

IL DISTURBO POST TRAUMATICO COMPLESSO

Dalla teoria
alla pratica multidisciplinare



A CURA DI
MARIAGNESE CHELI
CARMELA GAMBUZZA



*Strumenti per il lavoro
psico-sociale ed educativo*

FrancoAngeli

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 home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

IL DISTURBO POST TRAUMATICO COMPLESSO

Dalla teoria
alla pratica multidisciplinare

A CURA DI
MARIAGNESE CHELI
CARMELA GAMBUZZA

*Strumenti per il lavoro
psico-sociale ed educativo*

FrancoAngeli

Il ricavato derivante dai diritti d'autore sarà interamente devoluto alla Associazione EMDR Italia.

Nell'allegato online al testo il lettore troverà la descrizione di un'esperienza teatrale a valenza terapeutica rivolta a bambini vittime di maltrattamento e abuso e il racconto di un'esperienza sperimentale, condotta da una psicoterapeuta e da due insegnanti Yoga, che ha coinvolto adolescenti difficilmente trattabili nei *setting* terapeutici classici. Completa l'allegato online un approfondimento bibliografico.

Per accedere all'allegato online è indispensabile seguire le procedure indicate nell'area Biblioteca Multimediale del sito www.francoangeli.it registrarsi e inserire il codice **EAN 9788891750754** e l'indirizzo email utilizzato in fase di registrazione

Grafica della copertina: Alessandro Petrini

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 qui sotto previste. All'Utente è concessa una licenza d'uso dell'opera secondo quanto così specificato:

Indice

Struttura del volume	pag.	7
Prefazione, di <i>Benedetto Farina</i>	»	11
Introduzione, di <i>Mariagnese Cheli, Carmela Gambuzza</i>	»	15

Parte prima

Sviluppare una cultura integrata sul trauma interpersonale

1. Le conseguenze del trauma interpersonale in età evolutiva, di <i>Cosimo Ricciutello, Maria Elena Montenegro</i>	»	23
2. Le conseguenze del trauma interpersonale in età adulta, di <i>Carmela Gambuzza, Mariagnese Cheli</i>	»	37
3. Sviluppo traumatico e rischi evolutivi: l' <i>addiction</i> in adolescenza, di <i>Serena D'Ambrosio, Simona Sarti</i>	»	79
4. Verso l'integrazione dei modelli di cura: l'approccio multidisciplinare integrato e <i>body-centered</i> , di <i>Carmela Gambuzza</i>	»	116
5. Verso una prospettiva ecologica e <i>trauma informed</i> nel sistema di protezione e di cura, di <i>Mariagnese Cheli, Carmela Gambuzza, Cosimo Ricciutello</i>	»	181

Parte seconda
Esperienze sul campo

6. Costruire sinergie nella tutela dell'infanzia: il modello <i>trauma informed</i> sviluppato dal centro specialistico multiprofessionale "Il Faro", di <i>Mariagnese Cheli, Francesca Pincanelli</i>	pag. 217
7. Accompagnare il minore di età e la sua famiglia nel procedimento giudiziario con l'educazione <i>trauma informed</i> , di <i>Luca Degiorgis, Francesca Pincanelli, Cosimo Ricciutello</i>	» 239
8. Interventi <i>trauma informed</i> con le famiglie, di <i>Mariagnese Cheli, Carla Rovinetti</i>	» 255
9. Curare i legami: un servizio specialistico per il diritto di visita e il recupero della genitorialità, di <i>Francesca Ciammarughi, Giovannina Marasco, Stefania Alunni Breccolenti</i>	» 279
10. Lavorare insieme per la cura del trauma complesso: interventi con le comunità di accoglienza, di <i>Matteo Guidotti, Maria Pia Mancini</i>	» 308
11.  Facciamo che... Il teatro come esperienza trasformativa, di <i>Anna Castellucci, Alessandra Piccioni, Alice Reina, Laura D'Aniello</i>	
12.  Esplorare il corpo e dare voce alle emozioni: lo yoga come esperienza <i>body-centered</i> , di <i>Anna Bergonzini, Maria Pia Mancini</i>	
Bibliografia essenziale	» 330
 Approfondimenti bibliografici	
Conclusioni	» 332
Postfazione, di <i>Isabel Fernandez</i>	» 337
Gli autori	» 339

Struttura del volume

La cura dei bambini, adolescenti e adulti con storie di traumi complessi originati dall'esposizione precoce e reiterata a violenza interpersonale, comporta innumerevoli sfide per i terapeuti e, più in generale, per coloro che svolgono professioni di aiuto nei servizi sociali, sanitari e educativi.

Questi pazienti si presentano negli studi privati o nei servizi pubblici con molte diagnosi e, spesso, precedenti esperienze fallimentari di cura, con problemi emotivi e comportamentali che appaiono intrattabili nei *setting* terapeutici e/o riabilitativi classici.

L'adozione di una prospettiva *trauma oriented* può fornire al professionista un quadro integrato e utile per favorire la comprensione e la concettualizzazione dei complessi quadri clinici.

Negli ultimi anni sono avvenuti notevoli progressi sul riconoscimento precoce, sulla prevenzione, sulla valutazione e sul trattamento dei traumi complessi. Questo volume si propone di illustrare tali sviluppi e di fornire possibili modelli di intervento.

La prima parte offre una panoramica delle più recenti prospettive teoriche e metodologiche centrate sullo studio delle conseguenze, a breve e a lungo termine, delle esperienze traumatiche complesse prodotte dall'esposizione a contesti di crescita violenti.

Il **capitolo 1**, a partire dai più recenti progressi compiuti dalle scienze neurologiche sullo sviluppo del cervello nella prima infanzia, è centrato sull'intraccio clinico che correla il Disturbo Traumatico dello Sviluppo (DTS) alla Psicopatologia dello Sviluppo, con particolare attenzione all'integrazione tra approccio neurobiologico, attaccamento e *infant research* e sui loro risvolti nella pratica clinica. Esso, inoltre, fornisce una panoramica dei principi sulla pratica e sulle modalità di trattamento psicoterapico di bambini e adolescenti alla luce delle ricerche e pubblicazioni offerte dal National Child Traumatic Stress Network (NCTSN).

Il **capitolo 2** illustra i possibili sviluppi traumatici in età adulta, con particolare attenzione alla correlazione con i Disturbi di Personalità. Sarà esamina-

to, in particolare, il ruolo della Dissociazione strutturale, dimensione centrale e cruciale del trauma complesso, attraverso l'illustrazione di un caso emblematico e del materiale fotografico prodotto. Il capitolo fornisce una guida pratica per trattare gli effetti del Disturbo Traumatico dello Sviluppo in età adulta, sulla base dei più recenti modelli *trauma-centered* raccomandati dall'International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS).

Il **capitolo 3** esamina i rischi di dipendenza (*addiction*) nei giovani pazienti reduci da esperienze sfavorevoli infantili, in quanto possibile traiettoria di sviluppo traumatico. L'adolescenza, per le specifiche caratteristiche neuro-biologiche, è la fase evolutiva in cui è più elevato il rischio di sviluppare dipendenza da sostanze. Attraverso l'illustrazione di un caso esemplificativo, sono descritti gli specifici quadri clinici che si presentano nei servizi di cura delle dipendenze, i nodi problematici per la presa in carico e il trattamento, i rischi in termini evolutivi dell'incontro con la sostanza (maggiore rapidità del decorso e maggiore gravità del quadro di *addiction*). Il capitolo è arricchito da un'appendice che descrive un recente quanto innovativo approccio alla cura delle dipendenze: la *Feeling-State Theory – FST*.

Il **capitolo 4** offre un'aggiornata panoramica dei principali approcci *trauma-focused e body-centered* sulla cura del trauma interpersonale: il Modello a Fasi di Janet, l'EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*), il modello terapeutico *body-centered* proposto da Levine, il metodo Hakomi, la Psicoterapia Sensomotoria e la Teoria Polivagale per comprendere e curare gli effetti del trauma attraverso una lente bifocale e relazionale; inclusa una riflessione sulla necessità di pervenire a un approccio integrato per curare le “ferite dell'anima” attraverso una relazione empatica: l'esperienza mancante di molti pazienti.

Il **capitolo 5** offre una riflessione sulla necessità di rivedere gli attuali assetti organizzativi e culturali dei servizi che si occupano di protezione e di cura, alla luce degli studi più recenti sul trauma interpersonale e sulle sue conseguenze nello sviluppo. Viene inoltre approfondito il tema cruciale degli aspetti relazionali e transferali che intercorrono tra paziente e terapeuta/operatore, con particolare riguardo agli effetti sul sistema dei servizi, che possono diventare il “contenitore idoneo” degli *enactments* dei pazienti.

La **seconda parte** del volume – **Esperienze sul campo** – descrive i modelli operativi e di cura integrata *trauma-oriented* sviluppati nella pratica professionale e in diversi contesti operativi, in particolare nei servizi pubblici, per affrontare le sfide più ricorrenti che questo *target* di utenza pone (protezione, valutazione, cura).

Ciascun capitolo, arricchito con l'illustrazione di un caso esemplificativo, fornisce una panoramica approfondita sulla ricca e crescente gamma di possibilità, sperimentazioni e raccomandazioni per adattare e personalizzare gli interventi di cura alle esigenze del paziente e della sua famiglia.

Il **capitolo 6** illustra il consolidato modello, ecologico e multidisciplinare, sviluppato da un centro specialistico pubblico che si occupa di maltrattamenti e abusi all'infanzia: dalla consulenza agli operatori dei servizi sociosanitari

e educativi alla presa in carico congiunta. Questa parte introduce i successivi lavori che descrivono più dettagliatamente, attraverso l'illustrazione di casi, le sperimentazioni metodologiche e operative *trauma-informed* attuate in diversi contesti professionali.

Il **capitolo 7** illustra una peculiare attività rivolta ai bambini e ai ragazzi vittime di violenza che devono affrontare l'iter giudiziario, un'esperienza densa di risvolti emotivi e potenziale riattivatore di "intrusioni" di memorie traumatiche. Partendo dalle situazioni stato-specifiche riportate dai bambini e dai ragazzi in cura e dai loro *caregiver*, gli autori descrivono il percorso integrato, psico-socio-educativo, per l'accoglienza, l'ascolto e l'accompagnamento nel procedimento penale e, più in generale, per preparare e facilitare il lavoro terapeutico vero e proprio con il bambino/adolescente e i suoi *caregiver*.

Il **capitolo 8** illustra il percorso di terapia familiare rivolto a un caso molto complesso di incesto, che si è sviluppato all'interno di un contesto protetto. Secondo la prospettiva sistemica ed ecologica suggerita dall'OMS, vengono esaminati gli effetti delle esperienze sfavorevoli infantili sul funzionamento familiare, nonché le numerose sfide che i professionisti devono affrontare in queste situazioni. Viene proposto, infine, un modello integrato di intervento per fasi, che include i pazienti nel *team* di lavoro.

Il **capitolo 9** illustra, mediante la narrazione di un caso esemplificativo, la metodologia adottata da un servizio pubblico per il diritto di visita, la valutazione e il recupero della genitorialità maltrattante e l'organizzazione all'interno della rete dei servizi per la salute e la tutela dell'infanzia. Particolare attenzione è dedicata alla complessità del lavoro di "squadra" degli operatori del servizio spazio neutro con il sistema più complessivo dei servizi (salute mentale, neuropsichiatria, servizio sociale e avvocatura).

Il **capitolo 10** descrive un possibile modello d'intervento, sinergico e *trauma-oriented*, tra i servizi di protezione e cura e le comunità educative che accolgono ragazzi reduci da gravi esperienze traumatiche interpersonali, incluso il fallimento adottivo, binomio sempre più ricorrente. Illustra, anche, l'intervento con un adolescente realizzato attraverso un progetto integrato, che si è avvalso dell'attivazione sinergica di molteplici risorse psico-educative, terapeutiche e dell'accompagnamento nell'iter giudiziario del ragazzo, in questo caso sia autore di incesto che vittima di violenze.

Il **capitolo 11**, consultabile nell'allegato *online* al testo, descrive una consolidata esperienza teatrale a valenza terapeutica rivolta a bambini vittime di maltrattamento e abuso. Sappiamo che il bambino ha un rapporto emotivo diretto con lo spettacolo e ha capacità di drammatizzazione elevate: non teorizza simbolicamente, ma vive lo spettacolo. Partendo dalla constatazione che i pazienti traumatizzati comunicano prevalentemente con *enactments* e *acting out*, questo capitolo si propone di illustrare la doppia valenza, di espressione e cura dei vissuti traumatici, di questa importante risorsa creativa.

La seconda parte del volume si chiude con il **capitolo 12**, consultabile nell'allegato *online* al volume, che illustra un'esperienza sperimentale condotta

da una psicoterapeuta e da due insegnanti Yoga; il progetto è rivolto ad adolescenti difficilmente trattabili nei *setting* terapeutici classici. La scienza ha cominciato a dialogare con la pratica Yoga, sollecitata dall'enorme diffusione di questa pratica in Occidente e dalla suggestiva esperienza avviata da van der Kolk presso il *Trauma Center* di Boston.

I bambini, adolescenti e adulti con storie di traumi complessi presentano deficit nella capacità di mentalizzare l'esperienza, nell'autoregolazione degli stati interni e risultano emotivamente impenetrabili, il che, insieme con la dis-sociazione e l'evitamento, li mantiene in condizioni di rischio e rende difficile la *compliance* terapeutica.

La sfida è quella di "andare incontro" alle esigenze di questi pazienti, rendendo flessibili gli interventi, ricorrendo alla "creatività professionale", integrando le risorse per predisporre una "via di cura emotivamente accettabile", percepita come sicura e non come ulteriore fallimento o sopraffazione.

Le famiglie, o quel che ne rimane, le comunità e gli operatori che si occupano di questi bambini, giovani e adulti hanno bisogno di poter fare affidamento su **servizi autenticamente curanti**, in grado di sostenere gli sforzi quotidianamente compiuti dai pazienti, ma anche dai professionisti.

L'**integrazione** (a tutti i livelli: personale, professionale, relazionale, organizzativa) più che l'aggregazione di singoli interventi, è la vera sfida che i servizi e i professionisti della relazione di aiuto devono oggi affrontare. Un compito arduo, poiché richiede un'approfondita e autentica riflessione sugli abituali stili operativi, ma non impossibile, quindi alla portata di qualsiasi realtà terapeutica disposta ad accogliere la sfida.

Questo libro è un dono dei nostri pazienti, frutto delle esperienze fatte con loro. Lo dedichiamo ai Padri che hanno cambiato il panorama concettuale della psicoterapia, dandoci strumenti adeguati per promuovere la salute mentale e diventare quelli che siamo, e ai colleghi disposti ad accogliere la "sfida".

Prefazione

di *Benedetto Farina**

Le esperienze di maltrattamento e abuso nell'infanzia, di cui il *neglect*, ovvero la trascuratezza emotiva grave, è di gran lunga la forma più comune, rappresentano il maggior fattore di rischio per tutte le patologie psichiche e fisiche (Liotti e Farina, 2011). A dimostrarlo è la sempre più crescente mole di dati scientifici che oramai ha assunto le dimensioni di una «produzione industriale» (Herman, 1997). Secondo alcune delle ricerche più estese e autorevoli il trauma infantile, per esempio, è il fattore di rischio principale per circa un terzo di tutte le patologie psichiche (Green e coll., 2010; Teicher e coll., 2012) e lo è anche per le più diffuse malattie, per la mortalità, così come per la bassa qualità della vita negli USA (Felitti, 2009).

Eppure l'attuale consenso degli studiosi e dei clinici sul ruolo centrale del trauma psichico nel generare sofferenza negli esseri umani non deve trarre in inganno: per più di mezzo secolo questo innegabile dato di fatto è stato trascurato, contestato e clamorosamente negato (Farina e Simoncini, 2016). L'espressione "negazionismo" riferito al trauma, con la forza drammatica che questo termine ha acquistato perché utilizzato proprio per negare i grandi traumi delle persecuzioni naziste, è di Selvini, che opportunamente viene citato nel quinto capitolo di questo libro. Un negazionismo "*che è stato e resta drammatico nella storia della psichiatria e della psicoterapia, che ha provocato incalcolabili sofferenze, frutto di diagnosi errate, misconoscimenti della realtà, ritraumatizzazioni, trattamenti inutili e dannosi*" (Selvini in Cheli, Gambuzza e Ricciutello, p. 182). Paradossalmente il principale negazionista del trauma, soprattutto del trauma relazionale precoce, è stato Sigmund Freud. Nonostante Freud fosse stato uno dei primi a comprendere il peso delle reali esperienze traumatiche, in particolare degli abusi sessuali, successivamente negò l'importanza di queste esperienze re-

* Psichiatra e psicoterapeuta, professore associato in Psicologia Clinica presso l'Università Europea di Roma, membro del Scientific Advisory Board dell'International Society for Study Trauma and Dissociation e dell'Editorial Board del Journal of Trauma and Dissociation, Didatta SITCC (Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva), nonché socio della European Society for Trauma and Dissociation e di EMDR Italia.

ali per convergere, come è noto, su una psicopatogenesi intrapsichica liquidando i ricordi degli abusi come fantasie create dai pazienti, e, per usare un'efficace espressione di Howell (2005), ritrattò la sua intuizione iniziale. La difesa acritica e chiaramente dogmatica del negazionismo freudiano (ma potremmo dire psicoanalitico in generale) ha portato una parte consistente dei clinici a negare il ruolo del trauma per più di mezzo secolo, e, come ci ricordano le parole di Selvini, a ritraumatizzare i pazienti o a esporli a trattamenti inutili.

John Bowlby, nell'ultima intervista concessa a Leonardo Tondo prima di morire aveva così descritto quello che è accaduto nel mondo psicoanalitico in quegli anni: *"... tra il 1936 e il 1940 io stavo lavorando come psichiatra infantile a Londra e stavo completando la mia formazione psicoanalitica. Uno dei concetti di cui mi resi conto presto era l'importanza delle relazioni tra il bambino e i genitori e delle conseguenze che le esperienze negative all'interno della famiglia potevano avere sulla salute fisica e mentale del bambino. A quel tempo i miei colleghi psicanalisti erano estremamente riluttanti a considerare gli eventi di vita negativi come qualcosa di importante per lo sviluppo del bambino. Vede, Freud nel suo primo lavoro, nel 1895 circa, aveva attribuito i sintomi isterici all'abuso sessuale ma poco più tardi, egli sostenne che quegli eventi non erano realmente accaduti ma erano immaginari. Egli credeva che il paziente stava descrivendo fatti immaginari della sua infanzia. Quello era il periodo in cui il termine fantasia iniziò a essere usato in psicanalisi. E negli anni trenta a Londra era diffusa e forte la tendenza a non credere mai ai racconti sugli abusi sessuali o sulle altre forme di maltrattamento subiti dai pazienti a causa dei loro genitori, e che il vissuto del paziente non doveva essere ritenuto valido"* (Tondo, 2011).

Nonostante dunque il negazionismo abbia tentato di nascondere l'importanza del trauma, la silenziosa vastità della sua diffusione, che le ha fatto meritare la definizione di *hidden epidemic*, per l'appunto, epidemia nascosta (Lanius e coll., 2010), non è potuta più sfuggire ai clinici prima che ai ricercatori. È stata proprio l'osservazione della complessa e difficile realtà clinica dei pazienti, soprattutto quelli gravi e considerati inizialmente intrattabili (si pensi alla personalità borderline), che ha anticipato un mutamento dei paradigmi teorici di riferimento (Meares, 2012).

Come è ampiamente descritto in questo volume è stata, tra le altre, la teoria dell'attaccamento di Bowlby, nata dall'osservazione delle separazioni precoci causate dalla seconda guerra mondiale, a costituire il paradigma teorico che ha potuto dare ai clinici un riferimento comune per comprendere la complessità dello sviluppo traumatico (Farina e Simoncini, 2015).

Sono passati poco più di 25 anni da quando Judit Herman e Bessel van der Kolk hanno richiamato l'attenzione sul trauma, e non tanto sugli effetti dei singoli eventi traumatici descritti nella diagnosi del Disturbo da Stress Post Traumatico comparso già nel 1980 sul DSM III, ma piuttosto sulla complessità clinica che deriva dai traumi ripetuti di natura interpersonale come il trauma relazionale precoce o trauma dello sviluppo. Da allora il panorama è cambiato molto, anche in Italia. E nonostante manchi ancora nella diagnostica internazionale un disturbo da trauma complesso (è in arrivo nell'ICD 11 la diagnosi

di PTSD complesso, ma, ritengo sia ancora insoddisfacente) i clinici ora hanno riacquisito interesse e competenze per questa epidemia non più nascosta.

Questo prezioso volume, scritto da clinici per clinici, ma utile a tutti i professionisti che, a vario titolo si occupano di salute mentale, è la testimonianza di questo mutamento, del clima di puro rinascimento della psicotraumatologia. Emerge chiaramente leggendo i capitoli di questo libro che gli Autori sono clinici esperti che hanno scoperto e affrontato l'epidemia nascosta. Questo libro, è evidente, nasce proprio dalla clinica e giunge, ricorsivamente, al paradigma teorico che è necessario come una mappa per orientare la cura complessa di una realtà clinica complessa. Nel libro è possibile rintracciare le molteplici teorie proposte negli ultimi decenni (o riscoperte, vedi Janet per esempio) che orientano il loro lavoro terapeutico. Qui sta il grande valore di questo volume: non un'astratta trattazione di ricerca psicopatologica ma la dettagliata descrizione, capitolo per capitolo, dell'operatività clinica. Per questo è un libro utile per chi intenda lavorare sul campo.

Il libro è arricchito dal ricorso continuo alle storie dei pazienti, agli esempi clinici che integrano teoria e pratica clinica. La ricchezza è resa tale dal dettaglio con cui sono descritti sia i problemi presentati dai pazienti che delle procedure terapeutiche impiegate. Ciò è essenziale per il clinico che non voglia solo informarsi sulle terapie ma anche toccare con mano come queste si possano utilizzare nella concretezza della cura del paziente con il trauma complesso.

Tra le tante preziose indicazioni contenute in questo libro viene ribadita l'importanza di una cura integrata e multidisciplinare. Ma per poter fare ciò ed evitare l'eclettismo confuso (rischio professionale sempre possibile per chi deve agire in modo multidisciplinare) è necessario sempre ritornare a una mappa concettuale coerente che, senza semplificare ciò che non è semplice, aiuti il clinico a muoversi nella complessità. Cito a questo proposito dalle conclusioni del libro: *“Integrazione è, dunque, la ‘parola chiave’ distintiva del concetto di salute, intesa come realizzazione delle caratteristiche e potenzialità dell'essere umano, e di ogni modello terapeutico a cui ci siamo ispirati in questo volume; essa costituisce il marchio per l'approccio clinico integrato e multitasking del nostro progetto”*. Questa idea che la mente e la sua salute siano basate sull'integrazione è l'eredità più importante che noi abbiamo ricevuto da Pierre Janet, eredità ben spesa da tutti i maggiori teorici e clinici del rinascimento della psicotraumatologia che in questo volume trovano preciso collocamento. Se il concetto di integrazione mentale è dunque la base della teoria psicologica cui si riferiscono gli Autori del volume, posso aggiungere che il suo contrario, la dis-integrazione (*désagrégation* il termine originario di Janet) è la pietra di volta della psicopatologia del trauma complesso (Meares, 2012). La dis-integrazione mentale (purtroppo ancora confusa con la dissociazione, concetto, quest'ultimo, troppo vago e sospeso tra difesa dell'Io e fallimento dell'integrazione, in senso janetiano) è il meccanismo psicopatologico che frammenta funzioni mentali e contenuti generando le *proteiformi manifestazioni cliniche* del trauma (elegante espressione di Gambuzza che troviamo nel quarto capitolo). Emerge sin dalle prime pagine di questo libro uno

dei risultati più consolidati della ricerca sul trauma complesso che spiega perché le sue manifestazioni cliniche sono *proteiformi*. Ciò dipende dai diversi livelli nei quali si perde l'integrazione: la capacità di regolazione vegetativa, la funzionalità delle memorie procedurali sensomotorie, la coerenza dei significati personali profondi, la continuità dell'esperienza di sé, sino alle sofisticate capacità di mentalizzazione. Funzioni mentali il cui funzionamento è basato su quell'integrazione che il trauma ostacola. Le manifestazioni che ne derivano generano difficoltà interpersonali che, circolarmente, le amplificano e le confermano in modo disadattivo con disturbi del comportamento, dipendenze patologiche, difficoltà a regolare le emozioni, senso pervasivo di sfiducia. Se a diversi livelli agisce il trauma complesso a diversi livelli i clinici devono agire. Come testimoniano tutti i capitoli di questo volume, e non si può fare a meno di leggerli tutti, la clinica del trauma obbliga a prescindere dalle ortodossie e superare i metodi stereotipati e richiede conoscenze di metodi e tecniche differenti da utilizzare in momenti diversi della terapia. Richiede quella flessibilità, creatività, molteplicità di strumenti e di figure professionali che il libro descrive. Mi permetto un consiglio al lettore: questo è un libro denso: se si desidera ricavarne tutto ciò che offre andrebbe letto con il metodo con cui è stato scritto.

Bibliografia

- Green J.G., McLaughlin K.A., Berglund P.A., Gruber M.J., Sampson N.A., Zaslavsky A.M., Kessler R.C., "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, pp. 113-123, 2010. PubMed.
- Herman J.L., *Guarire dal Trauma: affrontare le conseguenze della violenza, dall'abuso domestico al terrorismo*, MaGi, Roma, 2007.
- Howell E.F., *The Dissociative Mind. The Analytic Press*, Hillsdale, NJ, USA, 2005.
- Farina B., Simoncini M.G., "Il ruolo della guerra nella storia del trauma psichico", in Lenzi F.R. (a cura di), *Features of the Great War: Identità e volti del mutamento sociale nel primo conflitto mondiale*, If Press, Essay research series, 27, pp. 77-90, 2015.
- Felitti V.J., "Adverse childhood experiences and adult health", *Academic Pediatrics*, 9, 3, pp. 131-132, 2009.
- Lanius R.A., Vermetten E., Pain C., *The impact of early relational trauma on health and disease. The hidden epidemic*, Cambridge University Press, Cambridge, UK, 2010. Trad. it. *L'impatto del trauma infantile sulla salute e sulla malattia: l'epidemia nascosta*, Giovanni Fioriti, Roma, 2012.
- Liotti G., Farina B., *Sviluppi Traumatici Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*, Raffaello Cortina, Milano, 2011.
- Meares R., *A dissociation model of borderline personality disorder*, Norton, New York, London, 2012.
- Teicher M.H., Anderson C.M., Polcari A., "Childhood maltreatment is associated with reduced volume in the hippocampal subfields CA3, dentate gyrus, and subiculum", *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 109 (9), pp. 563-572, 2012.
- Tondo L., "John Bowlby interview January 1990", *Clinical Neuropsychiatry*, 8, pp. 159-171, 2011.

Introduzione

di Mariagnese Cheli, Carmela Gambuzza

La violenza interpersonale, causa primaria di traumatizzazione, si consuma prevalentemente all'interno di un ambiente trascurante, che aggiunge danno al danno.

J. Bowlby

Il termine **trauma** (dal greco perforare, danneggiare, rovinare, ledere) contiene un duplice riferimento: a una ferita con lacerazione e agli effetti di un urto, di uno *shock* violento sull'insieme dell'organismo (Laplanche e Pontalis, 2003; van der Kolk *et al.*, 2005). In quest'accezione è stato adottato dalla psichiatria e dalla psicologia clinica per indicare uno stato di sopraffazione da parte di uno stimolo eccessivo, che rende la persona priva di difese e incapace di reagire (Sandler, Dreher e Drews, 1999). Nel trauma, la situazione è percepita come una minaccia per la sicurezza e la sopravvivenza, minaccia che stimola le naturali risposte difensive psicobiologiche.

Una delle più interessanti scoperte delle neuroscienze riguarda le vie attraverso le quali avviene la percezione soggettiva del pericolo: principalmente attraverso sensazioni e impulsi fisici e fisiologici che **precedono** la percezione cognitiva ed emotiva (Ogden *et al.*, 2012) per il fenomeno della **neurocezione** (Porges, 2004) e investono il corpo che, inevitabilmente, "accusa il colpo" (van der Kolk, 2015).

La nozione di trauma ha segnato una linea di demarcazione tra la psicoanalisi, orientata all'intrapsichico e alla "fantasia", e il nuovo approccio orientato all'intersoggettività e allo studio delle modalità con cui la mente, intesa nell'accezione proposta da Siegel, e cioè come sistema cervello-corpo-relazioni (Siegel, 2013), media e attiva le difese per gestire situazioni insostenibili prodotte o da un evento stressante singolo, protratto nel tempo, di natura violenta, o da una serie di traumi relazionali, specie se avvenuti in una fase precoce dello sviluppo: deprivazione affettiva, maltrattamenti, separazioni improvvise, abusi, *neglect*.

L'attenzione dedicata al trauma psichico ha sviluppato un nuovo paradigma: il modello del "*guilty man*" di freudiana memoria è stato sostituito dal modello del "*tragic man*", o del "*traumatic man*", in lotta per la sua sopravvivenza, integrazione e realizzazione.

L'evoluzione storica del concetto di trauma ha portato clinici e ricercatori a incuriosirsi sui fattori predisponenti e determinanti, e sugli esiti futuri della traumatizzazione. Una nuova frontiera di ricerche è ora orientata ad appron-

dire gli effetti transgenerazionali delle esperienze traumatiche e i meccanismi di trasmissione.

Il trauma non solo danneggia la persona nella sua totalità, ma comporta conseguenze che si trasmettono attraverso le generazioni (Hulette, 2011). Negli anni '50 nascono gli studi di epigenetica¹ centrati sui cambiamenti ereditabili nell'espressione genica, che non sono causati da modificazioni nella sequenza del DNA (Waterland e Michels, 2007).

Il concetto di epigenesi suggerisce che l'esperienza del neonato nelle interazioni sociali con il *caregiver*, sia in utero che dopo la nascita, alteri attivamente l'espressione dei geni attraverso il processo di metilazione del DNA² (Hulette, cit., 2011). La metilazione del DNA, un importante regolatore della trascrizione genica, è una modificazione epigenetica di natura biochimica alla base della trasmissione transgenerazionale del trauma. Non possiamo cambiare il DNA, ma possiamo cambiare il modo in cui funziona.

La consapevolezza dell'incidenza e prevalenza degli abusi e dei maltrattamenti come problema di salute pubblica (OMS, 2002) e, più in generale, della violenza interpersonale, accanto alle conoscenze acquisite sui loro effetti traumatici nello sviluppo, ha contribuito a cambiare radicalmente il punto di vista sui disturbi mentali, aprendo nuove prospettive su come comprendere e come aiutare i nostri pazienti a elaborare le loro dolorose esperienze traumatiche e a reintegrarle nella vita quotidiana.

Il promotore di questo cambiamento di paradigma fu, senza dubbio, Janet, che condusse studi sistematici sugli effetti delle esperienze traumatiche come fattore eziologico nello sviluppo di una patologia. Nel panorama concettuale della psicopatologia contemporanea non c'è autore che non riconosca il suo debito a Janet, ai suoi concetti di subconscio, di disturbi post-traumatici della coscienza, di dissociazione post-traumatica, di sistemi di azione, di disturbi delle funzioni mentali superiori di sintesi, di presentificazione, di realtà (a differenza di Freud che negò la realtà del trauma nell'isteria), e, sul piano clinico, alla strategia terapeutica trifasica.

Ellenberger paragona l'opera di Janet *“a una grande città sepolta sotto la cenere, come Pompei... È possibile che un giorno sia dissotterrata e riportata in vita”* (1980, p. 474). È ciò che sta accadendo oggi!

Gli eventi sanguinosi occorsi nel secolo scorso e le tragedie più recenti (dall'attentato dell'11 settembre a New York fino ai giorni nostri) hanno generato una grande quantità di ricerche sulle manifestazioni psicopatologiche di gravi eventi traumatici e una ricca letteratura sugli scenari e sulla clinica del PTSD (Disturbo Post Traumatico da Stress), che hanno prodotto modelli teorici, strumenti diagnostici e protocolli di cura.

Ben presto, tuttavia, i clinici si sono resi conto che la diagnosi di PTSD, esaustiva per descrivere adeguatamente le conseguenze di singoli eventi tra-

1. Termine mutuato da Aristotele dal genetista Conrad Waddington (1942).

2. L'aggiunta di gruppi metilici, un atomo di carbonio e due atomi di idrogeno, nelle basi chimiche che formano il DNA del singolo gene.

matici, era inadeguata per illustrare la sintomatologia proteiforme dei traumi interpersonali, ripetuti e di lunga durata, che comportano, specie se precoci, disregolazione emotiva, somatizzazione, disintegrazione e dissociazione, caratteristiche non completamente rappresentate negli attuali criteri del PTSD.

Herman ha cercato, tra i primi, di colmare questa lacuna proponendo la diagnosi di “Disturbo Post-Traumatico da Stress Complesso” (PTSD-C) (1992) che si è rivelata di grande efficacia, sia sul piano teorico che sul piano clinico, per il trattamento di soggetti con traumi precoci, cronici e prolungati di natura interpersonale (abusi sessuali, violenze, torture, segregazioni, gravi trascuratezze).

Grazie all'impulso e alla tenacia di molti psichiatri e neuroscienziati la ricerca non si è mai fermata; basti pensare alla battaglia, non ancora vinta, condotta da Herman, van der Kolk e da altri autorevoli scienziati per inserire nel DSM (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi mentali) una nuova categoria diagnostica: il Disturbo Post Traumatico Complesso come Disturbo dello Sviluppo.

Tali sforzi acquistano sempre più importanza alla luce dei recenti sviluppi nell'ambito delle tecniche di *neuroimaging*, che ci stanno permettendo di esaminare gli **effetti strutturali e funzionali della violenza interpersonale** in epoca infantile (Pagani, 2007).

Sarebbe riduttivo, tuttavia, non accennare al forte impulso, dato nel secolo scorso, dagli studi sull'attaccamento e sul trauma dell'attaccamento nel quadro delle esposizioni precoci a esperienze sfavorevoli con esiti psicopatologici e psichiatrici (si vedano i lavori pionieristici di Bowlby, Winnicott e poi di Main, Solomon, Answorth, Liotti, ecc.).

I pionieri di questo ricco filone di studi sull'attaccamento traumatico hanno avuto modo di osservare che **i bambini che vivono in ambienti violenti apprendono “lezioni sbagliate”**, e che i modelli di attaccamento insicuro, ambivalente e, in particolar modo, disorganizzante, costituiscono rilevanti fattori di rischio evolutivo per vari disturbi psicopatologici in età adolescenziale e adulta, e incidono profondamente anche sulle future capacità di *parenting*.

Teorici e scuole di pensiero hanno smesso di “voltarsi le spalle l'un l'altro” e stanno ora convergendo verso una “pista” comune d'interscambio e integrazione. Questo è il valore aggiunto della ricerca attuale che ci proponiamo di illustrare nel presente volume.

C'è, tuttavia, ancora molto lavoro da fare. Un tema non ancora risolto è come integrare gli approcci *evidence-based* con la dimensione spirituale del paziente, con le caratteristiche personologiche del terapeuta e, più in generale, con l'ambiente di cura, ovvero con tutte quelle variabili non sempre misurabili “oggettivamente”. Le ricerche evidenziano che l'efficacia della cura dipende solo per il **40% dal paziente**, l'altro **60% dipende dai professionisti** e da alcune caratteristiche dell'ambiente di cura: empatia, attitudine all'accoglienza, atteggiamento di ascolto neutro e non giudicante, aspetti che, da soli, costituiscono il **30% del potenziale terapeutico**. Offrire ai pazienti la speranza

che possono migliorare e che la loro vita migliorerà, rappresenta circa un altro **15% del risultato** ottenibile (Duncan, Miller *et al.*, 2009).

Al fine di evitare la trappola, sempre presente quando ci si prende cura di questi pazienti, di trauma vicario, di *drop-out* o di vittimizzazione secondaria, gli operatori della salute mentale dovrebbero, come suggerisce Briere “*integrare nel percorso di cura una combinazione di creatività, saggezza, compassione (intesa come autentica connessione al dolore altrui) e conoscenze cliniche aggiornate, strumenti di valutazione comprovati all’interno di un setting evidence-based*” (in Ford e Courtois, 2013, p. X).

Ora sappiamo che l’esposizione a esperienze traumatiche complesse in un’epoca precoce dello sviluppo ha un impatto biologico che può alterare radicalmente la struttura e il funzionamento di alcune aree cerebrali, compromettendo gli aspetti intellettivi, emotivi e un senso del Sé positivo e integrato. Sappiamo che il trauma dell’attaccamento danneggia lo sviluppo del cervello, rendendolo particolarmente vulnerabile e compromettendo anche la capacità di **connessione umana profonda** che van der Kolk (2003) ha felicemente definito come uno dei principali antidoti per la cura del trauma interpersonale.

La complessità dei quadri clinici con cui questi pazienti si presentano negli studi privati e nei servizi pubblici richiede l’integrazione di diversi approcci. Sono pazienti spesso etichettati come **intrattabili** o che, al contrario, vengono **iper-trattati** o trattati con metodi che richiedono un livello di capacità di auto-regolazione che il trauma complesso ha gravemente danneggiato. È essenziale che la terapia non crei danni collaterali, contribuendo a esporre questi soggetti a ulteriori esperienze di tradimento e di impotenza già sperimentate (Briere, *cit.*, 2013).

Oggi le neuroscienze enfatizzano la dimensione soggettiva della reazione psichica al trauma. L’impatto dell’evento traumatico sembra dipendere non tanto dalla gravità dell’evento stressante, quanto dalla resilienza della persona e dalla sua specifica vulnerabilità, cioè dalla capacità del soggetto di gestire eventi percepiti come sopraffacenti ed emozioni intollerabili, ma dipende anche dalle risorse sociali di supporto che alimentano e sostengono tale capacità. Ciò suggerisce che la cura richiede un approccio ecologico che superi il concetto di singolo intervento ambulatoriale per promuovere *setting* flessibili e creativi, azioni trasformative della vita quotidiana della persona, in altre parole per attivare **un sistema curante**, tema centrale e trasversale di questo volume.

Le forme di violenza interpersonale nei confronti dei soggetti in crescita sono molteplici e, negli scenari più gravi, si configurano in forme miste ed eterogenee: violenza fisica (percosse, lesioni di vario tipo), violenza psicologica (svalutazioni, umiliazioni, assistere ad atti di violenza in famiglia, coinvolgimento strumentale dei figli nelle separazioni coniugali), trascuratezza (abbandono affettivo, costante incuria e disattenzione) o, all’opposto, ipercura (eccessiva iperprotettività orientata da esigenze simbiotiche del genitore o da distorte rappresentazioni del figlio), abuso sessuale (coinvolgimento di soggetti imma-

turi, dipendenti e, quindi, privi della possibilità di scelta, in attività sessuali di vario genere, incluso l'abuso *online*), violenza tra pari (bullismo e bullismo *online*).

La natura di tali esperienze traumatiche, la loro complessità e vastità dipendono da molteplici fattori: caratteristiche personali e stile relazionale dei soggetti coinvolti, specifica fase dello sviluppo in cui occorrono, risorse sociali protettive e affettive, peculiarità sociali e culturali della famiglia, tipo di violenza subita, durata e gravità dell'esposizione, possibilità di avere accesso a interventi di aiuto e di sostegno per opera di un **sistema** autenticamente curante.

La violenza interpersonale espone potenzialmente la persona al rischio di **rottture intrapsichiche e interpersonali** dolorose e alienanti (Cheli e Bossio, 2006). Dal punto di vista fenomenologico, ciò che si coglie nei percorsi di cura è la potenza delle dinamiche traumageniche (Filkenor e Browne, 1985) congelate da meccanismi difensivi, dal dolore, dalla paura e, soprattutto, da intensa vergogna esistenziale, spesso trasformate, a loro volta, in violenza o in trascuratezza genitoriale. Si crea un *loop* in una "matassa ingarbugliata e frammentata" che impedisce alla persona di "venirne fuori" e di percepirsi nella propria **interezza**. Il risultato è **l'impossibilità di essere nel mondo come individuo completo** (Rogers, 1970) o "*la sensazione di non esistere*", come dicono alcuni dei nostri pazienti.

Nella nostra pratica clinica abbiamo imparato anche che, per riparare il Sé ferito, spesso bisogna rimarginare le ferite transgenerazionali, curare i danni causati dalle memorie cellulari e dal DNA mitocondriale della madre, affrontare i **fantasmi del clan**. "*Ciò che non è stato elaborato dalle generazioni precedenti, non può legarsi alla rete di tracce mnemoniche e alle configurazioni a esse correlate. Il conscio, che è vissuto come vergognoso nella prima generazione, e per questa indicibile, diventa innominabile per la seconda e impensabile per la terza*" (Losso, 2000, p. 103), la quale deve adattarsi a ciò che è stato scisso dai genitori. L'esperienza di molti figli di genitori sopravvissuti all'Olocausto ne è pregnante e rilevante testimonianza.

Il **fantasma** non verbalizzato si esprime nelle condotte disfunzionali o si manifesta clinicamente in tossicomanie, alcolismo, deliri, malattie psicosomatiche. Questo quadro è aggravato se entrambi i genitori sono **portatori inconsci di fantasmi**.

Una nostra paziente con disturbo *borderline* di personalità e *addiction*, la quale riferiva che lo zio la faceva sedere a cavalcioni sulle sue gambe e la abbracciava in un modo che la metteva a disagio, dopo tre anni di terapia, durante i quali aleggiava il fantasma di un segreto familiare **impensabile**, riuscì a dare voce al fantasma: la nonna era stata violentata da tre operai che lavoravano per il nonno!

Squarciare il "velo" del segreto indicibile e impensabile costituì una svolta importante nella terapia, perché diede accesso a una parte esiliata che fu possibile riscattare dalla vergogna suscitando la compassione delle altre parti.