

textbook

Terapia cognitivo-comportamentale del trauma interpersonale infantile

a cura di
*Maria Grazia Foschino Barbaro,
Francesco Mancini*

FrancoAngeli

PSICOLOGIA



Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.



I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella homepage al servizio “Informatemi” per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

Terapia cognitivo-comportamentale del trauma interpersonale infantile

a cura di
*Maria Grazia Foschino Barbaro,
Francesco Mancini*

FrancoAngeli

textbook

Grafica della copertina: *Elena Pellegrini*

Copyright © 2017 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

INDICE

Introduzione	pag.	11
Bibliografia	»	13
1. Il trauma interpersonale infantile , di <i>Marvita Goffredo</i> e <i>Maria Grazia Foschino Barbaro</i>	»	15
1. Introduzione	»	15
2. Il trauma psicologico: evoluzione storica	»	16
3. Il trauma interpersonale in età evolutiva	»	18
4. Epidemiologia del trauma interpersonale infantile	»	21
5. Conclusioni	»	24
Bibliografia	»	25
2. Esperienze potenzialmente traumatiche , di <i>Alessandra Latrofa</i> e <i>Rossella Lippolis</i>	»	29
1. Introduzione	»	29
2. Violenza interpersonale	»	29
2.1. La violenza interpersonale in ambito familiare	»	29
2.2. La violenza interpersonale in ambito comunitario	»	35
3. Violenza collettiva	»	36
3.1. Torture e crimini di guerra	»	36
3.2. Tratta e sfruttamento dei minori	»	37
4. Il modello delle esperienze sfavorevoli infantili: lo studio ACE	»	39
5. Conclusioni	»	42
Bibliografia	»	43

3. Lo sviluppo traumatico secondo la prospettiva dell'attaccamento: ipotesi teoriche, evidenze empiriche e sistemi di valutazione, di Gabrielle Coppola, Alessandro Costantini e Rosalinda Cassibba	pag.	49
1. Introduzione	»	49
2. La disorganizzazione dell'attaccamento infantile: i primi contributi teorici e di ricerca	»	50
3. Precursori e conseguenze della disorganizzazione infantile: una breve rassegna della letteratura	»	54
4. Indici di disorganizzazione sul piano comportamentale	»	56
5. Indici di disorganizzazione infantile sul piano della narrazione	»	58
6. Indicatori comportamentali del caregiver del bambino disorganizzato: i sistemi di codifica FR (<i>Frightened/Frightening</i>) e AMBIANCE (Atypical Maternal Behavior Instrument for Assessment and Classification)	»	62
7. Lo stato mentale del caregiver del bambino disorganizzato: i sistemi di valutazione U (<i>Unresolved</i>) e HH (<i>Hostile/Helpless</i>)	»	66
8. Conclusioni	»	68
Bibliografia	»	68
4. Neurobiologia del trauma, di Barbara Basile	»	72
1. Introduzione: traumi precoci e sviluppo del sistema nervoso centrale (SNC)	»	72
2. I sistemi neurotrasmettitoriali coinvolti nelle esperienze traumatiche	»	73
3. I circuiti neuro-anatomici coinvolti nelle esperienze traumatiche	»	75
4. Le differenze di genere legate all'esperienze traumatiche precoci	»	79
5. Il ruolo della memoria nelle esperienze traumatiche	»	80
6. Sistema nervoso autonomo (SNA), stato di salute e traumi	»	82
7. Conclusioni: trattamento e limiti	»	83
Bibliografia	»	85

5. Psicopatologia del trauma , di <i>Germana Castoro e Maria Grazia Foschino Barbaro</i>		
	pag.	89
1. Introduzione	»	89
2. Fenomenologia del trauma	»	90
2.1. Bullismo e cyberbullismo	»	90
2.2. Istituzionalizzazione	»	91
2.3. Vittime di guerra	»	92
2.4. Abuso sessuale	»	93
2.5. Violenza intrafamiliare	»	94
3. Il problema della dissociazione nell'infanzia e nell'adolescenza	»	98
4. Esiti del trauma complesso	»	100
5. Conclusioni	»	103
Bibliografia	»	104
6. Classificazioni diagnostiche correlate al trauma , di <i>Grazia Tiziana Vitale e Maria Grazia Foschino Barbaro</i>	»	110
1. Introduzione	»	110
2. La complessità della diagnosi legata alle esperienze traumatiche	»	111
3. La risposta del DSM-5	»	113
4. L'ICD-10 e la proposta dell'ICD-11	»	117
5. La classificazione diagnostica 0-3R	»	118
6. Conclusioni	»	120
Bibliografia	»	121
7. Percorso diagnostico , di <i>Michele Pellegrini e Chiara Lamuraglia</i>	»	125
1. Introduzione	»	125
2. Strutturazione della relazione terapeutica	»	125
3. Ricostruzione della storia di sviluppo del bambino	»	126
4. Analisi funzionale dei sintomi	»	129
5. Procedure di valutazione e osservazione	»	130
6. Restituzione della diagnosi alla famiglia	»	132
7. Conclusioni	»	133
Bibliografia	»	133

8. Trattamenti cognitivo-comportamentali del trauma interpersonale per bambini e adolescenti , di <i>Marvita Goffredo, Michele Simeone e Maria Grazia Foschino Barbaro</i>	pag.	136
1. Introduzione	»	136
2. La terapia cognitivo-comportamentale nella cura del trauma in età evolutiva	»	137
2.1. Caratteristiche generali	»	137
2.2. Componenti principali	»	139
3. Modelli di interventi di TCC per la cura del trauma in età evolutiva	»	144
3.1. Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT)	»	144
3.2. Preschool PTSD Treatment (PPT)	»	146
3.3. Prolonged Exposure Therapy for Adolescence (PE-A)	»	148
3.4. Narrative Exposure Therapy for Traumatized Children and Adolescent (KID-NET)	»	149
3.5. Eye Movement Desensitization and Reprocessing for Children and Adolescents (EMDR)	»	150
3.6. Seeking Safety (SS)	»	152
3.7. Trauma Affect Regulation: Guide for Education and Therapy (TARGET)	»	153
4. Conclusioni	»	154
Bibliografia	»	155
9. Interventi sulla genitorialità , di <i>Marvita Goffredo e Maria Grazia Foschino Barbaro</i>	»	160
1. Introduzione	»	160
2. La genitorialità traumatizzante	»	160
3. Il sostegno alla genitorialità traumatizzante: l'intervento basato sull'attaccamento	»	163
4. L'utilizzo della tecnica di video-feedback	»	166
5. I programmi di intervento di sostegno alla genitorialità basati sull'attaccamento	»	169
5.1. Circle of Security (COS)	»	170
5.2. Intervento domiciliare per genitori maltrattanti di Moss e collaboratori	»	172

5.3. Parent-Child Interaction Therapy for Traumatized Children (PCIT)	pag.	173
Bibliografia	»	174
10. Percorsi di tutela e di cura nell'affidamento familiare e nell'adozione, di Isabella Berlingero, Sergio Gatto e Sonia Papagna	»	178
1. Introduzione	»	178
2. Percorsi di accoglienza: l'affido e l'adozione come luoghi della rinascita	»	179
3. Caratteristiche e condizioni dell'affidamento familiare	»	181
4. L'accoglienza dei minorenni con <i>special needs</i>	»	184
5. Protocolli di intervento	»	186
5.1. Dyadic Development Psychotherapy (Hughes, 2004; Becker-Weidman, 2006)	»	186
5.2. Attachment and Biobehavioral Catch-Up (ABC, Dozier <i>et al.</i> , 2005)	»	187
5.3. Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC, Fisher, Chamberlain, 2000)	»	187
5.4. Keeping Foster and Kinship Parents Trained and Supported (KEEP, Chamberlain <i>et al.</i> , 2008)	»	189
5.5. Attachment, Regulation and Competency (ARC, Kinniburgh, Blaustein, Spinazzola, van der Kolk, 2005; Hodgdon <i>et al.</i> , 2013; Hodgdon <i>et al.</i> , 2015)	»	189
5.6. Videofeedback Intervention to promote Positive Parenting – Foster Care (VIPP-FC)	»	190
6. Percorso clinico per i minori con <i>special needs</i>	»	191
7. Conclusioni	»	193
Bibliografia	»	194
Appendice. Illustrazioni	»	199
Gli autori	»	203

INTRODUZIONE

Un ampio studio epidemiologico pubblicato nel 2010 su *Archives of General Psychiatry* rivela che il 44% circa della psicopatologia che esordisce nell'infanzia ed il 30% di quella che insorge nella vita adulta è riferibile alla presenza di esperienze traumatiche infantili (Green *et al.*, 2010). Anche lo studio epidemiologico ACE (Felitti, Anda, 2010), effettuato negli Stati Uniti su un campione di oltre 17.000 individui, ha fornito una moltitudine di analisi, retrospettive e prospettive, sull'effetto delle esperienze traumatiche vissute nei primi 18 anni di vita rispetto a malattie psichiatriche e mediche, comportamento sessuale, costi dell'assistenza sanitaria e aspettativa di vita (Foschino Barbaro, Pellegrini, 2015). Tali dati mostrano l'importanza di studiare, in maniera approfondita e trasversale, il trauma infantile che, in ambito psicologico, viene inteso come "una circostanza in cui un evento supera o eccede la capacità di una persona di proteggere il proprio benessere e la propria integrità psicofisica" (Cloitre *et al.*, 2006). Appare evidente che il significato potenzialmente traumatico di un evento è connesso, oltre alla oggettiva gravità dell'accaduto, alla capacità dell'individuo che ne è colpito di fronteggiare con efficacia le minacce e le conseguenze ad esso connesse. Queste considerazioni consentono di focalizzare l'attenzione sui traumi complessi, ossia tutti quei traumi che, a differenza di quelli singoli, si ripetono in intervalli di tempo prolungati ed hanno un'origine tipicamente interpersonale, proprio come accade per gli abusi ed i maltrattamenti. Gli effetti di tale tipologia di trauma sono molto più gravi se la stessa esperienza traumatica avviene nell'infanzia e/o nell'adolescenza, quando il soggetto sta attuando il processo di sviluppo della propria personalità, poiché spesso comporta un'alterazione o interruzione delle relazioni di attaccamento (Foschino Barbaro, Pellegrini, 2015).

La recente rivisitazione del quadro diagnostico trauma-correlato appor-

tata dal DSM-5 mette in luce più chiaramente la variabilità dell'espressione della sofferenza clinica, dà rilievo alla fase del ciclo di vita in cui il soggetto impatta con l'evento traumatico (introduzione della soglia dei 6 anni per la stima dei quadri traumatici nell'età evolutiva) e arricchisce il quadro sintomatologico con la sfera dissociativa.

L'esposizione ad uno o più forme di *traumi interpersonali* genera effetti (a breve, medio e lungo termine) quali la *disregolazione* (nella sfera emotiva, nelle funzioni fisiologiche, nell'area comportamentale e cognitiva, nelle relazioni interpersonali e nella percezione di sé), la presenza di *attribuzioni ed aspettative negative* e la presenza di *problematiche nel funzionamento globale familiare, sociale e scolastico* (Liotti, Farina, 2011).

Nell'adulto, invece, il trauma psicologico associato alle esperienze sfavorevoli dell'infanzia è sovente alla base di quadri psichiatrici quali depressione cronica, elevato rischio di suicidio e sintomi dissociativi (Felitti, Anda, 2010). Nell'ambito delle conseguenze a lungo termine sono da considerarsi, inoltre, anche i comportamenti a rischio, i quali rappresentano un importante aspetto da un punto di vista sociosanitario rispetto all'assunzione di stili di vita non salutari, l'insorgenza di malattie organiche, un maggior ricorso a cure mediche specialistiche e di emergenza, un ridotto accesso all'assistenza sanitaria di routine (Ford, 2010). Vi sono, infatti, prove a sostegno di una forte correlazione tra trauma psicologico infantile e assunzione precoce di stili di vita inadeguati, quali l'obesità, i comportamenti sessuali a rischio e condotte comportamentali caratterizzate dal consumo di sostanze psicoattive (tabacco, alcol, droga). In aggiunta a ciò, è interessante la relazione di tali esperienze con l'insorgenza e la cronicizzazione di malattie organiche (bronco pneumopatia cronica ostruttiva – BPCO –, malattie coronariche e autoimmuni, patologie epatiche), ad oggi considerate rilevanti problematiche di salute pubblica.

La molteplicità di sintomi e delle loro combinazioni rende chiara l'esigenza di definire percorsi di diagnosi precoce ed efficace presa in carico di quadri traumatici in cui si identifichi la presenza di esperienze infantili sfavorevoli così da avviare una rilevante azione di promozione della salute globale del bambino, dell'adolescente e del giovane adulto, in uno sforzo di prevenzione rispetto alla psicopatologia sia nell'infanzia sia nell'intero arco di vita. È necessario, quindi, definire percorsi di assessment specificamente impostati sul trauma, così da poter osservare e leggere adeguatamente i comportamenti del bambino e del genitore, nonché la qualità delle relazioni di cura così da fornire, al professionista, la possibilità di ricercare una

coerenza nel quadro sintomatologico attribuendo il giusto significato ai disturbi nell'autoregolazione i quali sono responsabili sia dell'iper-attivazione sia dell'evitamento/disattivazione delle emozioni e dei comportamenti interpersonali (Cloitre *et al.*, 2009). La letteratura riporta l'esistenza di diverse tipologie di trattamento; la varietà di metodologie e la complessità del fenomeno maltrattamento infantile, pertanto, impone la necessità di paragonare i differenti interventi di cura così da individuare quei modelli di intervento che rispondono al criterio di efficacia. Lo studio "Child Exposure to Trauma: Comparative Effectiveness of Interventions Addressing Maltreatment", realizzato dall'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ, 2013), un'importante review comparativa sugli interventi psicosociali e/o farmacologici destinati a minori con un'età compresa tra 0 e 14 anni, ha selezionato interventi focalizzati sulle esigenze cliniche del bambino e/o sulla relazione bambino-caregiver classificando interventi specifici sul parenting, trattamenti focalizzati sul trauma prevalentemente focalizzati sui minori e approcci che promuovono l'affido.

Questo volume offre una ricca panoramica sulle conoscenze più attuali sia per comprendere l'esperienza traumatica e diagnosticarne precocemente gli esiti evolutivi, sia sui protocolli terapeutici evidence based, nazionali ed internazionali. In Appendice sono disponibili alcune illustrazioni, tratte dal protocollo evidence-based Preschool PTSD Treatment (PPT) di Scheeringa (2016), per il trattamento del trauma infantile in bambini in età prescolare.

Bibliografia

- Agency for Healthcare Research and Quality (2013), *Child Exposure to Trauma: Comparative Effectiveness of Interventions Addressing Maltreatment, Comparative Effectiveness Review*, Number 89, U.S. Department of Health and Human Services.
- Cloitre M., Cohen L.R., Koenen K.C. (2006), *Treating survivors of childhood abuse: Psychotherapy for the interrupted life*, Guilford Press, New York.
- Cloitre M., Stolbach B.C., Herman J.L., Kolk B.V.D. *et al.* (2009), A Developmental Approach to Complex PTSD: Childhood and Adult Cumulative Trauma as Predictors of Symptom Complexity, *Journal of Traumatic Stress*, 22, 5, 399-408.
- Felitti V.J., Anda R.F. (2010), *Il rapporto tra esperienze sfavorevoli infantili e malattie somatiche, disturbi psichiatrici e comportamento sessuale nell'adulto: implicazioni per la politica sanitaria*. Trad. it. Lanius R.A., Vermetten E., Pain C. (a cura di) (2012), *L'impatto del trauma infantile sulla salute e sulla malattia. L'epidemia nascosta*, Fioriti, Roma.

- Ford J.D. (2010), *Sequela complesse nell'adulto dell'esposizione precoce a trauma psicologico*. Trad. it. Lanius R.A., Vermetten E., Pain C. (a cura di) (2012), *L'impatto del trauma infantile sulla salute e sulla malattia. L'epidemia nascosta*, Fioriti, Roma.
- Foschino Barbaro M.G., Pellegrini M. (2015), Trauma infantile e salute: dalla rilevazione precoce alla cura. In De Isabella G., Majani G. (ed.), *Psicologia in medicina: perché conviene*, FrancoAngeli, Milano.
- Green J.G., McLaughlin K.A., Berglund P.A., Gruber M.J. et al. (2010), Childhood Adversities and Adult Psychiatric Disorders in the National Comorbidity Survey Replication I: Associations with First Onset of DSM-IV Disorders, *Archives of general psychiatry*, 67, 2, 113-123.
- Liotti G., Farina B. (2011), *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*, Raffaello Cortina, Milano.
- Scheeringa M.S. (2016), *Treating PTSD in Preschoolers*, Guilford Press, New York.

di Marvita Goffredo e Maria Grazia Foschino Barbaro

1. Introduzione

Silvia, 9 anni, giunge al pronto soccorso e viene ricoverata d'urgenza per sospetto diabete. Da circa due mesi, presenta un tono dell'umore deflesso, inappetenza e calo ponderale, difficoltà nell'addormentamento, calo considerevole nelle prestazioni scolastiche, facile irritabilità nella relazione con i genitori e con i pari; frequenti epigastralgie ed episodi lipotimici che avrebbero interferito con la frequenza scolastica richiedendo diversi accessi al Pronto soccorso. Nel corso della consulenza psicologica rivelerà spontaneamente episodi di molestie sessuali da parte di un vicino.

Salvatore, 38 mesi, presenta ridotto accrescimento, ritardo psicomotorio, intensa irritabilità, ridotta tolleranza alle frustrazioni, irrequietezza motoria, stereotipie, minima ricerca di conforto in situazioni di stress, limitati affetti positivi, ridotta o assente reciprocità sociale ed emotiva. Emergerà un disturbo reattivo dell'attaccamento riferibile a condizione di grave trascuratezza genitoriale.

La storia di Silvia e di Salvatore è la storia di tanti bambini che giungono all'attenzione di psicologi e medici a causa di complessi quadri clinici spesso erroneamente inquadrati in svariate etichette diagnostiche. Sintomi somatici, problematiche cognitive, comportamentali, affettive e relazionali, erroneamente riconducibili ai disturbi del neurosviluppo, al disturbo da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta o anche ad un funzionamento intellettivo deficitario, a iper-attività o a disturbi funzionali (van der Kolk, 2005; D'Andrea *et al.*, 2012); oggi dopo uno scrupoloso e attento assessment possiamo classificare questi quadri sintomatologici più correttamente come trauma psicologico e disturbi trauma-correlati consentendo a questi bambini, vittime di ripetute esperienze traumatiche sul piano interpersonale, di accedere alle cure più efficaci.

2. Il trauma psicologico: evoluzione storica

Il termine “trauma” (di derivazione greca – τραυμα-ατος) significa perforamento, trafittura, e sta comunemente ad indicare una ferita o lesione del corpo prodotta da agenti esterni laceranti o contundenti.

In ambito psicologico, la definizione di trauma, pur attenendo alla stessa sfera di significati, si è fatta più articolata: oltre al considerare l'accadimento, in quanto, tale nella sua oggettiva gravità, si arricchisce del riferimento alle personali capacità dell'individuo che ne è colpito di fronteggiare le conseguenze ad esso connesse.

Tale concettualizzazione è il risultato di un lungo processo di evoluzione, il quale assume consistenza e dignità scientifica nel 1980 con l'introduzione della diagnosi di disturbo post traumatico da stress (DSM-III), ma il cui inizio è rintracciabile già molto tempo prima nell'ideologia di Pierre Janet. Riconosciuto oggi come pioniere della psicotraumatologia, questi considerò il trauma psicologico insito in tutte quelle situazioni connotate da *emozioni veementi che sopraffanno le capacità dell'individuo di gestirle nella coscienza* (Liotti, Farina, 2011). Un altro e ugualmente forte riferimento al concetto di trauma psichico è chiaramente presente nelle riflessioni iniziali di Freud e, molti anni più tardi, nelle teorie psicoanalitiche di alcuni suoi successori, come Ferenczi (1982) e Bowlby (1973). A questi ultimi va riconosciuto l'interesse per i significati traumatici insiti nelle condizioni precoci di perdita e negli assetti fallimentari nelle cure primarie; la loro posizione fu tuttavia percepita come troppo avveniristica per quel periodo ed in quanto tale messa ben presto a tacere. Si deve attendere il 1980 per una prima definizione ufficiale di trauma psicologico che goda di pieno riconoscimento da parte della comunità scientifica. In quell'anno, l'American Psychiatric Association inseriva nel *Manuale statistico e diagnostico dei disturbi mentali* (DSM-III) la diagnosi di disturbo post traumatico da stress (DPTS) e descriveva il trauma come connesso ad eventi di estrema gravità ed eccezionalità rispetto alle normali esperienze di vita – “*outside the range of normal human experience*” – (APA, 1980). Tale definizione fu nel giro di un decennio sottoposta a revisione. Il DSM-IV-TR definiva il trauma come il risultato dell'esposizione ad un

fattore traumatico estremo che implica l'esperienza personale diretta di un evento che causa o può comportare morte o lesioni gravi o altre minacce all'integrità fisica; o la presenza ad un evento che comporta morte, lesioni o altre minacce all'integrità fisica

di un'altra persona; o il venire a conoscenza della morte violenta o inaspettata, di grave danno o minaccia di morte o lesioni sopportate da un membro della famiglia o da altra persona con cui è in stretta relazione. La risposta della persona all'evento deve comprendere paura intensa, il sentirsi inerme, o il provare orrore" (APA, 2000).

Era chiaro il tentativo operato dal sistema diagnostico di andare oltre una definizione tendenzialmente "oggettivizzante" (quella del DSM-III) per giungere ad una concettualizzazione del costrutto di trauma psicologico che tenesse in debita considerazione anche la dimensione intrapsichica del soggetto esposto, nonché la soggettività delle reazioni di risposta manifestate.

Le osservazioni derivanti dal mondo della clinica insieme ai progressi nella ricerca medica, neurobiologica ed epidemiologica hanno, tuttavia, negli anni messo in evidenza i limiti insiti in quest'ultima definizione del DSM-IV-TR, soprattutto rispetto alla sua reale applicabilità all'età evolutiva. Miliare in tal senso è stato il contributo apportato da un ampio studio epidemiologico americano, denominato studio ACE (*Adverse Childhood Experiences* – esperienze sfavorevoli infantili) (Felitti *et al.*, 1998), i cui dati mostravano la presenza di anomalie neurobiologiche strutturali e funzionali nel cervello di bambini ed adolescenti esposti ad esperienze avverse ma non considerate "traumatiche", poiché non sopraffacenti e non sempre causa di sentimenti di impotenza ed orrore (Teicher *et al.*, 2010).

Nell'ultimo decennio, pertanto, si è fatta sempre più robusta la necessità di una nuova concettualizzazione di trauma psicologico che valorizzasse maggiormente la dimensione di soggettività intrinseca in ogni esperienza umana. Si pensi, in tal senso, alla esperienza della condizione di minaccia. Questa varia ampiamente nel corso delle diverse fasi evolutive; dall'infanzia all'età adulta sono ravvisabili importanti differenze nei pattern di risposta ad essa, ma, ancor prima, negli eventi-stimolo trigger che la innescano. Uno stesso accadimento vissuto da un soggetto adulto come insignificante o doloroso, può invece essere percepito da un bambino come fonte di minaccia e quindi acquisire valore potenzialmente traumatico. Ne deriva che tutte le esperienze che direttamente o indirettamente minano la possibilità per il bambino di accedere ad una figura di attaccamento disponibile e responsiva, collocabili temporalmente in una fase di vita in cui le cure di un adulto appaiono indispensabili per la sopravvivenza, benché non siano percepite necessariamente come sopraffacenti, possono determinare ugualmente un profondo impatto traumatico.

Il DSM, pubblicato nella sua quinta revisione nel 2013, è ad oggi la prima forte risposta alle necessità di cui sopra. Diversi sono, infatti, i cambia-

menti apportati in seno ai disturbi traumatici, alcuni relativi alla definizione di stress traumatico, altri concernenti la fenomenologia dello stress traumatico. Tra tutti, di maggior rilievo rispetto ai concetti sin qui esposti, appare la scelta di arricchire di ulteriore specifiche la definizione di evento traumatico (es. esposizione indiretta), eliminando il richiamo alle reazioni di paura, impotenza o orrore, e considerare tra gli stress traumatici i pattern di cura genitoriali inadeguati.

Ad oggi, dunque, si conviene che il trauma psicologico derivi da “l’esposizione, diretta o indiretta, a morte reale, minaccia di morte, grave lesione o violenza sessuale” (DSM-5; APA, 2013) e, più in generale, sia insito in ogni circostanza emotivamente non sostenibile (Liotti, Farina, 2011) che superi o ecceda la capacità dell’individuo di proteggere il proprio benessere e la propria integrità (Cloitre, Cohene Koenen, 2006).

3. Il trauma interpersonale in età evolutiva

La definizione di “trauma psichico nell’infanzia” appare ancora oggetto di dibattito: dal confronto della letteratura si evince ampia variabilità nella indicazione delle situazioni che, ponendosi sul continuum stress-trauma, sono da considerarsi eventi potenzialmente traumatici in quanto esperienze emotivamente impegnative (Pynoos, Steinberg, Piacentini, 1999; Lieberman, 2010). Ciò appare ancora più vero quando il focus è sul trauma di tipo interpersonale.

In termini generali, operando una distinzione rispetto al trauma associato a disastri e catastrofi ambientali, si conviene definire il trauma come interpersonale quando connesso ad azioni umane volontarie o involontarie, agite nel contesto di una relazione dalla quale non ci si può sottrarre (Liotti, Farina, 2011).

Talvolta è insito nell’esperienza di un singolo evento potenzialmente traumatico, circoscritto nel tempo; tante altre volte, tende ad essere cumulativo poiché associato ad una condizione di stress traumatico persistente nel tempo, sovente caratterizzata dall’esposizione simultanea a forme diverse di vittimizzazione. Questa ripetizione appare generalmente causata da stili di parenting presenti nel contesto di cura primario, i quali possono essere fonte diretta di trauma psichico (ad esempio nei casi di maltrattamento fisico, abuso sessuale, violenza psicologica) o, piuttosto, agire un effetto moderatore mediatori laddove, connotandosi da condotte di regolare

abdicazione alla funzione protettiva, non preservano il piccolo dall'esposizione agli stress traumatici in contesti diversi (Liotti, Farina, 2010). In tal senso, la Herman (1992a; 1992b) propone l'espressione *trauma complesso*, stando con questa ad indicare il susseguirsi di eventi traumatici multipli e di diversa natura, nell'ambito di un contesto relazionale e per un arco di tempo prolungato. Esempi di trauma complesso sono la relazione tra un bambino ed il proprio genitore violento, le continue vessazioni subite nei contesti relazionali dei pari (bullismo), la prostituzione, le torture subite in condizione di carcerazione, i conflitti armati (Courtois, 2008).

La tradizione psicopatologica ha per molto tempo confinato il tema del trauma interpersonale infantile alle esperienze conclamate di abuso sessuale e di maltrattamento fisico. Nelle ultime due decadi, sono andate accumulandosi numerose evidenze sperimentali che orientano i professionisti della salute verso la concreta possibilità di riconoscere il trauma interpersonale anche nelle condizioni di indisponibilità di una figura di attaccamento responsiva (Foschino Barbaro, Pellegrini, 2015). Il filone di studi sui contesti di cura segnati da negligenza o da depressione materna, infatti, mostrano con chiarezza come nella mancata azione genitoriale di contenimento e regolazione dello stress neonatale connesso alle quotidiane esperienze di sofferenza e paura si celi una forma di trauma psichico, in un primo momento, denominato "trauma nascosto" (Schuder, Lyons-Ruth, 2004). L'indisponibilità di una risposta genitoriale agisce da condizione di stress cronico poiché, causando alterazioni nello sviluppo e funzionamento del sistema biologico di regolazione dello stress, compromette indirettamente la crescita cerebrale, cognitiva e psicologica dell'infante, nonché il conseguimento delle principali tappe evolutive (De Bellis, 2010; Widom, DuMont, Czaja, 2007).

È Shore (2003, 2009) il primo a tentare una teorizzazione del trauma insito nella relazione di attaccamento con la figura di accudimento primaria. Questi introduce il concetto di *trauma relazionale precoce* per descrivere quello specifico pattern relazionale bambino-caregiver, che si stabilisce entro i primi due anni di vita, il quale conducendo alla disorganizzazione dell'attaccamento ha in sé valore traumatico, pur non caratterizzandosi per episodi di maltrattamento eclatante. All'interno del suo modello di neurobiologia interpersonale, il trauma relazionale insorge quando vi è un caregiver che reagisce alle espressioni delle emozioni e alla tensione del bambino in modo inappropriato: non modula, piuttosto induce livelli estremi di stimolazione e arousal (molto elevati in caso di abuso e molto bassi in caso di tra-