggiamento era la risposta a diversi rifiuti da parte dei genitori alla sua richiesta di avvicinarsi a questi ultimi per ricevere cure e affetto. Il bambino imparava a non aver bisogno della propria madre, in quanto incapace di contenere i suoi stati emotivi ed a rispondere alle sue richieste. Il bambino sembrava non mostrare solitudine al momento della separazione e, al momento del ricongiungimento, non cercava il suo contatto o si allontanava da lei.

L'attaccamento disorganizzato-disorientato era caratterizzato da madri che manifestavano comportamenti bizzarri, come invadere con movimenti imprevedibili lo spazio personale del bambino. Oppure una madre che assumeva comportamenti minacciosi e paurosi, trasmettendo così nel bambino segnali opposti e contraddittori.

Per questi motivi il bambino, durante il ricongiungimento, mostrava comportamenti contraddittori come il cercare il contatto con la madre, ma distogliendone la vista.

1.3 TERZA FASE: LA VISIONE ATTUALE DEL TRAUMA

Attualmente si è dimostrato essere fondamentale il ruolo della ricerca scientifica volta ad indagare l'impatto che l'abuso sessuale, fisico e psichico, come maltrattamento e trascuratezza nei primi anni di vita, ha sull'organizzazione di personalità dell'individuo. Il tentativo della lettura scientifica è anche quello di andare a differenziare il Disturbo da Stress Post-Traumatico, quadro clinico psicopatologico che riguarda gli effetti prevalentemente di singoli eventi traumatici, dal Trauma Complesso, costruito psicopatologico che sembra caratterizzarsi prevalentemente da fenomeni di dissociazione, disregolazione emotiva, disintegrazione e somatizzazione (Adverse Childhood Experiences – ACE Studies; Judith Herman, 1992; Felitti e Al., 1998; Briere e Spinazzola, 2005; Van der Kolk, 2005; Cloitre e Al., 2009; Lanius, 2012). La traumatizzazione cronica, secondo questo pensiero, porta a conseguenze e sintomi più pervasivi, duraturi e dannosi riguardo al fatto di essere stati esposti con continuità a più eventi traumatici, ed appunto per questo prende il nome di “Trauma Cumulativo” (Briere e Spinazzola, 2005; Cloitre e Al., 2009).

Il Disturbo da Trauma Cumulativo riguarda traumi interindividuali come l'abuso fisico, sessuale, emotivo, l'abbandono, la violenza assistita, ovvero traumi dove viene messa a rischio la vita e l'individuo nutre sentimenti di pericolo per un tempo prolungato, non sentendosi mai protetto ed al sicuro.

Negli adulti questo disturbo viene chiamato Disturbo da Stress Post-Traumatico Complesso (Herman, 1992), mentre nei bambini Disturbo Traumatico dello Sviluppo (D'Andrea e Al., 2012; Van der Kolk, 2005).

Esistono due tipi di traumi a cui la persona traumatizzata può andare incontro: traumi con t minuscola e i traumi con T maiuscola (Shapiro, 1995).

I traumi con t minuscola, causati dall'esposizione ripetuta e continuativa ad esperienze traumatiche, sembrano poco rilevanti rispetto a traumi più gravi, ma in realtà, se ripetuti nel tempo, possono danneggiare tanto quanto i traumi con T maiuscola. Questi ultimi sono eventi che comportano pericolo di vita o minacciano l'integrità fisica propria o delle persone care, come per esempio morte, stupri, incidenti stradali improvvisi, terremoti, catastrofi, attentati.

Infine, è stato visto come entrambi i due tipi di traumi, portino le persone ad avere gli stessi sintomi, anche se, la risposta al trauma varia da persona a persona ed è proprio per questo che le reazioni all'evento stesso da parte delle persone traumatizzate sono uniche e complesse.

1.3.1 BESSEL VAN DER KOLK

Lo psichiatra Van Der Kolk nel 1996, introducendo il concetto di trauma, fa riferimento al fenomeno dell'abuso cronico ed ai continui atti di trascuratezza da parte dei genitori, i quali dovrebbero invece essere fonte di gratificazione, sostegno esterno e regolatori di stati interni del proprio bambino. Secondo il suo pensiero, questi *micro traumi* ripetuti nel tempo, portano insidiosamente ad avere effetti pervasivi sul regolare corso dello sviluppo.

Per l'autore, il trauma è un qualcosa di insopportabile e troppo doloroso che, anche quando il soggetto prova ad andare oltre l'evento traumatico, una parte del cervello continua a ripresentarlo. Sentendo di non avere il controllo di sé e dei propri sentimenti, le persone traumatizzate vivono in una condizione di pericolo costante, provando paura e terrore.

È troppo dolorosa, per queste persone, la vergogna che provano rispetto al modo in cui hanno affrontato l'evento traumatico, motivo per cui si odiano per essersi sentiti spaventati, accondiscendenti, sottomessi, irritati, furiosi. Questi sentimenti si riscontrano in particolar modo in vittime di abuso infantile, in quanto pervade il loro stato psichico un forte sentimento di vergogna per essere rimaste accanto a persone che infliggevano loro del male e cosa più straziante è quando queste persone sono i propri genitori. Un ulteriore elemento che rende questo quadro clinico così invalidante è la difficile presa in carico di questi bambini, confusi e spaventati da figure genitoriali che, al posto di essere accudenti, si sono dimostrati aggressori.

Il problema non è tanto l'evento traumatico di per sé, in quanto ha un inizio, uno svolgimento ed una fine, quanto i flashback che ricorrono dopo il trauma, i quali possono arrivare da un momento all'altro, provocando nei traumatizzati uno stato di costante allerta.

Nel suo libro "Il corpo accusa il colpo", pubblicato nel 2014, l'autore spiega come la mente cerchi di andare avanti dopo l'evento traumatico, ma il corpo la intrattiene e la imprigiona nel passato. Una caratteristica che accomuna le persone che hanno vissuto traumi è il fatto di essere ancorati al passato doloroso, non riuscendo così a godersi a pieno ciò che di bello capita nel presente.

L'obiettivo verso il benessere non è tanto quello di arrivare ad accettare gli eventi dolorosi accaduti, quanto impadronirsi e gestire le proprie sensazioni e stati interni. Per questo, il primo passo della guarigione è proprio quello di divenire consapevoli di ciò che accade dentro di loro e familiarizzare con le proprie sensazioni corporee.

Anche per Van Der Kolk è fondamentale la relazione che esiste tra il caregiver e il proprio bambino in quanto, l'attaccamento sicuro tra i due, costituisce un buon tassello contro la traumatizzazione, nonostante il più delle volte i traumi siano afflitti da persone vicine alla vittima, le quali dovrebbero essere le prime a garantire protezione dal male e non esserne i fattori scatenanti.

Secondo l'autore, la condizione necessaria per far sì che una persona riesca ad affrontare nel migliore dei modi una situazione stressante è proprio il fatto di

possedere in quel momento uno stato emotivo tranquillo e rilassato, un senso di sicurezza di sé e delle proprie capacità e di avere una situazione familiare positiva e stabile. Al contrario, il fatto di aver avuto un passato molto difficile e di avere problemi familiari, compromette le capacità di azione di fronte ad un possibile evento traumatico. Un evento diventa traumatico nel momento in cui crea una rottura tra il prima ed il dopo, andando a cambiare la percezione che l'individuo ha di sé, degli altri e di tutto ciò che lo circonda.

Sentimenti come inadeguatezza, paura, rabbia, impotenza prendono il sopravvento e con il passare del tempo si trasformano in pensieri duraturi che provocano cambiamenti pervasivi a livello somatico e psichico.

Secondo Van der Kolk, con le persone che hanno vissuto questo tipo di esperienze avverse, la terapia basata sulla parola sembra non essere efficace, mentre sembra d'esserlo la terapia somatica, che studia la relazione tra mente e corpo e permette di andare a gestire e controllare l'esperienza traumatica, attraverso percezioni corporee. È fondata sul portare le persone a prendere contatto con il proprio corpo attraverso esercizi di respirazione profonda, esercizio fisico, ipnosi ed aiutarle a sentire le proprie sensazioni interne nel "qui ed ora", riducendo lo stress e trasformando il modo di vedere le esperienze negative passate. Solo dopo tutto questo, l'introduzione della terapia basata sulla parola risulta essere un successivo tassello fondamentale per la guarigione o il miglioramento di sé, in cui lo scopo principale non è tanto quello di andare ad indagare cosa sia realmente accaduto, quanto quello di aiutare queste persone a tollerare sensazioni, emozioni, percezioni senza esserne debellati.

1.3.2 DANIEL SIEGEL

Un importante autore di riferimento relativo alla disciplina psicotraumatologica è lo statunitense Daniel Siegel. L'autore ha concentrato i suoi studi intorno al concetto di *integrazione*, che si appoggia su una visione multi-componenziale del cervello, costituito da diversi livelli e differenziato in emisfero destro e sinistro.

Secondo questo autore, l'individuo dispone di salute psichica quando vi è presente in lui integrazione tra le varie parti che costituiscono il cervello, di conseguenza, la sofferenza psichica è data da una mancata integrazione di parti del Sé e un malfunzionamento di entrambi gli emisferi cerebrali.

Ricondotto a Siegel è l'introduzione del concetto di "*finestra di tolleranza*" (1999), strumento di grande rilevanza clinica di cui si servono psicologi e psicoterapeuti durante le sedute con i propri pazienti.

Il concetto di finestra di tolleranza è unito al concetto di "disregolazione emotiva", fenomeno frequentemente osservato in pazienti difficili.

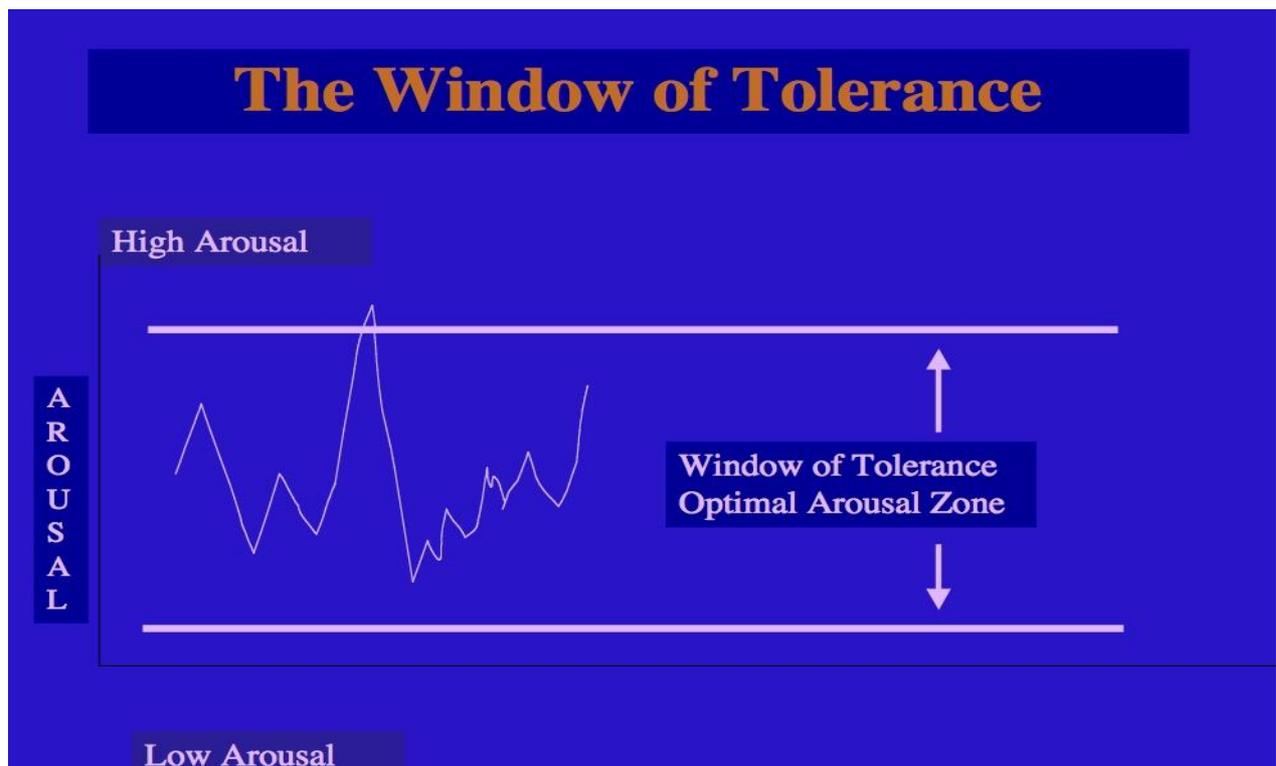


Grafico n. 1: *La finestra di tolleranza* (Ogden, Minton, 2000, p. 18).

Questo grafico è costituito da una linea sinusoidale che durante il giorno fluttua normalmente tra due linee orizzontali, quella più alta (alto livello di tolleranza) e quella più bassa (basso livello di tolleranza), in corrispondenza ad avvenimenti percepiti dal soggetto come più o meno attivanti e più o meno calmanti. L'autore sostiene che fluttuare all'interno delle due linee sia una cosa del tutto normale, fino al momento in cui non si arriva a superare il punto di iper/ipo-arousal. In quel momento inizia ciò che viene definito "disregolazione emotiva", momento in cui il soggetto percepisce la sensazione di essere, come dice l'autore stesso, fuori "controllo" preso dall'ansia, agitazione o di essere troppo "scarico".

Secondo questa visione del malessere psichico, la strategia efficace sarebbe quella di aiutare il soggetto a rientrare nei ranghi della finestra di tolleranza quando esce, sia in senso di alto sia di basso livello di attivazione fisiologica.

Siegel spiega come ognuno di noi utilizzi delle strategie, chiamate "di mastery", termine utilizzato per indicare il senso di padronanza e di controllo per rientrare nella finestra di tolleranza. Si tratta di strategie che consentono all'individuo di riappropriarsi della propria regolazione emotiva attivandosi, quando troppo

apatici, o calmandosi, quando troppo attivati, rientrando quindi all'interno del range.

Secondo lo psichiatra italiano Antonio Semerari (2003), esistono diversi tipi di strategie di mastery raggruppabili in tre tipologie:

- strategie di mastery di 1° livello. L'individuo utilizza strategie che vanno a regolare le proprie emozioni attraverso il corpo. Vengono utilizzate pratiche sportive o sostanze per modulare l'attivazione fisiologica.
- strategie di mastery 2° livello. L'individuo utilizza strategie che vanno a regolare le proprie emozioni attraverso l'interazione sociale. In sostanza, l'individuo utilizza il contatto con l'altro per andare a regolare la sua ipo o iper arousal, dove l'altro funge da modulatore delle sue emozioni.

Il livello di attivazione fisiologica rientra nella finestra di tolleranza tramite la condivisione con l'altro. È un tipo di strategia più evoluta di quella precedente, infatti presuppone un elevato livello di maturazione psicologica.

- strategie di mastery di 3° livello. L'individuo utilizza strategie di auto-regolazione attraverso un lavoro interiore. Non è necessario né utilizzare il corpo né appoggiarsi ad un'altra persona per poter gestire la propria emotività. L'individuo riesce autonomamente a supportarsi, contenersi, a rassicurarsi, a capire le ragioni per cui si è andati incontro a disregolazione emotiva ed infine a rientrare nella finestra di tolleranza.

Un altro aspetto fondamentale su cui si concentra Daniel Siegel è l'ampiezza della finestra di tolleranza. Alla nascita il bambino ha un'ampiezza minima, tanto è vero che, durante i primi anni di vita è più facile trovarsi a vivere episodi di disregolazione emotiva dove il minore esce facilmente dai ranghi.

Uno sviluppo equilibrato e stabile, insieme ad un'educazione da parte dei genitori ad aiutare il bambino a reggere le frustrazioni, porta ad aumentare l'ampiezza della finestra di tolleranza e ad imparare a sopportare sbalzi emotivi.

Per concludere, la regolazione emotiva permette di riportare ad un livello normale la propria attivazione psicologica senza superare la soglia. Il soggetto che riesce a stare all'interno della finestra di tolleranza è in grado di gestire in modo appropriato la sua emotività, senza esser trascinato da forte rabbia (iper-arousal) o forte tristezza (ipo-arousal), percependo queste emozioni come tollerabili a livello psicologico.

Per esperire senso di controllo e di padronanza delle proprie emozioni è necessario ampliare il più possibile la finestra di tolleranza, così che non basta un piccolo evento stressante per giungere a disregolazione emotiva ma è necessario un livello di ipo o iper molto elevato. A parità di fenomeni stressanti le persone reagiscono

in modo diverso alla sofferenza e al dolore, in quanto ognuno ha un'ampiezza diversa della propria finestra di tolleranza ed utilizza strategie di mastery diverse.

1.3.3 ONNO VAN DER HART

L'autore olandese, esperto in psicotraumatologia, nel suo libro "Fantasmi nel sé" pubblicato nel 2011, parla di un sé infestato da esperienze traumatiche che fanno vivere male l'individuo.

Van der Hart pone al centro del suo pensiero la differenza tra le memorie traumatiche ripetute e prolungate nel tempo, trauma cumulativo o trauma con la "t minuscola" e trauma grave o trauma con la "T maiuscola". Il luogo che fa da contenitore di queste esperienze traumatiche viene chiamato dall'autore "luogo psichico dissociativo", che si crea in seguito ad un singolo trauma o più traumi ripetuti. Si parla di un meccanismo scissionale che permette di tenere separata la parte della personalità che rimane sana e intatta, da quella che viene dissociata e che contiene elementi dolorosi. È un tipo di difesa messo in atto dall'individuo, che permette di andare a collocare esperienze traumatiche in una zona psichica chiusa senza averle in nessun caso e a nessun livello elaborate.

Secondo Van der Hart, al momento in cui il trauma irrompe nella vita di un individuo, conduce la personalità incontro a fratture dissociative di diversa tipologia, a seconda del tipo di trauma e della sua estensione.

La Teoria della Dissociazione Strutturale, delineata da Onno Van der Hart, Ellert R.S. Nijenhuis e Kathy Steele a partire dagli anni '90, spiega come la personalità del soggetto traumatizzato si possa dividere in due parti.

La prima parte viene definita Personalità Apparentemente Normale (ANP), ed è la parte di personalità che va avanti ed affronta giorno per giorno gli impegni e le attività da svolgere, come il lavoro, le relazioni, lo sport. Questa personalità svolge azioni finalizzate al presente cercando di evitare qualsiasi tipo di contatto con il doloroso passato.

La seconda parte viene definita Personalità Emotiva (EP), ed è quella parte che rimane imprigionata al momento traumatico. Rappresenta la parte emotiva della personalità che cerca di sopravvivere e di fronteggiare situazioni di pericolo. Questa parte, nelle persone traumatizzate viene separata, attraverso il processo di dissociazione, dalla parte apparentemente normale, proprio per poter andare avanti a condurre in modo lineare la vita di tutti i giorni e impedendo che determinati elementi troppo dolorosi possano nuocere all'equilibrio psichico.

Più saranno ripetuti e duraturi gli eventi traumatici, più la Personalità Emotiva sarà divisa in più parti dissociate. La difficoltà con questo tipo di pazienti è proprio quella di integrare le parti frammentate del sé, così che possano coesistere contemporaneamente.

Inoltre, la Teoria della Dissociazione strutturale (Van der Hart et al., 2011) individua tre tipologie di dissociazione:

1 La *dissociazione strutturale primaria* è la tipologia di dissociazione più semplice, dove la personalità dell'individuo si divide in una sola Personalità Apparentemente Normale e una sola Personalità Emotiva dopo un trauma singolo. Questo tipo di dissociazione è presente nel Disturbo da Stress Post-Traumatico e Disturbo Acuto da Stress.

2 La *dissociazione strutturale secondaria* è una tipologia di dissociazione molto più complessa rispetto alla precedente, dove la Personalità Emotiva dell'individuo si divide in una o più parti, mentre la Personalità Apparentemente Normale rimane intaccata. Questo tipo di dissociazione è presente in soggetti che sono stati sottoposti a traumi prolungati e ripetuti nel tempo e si può riscontrare nelle persone che soffrono di Disturbo Borderline della Personalità e Disturbo da Trauma Complesso.

3 La *dissociazione strutturale terziaria* è la tipologia di dissociazione più complessa tra le tre, e avviene quando la personalità dell'individuo si divide in più Personalità Apparentemente Normali e in più Personalità Emotive. Questo tipo di dissociazione è presente in soggetti che hanno subito esperienze traumatiche complesse e che soffrono di gravi disturbi come quello Dissociativo dell'Identità.

1.3.4 STEPHEN PORGES

Un altro importante autore relativo alla sfera della psicotraumatologia è il neurofisiologo statunitense Stephen Porges (2014), che ha focalizzato le sue ricerche cliniche sulle risposte neurofisiologiche connesse ad esperienze traumatiche. L'autore sostiene che la risposta neurofisiologica che emerge dopo uno stimolo dipende da come il soggetto valuta quel tipo di stimolo, se più o meno pericoloso. Questo processo di valutazione che varia da persona a persona a seconda della storia personale e del proprio vissuto, viene chiamato *neurocezione*, il quale avviene fuori dalla consapevolezza del soggetto.

A seguito di questo tipo di processo, Stephen Porges parla della Teoria Polivagale (1994) per mostrare a livello neurofisiologico l'impatto che il trauma ha sul corpo. Questa teoria interpreta in modo nuovo le funzioni del sistema nervoso autonomo, chiamato così perché funziona in modo indipendente dalla volontà e agisce attivando il soggetto in situazioni percepite dal lui stesso come pericolose.

L'autore evidenzia l'esistenza di tre possibili risposte messe in atto dall'individuo di fronte ad uno stimolo, risposte che comportano l'attivazione di tre canali neuronali differenti:

1 Il nervo vago-ventrale, che innerva la maggior parte dei muscoli del volto e quelli sovra-diaframmatici (che controllano la risposta del sistema nervoso simpatico frenandone l'attivazione), viene coinvolto quando lo stimolo non è pericoloso o troppo attivante.

Questa rappresenta un tipo di risposta socialmente adeguata poiché il soggetto cerca un contatto con l'altra persona. Ciò permette di gestire la risposta fisiologica a partire dallo stimolo stesso stando in calma e tranquillità anche in presenza di esso.

2 Il sistema nervoso autonomo simpatico entra in gioco quando la situazione viene percepita dal soggetto come pericolosa. Si hanno due modalità di risposta: la prima è la fuga e, se questa viene impedita, si passa alla fase dell'attacco come ultima risorsa. L'attivazione del sistema nervoso autonomo simpatico avviene in seguito ad un fallimento dei processi dei precedenti sistemi di modulazione della risposta fisiologica. Questo tipo di risposta non è di tipo sociale come la prima via, ma conduce ad un movimento vero e proprio.

3 Il sistema vago-dorsale, che innerva gli organi sotto-diaframmatici, viene coinvolto quando il pericolo di vita è reale e conduce ad un arresto sia dei sistemi sociali (primo tipo di risposta) sia quelli di mobilitazione (secondo tipo di risposta), portando il corpo a produrre una finta morte dove la persona sviene o presenta sintomi dissociativi. In questo tipo di risposta vengono paralizzati tutti gli organi al di sotto del diaframma.

La risposta neurofisiologica dipende dalla rappresentazione neurocettiva che il soggetto si è fatto rispetto a quel tipo di trauma. Porges sostiene sia disadattivo quando una persona ricade sempre nello stesso tipo di via, poiché rimane fisso su una singola modalità di risposta. Al contrario, il fatto di utilizzare tutti e tre le tipologie permette di affrontare in modo adeguato le situazioni quotidiane.

1.4 Altri riferimenti neurobiologici sull'impatto del trauma a livello cerebrale:

L'instaurarsi delle relazioni oggettuali coincide con il periodo di massimo sviluppo cerebrale, per cui maltrattamenti, mancanza di cure, conflitti famigliari, possono compromettere la crescita cerebrale (Schore, 2003).

Tanto più l'evento traumatico è vissuto in età precoce e duraturo nel tempo, più saranno gravi le sue conseguenze. Per cui, traumi subiti prima della formazione dell'apparato psichico sono più patogeni rispetto ad esperienze traumatiche vissute in età adulta dove è già avvenuto lo sviluppo cerebrale.

Molte sono le ricerche che dimostrano come siano numerose le aree cerebrali dal danno. Per quanto alcune regioni vengano intaccate di più rispetto ad altre, gli eventi traumatici danneggiano in modo esteso tutte le diverse aree cerebrali (De Bellis, Hall, Boring et al., 2001).

Alcune scansioni mostrano come le persone che hanno vissuto un trauma presentino un'attivazione dell'emisfero destro del cervello, sede dell'espressione delle emozioni, e una disattivazione di quello sinistro, specializzato nella produzione linguistica (Schore 2002, 2003). Da qui, l'incapacità da parte di questi soggetti di elaborare tramite il linguaggio il trauma, tanto è vero che, attraverso studi di neuroimaging è stato dimostrato come nelle persone traumatizzate sia presente un danneggiamento del corpo calloso, ovvero il canale che connette l'emisfero destro a quello sinistro. Questa struttura è molto più ridotta in bambini che hanno subito abusi sessuali poiché questi bambini mostrano anche volumi cerebrali ridotti (Teicher, 2000)

Persone a cui è stato diagnosticato Disturbo da Stress Post-Traumatico e Disturbo Borderline di Personalità, che hanno subito violenze, abbandoni, abusi e maltrattamenti evidenziano un'iperattività e un aumento del volume dell'amigdala (Dannowski et al., 2012; Pechtel, Lyons-Ruth, Anderson, Teicher, 2014), sede che gestisce le emozioni e in particolare la paura, una riduzione del volume della corteccia pre-frontale, zona razionale del cervello deputata al controllo e alla pianificazione e una riduzione del volume dell'ippocampo, parte del cervello situata nel lobo temporale deputata alla formazione della memoria (Tebartz et al., 2007; Minzenberget et al., 2008; Grant et al., 2007).

Il ricordo di un evento traumatico, sia esso singolo o ripetuto nel tempo, è diverso rispetto a quello di eventi neutri o positivi. Questi ultimi vengono integrati nella memoria dichiarativa e ordinati secondo una sequenza temporale che rispecchia la realtà.

La memoria di esperienze traumatiche avviene a differenza di quella di ricordi piacevoli, indipendentemente dal controllo volontario, suscitando una risposta di

allarme e allerta simile a quella provata durante l'evento scatenante (Allen, 1995; Pally, 1998; Horowitz, 1999; Tutté, 2004).

Più il trauma avviene in età precoce più sarà compromessa l'area deputata al recupero dello stimolo traumatico, in quanto avvenuto prima che le funzioni cognitive associate all'elaborazione della memoria autobiografica si siano sviluppate (Allen, 1995). È stato dimostrato da alcune ricerche come la memoria venga compromessa anche in soggetti a cui, in seguito a grave disagio sociale e familiare, si genera un aumento del livello di arousal, che comporta ad uno stato di forte attivazione e perdita di controllo (LeDoux, 1996).

Di notevole importanza è il ruolo dei neuroni specchio nei bambini soggetti a forme di violenze, abusi e maltrattamenti. I neuroni specchio, scoperti da Giacomo Rizzolatti nel 1994, sono delle cellule cerebrali che si attivano come dei veri e propri specchi, sia quando si esegue un'azione sia quando la si osserva svolgere da qualcun altro. Di conseguenza, tramite l'attivazione di questi neuroni, bambini che assistono a scene di violenza restano danneggiati a livello cerebrale (Kandel, Schwartz, Jessel, 1999).

Il fatto che i bambini siano esposti a maltrattamenti e abusi o a scene di violenza proiettate nei programmi televisivi, attiva i neuroni specchio generando un processo di imitazione (Iacoboni, 2008). Pertanto, bambini che hanno assistito a queste scene violente tenderanno a riprodurre il comportamento osservato dai propri genitori.

Inoltre, è stato visto come bambini sottoposti a maltrattamenti e abusi risultino incapaci di provare empatia, in quanto hanno difficoltà a modulare e gestire in modo funzionale le proprie emozioni, la propria aggressività e non riescono a provare empatia (Di Blasio, 2000).

Il motivo per cui questi bambini non sono empatici è proprio perché presentano neuroni specchio frantumati da esperienze traumatiche precoci, che non consentono al bambino di relazionarsi con gli altri ma lo portano ad evitare le relazioni per paura di rivivere il trauma subito.

In conclusione, fondamentale importanza viene ricoperta dall'esperienza, in quanto rafforza o indebolisce questi neuroni specchio, poiché, se i bambini subiscono o assistono a episodi di violenza, i neuroni alterati andranno a condizionare il loro comportamento portando il bambino a sviluppare in seguito aggressività, abuso di droghe e sostanze, disturbi della personalità e bullismo (Iacoboni, 2008).

L'intento di questo excursus è stato quello di descrivere le traiettorie evolutive delle esperienze traumatiche e di far riflettere come l'idea del concetto di trauma

sia cambiata dai primi pionieri ad oggi e di come alcune teorie attuali prendano spunto o confermino teorie del passato utili per i nuovi studi riguardanti l'abuso e la trascuratezza.

CAPITOLO 2

L'ABUSO

2.1 DEFINIZIONE E TIPOLOGIE DI ABUSO

Il Consiglio d'Europa del 1978 ha definito il termine abuso come una serie di atti effettuati su bambini/e che danneggiano la loro integrità corporea, il loro sviluppo fisico, affettivo, intellettuale e morale, e si manifestano attraverso trascuratezze e/o lesioni a livello fisico e psichico e/sessuale da parte di un familiare o di persone che hanno a cura il bambino. Secondo l'OMS, infatti, si manifestano forme di maltrattamento e abuso quando i genitori o le persone che hanno a cura il bambino giovano sulla loro condizione di privilegio e si comportano in contrasto ai bisogni e ai diritti del bambino (World Health Organization, 2002)

Ampia letteratura di settore converge sulla evidenza che il maltrattamento, la trascuratezza, l'abuso infantile portano a sviluppare disturbi psichici durante l'infanzia, in adolescenza o in età adulta (Caffo e colleghi, 2002; Montecchi, 2005). I traumi infantili hanno un ruolo fondamentale nel determinare l'insorgere di una psicopatologia, in quanto è compromesso l'intero sviluppo della personalità. A tal proposito ciò che viene danneggiato è il senso di autostima, la capacità di regolare e gestire le proprie emozioni, i processi di pensiero, la capacità di saper controllare la propria impulsività, di essere padroni delle proprie azioni e comportamenti ed infine di riuscire ad instaurare buone relazioni interpersonali.

Per inquadrare al meglio il fenomeno dell'abuso il neuropsichiatra e psicoterapeuta Francesco Montecchi (1991) ha sviluppato, a partire dalla letteratura già presente, la classificazione di diverse forme di abuso, evidenziandone alcune macro-categorie: maltrattamento fisico e maltrattamento psicologico, patologia delle cure, abuso sessuale e violenza assistita. L'ultima tipologia di abuso, la violenza assistita, è stata aggiunta recentemente poiché è stato dimostrato quanto sia devastante per la psiche del bambino trovarsi a vivere esperienze in cui pur non subendo in prima persona alcun tipo di maltrattamento, assiste continuamente a conflitti genitoriali violenti (Jaffe, Wilson, Wolfe, 1990; Moore, Pepler, 1998).

Questa sistematizzazione non intende avere un valore assoluto, anche perché purtroppo i minori si trovano a vivere spesso contemporaneamente diverse esperienze violente, ma può essere d'aiuto ai diversi professionisti che del fenomeno si occupano e non solo psicologi, per riconoscere meglio l'ambito e le manifestazioni comportamentali più comuni.

2.1.1 MALTRATTAMENTO FISICO:

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 2002) lo definisce come segue: “per maltrattamento fisico si intendono tutti quegli atti commessi da parte di chi ha in cura un bambino che provocano un danno fisico reale o che hanno la potenzialità di farlo” (Giamundo, 2013, pp.400).

Si parla di abuso fisico quando il/i genitore/genitori o le persone a stretto contatto con il bambino provocano o consentono che vengano provocate ferite fisiche, mettendo il bambino in condizioni di subirle (SINPIA, 2007).

Si tratta nello specifico di lesioni, bruciature, frustate, calci, morsi, lividi e fratture (Brown, Khan, 2003).

La gravità dell'abuso fisico dipende dal tipo di lesioni provocate e si distingue in: lieve, quando non è necessario il ricovero, moderato, quando è obbligatorio il ricovero, grave, quando è obbligatorio il ricovero in rianimazione (SINPIA, 2007).

Le lesioni sono segni fisici date dalla violenza fisica e possono essere manifeste o latenti. Le ferite cutanee (morsi, ustioni, cicatrici) sono al primo posto tra le rappresentazioni di un abuso fisico, seguite dalle fratture (di ossa, di costole, del cranio) (Montecchi, 2009).

Spesso questi genitori ricorrono al maltrattamento fisico per punire e correggere tutti quei comportamenti ritenuti da loro inadeguati, messi in pratica dai loro figli (Ammaniti, 2001).

2.1.2 MALTRATTAMENTO PSICOLOGICO:

Negli ultimi anni ha assunto maggiore rilievo l'abuso psicologico, il quale riporta ricadute a livello emotivo, cognitivo, sull'attaccamento e l'autostima, sulle capacità adattive e di relazionarsi con gli altri in modo adeguato (Di Blasio, 2000). Sebbene presenti conseguenze a volte peggiori rispetto alle altre forme di abuso, il maltrattamento psicologico è più difficile da evidenziare (Giusti, Iacono, 2010).

Consiste nell'utilizzo, da parte di genitori o persone che si prendono cura del bambino, di frasi e comportamenti duraturi e costanti nel tempo in cui il bambino viene svalutato, trascurato, disprezzato e svalorizzato attraverso aggressività e violenze verbali. Il maltrattamento psicologico include anche il diniego, lo sfruttamento, emarginazione e terrorismo. Tale esperienza porta il bambino ad avere una visione distorta e negativa di sé, degli altri e del mondo, a sentirsi inadeguato in ogni situazione e a non avere maturato autostima e sicurezza di sé e delle proprie capacità.

2.1.3 PATOLOGIA DELLE CURE:

La patologia della somministrazione di cure è una tipologia di abuso utilizzata dal genitore o dalle persone affettivamente vicine al bambino, che comporta il non rispondere ai suoi bisogni fisici ed emotivi o a rispondere ma in modo inadeguato.

Questa patologia è stata suddivisa in tre tipologie (Montecchi, 2006):

Incuria: evidenzia un tipo di abuso in cui il bambino riceve da parte del genitore scarse e carenti cure rispetto ai suoi bisogni emotivi, psichici e fisiologici. Molto spesso si tratta di madri anaffettive che non riescono a rispondere in modo adeguato ai bisogni affettivi e psichici del bambino.

Discuria: tipo di abuso in cui il bambino riceve cure alterate e inappropriate rispetto alla sua età. In questo caso il genitore non si rende conto del tipo di violenza.

La letteratura evidenzia tre comportamenti principali che inconsapevolmente vengono messi in atto da parte del genitore e nella loro inadeguatezza trovano la causa del disagio del figlio. Nel primo, l'adulto risponde in modo adeguato ai bisogni del figlio ma lo fa in uno stadio che precede la richiesta del figlio, risultando pertanto inadeguato nello stadio in cui si viene poi a esprimere. Nel secondo, il genitore richiede al bambino sforzi e prestazioni più grandi della sua contingente età. Nel terzo ed ultimo, il genitore fa richieste troppo eccessive e questo provoca nel bambino forti ansie e stress in quanto si sente pieno di compiti da dover portare a termine.

Ipercuria: tipo di abuso in cui il bambino riceve cure eccessive rispetto ai suoi bisogni. Il genitore soffre di una forma di ossessione verso la medicalizzazione (Dettore et al., 2008).

Questa forma di abuso può portare l'insorgenza di alcune patologie rare tra cui:

- La *Sindrome di Münchausen per procura*, sindrome in cui un genitore, più frequentemente la madre (Alexander R, 2001), sottopone il proprio bambino a continui controlli ospedalieri e a cure inappropriate per sintomi fantasmatici o indotti da lei stessa. Si tratta di madri che hanno gravi psicopatologie, tendenti verso tratti paranoide e psicotici e che utilizzano come meccanismo di difesa lo spostamento, trasferendo sul figlio le proprie preoccupazioni e ansie patologiche (Montecchi, 2005).
- L'abuso chimico, sindrome in cui il genitore somministra al proprio bambino una quantità eccessiva di farmaci e sostanze chimiche. Queste sostanze diventano dannose, non tanto per la loro composizione, quanto per la quantità che il genitore fa assumere al bambino e si tratta molto spesso di lassativi, diuretici (Martone, 2006).
- La *Medical shopping per procura*, sindrome in cui i genitori troppo ansiosi e preoccupati si rivolgono in modo eccessivo ed ossessivo a figure mediche per avere rassicurazioni. Questa sindrome si manifesta spesso in casi in cui il bambino i primi anni di vita ha avuto gravi problemi salutari, di conseguenza i genitori, anche per piccoli sintomi, vivono continui stati di allarme e

credono di trovarsi nuovamente di fronte a gravi stati di malattia del figlio, oppure in madri con tratti ansiosi e ipocondriaci che proiettano sul figlio le proprie preoccupazioni e il proprio bisogno di essere rassicurate.

2.1.4 ABUSO SESSUALE:

L'abuso sessuale è un tipo di abuso in cui il bambino è costretto a subire atti sessuali da parte di un adulto. Nello specifico si tratta di essere costretti a rapporti sessuali (orali, genitali, anali), dover accettare la richiesta di prostituirsi, guardare del materiale pornografico o accettare effusioni sessualizzate.

Montecchi (2005) sottolinea che le attività sessuali non corrispondono unicamente all'atto sessuale completo, ma riguardano anche tutti quegli atti che implicano un coinvolgimento delle parti intime, come carezza e tocamenti ripetuti o continuativi, volti al soddisfacimento del bisogno sessuale dell'adulto. Caffo e colleghi (2002), nel tentativo di provare a distinguere gli atti di abuso da quelli non abusanti, hanno individuato tre tipologie di fattori: la differenza di potere, la differenza di conoscenza e la differenza di gratificazione.

La differenza di potere evidenzia la superiorità dell'adulto, il quale ha controllo della situazione e sull'abusato ed è in grado di condizionare il bambino senza l'utilizzo della forza. La differenza di conoscenza implica una scarsa comprensione da parte del bambino dell'atto sessuale che sta subendo e delle conseguenze che ne deriveranno. L'ultimo fattore, la differenza di gratificazione, fa riferimento al piacere provato dall'abusante durante l'atto, a differenza del bambino che non prova alcun tipo di appagamento. Nel caso in cui il minore provi gratificazione ciò avviene, nel caso di piacere fisico come conseguenza di una stimolazione organica mentre a livello relazionale, invece, solo legato a benefici secondari, come il ricevere più attenzioni o al sentirsi il membro più importante della famiglia.

Montecchi (2005) distingue l'abuso sessuale intra-famigliare e extra-famigliare, in cui il primo è attuato da genitori o persone in stretta relazione con il bambino, ad esempio i suoi famigliari, mentre il secondo è eseguito da persone sconosciute al bambino e quindi al di fuori del nucleo famigliare.

2.1.5 VIOLENZA ASSISTITA:

La violenza assistita è stata definita dal Cismai (Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e Abuso dell'Infanzia, 1999), come qualsiasi atto di violenza fisica, psicologica e sessuale compiuta su figure significative, adulte o bambini, di cui il minore può fare esperienza direttamente (quando essa avviene

nel suo campo percettivo), indirettamente (quando è a conoscenza della violenza) e/o percepiscono gli effetti.

Si parla di violenza assistita quando il bambino assiste ad episodi di maltrattamento e abuso su un genitore o su una figura significativa come il proprio fratello o sorella o su animali domestici. La visione di queste scene influenza negativamente il percorso evolutivo del bambino, privandolo sin dai primi anni di un ambiente protettivo e supportivo (Felitti, 2001).

Molte ricerche fatte su bambini che hanno assistito a episodi di violenza nella propria casa mostrano come questi ultimi presentino problemi sociali ed emotivi quali: depressione, ansia, inquietudine, terrore, paura, aggressività su altre persone o animali e minori competenze sociali (Jaffe, Wilson, Wolfe, 1990).

Inoltre, il fatto di vivere in un ambiente caratterizzato da violenze e maltrattamenti, porterà il bambino a costruire la rappresentazione che tutto ciò è normale e con la forte probabilità che tenderà a riprodurre tale comportamento osservato, ma inadeguato, in età adulta.

2.2 I CRITERI DEL DSPT NEL DSM – 5

I fenomeni sopra elencati, quali maltrattamento fisico, maltrattamento psicologico, patologia delle cure, abuso sessuale e violenza assistita, spesso hanno come conseguenza, nella traiettoria evolutiva degli individui, lo sviluppo di problemi che i sistemi di classificazione individuano come Disturbi da Stress. Nello specifico il Disturbo da Stress Post-Traumatico nella quinta edizione del manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (2014) è stato incluso nella categoria “Disturbi correlati ad eventi traumatici e stressanti”.

Nel DSM-5 i disturbi associati ad esperienze traumatiche sono stati classificati in maniera del tutto autonoma e indipendente, a differenza dell’edizione precedente nella quale erano inseriti sotto la categoria dei Disturbi d’Ansia e sono: Disturbo Reattivo dell’Attaccamento, Disturbo da Impegno Sociale Disinibito, Disturbo da Stress Post-Traumatico, Disturbo da Stress Acuto, Disturbo dell’Adattamento.

Il disturbo da Stress Post-Traumatico prevede due quadri clinici diagnostici specifici per età, il primo fa riferimento agli adulti e ai bambini al di sopra dei sei anni ed il secondo ai bambini al di sotto dei sei anni.

DISTURBO DA STRESS POST-TRAUMATICO (DSM-5 APA, 2014) in adulti, adolescenti e bambini di età superiore a sei anni i criteri diagnostici sono i seguenti:

- A. Esposizione a morte reale o minaccia di morte, grave lesione, oppure violenza sessuale di uno (o più) dei seguenti modi:
 - 1. Fare esperienza diretta dell'evento/i traumatico/i
 - 2. Assistere direttamente a un evento/i traumatico/i accaduto ad altri.
 - 3. Venire a conoscenza di un evento/i traumatico/i accaduto a un membro della famiglia oppure a un amico stretto. In caso di morte reale o minaccia di morte di un membro della famiglia o di un amico, l'evento/i traumatico/i deve essere stato violento o accidentale.
 - 4. Fare esperienza di una ripetuta o estrema esposizione a dettagli crudi dell'evento/i traumatico/i.

- B. Presenza di uno (o più) dei seguenti sintomi intrusivi associati all'evento/i traumatico/i che hanno inizio successivamente all'evento/i traumatico/i:
 - 1. Ricorrenti, involontari e intrusivi ricordi spiacevoli dell'evento/i traumatico/i.
 - 2. Ricorrenti sogni spiacevoli in cui il contenuto e/o le emozioni del sogno sono collegati all'evento/i traumatico/i.
 - 3. Reazioni dissociative (per es., flashback) in cui il soggetto sente o agisce come se l'evento /i traumatico/i si stesse ripresentando.
 - 4. Intensa e prolungata sofferenza psicologica all'esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simboleggiano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento/i traumatico/i.
 - 5. Marcate reazioni fisiologiche a fattori scatenanti interni o esterni che simboleggiano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento/i traumatico/i.

- C. Evitamento persistente degli stimoli associati all'evento/i traumatico/i, iniziato dopo l'evento/i traumatico/i come evidenziato da uno o entrambi i seguenti criteri:
 - 1. Evitamento o tentativi di evitare ricordi spiacevoli, pensieri o sentimenti relativi o strettamente associati all'evento/i traumatico/i.
 - 2. Evitamento i tentativi di evitare fattori esterni (persone, luoghi, conversazioni, attività, oggetti, situazioni) che suscitano ricordi spiacevoli, pensieri o sentimenti relativi o strettamente associati all'evento/i traumatico/i.

- D. Alterazioni negative di pensieri ed emozioni associati all'evento/i traumatico/i, iniziate o peggiorate dopo l'evento/i traumatico/i, come evidenziato da due (o più) dei seguenti criteri:
 - 1. Incapacità di ricordare qualche aspetto importante dell'evento/i traumatico/i.

2. Persistenti ed esagerate convinzioni o aspettative negative relative a sé stessi, ad altri o al mondo.
 3. Persistenti, distorti pensieri relativi alla causa o alle conseguenze dell'evento/i traumatico/i che portano l'individuo a dare la colpa a sé stesso oppure agli altri.
 4. Persistente stato emotivo negativo.
 5. Marcata riduzione di interesse o partecipazione ad attività significative.
 6. Sentimenti di distacco o di estraneità verso gli altri.
 7. Persistente incapacità di provare emozioni positive.
- E. Marcate alterazioni dell'arousal e della reattività associati all'evento/i traumatico/i, iniziate o peggiorate dopo l'evento/i traumatico/i, come evidenziato da due (o più) dei seguenti criteri:
1. Comportamento irritabile ed esplosioni di rabbia tipicamente espressi nella forma di aggressione verbale o fisica nei confronti di persone o oggetti.
 2. Comportamento spericolato e autodistruttivo.
 3. Ipervigilanza.
 4. Esagerate risposte di allarme.
 5. Problemi di concentrazione.
 6. Difficoltà relative al sonno.
- F. La durata delle alterazioni (Criteri B, C, D e E) è superiore a 1 mese.
- G. L'alterazione provoca disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.
- H. L'alterazione non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza o a un'altra condizione medica (pp.314-315).

DISTURBO DA STRESS POST-TRAUMATICO (DSM-5 APA, 2014) riferito a bambini sotto i sei anni i criteri indicati sono:

- A. Nei bambini sotto i 6 anni, esposizione a morte reale o minaccia di morte, grave lesione, oppure violenza sessuale in uno (o più) dei seguenti modi:
1. Fare esperienza diretta dell'evento/i traumatico/i.
 2. Assistere direttamente a un evento/i traumatico/i accaduto ad altri, in particolare ai caregiver primari.
 3. Venire a conoscenza di un evento/i traumatico/i accaduto a un membro della famiglia oppure a una figura di accudimento.
- B. Presenza di uno (o più) dei seguenti sintomi intrusivi associati all'evento/i traumatico/i che hanno inizio successivamente all'evento/i traumatico/i:

1. Ricorrenti, involontari e intrusivi ricordi spiacevoli all'evento/i traumatico/i.
 2. Ricorrenti sogni spiacevoli in cui il contenuto e/o le emozioni del sogno sono collegati all'evento/i traumatico/i.
Nota: Può non essere possibile accertare che il contenuto terrorizzante sia collegato con l'evento traumatico.
 3. Reazioni dissociative (per es., flashback) in cui il bambino sente o agisce come se l'evento/i traumatico/i si stesse ripresentando. La ritualizzazione specifica del trauma può verificarsi nel gioco.
 4. Intensa e prolungata sofferenza psicologica all'esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simboleggiano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento/i traumatico/i.
 5. Marcate reazioni fisiologiche in risposta a fattori che ricordano l'evento/i traumatico/i.
- C. Uno (o più) dei seguenti sintomi, che rappresentano persistente evitamento degli stimoli associati all'evento/i traumatico/i o alterazioni negative di pensieri ed emozioni associati all'evento/i traumatico/i, devono essere presenti, iniziato o peggiorati dopo l'evento/i traumatico/i.
1. Evitamento o tentativi di evitamento di attività, luoghi o fattori fisici che suscitano ricordi dell'evento/i traumatico/i.
 2. Evitamento o tentativi di evitamento di persone, conversazioni e situazioni interpersonali che suscitano ricordi dell'evento/i traumatico/i.
 3. Sostanziale aumento della frequenza di stati emotivi negativi.
 4. Marcata diminuzione di interesse o partecipazione ad attività significative, inclusa la limitazione del gioco.
 5. Comportamento socialmente ritirato.
 6. Persistente riduzione dell'espressione di emozioni positive.
- D. Alterazioni dell'arousal e della reattività associate all'evento/i traumatico/i, iniziate o peggiorate dopo l'evento/i traumatico/i, come evidenziato da due (o più) dei seguenti criteri:
1. Comportamento irritabile ed esplosioni di rabbia tipicamente espressi nella forma di aggressione verbale o fisica nei confronti di persone o oggetti.
 2. Ipervigilanza.
 3. Esagerata risposta di allarme.
 4. Problemi di concentrazione.
 5. Difficoltà relativa al sonno.
- E. La durata delle alterazioni è superiore a 1 mese.
- F. L'alterazione provoca disagio clinicamente significativo o compromissione nella relazione con genitori, fratelli, coetanei o altri caregiver, oppure nel comportamento scolastico.

G. L'alterazione non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., farmaci, alcol) o a un'altra condizione medica (pp.316-317).

DISTURBO DA STRESS ACUTO (DSM-5 APA, 2014)

Il criterio A del Disturbo da Stress Acuto rimane invariato al criterio A del Disturbo da Stress Post-Traumatico.

Il criterio B del disturbo da Stress Acuto rimane invariato al criterio B del Disturbo da Stress Post-Traumatico per quel che riguarda i primi quattro punti ma ne vengono aggiunti altri:

5. Persistente incapacità di provare emozioni positive.
6. Alterato senso di realtà del proprio ambiente o di sè stessi.
7. Incapacità di ricordare qualche aspetto importante dell'evento/i traumatico/i.
8. Tentativi di evitare ricordi spiacevoli, pensieri o sentimenti relativi o strettamente associati all'evento/i traumatico/i.
9. Tentativi di evitare fattori esterni (persone, luoghi, conversazioni, attività, oggetti, situazioni,) che suscitano ricordi spiacevoli, pensieri o sentimenti relativi o strettamente associati all'evento/i traumatico/i.
10. Difficoltà relative al sonno.
11. Comportamento irritabile ed esplosioni di rabbia tipicamente espressi nella forma di aggressione verbale o fisica nei confronti di persone o oggetti.
12. Ipervigilanza
13. Problemi di concentrazione
14. Esagerate risposte di allarme

C. La durata dell'alterazione (sintomi del Criterio B) va da 3 giorni a 1 mese dall'esposizione al trauma.

D. L'alterazione provoca disagio clinicamente significativo o compromissivo del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

E. L'alterazione non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., farmaci, alcol) o a un'altra condizione medica (per es., lieve danno cerebrale da trauma), e non è meglio spiegato da un disturbo psicotico breve (pp. 325-326).

Facendo un'analisi differenziale, i due disturbi si distinguono dal fatto che i sintomi del Disturbo da Stress Acuto devono manifestarsi entro un mese

dall'evento scatenante e scomparire in quello stesso arco di tempo. Nel caso in cui i sintomi dovessero perdurare, la diagnosi è di Disturbo da Stress Post-Traumatico.

2.3 I CRITERI DEL DSPT NELL'ICD-10 (OMS, 2016)

Il Disturbo da Stress Post-Traumatico nella Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati (ICD-10) compare nel capitolo V – Disturbi mentali e comportamentali sotto la categoria “Disturbi nevrotici, legati a stress e somatoformi”.

Disturbo da Stress Post-Traumatico

Si presenta come una risposta ritardata e protratta ad un evento o situazione stressante (di breve o di lunga durata) di natura eccezionalmente minacciosa o catastrofica, in grado di provocare grave malessere nella maggior parte delle persone.

Fattori predisponenti come tratti di personalità (per esempio: compulsiva, astenica) o una precedente storia di disturbi nevrotici possono abbassare la soglia per lo sviluppo della sindrome o aggravare il suo decorso, ma essi non sono necessari né sufficienti a spiegare la sua comparsa. Gli aspetti tipici del disturbo includono ripetuti episodi in cui viene rivissuto il trauma in ricordi intrusivi (“flashback”), sogni o incubi, che intervengono su un persistente sfondo di “intorpidimento” e ottundimento emozionale, distacco dalle altre persone, diminuita reattività al mondo circostante, anedonia ed evitamento delle attività e delle situazioni che ricordano il trauma. Vi è in genere uno stato di iperattivazione vegetativa con ipervigilanza, esagerazione delle reazioni di allarme e insonnia. L'ansia e la depressione sono comunemente associate con i precedenti sintomi e segni, e non sono infrequenti le idee di suicidio. L'esordio segue il trauma con un periodo di latenza che può andare da poche settimane a qualche mese. Il decorso è fluttuante ma la guarigione si verifica nella maggior parte dei casi. In una piccola percentuale di casi il disturbo può presentare un decorso cronico per molti anni e un passaggio a una modificazione duratura della personalità (p.252).

Nel diagnosticare il Disturbo da Stress Post-Traumatico nei minori, occorre evidenziare l'evento traumatico ed i sintomi correlati ad esso definiti dalla Classificazione diagnostica:

- 1- L'evento traumatico riemerge (gioco post-traumatico, racconto, incubi, angoscia) quando viene chiesto di ricordare il trauma, episodi dissociativi in cui è riprodotto il trauma senza intenzionalità.

- 2- Appiattimento della sensibilità del bambino o arresto o distorsione del processo di sviluppo dopo un evento traumatico (ritiro sociale, gamma limitata di affetti, perdita temporanea di competenze già acquisite, riduzione delle capacità di gioco).
- 3- Aumento dell'attivazione (terrori notturni con risvegli, difficoltà ad andare a letto, difficoltà a dormire, difficoltà di attenzione e concentrazione, ipervigilanza).
- 4- Sintomi quali paure e aggressività (aggressività verso i pari, gli adulti o gli animali, ansia di separazione, paura del buio o di andare in bagno da solo, comportamenti dannosi per sé stessi, comportamenti sessuali o aggressivi non adeguati all'età).

Per quel che riguarda il Disturbo da Stress Post-Traumatico Complesso nei minori, si manifesta in seguito a traumi precoci quali, abuso fisico, sessuale e psicologico a causa di una figura di riferimento, o maltrattamenti ripetuti, violenze cumulative e trascuratezza, descritti all'inizio di questo capitolo.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 2018) non considera il Disturbo da Stress Post-Traumatico complesso come un sottotipo del Disturbo da Stress Post-Traumatico, bensì come un disturbo indipendente inserito nell'undicesima edizione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-11).

Reazione acuta da stress

Disturbo transitorio che si sviluppa in un individuo che non presenta nessun altro manifesto disturbo mentale, in risposta a uno stress fisico e/o mentale eccezionale, che in genere regredisce nel giro di ore o di giorni. La vulnerabilità e la capacità di difesa individuale giocano un ruolo nella comparsa e nella gravità delle reazioni acute da stress.

I sintomi mostrano una grande variabilità ma tipicamente includono uno stato iniziale di "obnubilamento", con una certa restrizione del campo di coscienza e limitazione dell'attenzione, incapacità a comprendere gli stimoli e disorientamento. Questa condizione può essere seguita da un ulteriore ritiro dall'ambiente circostante (fino a giungere a un quadro di stupor dissociativo), oppure da agitazione e iperattività (reazione di fuga). Sono comunemente presenti segni vegetativi di ansia panica (tachicardia, sudorazione, vampate di calore). I sintomi in generale compaiono entro pochi minuti dall'impatto con lo stimolo o evento stressante, e scompaiono nel giro di due o tre giorni (spesso nel giro di ore). Può essere presente un parziale o totale amnesia per l'episodio. Se i sintomi persistono, va preso in considerazione un cambiamento nella diagnosi (p. 251).

2.4 TRAUMA SYMPTOM CHECLIST FOR CHILDREN:

Si ha la necessità di poter usufruire di uno strumento diagnostico, per un'età spesso molto bassa, che si basi su elementi verbalizzati dal minore e che sia in grado di poter essere utilizzato anche in ambito perinatale, dato che molto spesso l'ammissione di un'esperienza di questo tipo porta la famiglia e il minore all'interno di un percorso giudiziario.

Di conseguenza, per andare a valutare la sintomatologia post-traumatica presente nei bambini dagli 8 ai 16 anni può essere d'aiuto l'utilizzo del questionario auto-somministrato TSCC (Trauma Symptom Checklist for Children). Questo tipo di test, ideato da J. Briere (1996), che comprende item volti ad indagare preoccupazioni sessuali, viene utilizzato nel caso in cui si ritiene necessario esplorare tali aspetti.

Ogni item è valutato secondo la scala Likert da 0 (mai) a 3 (quasi sempre). I risultati riscontrati vengono confrontati con i campioni di riferimento ottenuti da altri bambini dello stesso sesso e stessa età.

La valutazione fatta dal self-report viene poi riportata su sei scale cliniche:

- ANS (ansia), volta a verificare il livello di paura, terrore e pericolo. Alti punteggi in questa scala indicano che il bambino è stato vittimizzato o ha assistito ad atti di violenza rivolti ad altre persone.
- DEP (depressione), volta a valutare il livello di tristezza, mancanza di sentimenti, pensieri e sensazioni positive e presenza di idee suicidarie.
- RAB (rabbia), volta a misurare la quantità di rabbia, aggressività, impulsività e irritabilità.
- PTS (stress post-traumatico), volta a valutare l'intrusività e l'evitamento dei ricordi traumatici e l'iperarousal.
- DIS (dissociazione) è suddivisa in due sottoscale:
 - DIS-A, volta a valutare la presenza di dissociazione con ottundimento emotivo, derealizzazione, evitamento dissociativo.
 - DIS-F, volta a valutare la presenza di sintomi dissociativi che compromettono la fantasia e il sognare ad occhi aperti.
- IS (interessi sessuali), suddivisa in due sottoscale,
- IS misura la presenza di comportamenti sessuali impropri per la frequenza e l'età del bambino
- IS-D rileva il malessere provato da quest'ultimo associato ad esperienze sessuali precoci.

E due scale di validità:

- IPO (ipo-risposte), volta ad indicare l'utilizzo da parte del bambino di meccanismi di difesa per cui tende a negare o a minimizzare alcuni degli aspetti che lo riguardano.
- IPER (iper-risposte), volta ad indicare la tendenza da parte del bambino di evidenziare e rimarcare alcuni suoi aspetti. Le cause potrebbero essere quella di chiedere aiuto, esser spinto dal desiderio di apparire come sintomatico o di essere completamente travolto dall'evento traumatico.

Uno degli aspetti interessanti di questo strumento è relativo alla possibilità di andare ad indagare gli item critici ovvero gli otto sintomi che evidenziano potenziali atti auto-lesivi, rischio di recare del male ad altre persone, rischio di suicidio, di essere coinvolto in risse, di subire abusi sessuali, di avere paura degli uomini, delle donne o di essere ucciso. La presenza di questi sintomi, anche se molto rari, segnala l'immediata necessità di un percorso clinico.

Esiste una forma del test denominata TSCC-A che viene utilizzata in situazioni dove non si ritiene il bisogno di indagare aspetti sessuali, in quanto questo tipo di test non dispone dei 10 item, presenti invece nel TSCC, riguardanti le preoccupazioni sessuali.

2.5 TRATTAMENTO PSICOTERAPEUTICO DEL DSPT

Molte ricerche dimostrano come la psicoterapia comporti dei cambiamenti a livello neurofisiologico nel paziente, quali connessioni sinaptiche anomale e memorie implicite disfunzionali (Centonze, Siracusano, Calabresi et al., 2005). Il trattamento psicoterapeutico permette una maggiore integrazione tra le diverse aree del cervello attraverso il ripristino di tutte quelle zone che sono state colpite dall'esperienza traumatica (Ryle, 2003; Mundo, 2006).

Alcuni studi dimostrano come l'intervento verbale all'interno dei colloqui attivi l'area di Broca (area del linguaggio articolato), situata nel lobo frontale, rinforzando indirettamente l'integrazione tra emisfero destro ed emisfero sinistro. Il fatto che la corteccia pre-frontale sia fornita di capacità plastica, la quale permette modifiche durante tutta la vita, permette all'individuo di cambiare e andare a modificare aspetti maladattivi, attraverso il percorso terapeutico (Schoore, 2002, 2003). Infine, la psicoterapia agisce sul recupero dell'apprendimento e della memoria (ippocampo) rimasti intaccati dal trauma. Ciò permetterebbe al soggetto di andare a integrare le parti dell'esperienza traumatica in un unico racconto autobiografico (Phillips, LeDoux, 1994).

Sono quattro gli approcci maggiormente utilizzati per la presa in carico di pazienti con Disturbo da Stress Post-Traumatico:

2.5.1 PSICOTERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE

La psicoterapia cognitivo-comportamentale, ideata da Albert Ellis e Aaron Beck negli anni '60, è considerata una dei modelli più efficaci ed affidabili utilizzati nel trattamento di quadri psicopatologici. Lavora sul funzionamento mentale del paziente attualmente presente, concentrandosi su quelle emozioni, pensieri e comportamenti che emergono nella vita del paziente nel "qui ed ora".

Diversi psicoterapeuti che utilizzano questo tipo di trattamento stabiliscono il loro lavoro sull'interconnessione tra presente e passato, poiché reputano importante andare ad indagare il passato della persona per comprendere in che modo il soggetto ha costruito e appreso schemi che utilizza tuttora e che non gli permettono di star bene. La terapia cognitivo-comportamentale aiuta i pazienti a recuperare tutti quei pensieri, emozioni e comportamenti disadattivi, con lo scopo di andare a modificarli e a sostituirli con schemi più funzionali.

La psicoterapia cognitivo-comportamentale comprende due terapie differenti:

- La psicoterapia comportamentale ha l'obiettivo di modificare le reazioni emotive e comportamentali che il soggetto mette in atto durante situazioni di difficoltà o pericolo, andando a dare nuove modalità di risposta più funzionali.
- La psicoterapia cognitiva ha l'obiettivo di andare ad individuare pensieri e schemi fissati disfunzionali, modificandoli con schemi più funzionali e adeguati.

La terapia cognitivo-comportamentale incentrata sul trauma nei minori è stata sviluppata da Judith Cohen, Antonio Mannarino, Esther Deblinger nel 2005 per bambini che presentavano sintomi post-traumatici a seguito di abusi sessuali e violenze. Questo tipo di trattamento, che prevede la rieducazione al trauma e alle reazioni ad esso associate, non è rivolto solo al bambino ma anche al genitore, con lo scopo di apprendere e gestire il malessere e lo stress del proprio figlio. L'intento di questa terapia è quello di fornire delle tecniche di rilassamento al minore, in modo tale da essere in grado di gestire le sue reazioni associate al trauma, mostrando miglioramenti nei sintomi depressivi, nelle reazioni di paura e terrore, nell'autostima ed infine nei comportamenti sessualizzati inappropriati.

2.5.2 TERAPIA EMDR

La terapia EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing, in italiano Desensibilizzazione e rielaborazione mediante movimenti oculari), ideata da Francise Shapiro nel 1987, è basata sulla correlazione tra movimenti oculari e l'elaborazione di eventi traumatici. L'intento di questo approccio è quello di andare a recuperare l'esperienza traumatica, elaborarla e restituirla in una forma più tollerabile.

La terapia consiste nel sottoporre il soggetto ad un'attività di doppia focalizzazione dove il paziente deve concentrarsi contemporaneamente sull'evento traumatico e su movimenti oculari o stimolazioni bilaterali alternate destra/sinistra.

L'EMDR è composto da otto fasi fondamentali:

Nella prima fase, il terapeuta deve raccogliere informazioni sulla storia personale del paziente, scegliendo il tipo di trattamento più adeguato.

Nella seconda fase, il clinico deve stabilire una buona alleanza terapeutica con il paziente, mostrandogli le sue potenzialità.

Nella terza fase, il soggetto deve esprimere cosa gli reca dolore e le sensazioni fisiche e corporee che prova nel pensare all'esperienza traumatica.

Nella quarta fase, il paziente deve mostrare attenzione e concentrazione sia al rievocare l'episodio traumatico e le sensazioni corporee associate ad esso, sia al movimento oculare. In questa fase, il soggetto si libera di vecchi elementi, concentrandosi su nuove sensazioni e immagini. Si creano così nuove connessioni tra il materiale di vecchie informazioni disadattive e nuove informazioni più adeguate.

Nella quinta fase si lavora sulla consapevolezza del paziente, in quanto ha acquisito maggior controllo emozionale sul ricordo.

Le ultime tre fasi prevedono il concentrarsi sul materiale adattivo appreso, su una valutazione da parte del terapeuta se sia avvenuto correttamente o no tutto questo processo e una doppia rivalutazione in caso di una nuova sessione di terapia (Shapiro, Maxfield, 2002).

Molte ricerche hanno dimostrato come l'uso di questo trattamento in pazienti con stress post-traumatico abbia portato al recupero di alcune aree come il giro del cingolo anteriore e la corteccia pre-frontale, disattivate prima dell'utilizzo di questa terapia. (Levine, Lazrove, Van der Kolk, 1999).

L'EMDR può essere applicato con successo anche sui minori, e questo è positivo in quanto sono milioni i bambini che subiscono abusi e violenze. Viene utilizzato nei minori che presentano problemi di ansia, depressione, disordine dell'attaccamento, difficoltà di apprendimento e difficoltà comportamentali, e sono numerose le ricerche ancora in corso volte ad indagare l'efficacia di questo tipo di terapia attuata su bambini traumatizzati. Il protocollo dell'EMDR, utilizzato in età precoce, può variare rispetto a quello standard usato per gli adulti, in quanto tende ad essere incentrato più sulla produzione di immagini, che sulla produzione di emozioni e sensazioni. Inoltre, l'elaborazione dei bambini avviene più rapidamente in quanto sono presenti in loro, data l'età, pochi canali associativi.

È obbligatoria la presenza del genitore quando si hanno bambini dai tre anni in giù e la stimolazione bilaterale viene fatta mentre il minore sta pensando o parlando dell'evento traumatico. Nel caso in cui il bambino non sia in grado di parlare dell'episodio traumatico, di grande aiuto è la figura del genitore, la quale parla dell'accaduto evocando così la memoria del bambino. In questo caso la stimolazione bilaterale può essere praticata sia dallo psicoterapeuta che dal genitore mentre racconta l'episodio.

2.5.3 TERAPIA SENSOMOTORIA

Negli anni '70, Pat Odgen, psicoterapeuta e terapeuta contemporanea e ideatrice della terapia sensomotiva, si interessò alla disconnessione che i suoi pazienti presentavano con il proprio corpo, i loro schemi somatici e i loro problemi psicologici. Negli anni '80 iniziarono i primi corsi sotto il nome di Hakomi

Bodywork dove la psicoterapeuta unì la terapia somatica alla psicoterapia.

Questa terapia, in seguito, è stata influenzata da molti leader tra cui Stephen Porges, Daniel Siegel, Bessel Van der Kolk e Onno Van der Hart.

La terapia sensomotiva considera il corpo come il fulcro principale di questo tipo di trattamento psicologico. È un approccio che integra il corpo, le neuroscienze e la teoria dell'attaccamento per andare ad intervenire sul trauma (Pat Odgen, Kekuni Minton, Clare Pain, 2006).

Ricerche sulle neuroscienze hanno mostrato come il trauma abbia effetti sia sul sistema nervoso, che sul corpo e che, molto spesso, i sintomi correlati ad esperienze traumatiche si presentano a livello somatico (Van der Kolk, 1994).

Il paziente quindi ricorda il trauma attraverso sintomi fisici che non sono giustificati da nessuna patologia organica ma solo attraverso spiegazioni psicologiche. La psicoterapia sensomotiva agisce sulla fisiologia del trauma portando miglioramenti sulla disregolazione emotiva e sulla regolazione del livello di attivazione fisiologico e sull'apprendimento procedurale.

La strategia di questo trattamento è quella di avvicinare pian piano il paziente al ricordo di eventi traumatici attraverso la componente sensomotiva, che inizialmente è sconnessa dalle componenti cognitive ed emotive, ma dal momento in cui il paziente prova sicurezza e riesce a padroneggiare il suo livello di attivazione fisiologico all'interno della finestra di tolleranza, si avvicina in modo diverso ai suoi ricordi post-traumatici.

Questo tipo di terapia si basa su incontri individuali centrati sia sul colloquio che sul corpo, ponendo attenzione alla componente fisiologica, in cui il clinico aiuta il paziente a concentrarsi sul corpo e a fare attenzione alla connessione che c'è tra le proprie emozioni, le proprie convinzioni ed il proprio corpo. La psicoterapia sensomotiva ha come scopo quello di unire mente e corpo per la risoluzione di eventi traumatici. La finalità è quella di mettere da parte il racconto e andare a indagare le sensazioni fisiologiche sperimentate nel "qui ed ora", scoprendo e servendosi di risorse più adeguate e funzionali per fronteggiare situazioni problematiche. È inoltre utilizzata non solo per adulti, ma anche per bambini che hanno subito traumi ed abusi. In seduta si lavora con i minori attraverso l'utilizzo del gioco e del movimento corporeo, dando spazio ai vissuti traumatici del bambino di cui il corpo ne detiene la memoria. L'intento è quello di guidare i bambini a modulare e a monitorare le proprie sensazioni fisiche e i propri movimenti stando nel qui ed ora e riflettere su quanto questi influenzino gli stati emotivi ed i vissuti relazionali.

Questo tipo di terapia viene utilizzata come trattamento sia del Disturbo da Stress Post-Traumatico sia del Disturbo da Trauma Complesso e i disturbi relativi allo sviluppo e alla storia di attaccamento (Fisher, Ogden, 2009).

CAPITOLO 3

CONSEGUENZE PSICOPATOLOGICHE A LUNGO TERMINE DEL DISTURBO DA TRAUMA COMPLESSO

3.1 INCIDENZA DEL TRAUMA COMPLESSO SULLO SVILUPPO

La letteratura converge sul fatto che sentimenti come l'inadeguatezza, l'impotenza, il senso di colpa, la vergogna, accompagnano il bambino abusato durante il corso di tutta la sua vita.

I bambini abusati hanno una visione negativa di sé, delle persone e del mondo, proprio perché sono convinti di non valere nulla (Wilson et al., 2007). Nascono con l'idea che ci sia qualcosa che non vada in loro, si sentono inadeguati e inferiori agli altri. Non credono in sé e nelle loro capacità, tendono a colpevolizzarsi per ogni cosa, a demoralizzarsi, deprimersi, a essere distruttivi con sé stessi.

Il bambino abusato crede che sia colpa sua di quanto successo e si sente di essere l'unico responsabile dell'accaduto (Gelinis, 1983; Herman, Russell, Trocki, 1986).

Il minore prova una sorta di "impotenza appresa", in quanto rassegnato a perdere e a sentirsi debole. Tende ad essere "appiattito" nei confronti della vita, assumendo un atteggiamento passivo verso qualsiasi tipo di iniziativa (Tambone, Cassibba, Luchinovich, Godelli, 2009), a non imporsi o a non ribellarsi, dal momento che si sente sconfitto ancor prima di aver iniziato la battaglia, in quanto dentro di sé la sua prima battaglia, quella contro l'abuso, l'ha persa.

Il bambino abusato si vergogna di sé stesso, si sente impotente e si percepisce come incapace per via dei tentativi falliti con cui cerca di difendersi (Shaffer, 1996). Sentimenti come vergogna, timidezza, imbarazzo aumentano ancor di più la percezione del minore di sentirsi inadeguato e lo portano ad isolarsi e a chiudersi.

3.2 AREE DI FUNZIONAMENTO COMPROMESSE IN BAMBINI ESPOSTI A TRAUMA COMPLESSO

L'esperienza traumatica complessa si riferisce alla continua esposizione da parte del bambino a eventi traumatici multipli e continui che si riscontrano nel contesto familiare, il quale dovrebbe essere il primo ambiente a dare sicurezza e stabilità al bambino.

Per trauma complesso si intendono le tipologie elencate nel secondo capitolo: abuso fisico, abuso psicologico, abuso sessuale e violenza assistita, avvenute nella prima infanzia.

Relativamente al funzionamento psichico, sono state identificate da Van der Kolk, a partire dall'osservazione di bambini esposti a questo tipo di trauma, sette principali e primarie aree compromesse.

Questi domini riguardano: l'attaccamento, lo sviluppo neurobiologico, la regolazione affettiva, la dissociazione, la regolazione del comportamento, la cognizione e il concetto di sé.

Gli esiti di un trauma complesso si sviluppano e perdurano se il bambino si trova esposto a esperienze pericolose imprevedibili e incontrollabili. Ciò che appare in questi casi è un corpo del bambino che distoglie l'attenzione fisiologica dalla consueta traiettoria evolutiva di crescita per concentrare le energie residue sul tentativo di sopravvivere ai mortiferi stressor ambientali.

Il pericolo maggiore a cui può essere esposto un bambino è l'assenza di una figura di riferimento, solitamente la madre, supportiva e contenitiva che gli dia protezione e che risponda adeguatamente ai suoi bisogni (Cicchetti e Lynch, 1995). La figura della madre è fondamentale in quanto a lei spetta inizialmente il compito di regolare l'emotività del proprio bambino, passaggio che in seguito permette a quest'ultimo di acquisire le attese capacità di auto-regolazione (Schore, 2002; Siegel, 1999). La mancanza di sostegno da parte del caregiver porta il bambino a non riuscire a gestire e a regolare le sue emozioni.

3.2.1 ATTACCAMENTO:

Attraverso le relazioni primarie, il bambino sviluppa modelli di sé, dell'altro e dell'interazione tra sé e l'altro. Questo attaccamento relazionale fornisce lo sviluppo delle capacità di auto-regolazione, la sicurezza, la capacità di esplorazione e la capacità di comunicazione con l'altro. Queste competenze, però risultano compromesse da una relazione disfunzionale con il proprio caregiver, considerata con frequenza la vera causa di un trauma.

L'attaccamento sicuro, diffuso in poco più della metà della popolazione (55-65%), è caratterizzato da un caregiver che è in grado di offrire al proprio figlio una relazione stimolante e al contempo responsiva rispetto ai suoi bisogni (NCTSN, 2003). Si tratta di un genitore che nel momento in cui il bambino vive un momento di disagio o dolore, riesce a comportarsi in modo supportivo e contenitivo nei suoi confronti.

L'attaccamento insicuro è stato riscontrato nell'80% dei bambini maltrattati e abusati (NCTSN, 2003). Il fatto di non ricevere sicurezza e stabilità nelle prime relazioni primarie, porta il bambino ad essere vulnerabile all'esposizione da trauma complesso.

La relazione continua con un caregiver ansioso, debole e stressato è stata fortemente collegata all'instaurarsi di un legame di attaccamento insicuro e ansioso, evidenziando un'organizzazione psichica in questi bambini di tipo evitante, ambivalente o nella peggiore delle ipotesi disorganizzata.

Nel primo caso, il fatto di essere esposti a trascuratezza e continui rifiuti da parte dei genitori, porta il piccolo a non sviluppare alcun senso di fiducia nell'altro e a difendersi scappando da qualsiasi relazione (Ainsworth, 1978).

Nel secondo caso, i bambini identificati come ambivalenti, che di fatto hanno madri imprevedibili, vivono sentimenti di instabilità che li portano a sviluppare una tendenza all'ipervigilanza e l'iperallerta, nel tentativo di anticipare i cambiamenti scarsamente prevedibili e repentini del proprio caregiver (Ainsworth, Blehar, Waters, 1978).

Nel terzo ed ultimo caso, quando è fallita ad ogni livello la co-regolazione delle emozioni, il bambino sviluppa un attaccamento disorganizzato (Cassidy, Mohr, 2001; Cicchetti, Toth, 1995; Lyons-Rith, Jacobovitz, 1999; Maunder, Hunter, 2001). I genitori di questi bambini sono imprevedibili e contraddittori, poco protettivi e responsivi.

È stato riscontrato come, molto spesso, in bambini che subiscono violenza imprevedibile o frequenti abbandoni, alcune capacità vengano compromesse, come ad esempio l'acquisizione del linguaggio, in quanto i loro sforzi sono orientati a sopravvivere e a controllare tutto ciò che accade intorno a loro (Siegel, 1999).

3.2.2 SVILUPPO NEUROBIOLOGICO:

Lo sviluppo neurobiologico avviene a partire da una struttura di base genetica, che viene poi modificata in risposta a stimoli esterni.

Il trauma interrompe la comunicazione tra l'emisfero destro e l'emisfero sinistro, motivo per cui spesso bambini traumatizzati mostrano un comportamento irrazionale quando sottoposti a stressor. Durante situazioni di stress, in bambini abusati e trascurati si distruggono le capacità di analisi (emisfero sinistro) e le reazioni emotive alle circostanze (emisfero destro) sono caratterizzate da forte rabbia e impotenza (Crittend, 1998; Kagan 2003; Teicher, Andersen, Polcari 2002).

Deficit primari che insorgono in assenza di figure di riferimento supportive possono far emergere disordini nella sfera alimentare, nella sfera interpersonale (problemi di comportamento e condotta), nella capacità di autoregolazione, nell'orientamento della realtà (disturbi del pensiero) e disturbi con una compromissione di queste abilità (disturbo borderline di personalità o disturbo dipendente di personalità) (Kauffman, 2000).

Molte ricerche evidenziano come eventi stressanti accaduti in età precoce, se in seguito supportati da figure primarie stabili, contenitive e protettive, mostrano contenute compromissioni biologiche a lungo termine (Gunnar, Donzella, 2002)

3.2.3 *REGOLAZIONE AFFETTIVA:*

Abusi, maltrattamenti e trascuratezza subiti in età precoce portano il bambino a sviluppare problemi di disregolazione affettiva. L'incapacità di regolare i propri affetti viene suddivisa dall'autore in tre macro-categorie: incapacità di riconoscere i propri stati emotivi interni, difficoltà ad esprimere ciò che si prova, incapacità a gestire le esperienze emotive.

Per quanto riguarda il riconoscimento delle proprie emozioni, tale processo richiede la capacità di riuscire a diversificare i vari stati e di riuscire a dar loro la giusta definizione. Alla nascita il bambino possiede alcune capacità di differenziazione dei propri stati e, con il tempo, all'interno della relazione con un caregiver stabile e prevedibile, inizia a costruirsi un'idea della risposta emotiva congrua e corrispondente a quel tipo di esperienza. Al contrario, bambini abusati e maltrattati non riescono ad elaborare una struttura chiara e coerente necessaria ad interpretare l'esperienza (Beeghly, Cicchetti, 1996). Dopo aver identificato i propri stati emotivi, il bambino deve essere in grado di riuscire ad esprimere in maniera congrua le sue emozioni, modulando così le sue esperienze interne. Queste due capacità sono interdipendenti tra loro e la ricerca scientifica evidenzia come nei bambini abusati siano entrambe compromesse (Gaensbauer, Mrzaek, Harmon, 1981). I bambini sottoposti a esperienze di trauma provano emozioni labili e presentano difficoltà nel gestirle e nel modularle, in quanto ciò che è compromessa è la loro capacità di auto-regolazione sia sul piano affettivo che comportamentale.

3.2.4 *DISSOCIAZIONE:*

Consiste in uno degli elementi fondamentali del trauma complesso. Viene descritta come l'incapacità della mente di integrare parti di sé come ad esempio informazioni ed esperienza. Sebbene in alcuni casi possa essere utilizzata come meccanismo di difesa volto a reagire a situazioni traumatiche in cui si hanno continue e ripetute esposizioni al trauma, il suo utilizzo massiccio e rigido porta il soggetto a sviluppare gravi difficoltà (Weiss, Marmar, Metzler, Ronfeldt, 1995). Infatti, quando il trauma diventa cronico e ripetuto, il bambino utilizza in maniera sempre più massiccia e indifferenziata questa strategia nel tentativo di riuscire a gestire l'evento traumatico, sviluppando come diretta conseguenza gravi problemi relativi alla regolazione del proprio comportamento, dei propri affetti e dell'immagine di sé.

3.2.5 LA REGOLAZIONE DEL COMPORTAMENTO:

Esperienze traumatiche croniche sono associate anche a due strategie relative alla regolazione del comportamento: l'iper-controllo e l'ipo-controllo.

L'iper-controllo viene descritta come una strategia messa in atto dal bambino nel tentativo di fronteggiare sentimenti di impotenza e inadeguatezza. Questi bambini mostrano comportamenti rigidamente controllati ed inflessibilità nel cambiamento di rituali, abitudini, orari e impegni (Crittenden, Dilalla, 1998). L'ipo-controllo, al contrario, descrive uno scarso controllo e una forte impulsività derivante da un deficit relativo alle abilità cognitive quali ad esempio il programmare, organizzare e controllare il proprio comportamento, i bambini vengono pertanto descritti spesso come aggressivi e troppo impulsivi (Ford et al., 2000).

Utilizzano queste strategie comportamentali per fronteggiare e controllare situazioni traumatiche in assenza di strategie più evolute. Il trauma precoce infatti è associato a disturbi nell'area del controllo degli impulsi come per esempio i disturbi alimentari o da uso di sostanze (Anda, 2002).

3.2.6 COGNIZIONE:

Durante l'infanzia, il bambino sviluppa modelli operativi interni (MOI, Bowlby, 1973), ovvero rappresentazioni mentali del tipo di attaccamento avuto con la propria madre nei primi anni di vita, del mondo e la sua struttura cognitiva (Shane, Gales, 1997; Liotti, 2001).

Studi hanno dimostrato come bambini esposti a maltrattamenti e abusi presentino un malfunzionamento a livello cognitivo (Egeland, Sroufe, Erickson, 1983) con difficoltà intellettive come problemi di attenzione, concentrazione e apprendimento, deficit nelle capacità di progettazione e previsione e QI inferiore rispetto a bambini cresciuti in un ambiente di cure sicuro e supportivo (Sandgrund, Gaines, Green, 1974).

Viene evidenziato come bambini con alle spalle esperienze di maltrattamento incontrino importanti fatiche nell'acquisire capacità di regolazione dei propri stati emotivi interni e presentino conseguenti difficoltà nell'istaurare relazioni con coetanei proprio a causa della loro non competenza a tollerare frustrazioni (Egeland et al., 1983; Vondra et al., 1990). Tutto ciò porta spesso tali minori a fallire nel tentativo di regolare il proprio comportamento, mettendo in atto azioni più aggressive del normale. Molte ricerche mostrano come questi bambini tendano ad evitare compiti troppo pesanti e complessi, ricercando continue conferme e supporto da parte degli altri e come siano più dipendenti rispetto agli altri (Shock, Cicchetti, 2001).

3.2.7 CONCETTO DI SÉ:

La relazione con le figure primarie risulta essere fondamentale per lo sviluppo del senso di sé coerente. Crescendo in un clima sicuro e protetto, il bambino riesce ad interiorizzare e a far crescere rafforzato un senso di identità stabile e integrato (Bowlby, 1988).

Esperienze precoci di maltrattamenti, rifiuto, violenza da parte dei genitori portano il bambino a elaborare un sentimento di inadeguatezza, impotenza e incapacità.

Distorsioni dell'immagine di sé conducono il bambino a non essere in grado di affrontare al meglio situazioni traumatiche (Liem, Boudewyn, 1999). Questi bambini che per via delle alterazioni del senso di sé sottovalutano le loro abilità e tendono ad avere difficoltà ad esprimere i propri stati emotivi interni, in particolare quelli negativi (Wilson et al., 2007), diventano adulti caratterizzati da forti sentimenti di vergogna, colpa e bassa autostima (Liem, Boudewyn, 1999). Inoltre, un uso massiccio della dissociazione comporta la perdita di memoria autobiografica e di conseguenza problemi riguardo allo sviluppo di un'immagine di sé coerente.

3.3 DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ

Il trauma può avere un impatto talmente elevato da far sì che non si manifestino solo sintomi di DPTS.

Secondo l'American Psychiatric Association (APA, 2014) l'80% di soggetti con diagnosi di Disturbo Post-Traumatico da Stress soffre anche di altri disturbi o problemi di salute mentale come l'ansia, depressione, disturbi del comportamento alimentare, somatizzazione, problemi legati al sonno, dipendenze comportamentali, tra cui l'abuso di sostanze.

Inoltre, disturbi associati al DPTS sono: Disturbo Dissociativo dell'Identità, Disturbo Borderline di Personalità, Disturbo Evitante di personalità, Disturbo Narcisistico di Personalità.

Un disturbo che può emergere in età adulta in bambini che hanno subito violenza, trascuratezza o abuso in età precoce, e che fa riferimento alle 7 aree di compromissione di Van der Kolk è il disturbo Borderline di Personalità.

L'esperienza traumatica, nei soggetti abusati con Disturbo Borderline della personalità, può portare alla comparsa di sintomi simili a quelli del Disturbo da Stress Post-Traumatico: bassa tollerabilità all'ansia, basso controllo dell'impulsività, sintomi ossessivi-compulsivi, fobie multiple, relazioni dissociative, preoccupazioni ipocondriache, spunti paranoidei, abuso di sostanze, problemi riguardo alla sfera sessuale.

Nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, DSM-5, i criteri per definire una diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità (APA, 2014) sono:

Un pattern pervasivo di instabilità delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e dell'umore e una marcata impulsività, che inizia entro la prima età adulta ed è presente in svariati contesti, come indicato da cinque (o più) dei seguenti elementi:

1. Sforzi disperati per evitare un reale o immaginario abbandono.
2. Un pattern di relazioni interpersonali instabili e intense, caratterizzato dall'alternanza tra gli estremi di iperidealizzazione e svalutazione.
3. Alterazione dell'identità: immagine di sé o percezione di sé marcatamente e persistentemente instabile.
4. Impulsività in almeno due aree che sono potenzialmente dannose per il soggetto (per es., spese sconsiderate, sesso, abuso di sostanze, guida spericolata, abbuffate).
5. Ricorrenti comportamenti, gesti o minacce suicidari, o comportamento automutilante.
6. Instabilità affettiva dovuta a una marcata reattività dell'umore (per es., episodica intensa disforia, irritabilità o ansia, che di solito durano poche ore e soltanto raramente più di pochi giorni).
7. Sentimenti cronici di vuoto.
8. Rabbia inappropriata, intensa, o difficoltà a controllare la rabbia (per es., frequenti accessi di ira, rabbia costante, ricorrenti scontri fisici).
9. Ideazione paranoide transitoria, associata allo stress, o a gravi sintomi dissociativi (pp.768).

Molte ricerche dimostrano come il disturbo Borderline della Personalità, sembra veder compromesse sei tra le sette aree di funzionamento di cui parla Van der Kolk, eccezion fatta per la sfera della cognizione (Kernberg, 1978; Van der Kolk, 1994; Bateman, Fonagy, 2004; Farina, Liotti, 2013,). Le aree compromesse in riferimento al disturbo Borderline sono:

3.3.1 Area dell'attaccamento

Per quel che riguarda la sfera dell'attaccamento è stato dimostrato da più ricerche che il Disturbo Borderline deriva da un attaccamento insicuro instaurato con le figure primarie (Masterson, 1972).

Di conseguenza l'incapacità da parte del bambino di interiorizzare modelli operativi supportivi e responsivi, è dato da una madre inaffidabile ed instabile.

È stato evidenziato come, alla base di questa patologia, vi sia un ambiente familiare traumatico ed instabile, caratterizzato da comportamenti inadeguati messi in atto dai genitori come rifiuto, trascuratezza, insensibilità verso i

sentimenti del bambino ed incapacità a rispondere in modo adeguato ai suoi bisogni.

Tra i tre tipi di attaccamento insicuro, quello disorganizzato è ritenuto un fattore di vulnerabilità nel determinare la diagnosi del Disturbo Borderline di Personalità (Main, Morgan, 1996; Solomon, George, 1999).

Questo tipo di attaccamento è caratterizzato da una relazione spaventata e spaventante, nella quale vengono messi in atto maltrattamenti e abusi da parte della figura primaria, portando il bambino a vivere con paura, rabbia, vergogna e sfiducia le relazioni successive. Numerose ricerche dimostrano infatti come la maggior parte di adulti che soffrono di Disturbo Borderline di Personalità ha subito in età precoce abusi di vario tipo (Winston, 2000; Venta et al., 2012).

Il ruolo dell'attaccamento disorganizzato nel disturbo Borderline lo si può notare da diversi comportamenti messi in atto come quelli suicidari e automutilanti e deficit nel processo di mentalizzazione, ovvero la capacità di rappresentare gli stati mentali interni propri e quelli altrui, caratteristici di chi soffre di questo tipo di disturbo.

A modalità di attaccamento insicure viene correlata un'incapacità da parte del bambino a mentalizzare (Bateman, Fonagy, 2004), proprio perché questo processo risiede nella memoria procedurale, che si crea in un contesto sicuro e stabile in cui la figura primaria attribuisce al proprio figlio stati mentali e lo aiuta a sviluppare i modelli operativi interni. Per cui, bambini maltrattati ed abusati non sono in grado di sviluppare la mentalizzazione per via del tipo di attaccamento insicuro instaurato con il proprio caregiver.

3.3.2 Area dello sviluppo neurobiologico

Molti studi, grazie all'utilizzo della risonanza magnetica, hanno dimostrato come nei pazienti con disturbo Borderline di personalità si manifesti una riduzione del volume dell'ippocampo ed un'iper-attivazione dell'amigdala, proprio come nei pazienti che hanno avuto esperienze traumatiche precoci (Dannowski et al., 2012; Pechtel, Lyons-Ruth, Anderson, Teicher, 2014).

L'attivazione elevata dell'amigdala, proprio perché sede della paura, porta il soggetto a sviluppare uno stato di eccessiva vigilanza ed allerta, motivo per il quale persone che soffrono di questo disturbo sviluppano sentimenti di pericolo e terrore e pensano che qualcosa di brutto possa arrivare all'improvviso e scombussolare gli equilibri. Inoltre, da qui l'incapacità da parte di questi soggetti di porre termine al crearsi di emozioni negative, come ad esempio la visione negativa che hanno di sé, degli altri e del mondo.

Si riscontra anche un'ipo-attivazione della corteccia prefrontale, motivo per cui questo tipo di pazienti presenta difficoltà nel mantenere la calma o nel ritornare ad uno stato di quiete in situazioni di stress (Tebartz et al., 2007; Minzenberget et al., 2008; Grant et al., 2007). Anche in chi soffre del disturbo Borderline di

personalità è interrotta la comunicazione tra emisfero destro ed emisfero sinistro (Kaplan, Solms, 2002).

3.3.3 Area della regolazione affettiva

Un'efficace regolazione emotiva permette al soggetto di rispondere in modo ottimale alle perturbazioni ambientali a cui va incontro ogni giorno e di gestire le emozioni associate in modo adeguato.

Molte ricerche dimostrano come persone che soffrono di disturbo Borderline della personalità sviluppano problemi di disregolazione emotiva (Gratz, Moore, Tull, 2016). Questi soggetti hanno difficoltà nel controllare le proprie emozioni, in quanto hanno compromessa la capacità di auto-regolazione degli affetti e dei comportamenti (Malhi et al., 2013).

Alcuni elementi che possono segnalare la presenza di disregolazione emotiva sono: alto livello di attivazione fisiologica, ipervigilanza, emozioni dolorose più intense, cambiamenti dell'umore da positivo a negativo, difficoltà nel provare ed esprimere le emozioni ed elevato livello di ansia (Mathews, 1997). I pazienti con disturbo Borderline della personalità presentano difficoltà nel comprendere le proprie emozioni, difficoltà ad accettare le emozioni spiacevoli, tentando di evitarle o sopprimere e difficoltà nel controllare i propri comportamenti ed impulsi, soprattutto quando sottoposti a situazioni di alto livello di stress.

3.3.4 Area della dissociazione

Quasi tutti i bambini, in seguito all'aver vissuto esperienze di trauma, sviluppano meccanismi di difesa per sopravvivere al pericolo. Seppur funzionali in quel momento, queste modalità in età adulta possono portare a gravi problemi. La dissociazione non viene vista tanto come un sintomo, quanto un meccanismo che sta alla base di alcuni quadri clinici che vanno dal Disturbo Acuto da Stress e Disturbo da Stress Post-Traumatico (Dissociazione primaria o Trauma semplice), comprendendo i Disturbi Somatoformi e Disturbo Borderline (Dissociazione secondaria o Trauma Complesso), fino alla più grave ed estrema manifestazione presente nel Disturbo Dissociativo dell'Identità (Dissociazione terziaria) (Van der Hart, 2011). Gli episodi dissociativi, pensieri paranoidei nei pazienti che soffrono di disturbo Borderline della personalità (Korzekwa et al., 2009), spesso sono causati da stress come paura di essere abbandonati o rifiutati. Solitamente, i sintomi che presentano a livello dissociativo non sono gravi e sono temporanei, a tal punto da non considerarli come un vero e proprio disturbo.

3.3.5 Area della regolazione del comportamento

Per quel che riguarda la sfera della regolazione del comportamento, sono state riscontrate nelle persone che soffrono di disturbo Borderline della personalità tendenze di ipo e iper-controllo, presenti anche nei soggetti traumatizzati.

L'iper-controllo o ipervigilanza (Gunderson, 2008), derivato dalla necessità di controllare l'ambiente, emerge in età precoce quando il bambino, vivendo a stretto contatto con una madre instabile e imprevedibile diventa molto rigido, organizzativo, sempre in allerta e ipervigile, con l'intento di creare quella stabilità che gli è sempre mancata.

Per questi pazienti, l'ipercontrollo e l'eccessiva vigilanza sono dei meccanismi adattivi e protettivi messi in atto per cercare di tenere tutto sotto controllo, ma la paura di perdere quest'ultimo li spinge ad agire inversamente fino ad arrivare a non saper gestire in modo adeguato i propri impulsi.

Quando provano rabbia, tristezza, ansia e frustrazione, sentimenti caratteristici del disturbo, hanno difficoltà a tollerare lo stress, per cui ricadono in scoppi di ira e comportamenti impulsivi (Paris, 1993, 1996), come uso eccessivo di alcool o sostanze stupefacenti, rapporti sessuali, shopping compulsivo, abbuffate, guida spericolata. I seguenti comportamenti vengono immediatamente messi in atto per ridurre l'elevata attivazione emotiva, ma se ripetuti nel tempo, possono portare a gravi conseguenze, quali la dipendenza (Anda, 2002).

Inoltre, chi soffre di questo disturbo è spesso impulsivo e imprevedibile (Ford et al., 2000), incapace di regolare e modulare il proprio comportamento, i propri impulsi e le proprie emozioni (Malhi et al., 2013).

3.3.6 Area della cognizione

Questa è l'unica area in cui non si evidenziano importanti elementi nei soggetti con disturbo Borderline, in quanto molti di questi soggetti presentano un funzionamento nella media. I soggetti che soffrono di questo disturbo hanno una visione instabile di sé (Kernberg, 1975, Wilson, 2007), delle persone e delle cose, che li porta spesso ad avere idee contrastanti e complessità nella costruzione di progetti a lungo termine. Per questo motivo, frequentemente mostrano difficoltà a portare a termine gli studi o a svolgere per molto tempo lo stesso lavoro, ostacolati dal loro disturbo che non gli permette di avere stabilità nei rapporti interpersonali (Linehan, 2001) e sociali e nei propri obiettivi (Gratz, Tull, 2010).

3.3.7 Area del concetto di sé

Il concetto di sé nelle persone che soffrono di questo disturbo è debole, fragile ed instabile, associato ad eccessiva autocritica e auto-giudizio negativo (Wilson, 2007). Questo senso di instabilità è evidente sia nell'immagine che il soggetto ha di sé che negli altri, tanto da provare sentimenti di valutazione e svalutazione, caratterizzati da forte bisogno dell'altro e contemporaneo rifiuto, aggressività e sottomissione. La persona ha spesso periodi depressivi e sentimenti di vuoto cronico, dettati da una visione pessimista di sé, credenze di impotenza e incapacità anche relative al proprio futuro (Adler, 1985). Frequenti sono gli agiti di natura autolesionistica e/o suicidaria che aumentano in relazione al livello di stress.

CONCLUSIONE

Alla luce delle considerazioni fatte, a partire dai primi grandi pionieri del trauma fino alla visione odierna, è stato dimostrato come le esperienze traumatiche assumano un ruolo fondamentale nell'andare a determinare gli elementi strutturali della mente della persona. Pertanto, in conseguenza di ciò, l'esposizione a traumi precoci porta ad uno sviluppo psicopatologico.

Dal materiale preso in considerazione è perciò emerso che esperienze traumatiche quali trascuratezza, maltrattamento fisico e psicologico, violenza sui minori e abuso sessuale, conducano l'individuo a sviluppare disturbi psichici durante l'infanzia, l'adolescenza o in età adulta, in quanto è compromesso l'intero sviluppo della personalità.

Si è voluto approfondire riflessioni cliniche di autori come Van der Kolk, in quanto l'attuale classificazione diagnostica non coglie a pieno la complessità del quadro clinico che emerge a seguito di esperienze traumatiche.

Le problematiche connesse a questo tipo di esperienze incidono su variati aspetti della vita dell'individuo, provocando conseguenze sulla capacità di regolare e gestire le proprie emozioni, sulla percezione di sé, sul senso di autostima, sulla capacità di saper controllare la propria impulsività, sull'essere padroni delle proprie azioni e comportamenti ed infine sul riuscire ad instaurare buone relazioni interpersonali.

Questo messaggio è importante che si diffonda, perché atti di trascuratezza, abuso e violenza diventano cicatrici permanenti nella vita del bambino, marchiandolo per sempre. I bambini rappresentano il futuro ed è proprio per questo che devono essere protetti e tutelati da ogni forma di abuso.

Infine, di fondamentale rilievo è la scelta di strumenti idonei per la valutazione diagnostica ed i modelli di intervento specificamente pensati per il grado di età e la maturazione evolutiva dei soggetti.

RINGRAZIAMENTI

Ringrazio tutti i docenti che mi hanno trasmesso ancor più passione in questo percorso accademico ed in primis la mia relatrice Professoressa Laura Ferro che mi ha guidata nella stesura di questo elaborato, per il suo sostegno e la sua disponibilità.

Dedico questa tesi ai miei nonni Marcella e Costanzo, a mia sorella Caterina, ed in particolar modo ad Alberto e mia madre Tatiana che hanno sempre creduto in me, e mi hanno appoggiata sia moralmente che economicamente.

Un immenso grazie a mia madre che sin da piccola e per numerosi anni mi ha fatto da madre e da padre, che pur amandomi immensamente mi ha sempre spronata e lasciata libera di prendere le mie decisioni, insegnandomi a seguire il mio cuore ed il mio istinto, incitandomi a fare ciò che mi rende felice.

Un ringraziamento speciale al mio fidanzato Maurice, che mi ama, mi sostiene e supporta (da un anno), spronandomi sempre a credere nei miei sogni e incoraggiandomi a non mollare mai.

Ed infine, ma non per minor importanza, ringrazio la mia amica e coinquilina Martina per essermi stata sempre vicina, con la quale ho condiviso momenti belli e brutti in questi tre anni di università, che porterò sempre nel mio cuore.

BIBLIOGRAFIA

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th Edition. Washington DC, American Psychiatric Association, 2013. Edizione italiana: *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, DSM-5. Quinta edizione. Milano, Italia: Raffaello Cortina, 2014.

ANDERSON, P. (2002). Assessment and development of executive function (EF) during childhood. *Child Neuropsychology*, 8, 2, 71-82.

ARNSTEN, A.F.T. (2009). Stress signalling pathways that impair prefrontal cortex structure and function. *Nature Reviews Neuroscience*, 10, 6, 410-422.

AVICO R. (2018). *Compendio breve di psicotraumatologia clinica*. E-book-psicotraumatologia-1.

BION W.R. (1962). *Apprendere dall'esperienza*. Roma, Italia: Armando.

BOWLBY J. (1969). Attaccamento e perdita, Vol. 1, *L'attaccamento alla madre*. Torino, Italia: Bollati Boringhieri.

BOWLBY J. (1973). Attaccamento e perdita, Vol. 2, *La separazione dalla madre*. Torino, Italia: Bollati Boringhieri.

BOWLBY J. (1988). *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*. Milano, Italia: Raffaello Cortina.

BONOMI C. (2001). *Breve storia del trauma psichico dalle origini a Ferenczi (1870-1930 c. a.)*, in: Bonomi C. e Borgogno F. (a cura di) *La Catastrofe e i suoi simboli. Il contributo di Sàndor Ferenczi alla teoria psicoanalitica del trauma*. Torino, Italia: UTET.

BORGOGNO F. (1999). *Psicoanalisi come percorso*. Torino, Italia: Bollati.

BREMMER J. D., NARAYAN M. (1998). The effect of stress on memory and the hippocampus throughout the life cycle: Implication for child development and aging. *Development and Psychopathology*, 10, 871-888.

BRIERE J. ET AL. (1988). Symptomatology associated with childhood sexual victimization in a non-clinical adult sample. *Child Abuse and Neglect*, 12, 51-59.

- CRAPARO G. (2013). *Il disturbo post-traumatico da stress*. Roma, Italia: Carocci.
- DI BLASIO P. (2000). *Psicologia del bambino maltrattato*. Bologna, Italia: il Mulino.
- FOSCHINO BARBARO M. G., MANCINI F. (a cura di) (2017). *Terapia cognitivo-comportamentale del trauma interpersonale infantile*. Milano, Italia: Franco Angeli.
- GENNARO A. (2004). *Introduzione alla psicologia della personalità*. Milano, Italia: il Mulino.
- GIANNANTONIO M. (2009). *Psicotraumatologia. Fondamenti e strumenti operativi*. Torino, Italia: Centro Scientifico.
- GIAMUNDO V. (a cura di) (2013). *Abuso e maltrattamento all'infanzia. Modelli di intervento e terapia cognitivo-comportamentale*. Milano, Italia: Franco Angeli.
- GIUSTI E., IACONO M. (2010). *Abusi e maltrattamenti. Psicologia della cura minorile*. Roma, Italia: Sovera.
- LINGIARDI V. (2004). *La personalità e i suoi disturbi*. Milano, Italia: Il Saggiatore.
- MAZZAGLIA S. (2010). *I neuroni specchio nella violenza sui minor*. Roma, Italia: Edizioni universitarie romane.
- MECACCI L. (2019). *Storia della psicologia. Dal novecento a oggi*. Roma, Italia: Laterza.
- MONTECCHI F. (a cura di) (2002). *Abuso sui bambini: l'intervento a scuola. Linee guida ed indicazioni operative ad uso di insegnanti, dirigenti scolastici e professionisti dell'infanzia*. Milano, Italia: Franco Angeli.
- MONTECCHI F. (2005). *Dal bambino minaccioso al bambino minacciato. Gli abusi sui bambini e la violenza in famiglia: prevenzione, rilevamento e trattamento*. Milano, Italia: Franco Angeli.
- MONTELEONE J.A. (1999). *Gli indicatori dell'abuso infantile: gli effetti devastanti della violenza fisica e psicologica*. Torino, Italia: Centro Scientifico Torinese.

MUNDO E. (2009). *Neuroscienze per la psicologia clinica. Le basi del dialogo mente-cervello*. Milano, Italia: Raffaello Cortina.

OGDEN P., FISHER J. (2016). *Psicoterapia Sensomotoria. Interventi per il trauma e l'attaccamento*. Milano, Italia: Raffaello Cortina.

ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ (OMS) (2016). *Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati*. ICD-10, Quinta edizione, Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia.

PORGES S. W. (2014). *La teoria polivagale. Fondamenti neurofisiologici delle emozioni, dell'attaccamento, della comunicazione e dell'autoregolazione*. Roma, Italia: Giovanni Fioriti.

SHAPIRO F. (2001). *Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols and Procedures*, 2nd ed. Guildford, New York.

SHAPIRO F., MAXFIELD L. (2002). *Eye Movement desensitization and reprocessing: Information processing in the treatment of trauma*. In *Journal of clinical Psychology*, 58, 8, 933-946.

SIEGEL D. J. (2001). *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*. Milano, Italia: Raffaello Cortina.

TASK FORCE THE NATIONAL CHILD TRAUMATIC STRESS NETWORK (2003). *Libro bianco del National Child Traumatic Stress Network Complex Trauma Task Force*. Los Angeles, California and Durham, N.C.

VAN DER HART O. (2011). *Fantasma del sé. Trauma e trattamento della dissociazione strutturale*. Milano, Italia: Raffaello Cortina.

VAN DER KOLK B. (2015). *Il corpo accusa il colpo*. Milano, Italia: Raffaello Cortina.

VAN DER KOLK B., MCFARLANE A., WEISAETH L. (2004). *Stress traumatico. Gli effetti sulla mente, sul corpo e sulla società delle esperienze intollerabili*. Roma, Italia: Magi.

WINNICOTT D. W. (1958). *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Firenze, Italia: Martinelli.

WINNICOTT D. W. (1965). *Sviluppo affettivo e ambiente: studi sulla teoria dello sviluppo affettivo*. Roma, Italia: Armando.