

# Esperienze traumatiche di vita in età evolutiva

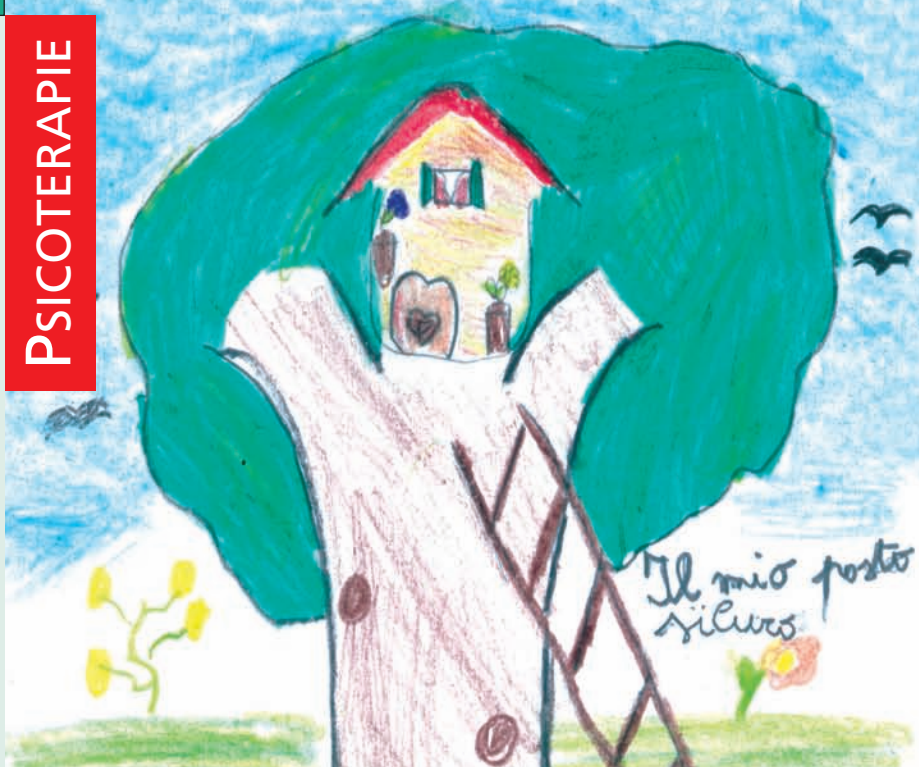
EMDR come terapia

*A cura di*  
Elena Simonetta

*Presentazione di*  
Francine Shapiro

PSICOTERAPIE

FrancoAngeli





I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it) e iscriversi nella home page al servizio "Informatemi" per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

**Esperienze  
traumatiche di vita  
in età evolutiva**  
EMDR come terapia

*A cura di*  
Elena Simonetta

*Presentazione di*  
Francine Shapiro

**FrancoAngeli**

PSICOTERAPIE

Progetto grafico di copertina di Elena Pellegrini

Copyright © 2010 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](http://www.francoangeli.it)*

# *Indice*

<b>Presentazione</b> , di <i>Francine Shapiro</i>	pag.	9
<b>1. Esperienze traumatiche infantili: il ruolo del trauma nello sviluppo del bambino</b> , di <i>Anna Rita Verardo e Monica Petecchia</i>	»	11
1.1. Dal trauma con la “T” maiuscola al trauma con la “t” minuscola	»	13
1.2. Alcuni apporti di tipo cognitivo-comportamentale al microtrauma	»	15
1.3. La teoria dell’attaccamento	»	17
1.4. L’attaccamento insicuro	»	19
1.5. Vulnerabilità e resilienza	»	21
1.6. Un effetto degli eventi traumatici: lo strutturarsi delle convinzioni irrazionali	»	23
1.7. Il ruolo fondamentale svolto dagli schemi	»	25
1.8. Le convinzioni irrazionali	»	26
1.9. L’importanza della memoria nell’elaborazione del trauma	»	27
<b>2. Il disturbo post-traumatico da stress nel bambino</b> , di <i>Anna Rita Verardo</i>	»	32
2.1. I correlati neurofisiologici del PTSD	»	33
2.2. Manifestazioni cliniche del disturbo post-traumatico	»	37
<b>3. Applicazioni dell’EMDR a bambini</b> , di <i>Anna Rita Verardo</i>	»	41
3.1. Le otto fasi del trattamento EMDR	»	46
3.2. Applicazioni dell’EMDR con i bambini	»	48
3.3. Fase 1. Storia del paziente e piano terapeutico	»	51
3.4. Fase 2. Preparazione	»	55

3.5. Fase 3. Assessment	pag.	61
3.6. Fase 4. Desensibilizzazione	»	65
3.7. Fase 5. Installazione	»	72
3.8. Fase 6. Scansione corporea	»	73
3.9. Fase 7. Chiusura	»	74
3.10. Fase 8. Rivalutazione	»	74
3.11. Modelli di comportamento futuri	»	75
<b>4. EMDR per facilitare la reintegrazione psichesoma nei disturbi di apprendimento, di Elena Simonetta</b>	»	76
4.1. Il disturbo dell'apprendimento: la disgnosia	»	76
4.2. Aspetti traumatici della dislessia	»	80
4.3. L'intervento EMDR per i disturbi di apprendimento	»	85
4.4. Caso clinico: Patrizia (21 anni)	»	87
4.5. Caso clinico: Carla (14 anni)	»	94
<b>5. Abuso all'infanzia: una terapia per piccoli pazienti molto difficili, di Marinella Malacrea</b>	»	98
5.1. Il problema	»	98
5.2. Una storica ricerca di efficacia	»	101
5.3. Quale approccio adeguato al problema oggi?	»	103
5.4. Il processo terapeutico	»	108
5.5. Le premesse obbligatorie della cura	»	110
<b>6. Abuso all'infanzia: il valore aggiunto dell'EMDR, di Cristiana Pessina e Cecilia Somigli</b>	»	120
6.1. Introduzione	»	120
6.2. I dati	»	121
6.3. Commenti	»	122
6.4. I datori di cura	»	134
6.5. Conclusioni	»	136
<b>7. Bambini vittime di disastri collettivi. Aspetti epidemiologici ed efficacia dell'EMDR, di Isabel Fernandez</b>	»	139
7.1. L'influenza del trauma sullo sviluppo	»	142
7.2. L'impatto del disastro collettivo sulla famiglia	»	144
7.3. L'Associazione EMDR	»	146
7.4. I bambini e "l'incidente incredibile": l'incidente aereo sul Palazzo Pirelli	»	147
7.5. Bambini vittime di una catastrofe naturale: l'EMDR e il terremoto in Molise	»	150
7.6. Il maxi-incidente di Stroppiana	»	168
7.7. Reazioni acute nell'incidente di Viggiù	»	186

7.8. La comunità di Capoterra e l'alluvione	pag. 193
7.9. Conclusioni finali	» 197
Appendici. Linee guida	» 199
<b>8. I bambini e gli adolescenti di fronte alla morte, di Anna Rita Verardo e Rita Russo</b>	» 205
8.1. Le reazioni psicologiche al lutto in età evolutiva	» 207
8.2. Reazioni comuni	» 209
8.3. Comprensione della morte e reazioni psicologiche in base all'età	» 212
8.4. Aiutare i bambini nella fase acuta del lutto	» 215
8.5. Elaborazione di un lutto con l'EMDR	» 219
8.6. Le reazioni emotive del terapeuta	» 222
<b>Appendice</b>	» 223
L'Associazione per l'EMDR in Italia	» 223
Il Centro TIAMA	» 224
<b>Bibliografia</b>	» 225
<b>Gli autori</b>	» 235





## *Presentazione*

Questo libro costituisce una grande risorsa nel campo del trattamento del trauma in età evolutiva con EMDR. Il livello di conoscenza e competenza degli autori nei diversi campi di applicazione si manifesta nello scorrere dei vari capitoli.

Uno degli aspetti più importanti del volume è costituito dalla descrizione dell'approccio EMDR e del suo adattamento ai bambini vittime di esperienze traumatiche. Vengono presentati allo stesso tempo gli ultimi sviluppi scientifici sulla conoscenza di come i ricordi traumatici possano influire sullo sviluppo e sulla personalità delle piccole vittime.

Il lavoro di ricerca in questo campo è in continua evoluzione. Ad esempio, ora sappiamo molto di più sugli aspetti della neurobiologia del trauma e le ultime ricerche in questo ambito hanno aumentato la nostra comprensione di come esso influisca sul cervello e sul comportamento umano. La ricerca in questo settore ha dato recentemente alcune risposte, ma molti aspetti sulla relazione tra la traumatizzazione e la neurobiologia devono ancora essere esplorati.

Questo libro darà agli psicoterapeuti e a chi lavora applicando l'EMDR nel campo della salute mentale sempre più strategie terapeutiche, conoscenze e strumenti per rendere più efficace la propria pratica clinica.

Il trauma, nelle sue varie forme, viene infatti sempre più riconosciuto come elemento fondamentale nella psicopatologia, specialmente attraverso i lavori di Allan Shore e Daniel Siegel, che ci hanno resi consapevoli nella nostra professione degli impatti neurobiologici del trauma e dei fallimenti dell'attaccamento su emozioni e relazioni (in particolare genitori-bambino).

Nel campo della psicoterapia si è sempre cercato di mettere a fuoco la necessità di metodi terapeutici che potessero essere efficaci nell'elaborazione del trauma e nella sua riparazione, ma il suo trattamento è stato finora difficile, così come sono numerosi i metodi che hanno tentato di riparare il disagio derivato dai traumi molto precoci (specialmente abusi) e dalla

trascuratezza. Tra questi metodi l'EMDR si è dimostrato molto efficace per il trattamento dei disturbi post-traumatici, probabilmente perché si focalizza proprio sul ricordo degli aspetti più disturbanti del trauma e il suo obiettivo è la riorganizzazione del ricordo nella memoria in modo che venga immagazzinato in modo funzionale, cioè senza causare più disturbo o sofferenza.

Infatti, negli ultimi anni l'EMDR è stato riconosciuto come metodo psicoterapeutico indicato come evidence-based per i disturbi post-traumatici e si è rivelato utile nella comprensione dei meccanismi sottostanti gli effetti del trauma, nonché un mezzo efficace per facilitare la guarigione.

La teoria alla base dell'EMDR sull'elaborazione inadeguata di eventi disturbanti fornisce una spiegazione della natura resistente, perdurante e apparentemente immutabile di alcuni ricordi traumatici legati ai disturbi post-traumatici.

Ringrazio le autrici per il lavoro e il contributo, metodologicamente preciso, che hanno dato attraverso questo libro, condividendo la propria esperienza con l'EMDR nel lavoro con bambini e adolescenti. Mi congratulo inoltre con tutte loro per l'entusiasmo con cui da anni lavorano per l'affermazione e la divulgazione della metodologia EMDR.

*Francine Shapiro*

# ***1. Esperienze traumatiche infantili: il ruolo del trauma nello sviluppo del bambino***

di *Anna Rita Verardo e Monica Petecchia*

Il concetto di trauma psichico affonda le sue radici negli scritti medici del Sette-Ottocento, quando apparvero i primi studi sulle conseguenze delle “esperienze di vita soverchianti” (Lingiardi, 2004).

Sigmund Freud fu il primo a occuparsi del concetto stesso di trauma, così definendo l'evento traumatico: “Si tratta di una esperienza singola, o di una situazione protratta nel tempo, le cui implicazioni soggettive, cioè idee, cognizioni ed emozioni a essa collegata, sono nel complesso superiori alle capacità del soggetto, in quel momento, di gestirle o di adeguarsi a esse”. Pierre Janet, uno dei più importanti e influenti psicologi francesi tra la fine del XIX e l'inizio del XX secolo, fece studi approfonditi sulla dissociazione e il trauma psicologico, considerati ancora oggi fondamentali per la comprensione clinica di tali tematiche, e fu uno dei primi ricercatori a evidenziare una connessione diretta tra gli eventi della vita passata di un soggetto e la sintomatologia traumatica da essi derivante. Nella formulazione di Janet, il trauma psicologico è un evento che, per le sue caratteristiche, risulta “non integrabile” nel sistema psichico pregresso della persona, e quindi rimane dissociato dal resto della sua esperienza emotiva, causando la sintomatologia psicopatologica relativa.

Freud, Janet, Charcot e Bleurel furono pionieri nel tentativo di individuare una connessione tra eventi traumatici vissuti in età infantile e disturbi psichici nel soggetto adulto. Oltre cento anni più tardi il dibattito è ancora aperto. Durante il secolo scorso, il ruolo del trauma come origine di disturbi nel bambino e nell'adulto è stato spesso oscurato o minimizzato. È difficile, ad esempio, rintracciare nel DSM-IV, una connessione tra i disturbi dei bambini e degli adulti ed eventi emotivamente importanti avvenuti in precedenza. In realtà, la maggior parte dei terapeuti sa bene quanto sia frequente che i sintomi riportati dai pazienti siano ascrivibili a esperienze traumatiche pregresse.

Dall'inizio degli anni Novanta molti sono stati coloro che hanno dedicato le loro ricerche a documentare la connessione tra i traumi infantili e le

psicopatologie dei bambini e degli adulti, partendo anche dalla considerazione che la possibilità di vivere eventi critici non è affatto rara per i bambini.

Questa rinnovata attenzione nei confronti del trauma in relazione alle psicopatologie ha spinto i ricercatori ad approfondire queste tematiche per capire il modo in cui un bambino può essere traumatizzato e lavorare per eliminare le fonti del trauma. Riesaminando il ruolo del trauma nella genesi delle psicopatologie del bambino e dell'adulto è cresciuto, quindi, l'interesse scientifico sugli effetti degli eventi traumatici nella vita futura dei bambini e degli adulti e sulla loro salute.

John Bowlby (1972), occupandosi di attaccamento infantile, arrivò a stabilire una connessione tra i problemi di attaccamento nell'infanzia e un danneggiamento delle funzioni psicologiche del bambino e dell'adulto.

Il termine trauma viene solitamente ricondotto a eventi di grossa portata che avrebbero una ripercussione negativa su ogni persona. La dilatazione progressiva di questo concetto ha, però, indotto alcuni autori a considerare le situazioni traumatiche come non esclusivamente correlate a specifiche diagnosi post-traumatiche.

In virtù di questa constatazione, possiamo esaminare il concetto di trauma a partire dall'interpretazione personale che il soggetto fa degli eventi, focalizzandoci, dunque, su quelle situazioni che pur non oggettivamente intense, costituiscono comunque per l'individuo un fattore di stress.

Per esemplificare quanto appena detto, possiamo ricorrere a un evento di vita quotidiana che però può costituire un fattore traumatico per la persona che lo vive. Il rimprovero da parte di una madre nei confronti di un bambino che non è riuscito proficuamente in un compito scolastico ha spesso un valore educativo e difficilmente produce conseguenze deleterie. Tuttavia, nel momento in cui l'atto avviene il bambino probabilmente percepisce l'evento come soggettivamente doloroso. Se, nel complesso, in questa famiglia è presente una buona interazione genitori-figlio e l'episodio rimane isolato e motivato, allora è pensabile che non ci saranno conseguenze negative e l'episodio acquisisce quel valore educativo precedentemente menzionato. Ma se questo tipo di situazione diventa un "abuso", ovvero si fa un eccessivo uso del rimprovero quale costante modalità di approccio al bambino, allora le probabilità di un effetto negativo, su una personalità che oltretutto già nei primi anni di vita ha sperimentato relazioni disfunzionali, aumentano notevolmente tanto che quegli eventi possono acquisire una dimensione traumatica per il soggetto (Baranello, 2000, p. 4).

Un evento potenzialmente traumatico, anche se seguito da una reazione emozionale intensa e sconvolgente non sempre comporta conseguenze patologiche chiaramente diagnosticabili.

La traumaticità di un evento è quindi una funzione delle caratteristiche dell'evento stesso più la predisposizione individuale, ovvero su di essa in-

fluiscono: l'ampiezza, l'intensità e la precocità del trauma; la natura dell'evento; la tipologia della personalità dell'individuo; gli aspetti di vulnerabilità e resilienza; la capacità di contenimento e di elaborazione della rete di relazioni affettive e sociali. Più direttamente il bambino è esposto all'evento più alto sarà il rischio di sintomi post-traumatici. Ad esempio i bambini coinvolti in prima persona in un terremoto avranno maggiori rischi dei bambini che hanno vissuto l'evento marginalmente.

Il trauma è stato definito come un evento che va "oltre la portata dell'esperienza normale umana" (DSM-IV, 1994). Per essere qualificato come traumatico un evento deve essere soggettivamente percepito come minaccioso per la propria vita o per la propria integrità fisica, un evento accompagnato da un senso di profonda insicurezza di fronte all'impotenza, alla paura o al disgusto. Gli eventi critici possono essere di vario tipo: incidenti stradali, disastri naturali, violenze e aggressioni subite o viste. Numerosi studi clinici hanno portato a catalogare un numero più ampio di eventi che possono essere classificati come traumatici: la perdita di un genitore o di una persona cara, una malattia che mette in pericolo la vita, le separazioni o gli abbandoni. Gli eventi traumatici, quindi, non sono solo quelli che vanno "oltre la normale esperienza umana", ma anche molte esperienze di vita comune; d'altra parte, non ogni evento straordinario è così intenso e schiacciante da essere vissuto come traumatico.

Inoltre è utile tenere in considerazione che a volte anche l'esposizione a distanza può contribuire allo sviluppo di sintomi post-traumatici (trauma vicario).

#### **Caso clinico - Sara (8 anni)**

Sara è una bambina che all'inizio della terza elementare comincia a manifestare sintomi di disagio: non vuole andare a scuola, ha frequenti episodi di enuresi notturna e manifesta ansia da separazione. Chiede ai genitori di chiamarla a scuola ogni ora e vuole sapere dove vanno dopo averla accompagnata, se si muovono in macchina o a piedi e controlla ogni loro spostamento. Alle fine dell'anno scolastico Sara aveva appreso della morte del papà della sua compagna di banco morto in un incidente automobilistico. Sara non aveva manifestato segni di sofferenza fino all'inizio della terza elementare (dopo la pausa estiva). L'aver appreso della morte del papà di Giulia aveva cominciato a far sentire Sara in pericolo e le aveva instillato il pensiero: "Può succedere anche a me di perdere i miei genitori".

### **1.1. Dal trauma con la "T" maiuscola al trauma con la "t" minuscola**

Bessel van der Kolk (Van der Kolk *et al.*, 2004, pp. 138-40) definisce gli stressor traumatici come "quegli eventi che eludono i meccanismi attraverso

cui normalmente interpretiamo le nostre reazioni, ordiniamo le nostre percezioni del comportamento altrui e ci creiamo schemi di interazione con la realtà". L'autore distingue tre differenti categorie di eventi traumatici: la prima comprende quelli con durata limitata nel tempo, come per esempio un incidente o uno stupro, caratterizzati dall'imprevisto e dall'intensità dell'evento; la seconda si riferisce a situazioni sequenziali con possibile effetto cumulativo (è il caso, ad esempio, di coloro che lavorano in condizioni di continua emergenza quali le forze dell'ordine); infine, vi sono quelli caratterizzati da un'esposizione prolungata a condizioni di stress, i quali possono provocare incertezza e sentimenti di impotenza, pregiudicando i legami di attaccamento e generando un fondamentale senso di insicurezza.

In questo capitolo intendo focalizzare l'attenzione sulle ultime due categorie, e in particolare sulla terza, al fine di considerare il trauma sotto il profilo della risposta che il soggetto dà a eventi del proprio vissuto che, anche se non necessariamente di grande entità, possono ugualmente causare seri disturbi all'identità. A tal proposito, Krystal (2007, p. 200) pone l'accento sugli stati soggettivi della patogenesi traumatica che coinvolgono sentimenti d'impotenza derivanti dal confronto con situazioni soggettivamente sperimentate come minacciose e che possono risultare catastrofiche per la persona aggredendo la sua personalità a causa di uno stato di completa impotenza.

Dalla lettura dei due principali manuali diagnostici, emerge come la letteratura sia, di fatto, orientata a focalizzare l'attenzione più sulla natura dell'evento che non sulla personale elaborazione che il soggetto fa dello stesso. Si parla, infatti, di disturbo post-traumatico da stress (PTSD) come di una patologia caratterizzata dallo sviluppo di sintomi tipici che seguono l'esposizione a un "fattore traumatico estremo" (Lingiardi, 2004, p. 120).

Questo, secondo il DSM-IV-TR (2000, p. 497), "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 a 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".

L'ICD-10 (Kemali *et al.*, 2003, p. 157), invece, considera traumatici quegli eventi "di natura eccezionalmente minacciosa o catastrofica, in grado di provocare diffuso malessere in quasi tutte le persone".

Entrambi i manuali diagnostici, dunque, sottolineano l'oggettiva valenza traumatica dell'evento ma di fatto già nell'ICD-10 (Kemali *et al.*, 2003, p. 157) si utilizza l'espressione "in quasi tutte le persone": non tutti, dunque, sviluppano il PTSD in seguito a un evento eccezionalmente stressante e, pertanto, una diagnosi di disturbo post-traumatico non può basarsi sulla sola gravità dell'evento (Lingiardi, 2004, p. 121).

Come osserva Giannantonio (2005, p. 133), inoltre, in psicoterapia non si ha mai a che fare con “traumi ma solo con ricordi di traumi”, il che implica che l’oggetto di riferimento essenziale del colloquio terapeutico sia il ricordo del paziente e, dunque, un amalgama tra ciò che è stato codificato al momento dell’evento, l’interpretazione del significato delle informazioni ecc. Ogni ricordo è, quindi, una costruzione soggettiva e mai obiettiva di fatti.

Già Freud e Breuer (1895, p. 177) hanno considerato il trauma definendolo come “qualsiasi esperienza provochi gli effetti penosi del terrore, dell’angoscia, della vergogna e del dolore psichico, dipendente ovviamente dalla sensibilità della persona colpita se l’esperienza stessa agisce come trauma”.

Entrambi hanno riconosciuto, dunque, il ruolo essenziale rivestito dalla componente soggettiva asserendo che è l’effetto emotivo che costituisce il trauma psichico. Hanno introdotto, a tal proposito, il concetto di “trauma parziale”, con cui intendono indicare quelle circostanze che, sebbene non rilevanti, verificandosi in un periodo di particolare reattività agli stimoli da parte del soggetto, assurgono, in tal modo, alla dignità di trauma che altrimenti non avrebbero acquisito (Freud-Breuer, 1895, p. 40).

Continuando, brevemente, nell’ambito della letteratura psicoanalitica, Kohut (1982, p. 165) ha sostenuto che gli eventi “brutalmente traumatici” lasciano l’impronta in un numero minore di gravi disturbi del sé, rispetto all’atmosfera dominante creata da atteggiamenti profondamente radicati nella relazione tra il sé e il suo oggetto disfunzionale che causano una struttura gravemente danneggiata. Allorché il bambino piccolo sperimenta tensioni e pressioni reiterate nel tempo nel contesto della dipendenza tra il suo Io e la madre, si può verificare quello che Khan (1979, p. 45) ha definito trauma cumulativo, risultato delle breccie entro la barriera protettiva accumulate in tutto il corso dello sviluppo dalla prima infanzia all’adolescenza.

## **1.2. Alcuni apporti di tipo cognitivo-comportamentale al microtrauma**

Sebbene recenti ricerche nel campo del trauma abbiano dimostrato che è più comune lo sviluppo di un disturbo post-traumatico a seguito di una catastrofe naturale, i traumi causati dall’uomo vengono considerati più traumatici di quelli naturali perché chi li subisce sviluppa una convinzione di essere vittima deliberata di un proprio simile ed hanno, dunque, una capacità maggiore di infrangere l’assetto psicologico dell’individuo (van der Kolk *et al.*, 2004, p. 138).



Bessel van der Kolk, pur non avendo un orientamento propriamente cognitivo-comportamentale, presenta, nel suo approccio integrato, anche dei riferimenti in tal senso. Secondo l'autore, a traumi acuti e circoscritti segue solitamente lo sviluppo del PTSD senza ulteriori complicanze, mentre nel caso di esposizioni ripetute e cumulative si rischia l'insorgenza di ulteriori disturbi psichiatrici, quali depressione e disturbo di panico. Lo stress cronico o a insorgenza inaspettata e imprevedibile presenta una più alta probabilità di dar vita a una serie di modificazioni durature nella personalità e di minare la fiducia dell'individuo nel futuro e nei confronti delle relazioni interpersonali; in tal senso, dunque, il trauma va ad attaccare l'identità del soggetto e la prevedibilità del mondo.

Secondo van der Kolk (2004, p. 92) la convinzione in base alla quale il PTSD sia una reazione normale dinnanzi a un evento anormale, di fronte al quale quasi tutti svilupperebbero una sintomatologia psicopatologica, è inconsistente, in quanto dati recenti hanno dimostrato come tale patologia possa insorgere sia dopo fatti straordinari che dopo eventi ben più comuni, causati da episodi di minor intensità che creano, però, intorno all'individuo una "atmosfera traumatica".

Baranello (200), ha definito il microtrauma come una serie di eventi o situazioni soggettivamente dolorose che, se isolati non producono effetti significativamente negativi, ma che esperiti con costanza in un quadro relazionale non funzionale assumono una valenza traumatogena.

La Shapiro (1995, p. 24) distingue i traumi in due grandi categorie: quelli con la "T" maiuscola, che includono eventi percepiti come una minaccia alla propria vita (tra cui guerre, aggressioni ecc.), e traumi con la "t" minuscola che si associano, invece, a esperienze della vita di tutti i giorni e innocue, se paragonate alle precedenti, ma comunque moleste per il modo in cui l'individuo le elabora e percepisce.

Due anni più tardi, un articolo di uno psicoterapeuta della Harvard University, McCulloch (2002, pp. 1532-33), parla di *small t* (traumi con la "t" minuscola), riprendendo in tal modo il concetto precedentemente esposto dalla Shapiro. Egli li considera un pattern di esperienze dolorose precoci che avvengono ripetutamente per molti anni alla base delle patologie dell'Asse II (disturbi di personalità). Secondo l'autore, la loro sintomatologia non si risolve, attraverso l'EMDR (cfr. cap. 3), "così rapidamente o drammaticamente come nei casi di traumi con la 't' maiuscola".

Horowitz (2004, p. 18) raggruppa sotto il concetto di "sindromi di risposta allo stress" tutte quelle manifestazioni psicopatologiche comparse in seguito a esperienze traumatiche, anche quando sono riconducibili a diagnosi descrittive differenti dalla specifica diagnosi di PTSD, che presentano sintomi intrusivi e d'evitamento. I primi includono ipervigilanza e attacchi di sentimenti, pensieri e immagini ripetitive e indesiderate; i secondi si riferiscono a un intorpidimento emotivo e a eccessive inibizioni cognitive allo scopo di evitare la sopraffazione da parte delle emozioni negative.

Nel suo modello biopsicosociale (orientato cioè alla componente cognitiva, emotiva e autorelazionale, riferita al funzionamento sociale), una particolare attenzione è rivolta al ruolo che specifici fattori di personalità e preesistenti conflitti possono giocare nell'organizzazione della reazione post-traumatica (Horowitz, 2004, pp. 2-4).

Secondo l'autore una predisposizione di personalità basata su modelli operativi interni già instabili a causa di schemi contraddittori costituisce un fattore di rischio nell'elaborazione inibita e distorta degli eventi stressanti, a causa di un fallimento nella modifica degli schemi preesistenti per altri più funzionali nell'attività di coping richiesta (Horowitz, 2004, p. 91).

Nell'ambito dei fattori soggettivi che concorrono all'elaborazione traumatica di taluni eventi, la qualità dell'attaccamento riveste sicuramente un ruolo importante. Soprattutto in base alle modalità relazionali vissute durante l'infanzia, infatti, il bambino ha sviluppato un'idea di se stesso e del mondo assolutamente significativa per il modo in cui egli interagirà con gli altri e interpreterà la realtà.

Le esperienze di vita traumatiche sono accomunate dal fatto che possono produrre una distorsione dei legami di attaccamento che sono alla base dello sviluppo della personalità. È importante quindi accennare i punti cardine della teoria dell'attaccamento per poter meglio comprendere il ruolo che l'attaccamento insicuro riveste nella predisposizione dell'individuo alla patologia.

### **1.3. La teoria dell'attaccamento**

John Bowlby (1972, p. 30) è stato l'iniziatore della teoria dell'attaccamento (TDA) e, nel 1951, ha dimostrato l'esistenza di una correlazione tra condizioni di vita scadenti e l'insorgenza di una psicopatologia, o quanto meno di una sofferenza psichica. Il suo modello è considerato un vero e proprio *trait d'union* tra differenti orientamenti teorici e operativi che vanno dalla psicoanalisi alla psicologia cognitiva, dall'etologia alla cibernetica, fino all'approccio sistemico-relazionale.

Pur con un certo relativismo dovuto alle condizioni di vita del piccolo (quali la presenza o meno dei genitori), l'attaccamento è solitamente monotropico ovvero riferito a una figura discriminata che in genere corrisponde alla madre, similmente all'imprinting negli animali (secondo tale fenomeno, i piccoli sono portati a considerare la madre, anche qualora questa in effetti non lo sia, come la prima figura di riferimento da seguire). Questo fenomeno non ha però un valore assoluto, poiché gli attaccamenti di un bambino piccolo possono essere pensati come una gerarchia costituita dopo la madre, dal padre, da eventuali fratelli e da alcuni membri della famiglia allargata fra cui *in primis* i nonni (Holmes, 1994, pp. 71-73).

Sebbene Bowlby (1972, p. 321) attribuisca enorme importanza al sistema di attaccamento, egli ritiene che comunque il bambino possieda, già alla nascita, delle caratteristiche distintive che gli permettono di avere delle strutture comportamentali molto semplici ma al contempo caratterizzate dalla tendenza a reagire in modo particolare e unico ai diversi tipi di stimoli (uditivi, visivi ecc.) che provengono da un altro essere umano.

Egli distingue, seppur in maniera non assolutistica, l'ontogenesi del sistema di attaccamento in quattro fasi principali (Bowlby 1972, pp. 322-25):

1. *Da 0 a 2 mesi*: il bambino si comporta in modi caratteristici verso le persone (muovendo gli occhi, sorridendo, emettendo delle lallazioni), in maniera aspecifica in quanto non dirige la sua attenzione verso delle figure discriminate.
2. *Da 2 a 6 mesi*: il bambino continua a comportarsi verso le persone nello stesso modo amichevole descritto precedentemente, ma lo fa in modo più spiccato verso la figura materna.
3. *Da 6/7 mesi* (nei bimbi che hanno avuto poco contatto con la figura principale si può arrivare fino al compimento del primo anno) *fino a una parte dei 3 anni*: il bambino è sempre più discriminato nel modo in cui tratta le persone, e il suo repertorio di risposte viene a includere anche l'atto di seguire la madre che si allontana, di salutarla al suo ritorno e di usarla come punto di partenza per le sue esplorazioni. In questa fase, dunque, si delineano più che nelle altre i presupposti per vedere la madre come "base sicura", espressione usata per descrivere l'atmosfera creata dalla figura d'attaccamento (FDA) nei confronti del bambino: l'essenza della base sicura è, dunque, che essa costituisca per il piccolo un trampolino per la curiosità e l'esplorazione.
4. *Dai 3 anni in poi*: si creano le basi per la formazione di una relazione reciproca in cui, con l'avvento del linguaggio e l'espandersi della complessità psicologica del bambino, si verifica un pattern molto più complesso, in cui il piccolo può cominciare a vedere i genitori come persone separate con propri scopi, progetti e sentimenti.

Sulla base delle esperienze interattive ripetute durante questo ciclo di crescita, il bambino sviluppa un Modello Operativo Interno (MOI) che gli permetterà di acquisire dei modelli rappresentazionali relativamente fissi riguardo alla visione di se stesso e del mondo, nonché della qualità di relazione che avrà con gli altri (Bowlby, 1992, p. 259).

In questo ciclo è importante che la madre sia riuscita a sintonizzarsi affettivamente con il proprio figlio, riconoscendo le corrispondenze transmodali (ovvero una sintonia tra lei e il bambino nell'interscambio di modalità sensoriali che, seppur diverse, abbiano proprietà e qualità comuni) al fine di cogliere lo stato emotivo interno del proprio bambino e una *holding* (capacità di contenere emotivamente, di saper essere empatico con l'altro) più affettuosa ed efficace.

In tal modo essa ha potuto aiutare il figlio nello sviluppo di quella base sicura che gli permetterà di vivere la figura materna come un punto fermo da cui potersi allontanare per esplorare autonomamente il mondo circostante, consapevole di potervi tornare in qualsiasi momento. La chiave dell'attaccamento sicuro, dunque, non è tanto la quantità di tempo che la madre dedica al proprio figlio, bensì la qualità dell'interazione tra i due, tale da permettere al bambino di introiettare un modello operativo di una persona che si prende cura di lui, sensibile e affidabile, e di un sé che è meritevole di amore e di attenzione; l'allontanamento della madre genera in lui angoscia, ma il suo ritorno gli permette di trovare conforto e tranquillità.

#### 1.4. L'attaccamento insicuro

L'attaccamento insicuro è caratterizzato da un MOI basato su una rappresentazione di sé come non all'altezza degli altri, visti come pericolosi, in quanto il bambino si è dovuto adattare a delle cure materne inconsistenti (Bowlby, 1992, p. 260).

Grazie alla Ainsworth (Ainsworth *et al.*, 1978, p. 39) è stato possibile dimostrare come lo stato di attaccamento all'età di un anno sia in strettamente correlato con la relazione materna nei dodici mesi precedenti. Queste osservazioni sono state effettuate mediante la *Strange Situation* ("dramma in miniatura in otto parti"), allo scopo di osservare l'interazione madre-bambino nel primo anno di vita, nell'ambito di una seduta di venti minuti all'interno di una stanza da gioco in cui è presente uno sperimentatore. Alla madre viene richiesto di uscire dalla stanza per tre minuti lasciando il figlio con l'esaminatore; quindi, dopo essersi ricongiunta per qualche minuto con il bambino, la donna viene fatta nuovamente allontanare ma questa volta insieme allo specialista per tornare, infine, dal piccolo dopo tre minuti. L'intera procedura è registrata e classificata in base alle reazioni del bambino riguardo alla separazione e alla riunione con la madre al fine di mettere in luce le differenze individuali quando si ha a che fare con lo stress da separazione.

Usufruendo anche degli apporti della Ainsworth è possibile dividere l'attaccamento insicuro in tre pattern principali:

1. *insicuro-evitante*: il bambino cerca di minimizzare i suoi bisogni d'attaccamento allo scopo di prevenire il rifiuto, rimanendo in contatto distante con l'agente delle cure materne; l'allontanamento della donna, infatti, provoca pochi segni di angoscia nel figlio che ignora la madre al momento della riunione rimanendo guardingo nei suoi confronti e inibito nel gioco;
2. *insicuro-ambivalente (o resistente)*: il bambino si aggrappa all'agente delle cure materne spesso con una sottomissione eccessiva o, al contra-