

**La clinica del trauma:  
una sintesi su trattamenti e tecniche**

**Treatments of trauma:  
A review of actions and techniques**

Carlo Cristini\*, Eleonora Riva\*, Alessandra Minelli\*\*,  
Davide Cavagna<sup>°</sup>, Elisa Spader<sup>^</sup>, Anna Maria Della Vedova\*

\* Dipartimento di Scienze Cliniche e Sperimentali,  
Area Disciplinare Medicina e Chirurgia  
Università degli Studi di Brescia  
Viale Europa, 11, 25123 Brescia  
e-mail: anna.dellavedova@unibs.it; tel. 030- 3717.276  
e-mail: ele-riva@libero.it

\*\* Dipartimento di Medicina Molecolare e Traslazionale,  
Università degli Studi di Brescia, Viale Europa, 11, 25123 Brescia  
e-mail: alessandra.minelli@unibs.it

<sup>°</sup> Dipartimento di Psicologia, Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano  
L.go Gemelli, 1, 20123 Milano  
e-mail: davide.cavagna@unicatt.it

<sup>^</sup> Casa di Cura “Villa Santa Chiara”, Via Monte Recamao, 7, 37142 Quinto VR  
e-mail: elisa.spader@gmail.com

*“Non sono i fatti a turbare gli uomini,  
ma le nostre opinioni intorno ai fatti” - Epitteto*

**Ricevuto:** 07.01.2018 - **Accettato:** 20.01.2020

**Pubblicato online:** 18.07.2021

**Riassunto**

Gli autori propongono una rassegna riguardo agli interventi ed alle tecniche che possono essere utilizzati dai clinici quando si trovano ad affrontare esperienze traumatiche dei loro pazienti. Partendo dall'assunto che si prende in cura la

C. Cristini et al. / *Ricerche di Psicologia*, 2021, Vol. 44  
ISSN 0391-6081, ISSNe 1972-5620, Doi: 10.3280/rip2021oa12110

“persona” e non il “disturbo” gli autori sostengono che non esiste una terapia elettiva del trauma. Ci si può avvalere di diversi indirizzi: la terapia cognitiva comportamentale, ed in particolare quella focalizzata sul trauma, la desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari, meglio nota con l’acronimo EMDR, i trattamenti multipli integrati, il trattamento analitico, la psicoterapia sensomotora, l’arteterapia, la pratica yoga, la mindfulness ed altri. L’intervento migliore nasce da un orientamento creativo, interessato e rispettoso della persona che si ha di fronte, unitamente alla capacità del terapeuta di entrare in relazione, costruendo un contesto sicuro nel quale il paziente può esprimere il proprio vissuto traumatico. Gli autori inseriscono, inoltre, contributi delle neuroscienze e della neuropsicologia che hanno fornito un fondamentale ampliamento della conoscenza sul trauma.

**Parole chiave:** clinica, trauma, emozioni, trattamenti, metodi.

### **Abstract**

The authors make a review of the actions and techniques which may be used by clinicians when facing traumatic experiences of their patients. Assuming that care of the “person” and not of the “noise” must be considered as a priority, the authors argue that there is no elective treatment of trauma. Several approaches may be adopted: integrated multiple treatments, the analytic treatment, sensorimotor psychotherapy, EMDR method, art therapy, yoga practice, mindfulness and others. The best action stems from a creative approach, concerned with and respectful of the person that we face, an accomplice of the therapist's ability to enter into a relationship by building a secure environment where the patient may express the traumatic experience. Moreover, the authors draw upon neuroscience and neuropsychological contributions, which have made a fundamental expansion of knowledge on trauma.

**Keywords:** clinical approaches, trauma, emotions, treatments, methods.

### **Premessa**

In ambito clinico l’espressione “trauma psichico” fu introdotta da un neurologo tedesco per spiegare l’impatto emotivo degli eventi stressanti (Eulenburg, 1878). Tuttavia, non tutte le persone che vivono un evento particolarmente stressante risulteranno, poi, traumatizzate (Breuer e Freud, 1892-95; Van der Hart et al., 2011).

Il vissuto ‘traumatico’ è essenzialmente soggettivo, a fronte di episodi più o meno drammatici, secondo l’opinione comune.

In termini di economia psichica, il trauma è caratterizzato da un eccessivo afflusso di eccitazioni rispetto alle capacità della persona di dominare ed elaborare tale afflusso (Laplanche e Pontalis, 1973) che può derivare da eventi molto violenti o dall'accumularsi di più eccitazioni. In seguito ad un evento traumatico crollano le difese, e le angosce primitive si ripresentano e vengono percepite come intollerabili, ingestibili.

Nel contesto della cura gli eventi traumatici, correlati alle memorie implicite, entrano in azione attraverso il fare e cercano prima che una possibilità di essere detti, una possibilità di essere presentati, di divenire nella situazione terapeutica una nuova realtà da avvicinare insieme a qualcun altro (Van der Kolk, 1996).

La terapia dei pazienti con disturbi traumatici è complessa e deve predisporre un programma a più fasi nel quale il primo scopo è superare le difficoltà relazionali e quelle legate alla modulazione e regolazione delle emozioni.

Vari sono gli indirizzi terapeutici proposti per la cura dei vissuti traumatici, oltre agli apporti significativi delle neuroscienze ed a quelli delle valutazioni neuropsicologiche

Secondo Bromberg (2012) «la fonte primaria dell'azione terapeutica è la relazione, non qualcosa creato attraverso di essa». La funzione relazionale permette di aumentare la soglia di tolleranza del paziente all'iperattivazione affettiva, connessa al vissuto traumatico.

### **Neuroscienze e Trauma**

Le tecniche di neuroimaging hanno fornito un contributo fondamentale alla conoscenza del rapporto fra mente e cervello, sia in termini filogenetici che ontogenetici e specificamente hanno consentito di esaminare l'influenza del trauma sullo sviluppo del cervello umano (Williams, 2009).

Le neuroscienze hanno dimostrato come le precoci esperienze traumatiche – separazione dalla madre, maltrattamenti ripetuti, abusi, distress, etc. – possono influenzare lo sviluppo complessivo delle funzioni psichiche e dell'organizzazione anatomico-funzionale delle strutture cerebrali (Van der Kolk, 2015). Le esperienze possono influenzare l'espressione genica e i processi che regolano lo sviluppo dei circuiti neuronali, promuovendo la formazione di nuove connessioni sinaptiche, modificando quelle preesistenti o agevolandone l'eliminazione (Kandel, 1989, 1998, 2007).

Già Freud (1895) sosteneva che “una delle principali caratteristiche del tessuto nervoso è la memoria, cioè, generalmente parlando, la facoltà di subire un’alterazione permanente in seguito a un evento (...) Il secondo sistema di neuroni ( $\psi$ ) può trovarsi in condizioni modificate dopo ogni eccitazione, e offrire quindi la possibilità di rappresentare la memoria. Così vi sono neuroni permeabili... i quali soddisfano alla funzione della percezione, e neuroni impermeabili, i quali sono i veicoli della memoria e presumibilmente anche dei processi psichici in genere” (pp. 204-205). E nel 1922 in *L’Io e l’Es* (p. 488) affermava: “L’Io è anzitutto un’entità corporea”.

Le intuizioni di Freud sembrano trovare una qualche conferma nei recenti studi neuroscientifici.

Secondo Siegel (2001, p. 24), il cervello è formato da reti neurali che possono essere attivate in una infinità di pattern e profili neurali; l’interconnessione nervose rendono possibile l’apprendimento; se un circuito è stato eccitato in passato, la sua probabilità di esserlo nuovamente aumenta; i circuiti cerebrali ‘ricordano’, e apprendono dalle passate esperienze.

Per LeDoux (2002, p. 364), “le esperienze della vita lasciano segni duraturi su di noi solo in quanto sono immagazzinate come memorie all’interno dei circuiti sinaptici (...) un’esperienza di apprendimento implica cambiamenti anche nelle connessioni sinaptiche”.

“La memoria a lungo termine induce modificazioni nell’espressione genica e conseguenti trasformazioni anatomiche nel cervello”, afferma Kandel (2007, p. 107).

Neuroni e memoria si combinano, si caratterizzano, si definiscono attraverso l’interazione con l’ambiente. I neuroni, le sinapsi, le interconnessioni diventano memoria cerebrale in base alle esperienze vissute, negative o positive.

Per esempio il bambino che ha subito un trauma nell’ambiente familiare può indurre un atteggiamento minaccioso nelle persone con cui interagisce. Le connessioni cerebrali che si sono create sulla base della sua esperienza sembrano impedirgli di reagire positivamente ad un ambiente diverso da quello in cui è cresciuto (LeDoux, 2002; Perry, 2009).

Esperienze negative avvenute nella prima infanzia hanno un profilo patogenetico diverso rispetto a traumi accaduti in età adulta; tanto più precoce e protratto è lo stimolo traumatico tanto più gravi e a lungo termine si riveleranno le sue connessioni. Gli studi di Schore (2008, 2009) dimostrano che, da un punto di vista morfo-funzionale, l’esposizione a un ambiente non protettivo nella primissima infanzia si associa allo sviluppo di uno stile di attaccamento insicuro in grado di ritardare il processo psicobiologico, significativamente influenzato dall’esperienza, a livello delle regioni frontali e limbiche, strutture coinvolte direttamente nella

regolazione affettiva. Il sistema più sensibile agli stimoli stressanti appare quello limbico, specialmente nella parte destra. “In ogni caso – sostiene Van der Kolk (2015, p. 53) – le nostre scansioni evidenziavano chiaramente che immagini del trauma passato attivavano l’emisfero destro e disattivavano quello sinistro”.

Sulla base di questi studi è stato anche possibile ipotizzare un substrato biologico per la dissociazione, che sarebbe sostenuta anche da una perdita di connessioni neuronali a livello delle porzioni destre del cervello, e, in particolare, a livello di quelle implicate nel controllo gerarchico cortico-sottocorticale (Schoore 2009).

Nel Disturbo Post Traumatico da Stress (PTSD), la paura è espressa come un’ aumentata sensibilità a stimoli rievocanti un trauma originale che ha rappresentato una minaccia per la sopravvivenza (LeDoux, 2002). Le aree del cervello interessate in tale processo sono la corteccia prefrontale, l’ippocampo e l’amigdala. L’arousal emotivo esercita una forte influenza sull’elaborazione cognitiva: organizza e coordina l’attività cerebrale. L’attivazione dell’amigdala trasforma l’esperienza percettiva ordinaria in un’esperienza di paura.

Secondo la Mundo (2009), le caratteristiche del trauma – quali per esempio il sottrarsi a ogni tentativo di storicizzazione dell’evento e sovvertire le regole con cui l’individuo pone in relazione l’evento e il senso di questo – hanno una base neurobiologica precisa.

Alcuni sostengono che il danno specifico prodotto dal trauma riguarda la connettività fra i due emisferi, classicamente localizzata nel corpo calloso, risultata ridotta di volume in bambini con anamnesi positiva per abusi sessuali (Teicher, 2000). Inoltre sembra che un trauma precoce, oltre ad influire negativamente sui processi di integrazione funzionale fra i due emisferi, possa promuovere una lateralizzazione emisferica, quale base neurobiologica per l’utilizzo a scopo difensivo – da parte dei pazienti traumatizzati – di meccanismi di splitting; rimane comunque da sottolineare che il danno neuronale si verifica in maniera estesa, sebbene non uniforme, in tutte le aree cerebrali (Mundo, 2009). Bambini e adolescenti maltrattati o vissuti in condizioni di deprivazione presentano volumi cerebrali globalmente ridotti, atrofia corticale e ventricoli laterali più ampi rispetto ai gruppi di controllo (De Bellis, 2005). Queste alterazioni del neurosviluppo concorrono a definire una vulnerabilità rispetto a successivi disturbi del controllo emotivo (Schoore, 2009).

Nell’adulto gli eventi traumatici e gli stimoli stressanti inducono alterazioni morfofunzionali soprattutto a carico delle strutture limbiche (Lanius et al. 2010). Negli individui traumatizzati sono state osservate: una diminuzione del volume e della funzione dell’ippocampo, un’alterazione della funzione del controllo inibitorio da parte di alcune aree della cor-

teccia pre-frontale (mesiale e orbito-frontale) e un'iperattività (associata o meno a un aumento di volume) dell'amigdala che innesca uno stato di allarme alla esposizione di immagini, suoni e pensieri connessi agli specifici vissuti negativi anche molto tempo dopo l'evento traumatico (Mundo, 2009; Van der Kolk, 2015).

Nell'analisi delle aree cerebrali di una donna che aveva vissuto una drammatica esperienza traumatica si è rilevata una macchia bianca nel lobo frontale sinistro in corrispondenza della regione di Broca che consente la traduzione in parole di pensieri ed azioni. "C'era la prova visiva che gli effetti del trauma non differiscono affatto dagli effetti di lesioni fisiche come l'ictus, anzi possono sovrapporsi ad essi. Tutto il trauma è preverbale" (Van der Kolk, 2015, p. 51).

In molti casi di PTSD, la persona risulta 'bloccata', emotivamente congelata al periodo dell'esperienza traumatica avvenuta molti anni prima, come spesso accade nei veterani di guerra (Van der Kolk, 2015).

Il terapeuta dovrebbe evitare la stimolazione emotiva relativa all'evento traumatico, che potrebbe, nelle prime fasi del trattamento, sviluppare stati di attivazione in un sistema sensibilizzato dal trauma, che indurrebbero un rilascio di neurotrasmettitori e ormoni "tossici" per il cervello (Mundo, 2009). Per esempio, è importante modulare il tono di voce, regolare la velocità e l'intensità degli interventi utilizzare il contatto visivo come holding simbolico (Wilkinson, 2006).

Negli ultimi anni si è progressivamente evidenziata l'importanza degli aspetti espliciti e impliciti nella relazione terapeutica. La comunicazione verbale e l'interpretazione sono indubbiamente strumenti indispensabili, ma non certo sufficienti nell'affrontare e curare gli stati dissociativi traumatici che dipendono da un'alterazione neurobiologica a carico prevalentemente dell'emisfero destro (Wilkinson, 2006; Schore, 2009).

La ripetizione traumatica sembra essere guidata dalla memoria procedurale implicita (Siegel, 1995) e le relazioni oggettuali inconsce emergono tramite le modalità espressive, comunicative – verbali e non – con le quali il paziente si rapporta al terapeuta (Target, 1998). Doidge (2007, p. 10) definisce "paradosso plastico" la capacità neuroplastica di produrre sia comportamenti flessibili, che particolarmente rigidi.

Il processo di cambiamento indotto dalla psicoterapia sembra avvenire attraverso specifici "momenti di significato" che si verificano nella relazione di cura e che possono favorire l'acquisizione di nuovi modelli di memorie implicite (Stolorow e Atwood, 1995). I primi cambiamenti in psicoterapia si evidenziano generalmente tramite il registro implicito, non verbale che sembra esprimere e riflettere una nuova configurazione delle memorie implicite, quale prodotto ed espressione dell'esperienza relazionale terapeutica (Cristini, 2012).

Le memorie implicite si caratterizzano per una potente carica affettiva che si modifica tramite la sperimentazione di una nuova, profonda condizione empatica fra paziente e terapeuta (Mundo, 2009).

La psicoterapia opera entro la potenzialità di cambiamento contribuendo per esempio al rimodellamento di connessioni sinaptiche disfunzionali, influenzando in tal modo le memorie implicite disadattive (Cen-tonze et al., 2005).

Kandel (2007, p. 109) suppone che la psicoterapia intesa come una forma stabile di apprendimento possa indurre modificazioni nell'espressione genica e determinare cambiamenti a livello cerebrale.

### **Valutazione neuropsicologica**

Da quando il PTSD è stato definito come entità clinica autonoma, sono stati predisposti strumenti standardizzati sia per la diagnosi che per la valutazione trasversale della sintomatologia ad esso correlata. Numerosi sono quindi i test diagnostici presenti in ambito psichiatrico applicati anche attraverso interviste strutturate. Altri strumenti mirano a valutare la presenza ed il livello di gravità dei sintomi dissociativi, frequentemente associati al PTSD. Fra i più diffusi vi sono il *Multi Dimensional Inventory of Dissociation*, (MID) (Sommer e Dell, 2005; Dell, 2006), un questionario self report di 168 item che rappresenta una misura multidimensionale della dissociazione e ha una buona validità psicometrica; la *Dissociative Experience Scale* (DES) (Bernstein e Putnam, 1986; Carlson e Putnam, 1993) che valuta la gravità dei sintomi dissociativi e delle alterazioni psicologiche della coscienza – secondo il DSM-IV (Putnam et al., 1996) il punteggio di cut-off di 30 è indicativo per una diagnosi di disturbi dissociativi; la *DES-Taxon* (DES-T) (Waller, Putnam e Carlson, 1996) che include otto item della DES e pare essere più efficace nel prevedere la dissociazione strutturale della DES; il *Somatiform Dissociation Questionnaire* (SDQ-20/SDQ-5) (Nijenhuis et al., 1996, 1998) che esamina la gravità dei sintomi somatoformi della dissociazione strutturale.

Altri strumenti indagano la presenza di eventi di vita avversi avvenuti nel corso dell'infanzia o in altri periodi della vita, al di là della presenza in termini diagnostici di PTSD o di sintomatologia ad esso correlata. Anche in questo caso diversi strumenti sono disponibili in letteratura, pochi però tradotti e validati in italiano. Presentiamo qui quelli che riteniamo più rilevanti. Per valutare la presenza nella storia di vita del paziente di eventi traumatici esistono interviste retrospettive semistrutturate, internazionali, impiegate sia nella clinica che nella ricerca. Una delle più utilizzate è l'intervista CECA (Childhood

Experience of Care and Abuse) (Bifulco et al. 1994). È composta da una prima parte che indaga il tipo di cure parentali ricevute, distinguendo fra materne e paterne, ed una seconda parte che esamina la presenza di maltrattamenti fisici e di abusi sessuali. Gli item si basano sulla descrizione di specifici comportamenti ed eventi vissuti nell'infanzia e nell'adolescenza, nei confronti dei quali l'individuo esprime il suo grado di accordo o disaccordo. Tale strumento consente di valutare nel modo più affidabile possibile la presenza di traumi interpersonali (abuso emotivo e trascuratezza emotiva spesso indicata con il termine inglese neglect).

Trattandosi di un'intervista retrospettiva ha il limite di basarsi sulla narrazione autobiografica e pertanto i dati raccolti non sono verificabili. Tuttavia, la ricerca ha dimostrato la forte validità e attendibilità dello strumento, anche nella versione italiana curata da Giannone et al. (2011).

Un altro questionario che verifica la presenza di traumi è il Child Trauma Questionnaire (CTQ) (Bernstein et al., 1997; Bernstein e Fink, 1998), esistente anche in forma breve (CTQ-SF; Bernstein et al., 2003). Le domande del questionario esaminano cinque dimensioni di abuso subite nell'infanzia: abuso emotivo, abuso fisico, abuso sessuale, negligenza emotiva e negligenza fisica. L'individuo dà un punteggio da 1 a 5 sulla presenza dell'evento nella propria storia di vita.

Esistono inoltre scale per rilevare la presenza di eventi stressanti avvenuti nel periodo precedente (generalmente sei mesi od un anno) il colloquio di valutazione, come ad esempio la Scala degli eventi stressanti di Paykel (*Interview for Recent Life Events*, Paykel, 1997) che esamina la presenza negli ultimi sei mesi di eventi stressanti in dieci ambiti: lavoro, educazione, problemi economici, salute, lutto, emigrazione, vita sentimentale, problemi legali, relazioni familiari ed area coniugale. A ciascun evento l'autore riporta un punteggio normativo. Un'altra scala molto utilizzata è la Social Readjustment Rating Scale di Holmes e Rahe (1967) che propone 43 eventi considerati più importanti e più frequenti nella vita di una persona, ai quali è assegnato un punteggio che esprime la potenzialità di impatto medio di ciascun evento nell'ultimo anno di vita.

### **Interventi e tecniche**

Il concetto di trauma è dunque complesso. Risulta pertanto importante inquadrare correttamente il tipo di problematica per impostare al meglio un trattamento personalizzato. Solitamente è più facile chiedere aiuto in seguito ad un evento traumatico (trauma-evento) come per esempio una rapina, un incidente, ecc. Risulta invece più difficoltoso chiedere aiuto quando si è determinato uno sviluppo

traumatico (trauma-sviluppo) (Liotti e Farina, 2011). Per sviluppo traumatico ci si riferisce o ad una serie di eventi negativi che si sono succeduti nel corso della crescita di una persona o comunque durante lo svolgersi di una relazione non accidentale da parte della famiglia. Vengono pertanto a mancare i presupposti emotivi per la formazione di un senso di sé sicuro e fiducioso. In letteratura (Appleton, 2001; Bateman e Fonagy, 2006; Fernandez, Maslovaric e Galvagni, 2011; Liotti e Farina, 2011, 2013) vi sono varie tecniche predisposte ad affrontare gli aspetti clinici del trauma-evento e del trauma-sviluppo.

Nelle linee guida sul trattamento dei pazienti con vissuti traumatici, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) indica due trattamenti clinicamente efficaci per trattare il Disturbo da Stress Post Traumatico (PTSD): la Terapia cognitivo comportamentale focalizzata sul trauma (TF-CBT) e l'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing). Oltre a quelle proposte dall'OMS, alcune linee guida hanno fornito indicazioni terapeutiche sempre più aggiornate e precise in relazione sia alle caratteristiche della persona da trattare sia rispetto alla tipologia di trauma o evento avverso. Le linee guida NICE recentemente riviste (<https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>) indicano, oltre alla TF-CBT e EMDR, altri interventi ad indirizzo cognitivo-comportamentale, oltre alla terapia narrativa.

### **Terapia Cognitivo-comportamentale (CBT) e Terapia Cognitivo Comportamentale basata sul trauma (TF-CBT)**

La CBT (Cognitive Behaviour Therapy) è un indirizzo sviluppato da A. T. Beck (1967) ed è fra gli indirizzi evidence-based più citati dalle linee guida internazionali. La CBT si basa sulla complessa relazione fra emozioni, pensieri e comportamenti, evidenziando come i problemi psicologici siano in gran parte il prodotto di come interpretiamo la realtà e gli eventi che accadono. Compito del terapeuta è di aiutare il paziente ad individuare e a modificare i pensieri e i comportamenti relativi al malessere psicologico.

Il trattamento CBT agisce su due livelli: cognitivo e comportamentale. Dal punto di vista cognitivo, si pone come obiettivo di identificare (e successivamente modificare) i pensieri e le interpretazioni negative su di sé, sugli altri e sul futuro, ricorrendo a varie tecniche cognitive, fra le quali: formulazione degli ABC, laddering e dialogo socratico, ristrutturazione cognitiva, problem solving e normalizzazione degli stati emotivi.

La TF-CBT è stata inizialmente impiegata in età evolutiva (Cohen e Mandarino, 1996; Cohen et al., 2004).

Si tratta di una terapia che mira ad identificare e modificare i pensieri disfunzionali dell'individuo riguardo a se stesso, all'evento traumatico ed al mondo esterno. Inoltre, aiuta a gestire l'ansia e le emozioni negative, allo scopo di ridurre la sintomatologia di iperarousal derivante dall'evento traumatico.

La tecnica maggiormente impiegata nei protocolli TF-CBT è l'esposizione al ricordo traumatico. Si basa sul principio di abituaione (riduzione dell'iperattivazione attraverso l'esposizione prolungata), e sul procesamiento dell'informazione che integra il ricordo traumatico con nuove valutazioni formulate nel presente (Bisson et al., 2013). L'esposizione può avvenire in vivo o tramite immaginazione. Nel primo caso si effettua l'esposizione a stimoli reali, nel secondo il paziente rievoca immagini mentali legate all'evento traumatico in modo da agire sulle risposte fisiologiche ed emotive suscitate dalla rievocazione di stimoli temuti.

Attraverso l'esposizione prolungata è possibile consentire un'abituaione all'ansia e il cambiamento delle credenze disfunzionali legate al trauma. Durante l'esposizione prolungata al paziente viene chiesto di raccontare più volte l'evento traumatico, fino a quando, affrontando gradualmente in un ambiente sicuro la paura associata al ricordo del trauma la risposta emotiva diminuisce.

L'obiettivo di questa tecnica è insegnare al paziente che può rievocare il ricordo traumatico e tollerare la sofferenza elicitata, poiché questa attivazione decresce nel tempo. In tal modo la persona impara ad affrontare il ricordo e quanto vi è associato con maggiore sicurezza.

Un aspetto centrale riguarda la psicoeducazione: si descrivono al paziente le prevalenti reazioni ad un evento traumatico, normalizzando la sua esperienza e validando il suo vissuto. Per fronteggiare i sintomi disfunzionali del paziente si insegnano, inoltre, strategie di coping e nuove skills da utilizzare al bisogno, alcune somatiche come il rilassamento e la respirazione profonda, altre cognitive, come la distrazione e l'identificazione delle proprie emozioni.

In età evolutiva, la TF-CBT include nel processo di cura anche i genitori o i *caregivers*, ai quali vengono fornite indicazioni su come comportarsi con il figlio per favorirne l'adattamento emotivo e comportamentale, oltre a informazioni sulle fasi della terapia. Come per l'adulto, vengono insegnate al minore tecniche di rilassamento e di gestione dello stress e viene favorita la consapevolezza emotiva. Dopo l'adozione di tecniche cognitive finalizzate all'identificazione dei pensieri disfunzionali legati al trauma si procede con la fase centrale della rielaborazione tramite la narrazione dell'evento traumatico.

### ***Terapia di esposizione prolungata (PE)***

L'esposizione prolungata (PE) è stata originariamente utilizzata con i veterani di guerra e successivamente applicata alle vittime di stupro e di altri crimini violenti. La PE è una terapia altamente strutturata, in cui vengono utilizzate tecniche specifiche.

Il protocollo messo a punto da Foa e coll. (1991) si articola in 9-12 sessioni, durante le quali sono previste sia l'esposizione immaginativa, sia un'esposizione progressiva agli stimoli temuti. I momenti principali riguardano la psicoeducazione relativa al PTSD e la spiegazione del rationale dell'intervento (sessione 1); la normalizzazione delle reazioni al trauma e lo sviluppo di una gerarchia di stimoli temuti da utilizzare nelle fasi di esposizione in vivo (sessione 2); la ripetuta esposizione agli stimoli fobici durante le sessioni di terapia (sessioni 3-9). È opportuno sottolineare che dopo un'esposizione, il terapeuta intraprende una ristrutturazione cognitiva, stimolando valutazioni e convinzioni. La PE non è solo una terapia espositiva, ma comprende più interventi, come per tutte le tecniche CBT, e, pertanto la sua efficacia viene sempre valutata complessivamente, e non soltanto negli aspetti espositivi.

### ***Acceptance Commitment Therapy***

Per superare l'evitamento delle situazioni che rievocano il trauma, molto utili appaiono le tecniche teorizzate dall'Acceptance Commitment Therapy (ACT). Nonostante non sia ancora inserita come terapia elettiva in numerose linee guida, l'ACT è sempre più diffusa nel trattamento dei traumi. È una forma di psicoterapia con solide basi scientifiche che fa parte di quella che viene definita "la terza ondata" della Terapia Cognitivo Comportamentale (Hayes, 2004). L'ACT assume che la sofferenza psicologica derivi dall'evitamento dei propri stati interni (evitamento esperienziale) e dalla rinuncia all'investimento sui propri autentici obiettivi.

Secondo l'ACT, ciò che promuove il cambiamento e il benessere psicologico sono le abilità di "accettazione consapevole del momento presente" (Acceptance) e "impegno" (Commitment). Il concetto di "accettazione" come consapevolezza e contatto con l'esperienza nel momento presente viene ripreso dalla pratica della consapevolezza derivante dalle tecniche di meditazione orientale. Attraverso una serie specifica di esercizi esperienziali la persona impara a osservare il proprio dolore senza sentirsi indissolubilmente fuso con esso. L'"impegno" riguarda il perseguire i propri scopi nella vita senza evitare le situazioni che suscitano sofferenza.

## **Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)**

In oltre trent'anni dalla sua scoperta, l'EMDR ha ricevuto più conferme scientifiche di qualunque altro metodo usato nel trattamento dei traumi (Shapiro, 1989, 1995; Högberg et al., 2007, 2008). Oggi è riconosciuto come metodo evidence-based per il trattamento dei disturbi post traumatici, approvato, tra gli altri, dall'*American Psychiatric Association* (2004), dall'*International Society for Traumatic Stress Studies* (2010) e dal nostro Ministero della Salute nel 2003. L'Organizzazione Mondiale della Sanità, nell'agosto del 2013, ha riconosciuto l'EMDR come trattamento efficace per la cura del trauma e dei disturbi ad esso correlati (WHO, 2013).

In ambito clinico si è riscontrata l'utilità della sua applicazione in vari ambiti (Carletto et al., 2019), "compresi gli eventi traumatici legati alla famiglia d'origine. Vissuti e caratteristiche del sistema familiare sono presenti in ogni ricordo disfunzionale, pertanto nel corso del trattamento EMDR il paziente non solo elabora in modo funzionale il ricordo, ma diventa anche più consapevole delle dinamiche familiari pregresse ed attuali (Fernandez et al., 2011).

L'applicazione dell'EMDR facilita i processi terapeutici di individuazione e differenziazione.

E' un trattamento particolarmente strutturato che considera l'esperienza traumatica sotto l'aspetto cognitivo, emotivo, comportamentale e neurofisiologico. L'EMDR permette il processo di integrazione delle memorie traumatiche, la regolazione dell'attivazione emotiva e la formulazione di credenze funzionali su se stessi in merito all'esperienza traumatica attraverso un potenziamento della comunicazione fra i due emisferi cerebrali. Il risultato viene raggiunto grazie ai movimenti oculari alternati da destra a sinistra, oppure dalla stimolazione tattile alternata delle mani del paziente, durante la rievocazione del ricordo traumatico (Shapiro, 1995; Propper et al., 2007). Mentre il paziente evoca l'immagine traumatica e la cognizione negativa ad esso legata, i movimenti oculari alternati stimolano l'integrazione delle informazioni elaborate tra i due emisferi, con la conseguente risoluzione dei condizionamenti emotivi traumatici (Shapiro, 1995). Al termine del processo di integrazione, il ricordo dell'esperienza è integrato in uno schema cognitivo ed emotivo positivo e migliora il funzionamento adattivo dell'individuo.

Il protocollo si articola in otto fasi. Nella prima fase si sviluppa il piano terapeutico, si raccolgono le informazioni anamnestiche sul paziente e si definiscono gli scopi. In questa fase si inizia a implementare una solida alleanza terapeutica, che verrà consolidata durante tutto il trattamento.

Nella seconda fase si spiega al paziente come funziona la procedura e si chiariscono eventuali dubbi. Il paziente viene guidato nella creazione di un proprio “posto al sicuro”, uno stato mentale positivo e rilassato che egli può richiamare in caso di stress o tensione emotiva.

Nella terza fase avviene l’assessment, ovvero si seleziona l’immagine traumatica da elaborare, l’affermazione negativa su di sé in quella situazione (cognizione negativa) e l’affermazione positiva che vorrebbe credere di sé (cognizione positiva). Si stabilisce il grado di sofferenza provata dal paziente e il suo livello di credenza nella valutazione positiva.

Nella quarta fase avviene la desensibilizzazione attraverso un certo numero di set di movimenti oculari o stimolazioni tattili, alternate. Il terapeuta guida il paziente fino all’azzeramento dell’attivazione emotiva negativa.

Nella quinta fase il paziente viene guidato all’installazione della cognizione positiva su di sé rispetto al ricordo traumatico.

Nella sesta fase si pone l’attenzione sul corpo, alla ricerca di tensioni residue che andranno elaborate, al fine di una completa assenza di tensioni fisiche.

Nella settima fase si chiude la seduta concedendosi un momento di debriefing emotivo.

L’ottava fase implica un momento di rivalutazione all’inizio della seduta successiva per verificare che i risultati positivi raggiunti siano mantenuti.

Secondo Van Der Kolk (2015) la caratteristica più rilevante della tecnica EMDR è la sua capacità di attivare una serie di sensazioni, emozioni, immagini e pensieri spontanei collegati con il ricordo originario e permettere quindi di integrare le esperienze.

### **Trattamento analitico**

Il trattamento analitico esamina l’esperienza traumatica, con i suoi diversi correlati emotivi, proponendosi in particolare di aiutare il paziente a “mentalizzare”, a pensare alla soggettività dell’altro, a dare un senso a quanto è avvenuto (Bateman e Fonagy, 2006; Sibony-Malpertu, 2017).

Per Correale (2010) si pongono la ricostruzione dei traumi e la funzione poetica del linguaggio dell’analista, quale valorizzazione di oggetti, gesti, pensieri, immagini che si prestano ad essere aperti, interrogati, indagati e non dati per scontati.

Per Van Der Kolk (2015) il chiamare le cose con il loro nome offre la possibilità di esercitare un controllo sul dolore e sulla paura. Il problema sorge quando le vittime da trauma rimangono letteralmente senza parole, quando si spegne l'area del cervello che presiede al linguaggio.

Si ripercorre sinteticamente, in chiave storico-epistemologica, l'evoluzione dei principali trattamenti analitici del trauma.

### ***Dal trauma psichico alla trasformazione emotiva: Freud, Klein e Bion***

Seguendo Bokanowski (2005), possiamo riassumere l'evoluzione del concetto di trauma in Freud secondo alcune fasi: A) una prima fase (1895-1920), distinta in due momenti: a) teoria della seduzione e dell'*après-coup* (1895-1900/1905); b) teoria del fantasma/sessualità infantile (1905-1920); quindi B) una seconda fase (dal 1920 in poi), che identifica il trauma nella situazione di impotenza infantile (*Hilflosigkeit*); infine. C) una terza fase (l'ultimo Freud), che vede il trauma come *ferita narcisistica*.

Il concetto di *trauma psichico* – dal greco τραῦμα, “lesione, ferita” – viene introdotto da Freud in un primo tempo per spiegare il meccanismo alla base dell'isteria comune, per analogia con il trauma *fisico* individuato da Charcot nell'isteria traumatica; solo nella seconda fase del suo pensiero, Freud si occuperà della *nevrosi traumatica*, in cui il trauma è a un tempo *somatico* (shock) e *psichico* (spavento). Nei suoi primi lavori sull'isteria, Freud, individua nell'attacco isterico la riproduzione allucinatoria dell'evento traumatico (1892), ovvero di una serie di drammi minori o di ricordi associati; l'attacco isterico viene così spiegato come effetto della mancata o inadeguata scarica affettiva connessa a tali ricordi. Nella “Comunicazione preliminare” ai loro *Studi sull'isteria* (1892-95), Breuer e Freud evidenziano nel trauma psichico sia specifici contenuti psichici (lutti, perdite o eventi da dimenticare), sia un particolare stato mentale alterato (ipnoide), proponendo un modello secondo cui il trauma è sia causa che effetto di uno stato dissociativo della coscienza; il trattamento di elezione è all'epoca individuato nella tecnica catartica: la *ripetizione emotiva* del trauma ne consente l'*abreazione*.

Molto presto Freud (1895) intuisce però l'importanza di un'“azione differita del trauma” (*Nachträglichkeit*), delineando un'eziologia traumatica in due tempi: il trauma *sessuale infantile*, latente, e il trauma *recente*, che lo riattiva a posteriori per *après-coup* (1896). Non soddisfatto della tecnica ipnotico-catartica, Freud, distaccandosi da Charcot e Breuer, sviluppa infine la sua tecnica psicoanalitica basata sul metodo delle libere associazioni, che lo porta ad abbandonare la *teoria della seduzione infantile*, ritenuta fuorviante, per indagare il ruolo patogeno delle fantasie sessuali infantili. Secondo la nuova *teoria del fantasma*, causa di nevrosi

sono i conflitti della vita sessuale infantile che vengono riattivati in età adulta; la nevrosi sarebbe provocata non da eventi oggettivamente traumatici, ma dallo stato infantile della psicosessualità e dell'apparato psichico di chi si trova ad affrontarli.

Con la nuova teoria, la nozione di trauma psichico entra per così dire *in latenza* nell'opera freudiana a vantaggio dell'indagine delle fantasie inconscie, fino almeno al caso dell'Uomo dei lupi (1914a), in cui la ricostruzione analitica del trauma della scena primaria, alla quale il paziente avrebbe assistito nell'infanzia, permette di indagarne la psicopatologia a partire dall'irruzione di un eccitamento pulsionale eccessivo; Freud ne deriva anche una più articolata definizione della cura analitica non più nel senso della catarsi emotiva, ma nel triplice compito del *ricordare, ripetere e rielaborare* (1914b). La prima fase del pensiero di Freud sul trauma è infine sintetizzata nell'*Introduzione alla psicoanalisi* (1915-17, p. 518):

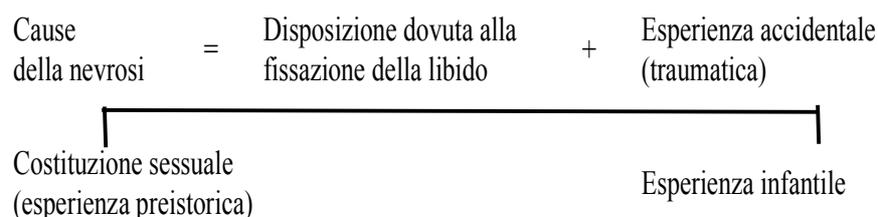


Fig. 1 – Il trauma nella formazione del sintomo secondo Freud (1915-17)

Con la prima guerra mondiale Freud è costretto tuttavia a ritornare sui suoi passi per occuparsi dei traumi di guerra che appaiono in contrasto con la teoria psicoanalitica (1919). Egli avanza l'ipotesi che l'impatto traumatico in tali casi dipenda dall'effrazione di una *barriera psichica protettiva* (1921), il che impedisce all'apparato psichico di difendersi secondo il principio di piacere; per fronteggiare il trauma, l'individuo deve dunque ricorrere alla più primitiva *coazione a ripetere*, al fine di legare psichicamente e contenere gli stimoli eccessivi (1920). Contrariamente al passato, il trauma psichico è ora inteso non più come il prodotto di un'energia psichica interna *legata* (fissata a una fase libidica) e non scaricata, ma di un'energia *slegata e libera* di circolare distruttivamente nell'apparato psichico. Tale rovesciamento di prospettiva impone a Freud di rivedere la sua teoria (1925); egli arriva così a spiegare il trauma psichico come causato dalla situazione di *impotenza (Hilflosigkeit)* sperimentata dal bambino, in particolare nelle situazione traumatica per eccellenza, cioè la *perdita della madre*.

La teoria freudiana del trauma non subirà ulteriori rimaneggiamenti. Solo negli ultimi saggi tecnici (1937a, 1937b) Freud si interrogherà sulla limitata efficacia della tecnica analitica nella ricostruzione storica del trauma, e nell'*Uomo Mosè* definirà diversamente i traumi come quelle reazioni abnormi situate nel periodo dell'amnesia infantile, che "si collegano alle impressioni di natura sessuale e aggressiva [...] come a degli insulti precoci dell'Io (ferite narcisistiche)" (1934-38, p. 581). Il trauma psichico viene così equiparato a una vera e propria lesione dell'Io che determina una enclave psichica, uno "Stato nello Stato" operante contro le finalità costruttive delle pulsioni di vita. Freud conclude come è noto con un giudizio pessimistico sull'efficacia terapeutica della psicoanalisi nella cura di traumi che affondano le loro radici in fasi talmente precoci della vita psichica da risultare inaccessibili al ricordo.

Da considerazioni simili prende le mosse Melanie Klein che rielabora in modo originale il pensiero psicoanalitico sul trauma occupandosi del trattamento delle condizioni più primitive della psiche. Nei suoi primi lavori la Klein intende il trauma come un insieme di "avvenimenti, impressioni e vicissitudini che hanno luogo in età molto precoce, vale a dire anteriore ai sei anni" (1921, p. 44), e sottolinea dunque l'importanza eziologica del *trauma reale* (1925). Sulla scorta dell'ultima teoria freudiana, riconosce la situazione traumatica principale nella privazione d'amore conseguente allo svezzamento (1926), pur notando come l'esperienza traumatica *si aggiunga* all'angoscia preesistente, accentuando la crudeltà del Super-io (1927). Nel giro di poco tempo, la Klein abbandona però l'eziologia traumatica, evidenziando come le frustrazioni pregenitali (orali e anali), relative a una fase di sviluppo dominata dal *complesso di femminilità* del lattante (preminenza dell'*imago* materna arcaica) vadano comprese per via del *conflitto innato* tra le due correnti pulsionali, il sadismo e l'*epistemofilia* (1928, 1932). Il concetto di trauma si eclissa quindi dalla teorizzazione kleiniana; molti anni più tardi, nel suo contributo maggiore sui meccanismi schizoidi (1946), la Klein chiarirà che, essendo primaria l'angoscia infantile per la distruttività innata, i traumi reali hanno valore solo nella misura in cui la rafforzano e disturbano quindi la relazione oggettuale. Nell'ultima fase del suo pensiero, in *Invidia e gratitudine* (1957), la Klein evidenzia l'importanza della *riparazione* e del *gioco* nell'analisi infantile; obiettivo del trattamento psicoanalitico non è più la ricostruzione storica del trauma psichico infantile, ma l'analisi delle organizzazioni patologiche della relazione oggettuale che si manifestano nel *qui e ora* della seduta, al fine di favorire l'integrazione progressiva delle parti del Sé scisse.

Con gli anni la Klein (1958) e i suoi allievi, distaccandosi dal pensiero freudiano pulsionalista, volgeranno la loro attenzione all'analisi e allo sviluppo del funzionamento mentale (*mental functioning*) del paziente per favorirne i processi di simbolizzazione. A questo tema apporterà un poderoso contributo Wilfred Bion, con la sua ipotesi dell'esistenza di una *funzione alfa* alla base dei processi di pensiero (1963); tale funzione permette di metabolizzare/digerire gli elementi sensoriali grezzi (*elementi beta*) trasformandoli in elementi onirici successivamente pensabili. Con gli anni Bion svilupperà una sua teoria della nascita del pensiero all'interno della matrice intersichica-intersoggettiva madre-neonato (1962, 1967) e definirà una innovativa *teoria epistemologica* (la "griglia") su cui basare il metodo analitico (1970). Questo lo porterà a proporre, in parziale discontinuità con i suoi predecessori, che la cura analitica serva non tanto a *ricostruire*, rielaborare e reintegrare i traumi che hanno avuto un impatto distruttivo sui legami psichici (1967), quanto piuttosto a *costruire* e progressivamente ampliare nell'individuo e nel gruppo uno *spazio mentale*, sviluppando un apparato per pensare i pensieri e le emozioni che consenta la sopravvivenza fisica e la crescita mentale (1961, 1965).

Se nella Klein il trauma aveva perso progressivamente il suo significato clinico, in Bion il trauma perde anche valenza teorica tramontando definitivamente; Meltzer, uno dei maggiori allievi di Bion, rileverà infatti che i *traumatic factors* sono solo elementi non metabolizzati che impediscono il funzionamento mentale configurando un'area dell'esperienza non appresa (1978); il metodo bioniano, che riattiva il processo di *apprendimento dall'esperienza*, porta a una "idea 'emozionale' più che 'traumatica'" della sofferenza mentale (Meltzer, 1981, p. 8) e ha nella cura l'obiettivo di una trasformazione emozionale più che un cambiamento strutturale.

In conclusione, il percorso teorico da Freud a Bion passando per Melanie Klein vede un progressivo slittamento e declino della concezione e della collocazione del trauma all'interno dell'eziopatogenesi dei disturbi mentali; in sintesi, con le parole di Meltzer, "la psicopatologia è concepita da Freud come la conseguenza di esperienza *traumatica*; dalla Klein è vista come il risultato del fallimento genitoriale nel modulare il dolore mentale del neonato; Bion ha intravisto qualcosa di molto più complicato, ovvero una relazione tra la madre e il neonato in cui la madre realmente deve eseguire *funzioni mentali* per il neonato così che il neonato possa, tramite l'introduzione graduale di queste funzioni *nei suoi oggetti interni*, apprendere a eseguire queste funzioni anche *dentro di sé*" (1983, p. 69).

***Trauma, relazioni primarie e sviluppo del Sé (Ferenczi, Winnicott, Khan, Balint e Kohut)***

All'interno della teoria freudiana, e nei suoi sviluppi più ortodossi fin quasi alla prima metà del '900, il tema del trauma, come aspetto determinante nell'eziopatogenesi della psicopatologia, ha visto ridursi gradualmente la considerazione dell'apporto della realtà esterna e dell'ambiente relazionale dell'individuo a vantaggio di un'attenzione sempre maggiore posta sulle dinamiche intrapsichiche. Tale posizione è stata in parte ridimensionata da autori quali Klein (1946, 1957) e Bion (1965, 1967) che hanno valorizzato il ruolo delle fasi più precoci dello sviluppo e riconsiderato l'influenza dell'ambiente relazionale primario pur restando ancorati all'apporto degli aspetti intrapsichici e costituzionali nell'eziopatologia del disagio psichico.

Nel considerare l'evoluzione delle teorie psicoanalitiche post-freudiane e le notevoli modifiche nella teoria e nella tecnica gradualmente apportate dalle nuove correnti – a partire dalla Psicologia dell'Io (Hartmann, 1939), attraverso la teoria delle relazioni oggettuali (Fairbairn, 1946) ed i suoi sviluppi (Winnicott, 1958, 1960; Khan, 1974; Balint, 1969), alla Psicologia del Sé (Kohut, 1971) fino alla dimensione intersoggettiva dello sviluppo psichico (Stolorow & Atwood, 1995) – è possibile apprezzare un crescendo dell'attenzione alle fasi più precoci dello sviluppo psichico ed al ruolo strutturante delle prime relazioni individuo-ambiente.

In questo ambito si colloca una nuova riflessione sul concetto di trauma. Tale evoluzione è ben illustrata da Masud Khan (1974, pp. 43-45) nella sua disamina degli sviluppi del concetto in Freud, riprendendo la formulazione di “barriera protettiva”. In *Al di là del principio di piacere* (1920), Freud, dopo aver schematizzato il funzionamento dell'organismo come una “vescichetta indifferenziata formata da una sostanza suscettibile di stimolazione”, analizza le caratteristiche della superficie delimitante e la sua funzione di barriera protettiva, giungendo alla conclusione che la protezione dagli stimoli sia quasi più importante della ricezione degli stessi. Il trauma in questo contesto consisterebbe in ogni eccitamento proveniente dall'esterno in grado di aprire una breccia nella barriera di protezione dagli stimoli e di spezzare lo scudo protettivo esponendo l'organismo all'irrompere di un'angoscia devastante. Qui Freud si interroga sulle conseguenze psichiche del trauma, giungendo al concetto di “coazione a ripetere” (Freud, 1920) ovvero la ripetizione, osservabile nelle nevrosi traumatiche, come tentativo (inefficace) della mente di prendere controllo sull'evento traumatico senza possibilità di accedere ad elaborazione.

Seguendo Khan (1974, p. 44) “Se sostituiamo al modello freudiano della ‘vescichetta indifferenziata suscettibile di stimolazione’ un neonato umano vivo, abbiamo allora ciò che Winnicott (1960) ha descritto come ‘un bambino da assistere’. Il suo scudo protettivo è costituito dalla madre che gli prodiga le cure.”

La relazione precoce diventa centrale in questa visione. Il concetto di trauma viene rivisto alla luce delle nuove aree alle quali la psicoanalisi si apre, come l’analisi dei bambini e la clinica dei “pazienti difficili” (ovvero quelle patologie che Freud riteneva inadatte alla psicoanalisi, quali le nevrosi del carattere, i disturbi narcisistici e le psicosi). Tali aree rivelano il ruolo fondamentale degli stadi più precoci delle relazioni, in seguito confermato dallo sviluppo dell’*Infant Observation* (Bick, 1964), dagli apporti dell’*Infant Research* (Stern, 1985; Beebe & Lachmann, 2003) e dagli studi su attaccamento e funzione riflessiva (Fonagy & Target, 2001). Con Winnicott (1958, 1960) la riflessione sulle prime fasi del rapporto neonato-ambiente diviene punto di partenza imprescindibile per la comprensione dello sviluppo successivo dell’individuo e delle sue problematiche.

Un nuovo concetto appare centrale: quello del “Sé”, che mira a cogliere l’importanza dei processi di integrazione dell’apparato psichico nel suo graduale emergere grazie ai processi intersoggettivi fra neonato e caregivers (Winnicott, 1958, 1960; Khan, 1974; Balint, 1969; Kohut, 1971). Nel nuovo panorama, il concetto del Sé descrive le fasi del primo sviluppo, in cui sembra ragionevole parlare di una unità di funzionamento psicosomatico che si avvia allo psichico, più che utilizzare concetti strutturali come “Es”, “Io” e “Super-io”, adatti ad un funzionamento psichico più evoluto. In questo senso Gaddini (1979), introduce il termine di “organizzazione mentale di base”.

Secondo Winnicott, nelle fasi di dipendenza totale il bambino necessita di un ambiente in grado di adattarsi ai suoi bisogni: “Lo sviluppo ha luogo perché il bambino incontra il comportamento adattivo della madre o di un suo sostituto” (Winnicott, 1989, p. 276). Quando l’ambiente fallisce ripetutamente, il neonato si confronta con “angosce impensabili”. Per consentire lo sviluppo viene ad instaurarsi una sorta di “precocità” di funzionamento, il “Falso Sé” definibile come una funzione di “Self-holding”, o “Sé Custode”, che sostituisce la deficitaria funzione materna.

Da Winnicott in poi il trauma viene a collocarsi nei complessi processi della matrice intersoggettiva dello sviluppo psichico (Stolorow & Atwood, 1995) come era stato prefigurato da Bion tramite la “funzione alfa” e la “rêverie materna”. Il ruolo dell’ambiente e delle cure primarie diventa cruciale per comprendere lo sviluppo mentale. La graduale mancanza di adattamento materno, nella transizione fra dipendenza assoluta e

relativa del bambino, è fisiologica e ne promuove la crescita. Winnicott scrive: " [...] ho sostenuto l'idea che il pensiero inizi come modo personale che il bambino ha di affrontare la graduale mancanza di adattamento da parte della madre" (Winnicott, 1989, p. 235). È l'impossibilità o la forte discontinuità dell'ambiente nel sostenere il Sé emergente del bambino che riporta al concetto freudiano di breccia nella barriera protettiva e di trauma come ferita narcisistica che impone deformazioni dell'Io. È l'area definita da Balint (1969) del "difetto fondamentale", che riporta a carenze verificatesi nelle primissime fasi preverbalì e presimboliche, a cui, grazie ad importanti modificazioni nella tecnica, si può dare spazio nella stanza della terapia attraverso un lungo lavoro analitico che offra la possibilità di una regressione sostenuta dall'analisi. Anche Kohut ravvisa l'origine della psicopatologia narcisistica in un difetto strutturale primario del Sé insorto in seguito a ripetuti fallimenti genitoriali nelle fasi più precoci dello sviluppo (Kohut, 1971).

Una valida sintesi tra il pensiero freudiano e le successive teorie del trauma si ritrova nel concetto di "trauma cumulativo" di Masud Khan (1974, pp. 45-46): "La mia tesi è che il trauma cumulativo sia il risultato delle breccie in tale barriera protettiva che possono verificarsi lungo tutto lo sviluppo del bambino [...] queste breccie [...] Prese singolarmente non sono traumatiche [...] si accumulano silenziosamente e invisibilmente nel corso del tempo e attraverso il percorso dello sviluppo [...] esse assumono il valore di trauma solo cumulativamente e retrospettivamente [...]". Precisa successivamente l'autore (p. 59): "Gli inevitabili temporanei fallimenti della madre [...] non solo sono corretti e compensati dal processo maturativo [...] ma costituiscono pure un nutrimento e uno stimolo per lo sviluppo di nuove funzioni [...] Solo quando sono troppo frequenti, e acquistano un ritmo tipico e interferiscono nell'integrazione psiche-soma del bambino, provocando urti che questi non ha i mezzi per eliminare, questi fallimenti si costituiscono come nucleo di reazioni patogene. Queste reazioni a loro volta mettono in moto un processo di azione reciproca madre-ambiente che non solo interferisce con l'adattamento della madre nei confronti del bambino, ma ha anche conseguenze decisive per l'incipiente formazione dell'Io". [...] "Il trauma cumulativo agisce silenziosamente e invisibilmente dall'infanzia all'adolescenza, e lascia il suo segno su tutte le fasi dello sviluppo psicosessuale, segno che diventa clinicamente osservabile più tardi, nella patologia dell'Io e nella formazione del carattere di tipo schizoide".

Una tale nuova comprensione delle distorsioni dell'Io verificatesi nelle fasi precoci della crescita implica adattamenti nella tecnica psicoanalitica, sviluppati dai diversi autori a partire da Sándor Ferenczi, il cui pensiero, poco considerato ai suoi tempi, ha contribuito allo sviluppo della

riflessione sul concetto di trauma, anticipando concetti della psicoanalisi post-freudiana (Baldoni, 2008; Bonfiglio, 1996). Da un lato la sua opera ha colto con straordinaria sensibilità il ruolo strutturante delle prime relazioni tra neonato e ambiente affettivo sullo sviluppo psichico. Dall'altro, il suo contributo costituisce una rilevante descrizione degli stati mentali e dei meccanismi difensivi associati al trauma, inteso come evento esogeno, che irrompe con forza devastante disorganizzando il Sé e riducendo la psiche all'impotenza.

Nel suo scritto "Il bambino mal accolto e la sua pulsione di morte" Ferenczi riflette sulla portata traumatogena dell'ambiente primario permeato dal rifiuto genitoriale: "Tutto faceva pensare che questi bambini avessero recepito i segni, consci o inconsci, con cui la madre manifestava il suo rifiuto o la sua impazienza nei loro confronti e che, per tale motivo, la loro volontà di vivere fosse stata spezzata" (Ferenczi, 1927-33, p. 46). E poco oltre precisa: "Coloro che perdono così presto la voglia di vivere danno l'idea di esseri a cui faccia difetto la capacità di adattamento, simili a coloro che, nella classificazione freudiana, soffrono di una debolezza congenita di capacità vitale, con la differenza però che nel nostro caso l'aspetto congenito di tale debolezza è solo apparente, in quanto essa è conseguenza del trauma precoce".

In questo si riconosce quanto sarà sviluppato da Winnicott nei concetti di "preoccupazione materna primaria" e "holding" quali prerequisiti di un ambiente psichico genitoriale "sufficientemente buono" che possa sostenere lo sviluppo del Sé. Altro influsso patogeno dei genitori viene individuato nei diversi modi in cui i genitori chiedono ai bambini di lenire la loro sofferenza (Ferenczi, 1927-33, p. 99): "I bambini sono costretti ad appianare ogni conflitto familiare e portano sulle loro fragili spalle il peso di tutti gli altri membri della famiglia. Naturalmente non lo fanno per puro altruismo, ma per poter nuovamente godere della tranquillità perduta e della tenerezza che ne deriva". Questa descrizione anticipa il concetto di "Falso Sé" di Winnicott, sottolineando la dimensione della dipendenza infantile, e riporta ai concetti di "trauma cumulativo" (Khan, 1974) e di "difetto fondamentale" (Balint, 1969), rimarcando la portata traumatogena di relazioni precoci inadeguate nell'eziopatogenesi della psicopatologia.

Il contributo di Ferenczi è stato pionieristico anche riguardo al trauma, quale shock inatteso che irrompe nella vita dell'individuo. La descrizione degli stati mentali che caratterizzano il trauma riporta a concetti che diverranno di uso comune nella psicoanalisi della seconda metà del '900. Termini quali "dissociazione", "frammentazione", "regressione" vengono utilizzati per descrivere la reazione al trauma: "...non c'è trauma né spavento che non abbia come conseguenza un accenno di scissio-

ne della personalità. Nessuno psicoanalista si stupirà che la personalità del traumatizzato regredisca allo stato di beatitudine precedente all'evento traumatico e cerchi di fare come se quest'ultimo non si fosse mai verificato" (Ferenczi, 1927-33, p. 98). In questa descrizione appare chiaro come l'esperienza traumatica venga mantenuta in una situazione atemporale, sempre presente, ma dissociata dalla consapevolezza. Ciò è stato descritto da Khan con il termine "animazione sospesa" (1983) in cui ogni sforzo è fatto perché l'esperienza traumatica resti dissociata dal flusso, caratterizzato da temporalità, della vita psichica.

Nel lavoro "La confusione delle lingue tra adulti e bambini", Ferenczi (1927-33) si occupa dell'esperienza devastante dei bambini vittime di abuso ed introduce un concetto centrale per la comprensione dell'impatto del trauma sulla psiche ovvero l'*identificazione con l'aggressore*: "I bambini si sentono indifesi fisicamente e moralmente, la loro personalità è ancora troppo debole per poter protestare, sia pure solo mentalmente; la forza prepotente e l'autorità degli adulti li ammutolisce spesso toglie loro la facoltà di pensare. Ma questa stessa paura, quando raggiunge il culmine, li costringe automaticamente a sottomettersi alla volontà dell'aggressore, a indovinarne i desideri, a obbedirgli ciecamente, a identificarsi completamente con lui." [...] "L'aspetto scientificamente rilevante di tale osservazione è l'ipotesi che la personalità ancora debolmente sviluppata risponda ad un dispiacere improvviso non con la difesa ma con l'identificazione e l'introyezione di colui che minaccia o aggredisce" (Ferenczi, 1927-33, pp. 96-97).

Ferenczi così descrive la paralisi e la dissociazione che seguono all'evento traumatico (1927-1933, pp. 104-105): "Uno shock inatteso, estemporaneo, schiacciante, funziona per così dire da anestetico. Come si verifica questo? Apparentemente attraverso la cessazione di ogni sorta di attività psichica e l'instaurarsi di uno stato di passività in cui manca ogni forma di resistenza. La paralisi assoluta della motilità comporta la cessazione della percezione e con essa del pensiero stesso [...] le cause del trauma non sono rintracciabili mediante la memoria". Pertanto, il trauma non può essere richiamato (o può essere richiamato solo in frammenti), tuttavia viene riprodotto. Solamente una ripetizione del trauma "in condizioni più favorevoli" – vale a dire con un analista solidale, capace di restare accanto al paziente nelle sue aree preverbalì e presimboliche - può permettere l'avviarsi di un processo di guarigione.

Per aiutare questi pazienti, Ferenczi propone "la tecnica della tenerezza" ovvero un atteggiamento di sollecitudine paragonabile a quello che ha la madre di un bambino molto piccolo per offrire un ambiente in grado di sostenere aree profondamente regressive. Balint ha ulteriormente sviluppato questi aspetti nel suo lavoro sulla "regressione" in analisi

come fase necessaria per il percorso terapeutico e legata a particolari condizioni dell'ambiente analitico. Un ambiente che deve offrire al paziente presenza, ascolto, sostegno e perfino un'atmosfera di *armoniosa compenetrazione* fino a che egli non sia in grado di sperimentare nuove forme di rapporto oggettuale. Winnicott (1986; 1988; 1989) nel suo lavoro ha particolarmente insistito sulle condizioni del setting che possono permettere lo sviluppo del "Vero Sé", tra cui la capacità dell'analista di essere presente, vivo e autentico. Kohut (1971) ha parlato di "empatia" come modalità per sostenere quegli aspetti del Sé (il "Sé grandioso" in particolare) che nell'infanzia non hanno potuto incontrare un ambiente sufficientemente attento, valorizzante ed affettivo. Mitchell (2000) partendo dal concetto bioniano di "attacco al legame", nell'idea che nel trauma processo primario e secondario siano dissociati, ha parlato della necessità di offrire un ambiente terapeutico che consenta di ricomporre il legame come base per la salute psichica.

I contributi dei diversi autori considerati descrivono il funzionamento psichico in relazione al trauma come *vulnus* che si innesta in un'area pre-verbale e implica strategie difensive estremamente regressive e autoplastiche attraverso le quali il Sé ha potuto evitare il crollo. Gli adattamenti nella tecnica in queste particolari situazioni, riguardano fondamentalmente il setting interno ed esterno del terapeuta e la capacità di sostenere aspetti profondamente regressivi nella relazione con il paziente. Per usare le parole di Khan (1979, p. 95): "Non credo che siano cambiate le malattie ma che piuttosto i nostri mezzi per interpretarle e affrontarle continuino a cambiare. E' qui che troviamo la vera funzione della teoria nella nostra pratica".

### **Altre terapie**

Vi sono numerosi altri orientamenti terapeutici, oltre a quelli già riportati, che possono essere applicati al fine di revisionare e superare eventi traumaticamente vissuti.

Ne ricordiamo in sintesi alcuni.

*Trattamenti multipli integrati (TMSI)*: si intende l'utilizzo di terapie combinate ad opera di professionisti differenti. La più frequente forma di TMSI associa la psicoterapia individuale con la terapia farmacologia (Liotti e Farina, 2011).

Dai risultati di una meta-analisi condotta negli anni '70 è emerso che gli esiti di terapie combinate risultavano superiori a quelli di qualsiasi forma di terapia condotta singolarmente (Luborsky et al., 1975).

Se integrati fra loro i setting paralleli sono considerati ideali per superare le difese dei pazienti e le risposte emotive provate dai terapeuti (Bateman e Fonagy, 2006). Nel 2001 l'American Psychiatric Association ha pubblicato una guida pratica con le linee generali per il trattamento del disturbo borderline di personalità tramite i TMSI (APA, 2004).

Il costante coordinamento fra curanti diversi consente di riparare i possibili errori di sintonizzazione interpersonale, alla base di crisi anche severe della relazione terapeutica: drop out dei pazienti e burnout dei curanti (Kernberg, 2003; Liotti e Farina, 2011).

*Terapia della Gestalt:* Miriam Taylor (2014) ha introdotto due concetti: a) Window of Tolerance Model; b) Integrated Model of Change. L'autrice sostiene che il trauma deve essere trattato gradualmente e che un lavoro intenso e catartico non può funzionare quando la Finestra di Tolleranza è ristretta.

Nel Modello Integrato di Cambiamento, la rievocazione del trauma viene attentamente monitorata dal terapeuta in modo da consentire al paziente di rimanere all'interno della Finestra di Tolleranza.

Il cambiamento avviene quando si realizzano le condizioni ottimali che permettono ad una persona di riuscire ad essere pienamente se stessa.

Il lavoro di Taylor esamina inoltre il tema controverso del "contatto fisico" da parte del terapeuta.

*Psicoterapia Sensomotoria (PS): la mindfulness:* evidenzia fondamentalmente la regolazione degli stati emozionali e sensomotori mediante la relazione terapeutica. Inoltre il paziente apprende: a) l'auto-regolazione attraverso il contatto e il tracking (tecnica basata su quanto esprime o non esprime il paziente); b) l'articolazione dei processi sensomotori tramite la mindfulness (Ogden e Minton, 2000). Il termine "mindfulness" ha origine dalla tradizione buddista e significa portare attenzione al momento presente in modo curioso e non giudicante (Kabat-Zinn, 1997).

Secondo Van Der Kolk (2015) la mindfulness regola il sistema nervoso simpatico, così da abbassare le probabilità di cadere in meccanismi attacco/fuga. Imparare a osservare e a tollerare le proprie reazioni psicofisiche è un prerequisito essenziale per rivisitare il passato in modo sufficientemente accurato.

La mindfulness diventa struttura portante di ogni singola seduta e di tutta la psicoterapia sensomotoria, e consente sia al paziente che al terapeuta di riportare l'attenzione sul momento presente, di osservare l'esperienza attuale anche mentre si sta parlando del passato e di agi-

re all'interno della finestra di tolleranza. Il paziente progressivamente esamina le proprie sensazioni profonde in modo più sicuro. L'utilizzo delle sensazioni somatiche orienta verso le memorie procedurali, implicite, non facilmente elaborabili (Tagliavini, 2011). Secondo la PS, se si intendono favorire momenti di elaborazione delle memorie traumatiche nel corso di una seduta, si dovrebbe lavorare 'somaticamente' in modo che la situazione dell'arousal risulti, come dice Bromberg (2009) «sicura, ma non troppo sicura».

*Arte Terapia e PTSD*: vari autori sottolineano i benefici dell'arte terapia nel trauma (Yates e Pawley, 1987; Howard, 1990; Morgan e Johnson, 1995; Appleton, 2001). Van der Kolk (1996) sostiene che occorre bonificare «il buco nero del trauma».

Rankin e Taucher (2003) evidenziano l'utilità dell'arte terapia "trauma-focused" per promuovere l'espressione di stati fisici e mentali per la costruzione di una narrazione intergrata del trauma e l'esplorazione dei significati dell'esperienza traumatica. Monti e Peterson (2004) in uno studio basato sull'arte terapia nei malati di cancro particolarmente angosciati, hanno descritto come tale trattamento riduca l'angoscia e migliori la qualità della vita.

L'arte per Van Der Kolk (2015) ha la capacità disciogliere il mutismo che si accompagna all'angoscia, anche quella di perdere il controllo. Il trauma può rappresentare un tentativo per rimuovere la sofferenza psichica. Fare ad esempio teatro consente di trovare altri modi di esprimersi e raccontarsi.

*Yoga*: Van Der Kolk (2015), al fine di studiare gli effetti dello yoga sul PTSD, ha esaminato 37 donne con storie traumatiche, già sottoposte ad altri trattamenti, senza tuttavia trarne validi benefici. Un gruppo è stato inserito nel gruppo di yoga, mentre l'altro ha seguito la Terapia Dialettico Comportamentale che prepara all'utilizzo della mindfulness. I risultati hanno evidenziato un complessivo miglioramento dei sintomi connessi al PTSD, anche attraverso la pratica yoga.

Uno degli insegnamenti più chiari delle neuroscienze contemporanee – secondo Van Der Kolk (2015) – è che il senso di noi stessi è ancorato, in una connessione vitale, ai nostri corpi. Egli sostiene che se non si è consapevoli delle esigenze del corpo non è possibile prendersene cura. Se non si avverte la fame, non ci si può nutrire; se si scambia l'ansia per fame, si rischia di mangiare troppo; se non si avverte la sazietà, non si smette di mangiare. Pertanto coltivare la consapevolezza sensoriale appare fondamentale nella cura del trauma.

Per Van Der Kolk (2015) il contatto fisico è lo strumento più elementare che disponiamo per calmarci, sentirci al sicuro nella propria pelle e poter stare meglio.

*Terapia dei sistemi familiari interni (IFS)*: la mente può essere rappresentata come una famiglia i cui componenti hanno diversi livelli di maturità, eccitabilità, desiderio e dolore. Le parti formano un sistema nel quale il cambiamento di una è in grado di modificare tutte le altre. A seguito del trauma tale sistema collassa e le sue parti entrano in conflitto l'una con l'altra.

Nell'IFS una parte non è considerata soltanto uno stato emotivo transitorio o un sistema di pensiero tradizionale, ma un sistema mentale distinto, con una sua propria storia con le sue abilità ed esigenze.

«L'intuizione più importante alla base di questa teoria è che tutte le parti del Sé hanno una medesima funzione: proteggere il Sé dai sentimenti di assoluto terrore di annichilimento (...) L'IFS, più che puntare sulla relazione fra un terapeuta e un paziente impotente, si concentra sul coltivare una relazione interna tra il Sé e le varie parti proiettive. In questo modello di trattamento, il Sé non è solo un testimone o un osservatore passivo, come nelle forme tradizionali di meditazione, ma riveste un ruolo attivo di leadership. Il Sé è come un direttore d'orchestra che coordina tutte le parti affinché funzionino in modo armonico, come in una sinfonia e non in cacofonia» (Van Der Kolk, 2015).

Annoveriamo infine altri trattamenti e tecniche.

Johannes Heinrich Schultz ha sperimentato una nuova tecnica di rilassamento definita training autogeno orientata – tramite un ruolo più attivo del paziente – a recuperare una condizione di benessere anche nelle persone traumatizzate (Schultz, 1968; Hoffman, 1980).

Milton Hyland Erickson ha sviluppato l'ipnoterapia, un trattamento definito poi ipnosi ericksoniana, che attraverso alcune fasi permette di operare cambiamenti positivi (Erickson et al., 1979). L'ipnosi ericksoniana rappresenta pure un riferimento storico per le psicoterapie brevi e si può applicare anche con altre tecniche (Giannantonio, 2000).

Un'altra tecnica è il neurofeedback, usato in strutture militari per trattare il PTSD, ma tale strumento secondo Van Der Kolk (2015) merita di ulteriori ricerche.

Ricordiamo anche le tecniche immaginative, fra le quali: Rational Emotive Imagery (REI), Imagery Rescripting and Reprocessing – Therapy (IRRT), Psicoterapia con la procedura immaginativa, Imagerie Mentale, Tecnica Immaginativa di analisi e ristrutturazione del Profondo. Ed

altri trattamenti come ad esempio l'analisi transazionale, la psicoterapia interpersonale, la psicosintesi e la bioenergetica; lo psicodramma di Moreno ed altre terapie sistemiche e di gruppo.

### **Note conclusive**

Un evento traumatico rappresenta una minaccia o un fallimento nella gestione della propria emotività con conseguente disregolazione del pensiero. Vi sono differenti terapie e tecniche che facilitano l'elaborazione del trauma. Ciò che tiene ad accomunare i vari interventi è – oltre alla relazione di cura – il lavoro del terapeuta sulla memoria traumatica.

Il *finis* della terapia è trasformare un evento insopportabile in un'esperienza che può essere pensata e conservata, superando quelle drammatiche reazioni emotive che provocano un'inibizione della capacità di pensare. L'evento traumatico diventa una parte del pensiero e del funzionamento complessivo dell'individuo e non più un'area scissa, incapsulata ed evitata, un corpo estraneo nella mente, pronto a scatenarsi ancora una volta al primo imprevisto (Garland, 2001).

Il processo psicoterapeutico sembra in grado di promuovere globalmente una maggiore integrazione fra aree e funzioni cerebrali diverse, attraverso il ripristino delle potenzialità sinaptiche alterate dalle pregresse esperienze traumatiche. Lo stimolo all'interconnessione fra circuiti cerebrali sottesi a processi impliciti ed espliciti orienta verso livelli crescenti di integrazione fra cognitività, emotività e comportamento (Ryle, 2003; Mundo, 2009).

Non si può eliminare quanto è accaduto, ma tramite la relazione terapeutica è possibile rivederne le memorie. Quando un evento traumatico è stato “bonificato”, consapevolmente inserito nella propria storia autobiografica, ne risulta semplificato. La mente non ha più bisogno di affaticarsi troppo per conferirgli un significato e un ricordo.

### **Bibliografia**

- American Psychiatric Association (APA, 2004). *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder*. American Psychiatric Association Practice Guidelines Arlington, VA.
- Appleton, V. (2001). Avenues of hope: art therapy and the resolution of trauma. *Art Therapy. Journal of the American Art Therapy Association*, 18(1), 6-13. DOI: 10.1080/07421656.2001.10129454.
- Arnone, R., Orrico, A., D'Aquino, G., & Di Munzio, W. (2012). EMDR e terapia psicofarmacologica nel trattamento del disturbo da stress post-traumatico. *Rivista di Psichiatria*, 47(2 Suppl), 8-11. DOI: 10.1708/1071.11732.

- Baldoni, F. (2008). Alle origini del trauma: confusione delle lingue e fallimento della funzione riflessiva. In G. Crocetti e A. Zarri (Eds.), *Gli dei della notte sulle sorgenti della vita, il trauma precoce della coppia madre-bambino* (pp. 137-159). Bologna: Pedragon.
- Balint, M. (1969). Il difetto fondamentale. In *La regressione*. Milano: Raffaello Cortina, 1983.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2006). *Il trattamento basato sulla mentalizzazione*. Milano: Raffaello Cortina.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beebe, B., & Lachmann, F. M. (2003). *Infant research e trattamento degli adulti: un modello sistemico-diadico delle interazioni*. Milano: Raffaello Cortina.
- Bernstein, E.M., & Putnam, F.W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 174(12), 727-735.
- Bernstein, D. P., Ahluvalia, T., Pogge, D., & Handelsman, L. (1997). Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an adolescent psychiatric population. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(3), 340-348.
- Bernstein, D.P., & Fink, L. (1998). *Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective self-report manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb M. D., Walzer, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsman, L., Medrano, M., Desmond, D., Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse and neglect* 27 (2), 169-90.
- Bick, E. (1964). Notes on infant observation in psycho-analytic training. *International Journal of Psycho-Analysis*, 45, 558-566.
- Bifulco, A., Brown, G. W., & Harris, T. O. (1994). Childhood Experience of Care and Abuse (CECA): a retrospective interview measure. *J. Child Psychol. Psychiatr.* 35(8), 1419-1435. DOI: 10.1111/j.1469-7610.1994.tb01284.x.
- Bion, W. R. (1961). *Esperienze nei gruppi e altri saggi*. Roma: Armando, 1971.
- Bion, W. R. (1962). *Apprendere dall'esperienza*. Roma: Armando, 1972.
- Bion, W. R. (1963). *Gli elementi della psicoanalisi*. Roma: Armando, 1971.
- Bion, W. R. (1965). *Trasformazioni*. Roma: Armando, 1973.
- Bion, W. R. (1967). *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*. Roma: Armando, 1970.
- Bion, W.R. (1970). *Attenzione e interpretazione*. Roma: Armando, 1973.
- Bisson, J. I., Roberts, N. P., Andrew, M., Cooper, R., & Lewis, C. (2013). Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. DOI: 10.1002/14651858.CD003388.
- Bokanowski, T. (2005). Variazioni sul concetto di "traumatismo": traumatismo, traumatico, trauma. *Rivista Psicoanal.*, 51(2), 491-506.
- Bonfiglio, B. (1996). Il trauma tra Freud e Ferenczi. *Rivista di psicoanalisi*, 42(4), 629-647.

- Brand, B. L., Armstrong, J. G., & Loewenstein, R. J. (2006). Psychological assessment of patients with dissociative identity disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 29(1), 145-168. DOI: 10.1016/j.psc.2005.10.014
- Breuer, J., & Freud, S. (1892-95). *Studi sull'isteria*. In *Opere*, vol. I. Boringhieri: Torino, 1967.
- Bromberg, P. (2009). *Destare il sognatore. Percorsi clinici*. Milano: Raffaello Cortina.
- Bromberg, P. (2012). *L'ombra dello tsunami. La crescita della mente relazionale*. Milano: Raffaello Cortina.
- Carletto, S., Porcaro, C., Settanta, C., Vizzari, V., Stanizzo, M.R., Oliva, F., Torta, R., Fernandez, I., Coletti, M., Mojah, M., Pagani, M., & Ostacoli, L. (2019). Neurobiological features and response to eye movement desensitization and reprocessing treatment of posttraumatic stress disorder in patients with breast cancer. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1600832. DOI: 10.1080/20008198.2019.1600832.
- Carlson, E.B., & Putnam, F. W. (1993). An update on the Dissociative Experiences Scale. *Dissociation*, 6(1), 16-27. DOI: 10.1037/1082-989X.1.3.300.
- Centonze, D., Siracusano, A., Calabresi, P., & Bernardi, G. (2005). Removing pathogenic memories: a neurobiology of psychotherapy. *Molecular Neurobiology*, 32(2), 123-132. DOI: 10.1385/MN:32:2:123.
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (1996). A treatment outcome study for sexually abused preschool children: Initial findings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 42-50. DOI: 10.1097/00004583-199601000-00011.
- Cohen, J. A., Deblinger, E., Mannarino, A. P., & Steer, R. A. (2004). A multisite randomized controlled trial for children with sexual abused related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 393-402. DOI: 10.1097/01.chi.0000111364.94169.f9.
- Correale, A. (2010). La difficile differenziazione dalla identificazione traumatica. La forza gravitazionale del trauma. In *Intendere la vita e la morte. Apporti psicoanalitici alle tanatofilie e alle tanatofobie del vivere quotidiano* (pp. 91-104). Milano: FrancoAngeli.
- Cristini, C. (2012). Processo psicoterapeutico, relazione e cambiamento. In C. Cristini (Ed.), *Il cambiamento psicoterapeutico* (pp. 151-168). Milano: FrancoAngeli.
- De Bellis, M. D. (2005). The psychobiology of neglect. *Child Maltreatment*, 10(2) 150-172. DOI: 10.1177/1077559505275116.
- Dell, P. F. (2006). The Multidimensional Inventory of Dissociation (MID): A Comprehensive Measure of Pathological Dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2, 77-106. DOI: 10.1300/J229v07n02\_06.
- Doidge N. (2007). *Il cervello infinito. Alle frontiere della neuroscienza: storie di persone che hanno cambiato il proprio cervello*. Milano: Ponte delle Grazie.
- Erickson, M. H., Rossi, E. L., & Rossi, S. I. (1979). *Tecniche di suggestione ipnotica. Induzione dell'ipnosi clinica e forme di suggestione indiretta*. Roma: Astrolabio.

- Eulenburg, A. (1878). *Lehrbuch der Nervenkrankheiten*. Berlin: August Hirschwald.
- Fairbairn, W. R. D. (1946). Object-relationships and dynamic structure. *International Journal of Psycho-Analysis*, 27, 30-37.
- Ferenczi, S. (1927-33). *Opere*, vol. 4. Milano: Raffaello Cortina, 2002.
- Fernandez, I., Maslovaric, G., & Galvagni, M. V. (2011). *Traumi psicologici, ferite dell'anima. Il contributo della terapia con EMDR*. Napoli: Liguori Editore.
- Fonagy, P., & Target, M. (2001). *Attaccamento e Funzione Riflessiva*. Milano: Raffaello Cortina.
- Foa E. B., Rothbaum B. O., Riggs D. S. & Murdock T. B. (1991). Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 59, 715-723.
- Freud, S. (1895). Progetto di una psicologia. In *Opere*, vol. II. Torino: Boringhieri, 1968.
- Freud S. (1896). Nuove osservazioni sulle neuropsicosi da difesa. In *Opere*, vol. II. Torino: Boringhieri, 1968.
- Freud, S. (1914a). Dalla storia di una nevrosi infantile (Caso clinico dell'Uomo dei lupi). In *Opere*, vol. VII, Torino: Boringhieri, 1975.
- Freud, S. (1914b). Ricordare, ripetere e rielaborare. In *Opere*, vol. VII. Torino: Boringhieri, 1975.
- Freud, S. (1915-17). Introduzione alla psicoanalisi. In *Opere*, vol. VIII. Torino: Boringhieri, 1976.
- Freud, S. (1919). Introduzione al libro "Psicoanalisi delle nevrosi di guerra". In *Opere*, vol. IX, Torino: Boringhieri, 1977.
- Freud, S. (1920). Al di là del principio di piacere. In *Opere*, vol. IX. Torino: Boringhieri, 1977.
- Freud, S. (1921). Psicologia delle masse e analisi dell'Io. In *Opere*, vol. IX. Torino: Boringhieri, 1977.
- Freud, S. (1922). L'Io e l'Es. In *Opere*, vol. IX. Torino: Boringhieri, 1977.
- Freud, S. (1925). Inibizione, sintomo e angoscia. In *Opere*, vol. X. Torino: Boringhieri, 1978.
- Freud, S. (1934-38). L'uomo Mosè e la religione monoteistica: tre saggi. In *Opere*, vol. X. Torino: Boringhieri, 1979.
- Freud, S. (1937a). Analisi terminabile e interminabile. In *Opere*, vol. X. Torino: Boringhieri, 1979.
- Freud, S. (1937b). Costruzioni nell'analisi. In *Opere*, vol. X. Torino: Boringhieri, 1979.
- Gaddini, E. (1979). *Intorno a una terapia psicoanalitica del Sé. Riflessioni. Scritti (1953-1985)*. Milano: Raffaello Cortina.
- Garland, C. (2001). *Comprendere il trauma*. Milano: Mondadori.
- Giannantonio, M. (2000). Trauma, psicopatologia e psicoterapia. L'efficacia della psicoterapia ipnotica e dell'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). *Attualità in Psicologia*, 15(3), 336-345.

- Giannone, F., Schimmenti, A., Caretti, V., Chiarenza, A., Ferraro, A., Guarino, S., Guarnaccia, C., Lucarelli, L., Mancuso, L., Mulè, A., Petrocchi, M., Pruiti, F., Ragonese, N., & Bifulco, A. (2011). Validità, attendibilità e proprietà psicometriche della versione italiana dell'intervista CECA (Childwood Experience of Care and Abuse). *Psichiatria e Psicoterapia*, 30(1), 3-21.
- Hartmann, H. (1939). *Ego Psychology and the Problem of Adaptation*. New York: International Universities Press.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639-665. DOI: 10.1016/S0005-7894(04)80013-3.
- Hoffman, B. H. (1980). *Manuale di training autogeno*. Roma: Astrolabio.
- Högberg, G., Pagani, M., Sundin, Ö., Soares, J., Åberg-Wistedt, A., Tärnell, B., & Hällström, T. (2007). On treatment with eye Movement desensitization and reprocessing of chronic post-traumatic stress disorder in public transportation workers – A randomized controlled trial. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61(1), 54-61. DOI: 10.1080/08039480601129408.
- Högberg, G., Pagani, M., Sundin, Ö., Soares, J., Åberg-Wistedt, A., Tärnell, B., & Hällström, T. (2008). Treatment of post-traumatic stress disorder with eye movement desensitization and reprocessing: Outcome is stable in 35-month follow-up. *Psychiatry Res.* 159(1-2), 101-108. DOI: 10.1016/j.psychres.2007.10.019.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213-218.
- Howard, R. (1990). Art therapy as an isomorphic intervention in the treatment of a client with posttraumatic stress disorder. *Art Therapy. Journal of the American Art Therapy Association*, 28(3), 79-86.
- International Society for Traumatic Stress Studies (ISSTSS), *Practice Guidelines endorses EMDR*, 2010.
- Kabat-Zinn, J. (1997). *Dovunque tu vada, ci sei già. Una guida alla meditazione*. Milano: Tea Pratica.
- Kandel, E. R. (1989). Genes, nerve cells, and remembrance of things past. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 1, 2, 103-125. DOI:10.1176/jnp.1.2.103.
- Kandel, E. R. (1998). A new intellectual framework for psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 155(4), 457-469. DOI:10.1176/ajp.155.4.457.
- Kandel E. R. (2007). *Psichiatria, psicoanalisi e nuova biologia della mente*. Milano: Raffaello Cortina.
- Kernberg, O.F. (2003). *The management of affect storms in the psychoanalytic*.
- Khan, M. R. (1974). *Lo spazio privato del Sé*. Torino: Bollati Boringhieri, 1979.
- Khan, M. R. (1983). *I sé nascosti: teoria e pratica psicoanalitica*. Torino: Bollati Boringhieri, 1992.
- Klein, M. (1921). Lo sviluppo di un bambino. In *Scritti 1921-1958*. Torino: Boringhieri, 1978.
- Klein, M. (1925). Contributo alla psicogenesi dei tic. In *Scritti 1921-1958*. Torino: Boringhieri, 1978.

- Klein, M. (1926). I principi psicologici dell'analisi infantile. In *Scritti 1921-1958*. Torino: Boringhieri, 1978.
- Klein, M. (1927). Tendenze criminali nei bambini normali. In *Scritti 1921-1958*. Torino: Boringhieri, 1978.
- Klein, M. (1928). I primi stadi del conflitto edipico. In *Scritti 1921-1958*. Torino: Boringhieri, 1978.
- Klein, M. (1932). *La psicoanalisi dei bambini*. Firenze: Martinelli, 1970.
- Klein, M. (1946). Note su alcuni meccanismi schizoidi. In *Scritti 1921-1958*. Torino: Boringhieri, 1978.
- Klein, M. (1957). *Invidia e gratitudine*. Firenze: Martinelli, 1969.
- Klein, M. (1958). Sullo sviluppo dell'attività psichica. In *Scritti 1921-1958*. Torino: Boringhieri, 1978.
- Kohut H. (1971). *Narcisismo e analisi del Sé*. Torino: Boringhieri, 1976.
- Lanius, R. A., Vermetten, E., Loewenstein, R. J., Brand, B., Schmahl, C., Bremner, J. D., & Spiegel, D. (2010). Emotion Modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *Am. J. Psychiatry*, 167(6), 640-647. DOI: 10.1176/appi.ajp.2009.09081168.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1973). *Enciclopedia della psicoanalisi*. Roma-Bari: Laterza.
- LeDoux, J. (2002). *Il Sé sinaptico. Come il nostro cervello ci fa diventare quello che siamo*. Milano: Raffaello Cortina.
- Liotti, G., & Farina, B. (2011). *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Milano: Raffaello Cortina.
- Liotti, G., & Farina, B. (2013). Un'esplorazione neuroscientifica della dissociazione post-traumatica e la sua rilevanza per l'etica della psicoterapia. *Rivista Internazionale di Filosofia e Psicologia*, 4(3), 325-337. DOI: 10.4453/rifp.2013.0033.
- Luborsky, L., Singer, B., Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies. Is It True That "Everyone Has Won and All Must Have Prizes"? *Arch Gen Psychiatry*, 32(8), 995-1008. DOI: 10.1001/archpsyc.1975.01760260059004.
- Ministero della Salute. Decreto del 15 luglio 2003, n. 388.
- Mitchell, S. A. (2000). *Il modello relazionale. Dall'attaccamento all'intersoggettività*. Milano: Raffaello Cortina, 2002.
- Meltzer, D. (1978). *Lo sviluppo kleiniano*, 3 vol. Roma: Borla, 1982.
- Meltzer, D. (1981). *La comprensione della bellezza*. Torino: Loescher.
- Meltzer, D. (1983). *La vita onirica*. Roma: Borla, 1989.
- Monti, D. A., & Peterson, C. (2004). Mindfulness based art therapy: Results of a two year study. *Psychiatric Times*, 21(8), 63-65.
- Morgan, C. A., & Johnson, D. R. (1995). Use of a drawing task in the treatment of nightmares in combat-related post-traumatic stress disorder. *Art Therapy. Journal of the American Art Therapy Association*, 12, 244-247.
- Mundo, E. (2009). *Neuroscienze per la psicologia clinica. Le basi del dialogo mente-cervello*. Milano: Raffaello Cortina.

- Nijenhuis, E. R. S., Spinhoven, P., Van Dyck, R., Van der Hart, O., & Vanderlinden, J. (1996). The development and the psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184(11), 688-694. DOI: 10.1097/00005053-199611000-00006.
- Nijenhuis, E. R. S., Spinhoven, P., Vanderlinden, J., Van Dyck, R., & Van der Hart, O. (1998). Somatoform dissociative symptoms as related to animal defensive reaction to predatory imminence and injury. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(1), 63-73. DOI: 10.1037/0021-843X.107.1.63.
- Ogden, P., & Minton, K. (2000). Sensorimotor psychotherapy: One method for processing traumatic memory. *Traumatology*, 6(3), 149-173. DOI: 10.1177/15347656000600302.
- Paykel, E. S. (1997). The interview for recent life events. *Psychol. Med.* 27(2), 301-10. DOI: 10.1017/s0033291796004424.
- Perry, B. D. (2009). Esperienza infantile ed espressione del potenziale genetico. Cosa ci dice la trascuratezza del bambino sulla controversia natura-ambiente. In R. Williams (Ed.), *Trauma e relazioni: Le prospettive scientifiche e cliniche contemporanee*, Milano: Raffaello Cortina.
- Propper, R. E., Pierce, J., Geisler, M. W., Christman, S. D., & Bellorado, N. (2007). Effect of bilateral eye movements on frontal interhemispheric gamma EEG coherence: Implications for EMDR therapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 785-788. DOI: 10.1097/NMD.0b013e318142cf73.
- Putnam, F. W., Carlson, E. B., Ross, C. A., & Geri, A. (1996). Patterns of dissociation in clinical and nonclinical samples. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 184(11), 673-679. DOI: 10.1097/00005053-199611000-00004.
- Rankin, A. B., & Taucher, L. C. (2003). A task-oriented approach to art therapy in trauma treatment. *Art Therapy. Journal of the American Art Therapy Association*, 20(3), 138-147. DOI: 10.1080/07421656.2003.10129570.
- Ryle, A. (2003). Something more than the 'something more than interpretation' is needed: a comment on the paper by the process of change study group. *The International Journal of Psychoanalysis*, 84(1), 109-118. DOI: 10.1516/1MUF-YMBU-GN05-B4RP.
- Schore A. N. (2008). *La regolazione degli affetti e la riparazione del sé*. Roma: Astrolabio.
- Schore, A. N. (2009). La disregolazione dell'emisfero destro. In R. Williams (Ed.), *Trauma e relazioni: Le prospettive scientifiche e cliniche contemporanee*, Milano: Raffaello Cortina.
- Schultz, J. H. (1968). *Il Training Autogeno*. Milano: Feltrinelli.
- Shapiro, F. (1989). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress*, 2(2), 199-223. DOI: 10.1002/jts.2490020207.
- Shapiro, F. (1995). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Basic Principles, Protocols, and Procedures*. New York: Guilford Press.

- Sibony-Malpertu, Y. (2017). *A possible way to represent the unrepresentable in clinical trauma*. In A. Piotrowska, B. Tyrer, (Eds), *Psychoanalysis and the unrepresentable: from culture to the clinic* (pp. 39-49). New York: Routledge.
- Siegel, D. J. (1995). Memory, trauma and psychotherapy: a cognitive science view. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 4(2), 93-122.
- Siegel, D. J. (2001). *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*. Milano: Raffaello Cortina.
- Somer, E., & Dell, P. F. (2005). The development of the Hebrew-Multidimensional Inventory of Dissociation (H-MID): a valid and reliable measure of pathological dissociation. *Journal of Trauma and Dissociation*, 6(1), 31-53. DOI: 10.1300/J229v06n01\_03.
- Stern, D. (1985). *Il mondo interpersonale del bambino*. Milano: Raffaello Cortina, 1995.
- Stolorow, R. D., & Atwood, G. E. (1995). *I Contesti dell'essere: Le basi intersoggettive della vita psichica*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Stolorow, R. D. (2007). *Trauma and Human Existence: Autobiographical, Psychoanalytic, and Philosophical Reflections*. New York: Analytic Press. Routledge. DOI: 10.1080/15228871003676689.
- Tagliavini, G. (2011). Modulazione dell'arousal, memoria procedurale ed elaborazione del trauma: Il contributo clinico del modello polivagale e della psicoterapia senso motoria. *Cognitivismo Clinico*, 8(1), 60-72.
- Target, M. (1998). Book review essay: the recovered memory controversy. *International Journal of Psychoanalysis*, 79, 1015-1028.
- Taylor, M. (2014). *Trauma Therapy and Clinical Practice: Neuroscience, Gestalt, and The Body*. New York: McGraw Hill.
- Teicher, M. (2000). Wounds that time won't heal: The neurobiology of child abuse. *Cerebrum*, 2(4), 50-67.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2011). *Fantasmî nel S . Trauma e trattamento della dissociazione strutturale*. Milano: Raffaello Cortina.
- Van der Kolk, B. A. (1996). The body keeps the score: Approaches to the psychobiology of posttraumatic stress disorder. In B. A. Van Der Kolk, A. C. McFarlane & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic Stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York: Guilford Press.
- Van der Kolk, B. A. (2015). *Il corpo accusa il colpo. Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche*. Milano: Raffaello Cortina.
- Waller, N.G., Putnam, F.W., & Carlson, E.B. (1996). Types of dissociation and dissociative types: a taxometric analysis of dissociative experiences. *Psychological Methods*, 1(3), 300-321. DOI: 10.1037/1082-989X.1.3.300.
- WHO, Releases guidance on mental health care after trauma. 6 AUGUST 2013 GENEVA
- Williams, R. (2009). *Trauma e relazioni: Le prospettive scientifiche e cliniche contemporanee*. Milano: Raffaello Cortina.
- Wilkinson, M. (2006). *Coming into Mind. The mind-brain relationship: a Jungian clinical perspective*. New York: Routledge.

- Winnicott, D. W. (1958). *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Firenze: Martinelli, 1975.
- Winnicott, D. W. (1960). The theory of the parent-infant relationship. *International Journal of Psycho-Analysis*, 41, 585-595.
- Winnicott, D. W. (1984). *Il bambino deprivato. Le origini della tendenza antisociale*. Milano: Raffaello Cortina, 1986.
- Winnicott, D. W. (1988). *Natura Umana*. Milano: Raffaello Cortina, 1989.
- Winnicott, D. W. (1989). *Esplorazioni psicoanalitiche*. Milano: Raffaello Cortina, 1995.
- Yates, M., & Pawley, K. (1987). Utilizing imagery and the unconscious to explore and resolve the trauma of sexual abuse. *Art Therapy. Journal of the American Art Therapy Association*, 4(1), 36-41. DOI: 10.1080/07421656.1987.10758697.