

Antonella Montano e Roberta Borzì

MANUALE DI INTERVENTO SUL TRAUMA

Comprendere, valutare e curare
il PTSD semplice e complesso

Prefazione di Isabel Fernandez

The Erickson logo is a red square with the word "Erickson" in white. The letter "i" in "Erickson" has a small white square above it.

Erickson

Nel corso della storia dell'umanità, pochi concetti sono stati al centro della riflessione clinica ed esistenziale come quello di *trauma*. Nel linguaggio comune, si parla di trauma come di un'esperienza totalizzante, soverchiante, in grado di modificare la vita dell'individuo, uno spartiacque che separa nettamente il «prima» dal «dopo».

In tale ottica il volume si connota come un vero e proprio manuale d'uso, rivolto alle diverse figure professionali (psicoterapeuti, psicologi, psichiatri, sessuologi clinici, medici, educatori, insegnanti), e di studio e aggiornamento per studenti universitari e postuniversitari.

Il libro si articola in una prima panoramica in cui vengono analizzate la definizione e la neurobiologia dello spettro dei disturbi da stress post-traumatico (PTSD), spostandosi poi sulle conseguenze fisiche, relazionali e psicopatologiche — anche in termini di disturbi di personalità — del trauma.

Gli ultimi due capitoli sono dedicati, infine, ai diversi approcci terapeutici *evidence-based* utilizzabili per curare il trauma semplice e complesso.

ISBN 978-88-590-1911-4



9

€ 27,50

Ecl^opsi

Indice

- 7** Prefazione (*Isabel Fernandez*)
- 11** CAP.1 Il trauma come ferita
- 29** CAP.2 I disturbi dello spettro post-traumatico
- 61** CAP.3 La neurobiologia del disturbo post-traumatico
- 77** CAP.4 LGB e trauma
- 99** CAP.5 La valutazione del paziente traumatizzato
- 127** CAP.6 Oltre lo spettro post-traumatico
- 161** CAP.7 L'impatto sulla personalità
- 181** CAP.8 L'impatto sulla sessualità
- 199** CAP.9 Verso la guarigione
- 217** CAP.10 La clinica del trauma semplice e complesso
- 247** CAP.11 Le terapie centrate sul corpo
- 265** CAP.12 Interventi supplementari: educarsi sul trauma
e stabilire legami
- 281** Bibliografia

Il trauma come ferita

Che cos'è il trauma?

Nel corso della storia dell'umanità, pochi concetti sono stati al centro della riflessione clinica, ma anche esistenziale, come quello di *trauma*. Nel linguaggio comune, si parla di trauma come di un'esperienza opprimente, soverchiante, in grado di alterare la vita dell'individuo, uno spartiacque che separa nettamente il «prima» dal «dopo». Di trauma, seppur con connotazioni diverse, si è parlato per millenni in tutte le culture del mondo, dagli antichi poemi epici alle concettualizzazioni filosofiche, fino ad arrivare alle definizioni su cui si basano i più recenti interventi terapeutici (Emerson, 2015). Tuttavia, ancora oggi, ciò che rende traumatico un particolare evento, così come il processo tramite cui questo produce determinati esiti patologici, rimane un concetto sfuggente e talvolta largamente incompreso. Questo primo capitolo tenterà, dunque, di esplorare le diverse definizioni e classificazioni di *trauma* più ampiamente accettate nel panorama psicologico e psichiatrico contemporaneo, allo scopo di fornire una cornice teorica e clinica secondo cui leggere le conseguenze post-traumatiche e i principali approcci al trattamento.

Il termine *trauma* deriva dal greco τραῦμα e può essere tradotto come «ferita», «rottura», «lacerazione»; in particolare, in questa sede si farà riferimento al concetto di *trauma psichico* e non a quello di *trauma fisico* (come, ad

esempio, il trauma cranico), anche se a oggi è ampiamente riconosciuto che danni di tipo fisico possano risultare traumatici anche sul piano psicologico.

Un primo concetto centrale per comprendere la natura del trauma è quello di stress traumatico. In generale, la risposta di stress si caratterizza come uno stato di tensione fisica e psicologica in risposta a fattori stressanti di varia natura che, alterando l'equilibrio omeostatico dell'individuo, attivano una risposta, tendenzialmente di attacco (*fight*), di fuga (*flight*) o di immobilizzazione; quest'ultima è di tipo rapido e transitorio (*freezing*) oppure con caratteristiche di paralisi tonica (*fright*) o di paralisi flaccida (*flag* o morte apparente).

Lo stress non è un'esperienza esclusivamente umana: è presente, infatti, anche nel mondo animale e non è necessariamente disadattiva; la reazione al fattore stressante, o *stressor*, si colloca su un continuum che va dallo stress positivo, o *eustress*, a quello negativo, o *distress*. Secondo alcuni autori (Scaer, 2005) è quindi possibile definire lo stress traumatico come una forma estrema di *distress*, che si verifica quando:

- a. l'evento stressante è inatteso e percepito come imprevedibile;
- b. la persona sperimenta un'assenza di controllo sull'evento;
- c. l'evento costituisce una minaccia per il proprio benessere;
- d. vengono a mancare le risorse necessarie per far fronte allo stress, a livello sia individuale sia ambientale (Sapolsky, 2014).

Occorre, però, precisare che stress e trauma sono di per sé concetti disgiunti, sebbene sia possibile annoverare gli eventi traumatici tra i vari tipi di stressor. È facile notare come gli aspetti evidenziati qui sopra — imprevedibilità, mancanza di controllo, minaccia e indisponibilità di risorse — siano coerenti con la definizione di Spiegel (2008), secondo cui l'essenza della traumatizzazione è costituita dalla sensazione di impotenza, o *helplessness*: secondo l'autore, la traccia sul piano psichico di un'esperienza spaventosa prende la forma della perdita di controllo sul proprio corpo e su parti della propria mente, come l'identità, la memoria e la coscienza. Secondo Peter Levine, padre dell'approccio denominato *Somatic Experiencing*, il fattore che determina se un evento sarà traumatico per l'individuo è la mancata risoluzione del suo impatto: i sintomi post-traumatici non sono altro che reazioni fisiologiche, come appunto quelle caratteristiche delle risposte di attacco/fuga/freezing/paralisi, rimaste incomplete e sospese in uno stato di paura; pertanto, i sintomi rimarranno tali finché queste reazioni non saranno scaricate e completate. In *Traumi e shock emotivi: Waking the Tiger*, Levine afferma:

I sintomi traumatici non sono generati dall'evento scatenante stesso. Sono causati dal residuo congelato di energia che non è stato risolto e scaricato; questo residuo resta intrappolato nel sistema nervoso, dove può causare distruzione nel nostro corpo e nel nostro spirito. I sintomi di PTSD a lungo termine, allarmanti e spesso bizzarri, si sviluppano quando non riusciamo a completare il processo di entrata, attraversamento e uscita dello stato di «immobilità» o di «irrigidimento» (Levine, 2002, p. 34).

Questa concettualizzazione evidenzia un aspetto particolarmente rilevante per l'attuale comprensione del trauma, cioè l'impatto che questo ha a livello corporeo e la conseguente centralità dell'aspetto fisiologico. Le conseguenze del trauma sul sistema nervoso centrale (SNC) e sul sistema nervoso periferico (SNP) verranno discusse dettagliatamente nel capitolo 3, insieme all'enorme contributo offerto negli ultimi vent'anni dalle neuroscienze.

Un altro dibattito di lunga data rispetto a ciò che può essere considerato traumatico riguarda l'enfasi posta da alcune definizioni sulla realtà esterna, oggettiva e discreta, in opposizione a quella interna, intrapsichica e soggettiva. In altre parole, è possibile identificare eventi esterni e ben riconoscibili che siano oggettivamente traumatici per la maggior parte delle persone? Oppure il fulcro della traumatizzazione va ricercato nell'interpretazione e nella risposta individuale, come suggerirebbe il fatto che non tutte le persone esposte a eventi traumatici sviluppano dei sintomi?

La prima linea di pensiero è quella che ha guidato la concettualizzazione di trauma secondo le principali classificazioni nosografiche, che verranno esaminate più nel dettaglio in seguito, mentre la seconda ha avuto più rilievo in ambito clinico. Secondo quest'ultima ottica è possibile affermare che il trauma psicologico è l'esperienza unica e individuale di un evento, di una serie di eventi o di un insieme di condizioni durature nelle quali:

la capacità del soggetto di integrare la propria esperienza emotiva, cioè la sua capacità di rimanere presente, comprendere quanto accade, integrare le emozioni e dare un senso all'esperienza, è sopraffatta, e l'individuo esperisce (soggettivamente o oggettivamente) una minaccia alla sua vita e integrità corporea, o a quella di un caregiver o componente della famiglia (Saakvitne et al., 2000).

Oppure:

la situazione è percepita come una minaccia per la sicurezza e la sopravvivenza del soggetto che stimola le risorse difensive subcorticali

e l'iper- o ipo-arousal. La percezione della minaccia avviene non solo attraverso una valutazione cognitiva ma anche tramite sensazioni e impulsi fisici e fisiologici. Tali sensazioni e impulsi precedono la percezione cognitiva ed emotiva (Ogden e Minton, 2002).

A questo proposito, in un recente studio (Boals, 2018) è stata analizzata la corrispondenza tra ciò che veniva «soggettivamente» ritenuto traumatico, valutato con la *Centrality of Events Scale* (CES) e il vecchio criterio A1 del disturbo da stress post-traumatico (*Post-Traumatic Stress Disorder*, PTSD) secondo il *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Text Revision* (4^a ed.) (APA, 2002), che fornisce una definizione oggettiva di «evento traumatico». ¹ I risultati di questo studio hanno mostrato una sorprendente mancanza di convergenza tra le due definizioni: infatti, solo il 37% degli eventi oggettivamente traumatici veniva esperito come tale, mentre una percentuale pari addirittura al 73% dei traumi soggettivamente percepiti soddisfaceva il criterio A1. Questi risultati sono coerenti con una sostanziale mole di dati generata a partire dagli anni Novanta (ad esempio, Davidson e Foa, 1991), che hanno offerto solide argomentazioni a favore dell'inclusione della componente soggettiva nella definizione diagnostica di trauma. Infatti, recenti modelli del PTSD hanno enfatizzato il ruolo del ricordo e dell'interpretazione soggettiva delle esperienze avverse (Rubin, Berntsen e Bohni, 2008; Rubin, Boals e Hoyle, 2014), mentre il ruolo della cognizione è stato ampiamente riconosciuto come centrale nella risposta psicologica agli eventi traumatici (Ehlers e Clark, 2000; Janoff-Bulman, 1989).

Nonostante il dibattito «trauma oggettivo *vs.* trauma soggettivo» sia ancora aperto, le stesse definizioni nosografiche classiche hanno subito alcuni mutamenti negli ultimi anni, probabilmente in risposta alle critiche che le vedevano come eccessivamente restrittive, focalizzate su condizioni «estreme» e vincolate all'esposizione diretta del soggetto (Briere, 2004; Carlson e Dalenberg, 2000; Giannantonio, 2003). Infatti, la precedente edizione del *DSM* definiva un evento traumatico come avente entrambe le seguenti caratteristiche (criterio A del PTSD):

1. la persona ha vissuto, ha assistito, o si è confrontata con un evento o con eventi che hanno implicato morte, o minaccia di morte, o gravi lesioni, o una minaccia all'integrità fisica propria o di altri;

¹ Nonostante si tratti di una pubblicazione recente, lo studio citato fa riferimento al criterio A1 presente nel *DSM-IV-TR*, probabilmente per fornire una definizione di stressor traumatico più restrittiva. La versione aggiornata del criterio A, così come riformulata dal *DSM-5*, verrà discussa in seguito.

2. la risposta della persona comprendeva paura intensa, sentimenti di impotenza o di orrore. Nei bambini questo può essere espresso con comportamento disorganizzato o agitato (APA, 2002).

Tale definizione, pur prendendo in considerazione due differenti dimensioni (il tipo di evento estremo e la risposta individuale), tendeva a privilegiare sia una valutazione dell'evento traumatico come qualcosa che verrebbe considerato tale dalla maggior parte delle persone, sia una visione dei traumi come eventi puntiformi, cioè facilmente riconoscibili e collocabili chiaramente nel tempo e nello spazio. Nell'opera di revisione dell'intero manuale, che è culminata nella pubblicazione della quinta edizione (APA, 2014), questi due aspetti sono rimasti sostanzialmente immutati, ma la definizione è diventata più flessibile grazie all'ampliamento del criterio dell'esposizione diretta. Infatti, nel *DSM-5* l'esposizione può avvenire in uno (o più) dei seguenti modi (revisione del criterio A del PTSD):

1. esperienza diretta;
2. assistere a un evento traumatico accaduto ad altri;
3. venire a conoscenza di un evento traumatico accaduto a una persona con cui si ha una relazione intima, ad esempio un componente della propria famiglia o un amico stretto, e in particolare ai caregiver primari nel caso dei bambini. La morte o la minaccia di morte deve essere stata violenta o accidentale;
4. estrema e ripetuta esposizione a dettagli crudi dell'evento (ad esempio, nel caso dei primi soccorritori in seguito all'evento o di agenti di polizia durante le indagini), ma non tramite i media, ad eccezione dei casi in cui anche ciò sia legato alla professione svolta (APA, 2014).

Vale la pena ricordare che nel *DSM* questa lettura degli eventi traumatici si applica esclusivamente ad alcune sindromi post-traumatiche ben definite che, come sarà esaminato nei capitoli successivi, non sono rappresentative dell'intero ventaglio delle conseguenze del trauma psichico.

In maniera simile, l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), all'interno della passata edizione dell'*ICD-10* (OMS, 2001), definiva il trauma come «un evento o situazione stressante (di breve o di lunga durata) di natura eccezionalmente minacciosa o catastrofica, in grado di provocare grave malessere nella maggior parte delle persone».

Dopo una lunga opera di revisione, l'OMS ha pubblicato l'undicesima edizione del manuale, di cui, allo stato attuale, non è ancora disponibile una traduzione in italiano. Nell'*ICD-11* (WHO, 2018) non è presente un esplicito criterio che definisca cosa costituisce un fattore traumatico, bensì

vengono fornite unicamente delle linee guida che permettono ai professionisti di utilizzare il loro giudizio clinico. Tali indicazioni riconoscono che una risposta sintomatologica più o meno grave può scaturire sia da eventi stressanti, che però fanno parte della gamma delle esperienze normative dell'individuo (come divorzi, lutti o separazioni), sia dalle esperienze di natura estremamente minacciosa o terrificante citate sopra, e che tra queste vadano incluse tanto quelle isolate quanto quelle ripetute/croniche. In sintesi, nella proposta dell'*ICD-11* l'enfasi non è tanto sull'evento scatenante in sé, quanto sulla natura, il pattern e la durata della risposta soggettiva, congiuntamente al suo impatto sul funzionamento quotidiano dell'individuo.

Traumi e traumi

Al di là della definizione che si sceglie di adottare per descriverli, i traumi variano notevolmente per natura, intensità, frequenza e fattori concorrenti. Data la componente altamente soggettiva che porta un individuo a vivere un evento come traumatico, risulta impossibile proporre una lista esaustiva di tutte le potenziali esperienze traumatizzanti. Tuttavia, un possibile modo di classificarle prevede la distinzione tra traumi singoli o multipli (tipi differenti di trauma e/o ripetizione dello stesso trauma nel tempo) e il loro raggruppamento in due macrocategorie:

- traumi con la «T» maiuscola, o grandi traumi, corrispondenti alle «esperienze traumatiche di natura estrema» a cui fanno riferimento le diagnosi classiche di PTSD, che comprendono la percezione di pericolo per il corpo, attacco al Sé, e che portano alla morte o minaccia all'integrità fisica propria o delle persone care;
- traumi con la «t» minuscola, o piccoli traumi, che corrispondono a «esperienze traumatiche non estreme» che implicano eventi di vita meno catastrofici, ma comunque caratterizzati da una percezione intensa di pericolo e da una natura cronica; pertanto, il loro potenziale traumatico è dato proprio dall'essere costanti e ripetitivi.

Esempi di traumi con la «T» maiuscola possono essere le catastrofi naturali (ad esempio, terremoti e inondazioni) o azioni dannose provocate dall'uomo (come incidenti, violenze o attacchi terroristici) che le persone possono aver subito direttamente o come testimoni. Tuttavia, oltre a questi eventi facilmente individuabili e riconoscibili come terrorizzanti, nella vita di un individuo possono verificarsi microfratture (traumi con la «t» minuscola), per lo più di natura relazionale, che non sono di per sé

traumatiche, ma che hanno un effetto cumulativo se perpetuate nel tempo. Spesso è difficile, sia per l'individuo sia per il suo contesto sociale, riconoscere l'impatto di questi microeventi, che, invece, può essere notevole soprattutto se presenti in momenti critici dello sviluppo (Cloitre et al., 2009; Schore, 2001). Infatti, sebbene entrambi i tipi di traumi possano accadere tanto durante l'infanzia quanto in età adulta, i traumi con la «t» minuscola sono più comunemente riscontrabili in età evolutiva e spesso si verificano nell'ambito delle relazioni di accudimento. D'altra parte, una caratteristica comune dei traumi con la «T» maiuscola è quella di essere percepiti dalla vittima come punti di non ritorno, spaccature che dividono la loro narrativa personale in un prima e un dopo nettamente distinti. Mardi Horowitz, psichiatra e professore californiano, nonché pioniere dello studio delle sindromi post-traumatiche, parla di idealizzazione del «prima» da parte del paziente: il passato è visto in maniera irrealisticamente positiva, mentre il presente sembra annullarsi a favore di questa dicotomia, che la persona che ha subito il trauma utilizzerà per leggere se stessa, gli altri e il mondo (Horowitz, 1986). Sebbene la distinzione tra «Traumi» e «traumi» sia relativamente intuitiva e costituisca uno dei presupposti teorici su cui si basa l'EMDR, un diffuso approccio terapeutico contemporaneo, occorre sottolineare che questa non è universalmente accettata né utilizzata dalla maggior parte dei clinici e dei ricercatori che operano nell'ambito del trauma. Una differenziazione di questo tipo, infatti, può risultare eccessivamente semplicistica e non rendere adeguatamente conto di tutte quelle condizioni in cui minacce drammatiche e discrete si verificano nel contesto di situazioni cronicamente stressanti, come ad esempio nei casi di stalking, bullismo, aggressioni a sfondo omofobico o razzista in ambienti discriminatori, e così via.

Riferendosi in particolare all'impatto delle diverse tipologie di traumi sullo sviluppo del bambino, la psichiatra Lenore C. Terr (2009) ha proposto una classificazione simile, ma non totalmente sovrapponibile:

- traumi di tipo I, eventi singoli, circoscritti e tendenzialmente inaspettati, il cui ricordo è relativamente completo e dettagliato e che di solito producono nel bambino sintomi di ripetizione, evitamento, ipervigilanza, dispercezioni e percezioni erranee del corpo;
- traumi di tipo II, esposizioni prolungate e ripetute a circostanze esterne estreme, in cui l'elemento di ripetizione è accompagnato da un senso di anticipazione che mobilita strategie di coping tese ad affrontare il pericolo, quali ad esempio il diniego o la dissociazione; nei bambini inducono ottundimento affettivo, rabbia, intorpidimento.

Come accennato in precedenza, questi due modi di classificare il trauma non sono equivalenti, in quanto difficilmente i traumi che Terr definisce di tipo II potrebbero essere considerati di livello micro. Tuttavia, ciò che queste ultime categorie hanno in comune è il fatto di essere interpersonali e di avere un effetto cumulativo. Il trauma di tipo II è maggiormente in linea con il concetto di *trauma complesso*, che verrà approfondito nel capitolo 2 di questo volume.

Sebbene la ricerca sul trauma getti continuamente luce su fenomeni ancora non riconosciuti, in letteratura esiste ormai un'accurata relazione tra alcune esperienze e lo sviluppo di sintomi e disturbi post-traumatici, nonostante questa relazione vada considerata in un'ottica multifattoriale, e non semplicemente come causa-effetto. Tali esperienze includono le seguenti.

- *Abuso e molestie sessuali*: definibili come tentativi di contatto sessuale ed effettivi contatti sessuali in mancanza di consenso da parte della persona che li subisce, compresi i casi in cui tale consenso non possa essere espresso a causa di alcol e droghe, situazioni di incoscienza, sbilanciamento di potere o età della vittima. Sebbene lo stupro sia forse la sua forma più conosciuta, rientrano nella categoria di abuso sessuale anche il causare deliberatamente dolore al partner durante il rapporto, utilizzare pratiche umilianti senza il suo consenso, contagiare intenzionalmente il partner con malattie sessualmente trasmissibili e, in generale, sfruttare la persona dal punto di vista sessuale, ad esempio costringendola a prostituirsi o ad apparire in materiale pornografico.
- *Abuso e molestie sessuali sui minori*: nei bambini, sono da considerarsi traumatiche tutte quelle esperienze caratterizzate da richieste e attività sessuali inappropriate e indesiderate rispetto al livello di sviluppo, dall'esposizione a materiale pornografico al contatto con i genitali (toccare o palpeggiare), alla penetrazione orale, anale o al rapporto sessuale tramite penetrazione vaginale completa o al tentato rapporto sessuale. L'abuso include rapporti sessuali e/o comportamenti che prevedono tocamenti sessuali del minore, molestie senza tocco e utilizzo del minore a scopo sessuale. A volte può non esserci nessun contatto fisico e l'abuso può avvenire online, tramite chat e/o webcam. La definizione legale considera abuso su minore ogni atto di una persona (adulto o altro minore) che con la forza, la coercizione o le minacce costringa un minore ad avere qualsiasi forma di contatto sessuale o di attività sessuale.
- *Abuso fisico e aggressioni*: includono tutti gli atti intenzionalmente tesi a indurre dolore, con o senza la presenza di un'arma o un oggetto. Nonostante il fatto che storicamente non siano sempre state considerate tali,

sono oggi viste come forme di abuso fisico, oltre che psicologico, le varie forme di punizioni corporali estreme. Le aggressioni di tipo fisico possono avvenire tanto a opera di estranei, come ad esempio durante un tentativo di furto, quanto per mano di un partner o di un caregiver, come nel caso della violenza domestica.

- *Abuso emotivo/maltrattamento psicologico*: sebbene tutti i tipi di abuso qui elencati siano caratterizzati da una componente psicologica, sono considerati forme specifiche di abuso emotivo tutti gli atti che abbiano causato o avrebbero potuto causare danni alla persona dal punto di vista affettivo, cognitivo e della condotta, come ad esempio abusi verbali, manipolazione emotiva, controllo coercitivo, richieste dirette al bambino di performance e risultati eccessivi, inversione di ruolo nel contesto dell'accudimento, ad esempio pretese inappropriate dal punto di vista emotivo. Se perpetrato da coetanei, il maltrattamento psicologico può assumere la forma di bullismo, quando cioè include comportamenti tesi a isolare, marginalizzare e terrorizzare il bambino o l'adolescente. In generale, questo tipo di abuso è lesivo per la persona dal punto di vista dell'autostima e dell'immagine di sé.
- *Trascuratezza o neglect*: costituisce una forma di abuso largamente diffusa, ma difficile da riconoscere, e corrisponde a un fallimento da parte del caregiver di provvedere ai bisogni del bambino. Ad esempio, nei casi di trascuratezza fisica, la deprivazione può riguardare cibo, vestiario e riparo; in quelli di trascuratezza medico-sanitaria, il bambino non ha accesso a servizi e trattamenti sanitari appropriati quando ne avrebbe bisogno, tra cui la somministrazione di medicinali; nella trascuratezza educativa, al bambino non viene garantita la scolarizzazione oppure vi è un fallimento nel provvedere ai bisogni educativi speciali nei casi di disabilità intellettiva, ritardi di sviluppo o disturbi dell'apprendimento. Infine, la trascuratezza emotiva (ad esempio, accudimento carente o assente dal punto di vista emotivo) è un'esperienza potenzialmente traumatica che si sovrappone a quella di abuso emotivo considerata qui sopra. In letteratura, il termine inglese *neglect* è spesso usato in maniera intercambiabile con quello italiano.
- *Gravi incidenti, malattie o procedure chirurgiche*: ferite o danni non intenzionali, come nei casi di incidenti stradali, incendi, cadute accidentali che risultano in conseguenze gravi o permanenti. Il fatto che questi episodi non siano provocati da un altro individuo è centrale, altrimenti costituirebbero forme di abuso fisico o aggressioni. Anche apprendere di avere una grave patologia medica può avere un impatto traumatico, soprattutto

se tale malattia è potenzialmente fatale (ad esempio, cancro o AIDS) o se è caratterizzata da dolore cronico e comporta uno stravolgimento delle abitudini e dell'immagine di sé del soggetto, nonché una significativa diminuzione della sua qualità di vita. Molte persone, soprattutto i bambini (Connolly et al., 2004), riferiscono di aver vissuto come fortemente traumatico l'essere sottoposti a procedure chirurgiche, particolarmente nei casi di risvegli parziali dall'anestesia. Lo stesso vale per altre procedure mediche dolorose o debilitanti, come il cambio di bendaggio in caso di ustioni e il sottoporsi alla chemioterapia.

- *Violenza domestica assistita*: consiste nell'esposizione del bambino ad abusi di qualsiasi tipo all'interno del suo ambiente domestico. La violenza domestica a cui il bambino assiste può comprendere atti violenti di tipo emotivo, fisico o sessuale perpetrati da un genitore/caregiver nei confronti di un altro adulto, ad esempio da parte di un genitore verso l'altro. Tuttavia, il perpetratore non è necessariamente un genitore, ma può essere anche un figlio adolescente che attacca verbalmente o fisicamente uno o più adulti (come i genitori o i nonni) in presenza del bambino. In questi casi la vittima, pur non subendo direttamente gli abusi, è cronicamente esposta a un ambiente abusante.
- *Violenza comunitaria*: in alcuni contesti comunitari ad alto rischio di violenza, ad esempio i distretti periferici di grandi aree urbane, l'individuo può aver direttamente subito aggressioni e intimidazioni verbali o aver assistito a familiari, amici o altri membri della comunità soggetti a episodi di abuso. Un fenomeno che rientra in questa categoria è la *gang violence* (violenza tra bande), spesso parte di conflitti di tipo etnico o religioso e che si riscontra in particolare in aree fortemente deprivate e/o caratterizzate da mancanza di integrazione tra diversi gruppi etnici o clan. In Italia, soprattutto nel Meridione, la violenza comunitaria è strettamente connessa all'influenza della criminalità organizzata e spesso coinvolge minori precocemente esposti ad attività delinquenziali. Un altro esempio particolare di violenza comunitaria, recentemente sempre più al centro dell'attenzione mediatica, è quello delle sparatorie che si verificano all'interno delle scuole negli Stati Uniti, dove il possesso di armi è scarsamente regolato.
- *Disastri naturali o prodotti dall'uomo*: incidenti o disastri di elevata portata, risultato di agenti naturali (terremoti, inondazioni, trombe d'aria, ecc.) o dell'azione dell'uomo (esplosione di reattori nucleari, crollo di edifici per problemi di costruzione, ecc.). Quest'ultima sottocategoria include esclusivamente gli eventi accidentalmente causati dall'uomo e non le

- azioni di natura intenzionale, che sono invece classificate come terrorismo o violenza politica. Come la recente sequela di terremoti ha dimostrato in Italia, l'impatto di questi eventi non si limita al momento in cui si verificano, ma si estende anche ai mesi successivi, in cui le vittime sono messe di fronte a uno stravolgimento globale delle proprie vite (morte di amici e parenti, perdita della propria casa, perdita dei propri averi, ecc.).
- *Trasferimento forzato*: lasciare il proprio Paese d'origine per ragioni di forza maggiore e ricollocarsi altrove può avere un impatto fortemente traumatico. Al giorno d'oggi, questo tipo di trauma riguarda prevalentemente i richiedenti asilo o i migranti che lasciano il Paese per sfuggire a persecuzioni politiche o religiose. Esempi riscontrabili soprattutto in passato, ma ancora tristemente presenti, sono i casi di traffico umano a scopo di sfruttamento, prevalentemente da Paesi in via di sviluppo verso quelli occidentali. Anche in questo caso, l'evento traumatico non è da considerarsi singolo, quanto come l'intersezione di diversi agenti fortemente stressanti, quali l'esposizione precedente a guerra e/o persecuzioni, la fuga spesso caratterizzata da viaggi estenuanti in condizioni estreme, l'esperienza di sradicamento culturale e le difficoltà di adattamento nel nuovo Paese.
 - *Guerra, terrorismo e violenza politica*: similmente alle categorie appena esaminate, nei casi di esposizione a guerra, terrorismo o violenza di natura politica, i traumi sono di natura cumulativa. Le conseguenze psicologiche della guerra sono tra quelle più studiate nonché alla base del riconoscimento ufficiale della diagnosi di PTSD (per una panoramica sugli studi sui veterani, si veda van der Kolk, 2015). Esempi di terrorismo e violenza politica includono gli attacchi da parte dei terroristi di matrice islamica estremista che hanno colpito l'Europa e gli Stati Uniti, le sparatorie di massa, le persecuzioni religiose e la guerriglia in Medio Oriente, gli attentati dell'IRA in Irlanda del Nord e le azioni di «propaganda armata» delle Brigate Rosse negli anni Settanta in Italia.
 - *Lutto traumatico*: assistere o venire a conoscenza della morte violenta, improvvisa e inaspettata di un genitore, un familiare o un amico intimo. Le cause di morte possono includere l'omicidio, un grave incidente o il suicidio. Il lutto è, di per sé, una reazione del tutto fisiologica, addirittura fondamentale per l'elaborazione della perdita. Tuttavia, quando le circostanze della morte della persona cara sono di natura traumatica, l'elaborazione è complicata da una serie di fattori, tra cui la *colpa del sopravvissuto*, dovuta alla percezione di non aver fatto abbastanza per prevenire l'evento e le sue conseguenze (Parson, 1986), o il fatto di essere stati privilegiati o

fortunati rispetto alla vittima (Kubany e Manke, 1995). La separazione forzata dal caregiver, anche quando non è dovuta alla morte dello stesso, può evocare una reazione simile a quella del lutto traumatico.

- *Prigione e tortura*: le conseguenze della vittimizzazione prolungata in situazioni di prigionia sono state descritte nel dettaglio per la prima volta da Judith Herman (2005), che ha evidenziato, inoltre, come questo tipo particolare di traumi sia caratterizzato da alterazioni patologiche della relazione tra la vittima e il persecutore. I resoconti sui metodi di coercizione forniti da donne maltrattate e/o costrette a prostituirsi si sono rivelati straordinariamente somiglianti a quelli degli ostaggi, dei prigionieri politici e dei reduci dei campi di concentramento (Herman, 2005) e sono in genere tesi ad annientare il senso di autonomia della vittima, al fine di incoraggiare la formazione di un «legame traumatico» tra il persecutore e la vittima stessa.

Concettualizzazioni teoriche del trauma

Un punto particolarmente discusso nella clinica e nella ricerca sul trauma è il processo che porta dall'esperienza traumatica allo sviluppo di un disturbo post-traumatico: comunemente, infatti, a seguito di un'esperienza soverchiante è possibile riscontrare una reazione acuta da parte dell'individuo, ossia una risposta di allarme che, per quanto disturbante, è sostanzialmente fisiologica. Nella maggior parte dei casi, tale risposta si esaurisce naturalmente in tempi brevi, quando cioè la persona si rende conto di non trovarsi più in una condizione di pericolo.

Tuttavia, in alcune circostanze la risposta inizialmente adattiva persiste, portando così allo sviluppo di una sintomatologia post-traumatica. L'interazione di una serie di *fattori di rischio* e *fattori protettivi*, sia interni sia esterni all'individuo, fa sì che la sintomatologia si cristallizzi in un disturbo franco o meno, di cui alcuni esempi verranno esaminati nel dettaglio nel capitolo 2.

Ma qual è esattamente il processo alla base della traumatizzazione? E come mai i sintomi post-traumatici sono così variegati e difficili da trattare? Diverse correnti teoriche hanno tentato di rispondere a queste domande formulando delle concettualizzazioni del trauma e dei suoi effetti sull'individuo, che si sono focalizzate sul ruolo di aspetti differenti, quali ad esempio la memoria, gli schemi rappresentazionali di sé e delle relazioni con le figure primarie, la formazione di un senso di identità unitario. Alcune di queste teorie verranno brevemente descritte di seguito.

L'impatto sulla personalità

Il trauma nell'eziologia dei disturbi di personalità

La personalità definisce e circoscrive l'insieme dei tratti psicologici, comportamentali e cognitivi che contraddistinguono gli esseri umani e che possono essere descritti sia dal punto di vista idiografico (cioè nella loro unicità) che nomotetico (in termini di caratteristiche comuni). Si parla di disturbi di personalità (DP) per definire una classe di disturbi mentali caratterizzati da modelli disadattivi di comportamento, cognizione ed esperienza interiore, che si manifestano in contesti differenti e che si allontanano da quelli usuali e accettati dalla cultura di appartenenza dell'individuo. Tali modelli si sviluppano precocemente, ma tendono a manifestarsi in una forma franca in adolescenza o nella prima età adulta, sono pervasivi, inflessibili e associati a un disagio significativo e a una marcata compromissione nel funzionamento lavorativo e sociale. Come precisa l'*ICD-11*, hanno cause evolutive e vanno distinti dalle modificazioni della personalità (*secondary personality change*), che sono invece transitorie e secondarie ad altri fattori (WHO, 2018). Secondo il *DSM-5* (APA, 2014), gli individui con DP possono presentare difficoltà nelle aree della cognizione, nell'emotività, nel funzionamento interpersonale o nel controllo degli impulsi.

L'APA classifica 10 disturbi di personalità, suddivisi in tre raggruppamenti, o *cluster*, sulla base di manifestazioni sintomatologiche comuni:

1. il *cluster A*, comprendente i disturbi paranoide, schizotipico e schizoide;
2. il *cluster B*, che include i disturbi antisociale, borderline, istrionico e narcisistico;
3. il *cluster C*, in cui si annoverano i disturbi evitante, dipendente e ossessivo-compulsivo.

Nella transizione tra il *DSM-IV-TR* e il *DSM-5*, è stato abbandonato l'approccio multiassiale, in cui precedentemente i DP erano classificati sull'Asse II, distinto dai disturbi clinici di Asse I in virtù della loro natura cronica. Dopo un lungo dibattito sulla possibile introduzione di un nuovo modello ibrido categoriale-dimensionale e sulla potenziale eliminazione di alcuni disturbi, nella nuova edizione i DP sono stati ristampati *verbatim* all'interno di un capitolo distinto. Il modello alternativo, elaborato da Kruger e colleghi (2012), è stato comunque inserito nella sezione dedicata alle proposte ancora oggetto di ricerca e concettualizza i DP come contraddistinti da compromissione del Sé (aree «Identità» o «Autodirezionalità») e interpersonale (aree «Empatia» e «Intimità»), così come da un profilo di tratti appartenenti a 5 domini, che possono essere visti come la variante patologica dei *Big Five* (Thomas et al., 2013; Widiger e Costa, 1994; Widiger, Costa e McCrae, 2013).

I disturbi di personalità costituiscono una classe psicopatologica eterogenea, il che ha reso particolarmente difficile lo studio della loro eziologia. A complicare la ricerca sui correlati e sui precursori biologici, temperamentali e anamnestici, si aggiunge il fatto che i DP siano diagnosticati in comorbidità nel 40-60% dei pazienti con altri disturbi mentali, evidenza che fa di loro la più frequente tra tutte le diagnosi psichiatriche (Shiner e Allen, 2013), ma rende particolarmente arduo discriminare i fattori di rischio specifici. Nonostante ciò, la letteratura indica che i disturbi di personalità risultano associati a polimorfismi genetici, stili educativi eccessivamente punitivi o lassisti, conflitti genitoriali, pattern di attaccamento insicuri o disorganizzati, basso livello socioeconomico e psicopatologia di uno o entrambi i genitori (si veda la review di Tackett et al., 2009). In particolare, il trauma in età di sviluppo è emerso come un fattore eziologico preponderante: ad esempio, i tassi di maltrattamento, abbandono e gravi inadeguatezze genitoriali si sono rivelati significativamente più alti nei disturbi di personalità rispetto ai gruppi di controllo, con una percentuale superiore al 70% di pazienti che riporta molteplici forme di abuso durante l'infanzia (Battle et al., 2004). Senza voler suggerire un'ottica rigidamente deterministica, è comunque possibile leggere le

difficoltà presentate dai pazienti con DP alla luce di quanto detto finora rispetto all'esposizione ad ambienti cronicamente traumatizzanti, che appunto tendono a tradursi, tra le altre cose, in una cronica incapacità di modulare le emozioni, difficoltà nello stabilire confini relazionali sani, sospettosità, impulsività, evitamento e frequente ricorso a comportamenti etero e autodistruttivi. Sebbene alcune evidenze suggeriscano che il trauma in generale, e l'abuso in particolare, rappresentino dei fattori di rischio specifici per tutti i DP (Fossati, Madeddu e Maffei, 1999), in questo capitolo verranno esplorati quei disturbi di personalità che sono risultati più solidamente correlati con le esperienze traumatiche, evidenziandone caratteristiche cliniche e ipotesi eziologiche.

Trauma e disturbo borderline di personalità

Appartenente al cluster B dei disturbi di personalità (drammatico/eccentrico), il disturbo borderline di personalità (DBP) rappresenta uno dei disturbi più complessi in questa categoria nosografica, nonché senza dubbio quello che ha ricevuto maggiore attenzione dalla letteratura scientifica. Il DBP è caratterizzato da un pattern pervasivo di instabilità che riguarda la regolazione delle emozioni, le relazioni interpersonali, l'immagine di sé e degli altri e il controllo degli impulsi (Lieb et al., 2004; Skodol et al., 2002). Nei pazienti con disturbo borderline, è comune riscontrare rapide fluttuazioni tra periodi di eutimia e di intensa disperazione, accompagnati da paura dell'abbandono e del rifiuto, profondi sentimenti di vuoto e di solitudine, comportamenti autodistruttivi e ideazione suicidaria. Possono essere inoltre presenti sintomi psicotici transitori, tra cui pensiero paranoide delirante e allucinazioni, e fenomeni dissociativi, soprattutto in situazioni stressanti (APA, 2014). Il DBP continua a essere al centro della clinica e della ricerca sui disturbi di personalità per una molteplicità di ragioni, tra cui la sua elevata prevalenza (dati epidemiologici indicano 1,6-5,9% nella popolazione generale; 9,3-10% in ambito ambulatoriale; 20-25% in ricovero o day-hospital; si vedano, Leichsenring et al., 2011; Skodol, 2015), il significativo rischio suicidario (Courtney-Seidler, Klein e Miller, 2013; Gunderson, 2009), la comorbidità con altri disturbi psichiatrici, in particolare abuso di sostanze e disturbi alimentari, il ripetuto uso di trattamenti intensivi e il drammatico impatto di questa patologia in termini sociali, economici e di sofferenza personale (Gratz e Roemer, 2008; Leichsenring et al., 2011; Lenzenweger et al., 2007).

La relazione tra disturbo borderline e traumi infantili è stata largamente documentata da numerosi studi. Più di 25 anni fa, Judith Herman pubblicò uno studio ormai classico che mostrava elevati tassi di esposizione a traumi precoci in persone con DBP: nel campione preso in esame, il 71% era stato abusato fisicamente, il 67% sessualmente e il 62% aveva assistito ripetutamente a episodi di violenza domestica. In questo studio, inoltre, episodi di abuso molto precoci, cioè prima dei 6 anni, rappresentavano un elemento distintivo dei pazienti borderline rispetto a quelli con altri disturbi di personalità (Herman, Perry e van der Kolk, 1989). Dati sperimentali più recenti hanno indicato che storie di abuso infantile, soprattutto sessuale, sono particolarmente comuni in persone con questo disturbo, con percentuali che variano tra il 40% e il 76% a seconda degli studi (Crowell, Beauchaine e Linehan, 2009) e che sembra esserci una relazione *dose response* tra durata dell'abuso, da una parte, e gravità e cronicità dei sintomi borderline, dall'altra (Sansone, Songer e Miller, 2005). Altri studi hanno inoltre tentato di individuare delle associazioni tra particolari caratteristiche dell'abuso sessuale e il rischio di sviluppare il disturbo borderline; è stato mostrato, ad esempio, che le donne che avevano subito abusi sessuali infantili con penetrazione presentavano sintomi di DBP in misura maggiore rispetto a chi aveva subito un abuso che non prevedeva rapporti sessuali completi (si veda, ad esempio, Luthra et al., 2009). Come sintetizzato da una recente review sull'argomento (McIntosh, Godbout e Dubash, 2015), la ricerca sulla relazione tra trauma infantile e DBP può essere suddivisa in tre categorie principali.

1. *Studi che ipotizzano una relazione bivariata tra trauma infantile e diagnosi di DBP.* Questa linea di ricerca, iniziata negli anni Novanta, ha esplorato la relazione tra prevalenza di abuso infantile, soprattutto di tipo sessuale e valutata tramite metodi self-report, e la presenza di sintomatologia o diagnosi borderline in età adulta, in gran parte utilizzando disegni trasversali e modelli correlazionali. Questi studi hanno consentito di gettare luce sull'anamnesi traumatica di soggetti borderline in una varietà di contesti, tra cui in popolazioni ospedalizzate (Bradley, Jenei e Westen, 2005), residenti nella comunità (Golier et al., 2003) e adolescenziali (Rogosch e Cicchetti, 2005). Oltre al già citato legame tra abuso sessuale e disturbo borderline, alcune di queste pubblicazioni si sono concentrate sull'impatto di altre forme di esperienze traumatiche — evidenziando, ad esempio, un'alta percentuale (92%) di trascuratezza — che hanno portato gli autori a concludere che i sopravvissuti che sviluppavano il DBP in generale fossero cresciuti in ambienti familiari estremamente caotici, caratterizzati

da una co-occorrenza di abusi emotivi, fisici e sessuali (Zanarini et al., 1997). Nonostante il ruolo dell'abuso infantile come importante fattore eziologico per lo sviluppo del DBP sia stato confermato anche da studi prospettici longitudinali (si veda, Johnson et al., 2006), questa linea di ricerca è stata criticata per alcune debolezze metodologiche e per aver considerato un modello eziopatogenico eccessivamente semplicistico.

2. *Studi che ipotizzano una relazione multivariata tra diversi tipi di trauma e diagnosi di DBP.* Gli studi di questo tipo hanno impiegato modelli esplicativi più complessi che comprendessero non solo l'impatto dei diversi tipi di abuso, ma che controllassero anche altre possibili variabili potenzialmente confondenti, ad esempio altre caratteristiche dell'ambiente familiare o la presenza di comorbidità psichiatriche. Alcuni di questi studi hanno riportato risultati contrastanti. Ad esempio, in un lavoro longitudinale di Widom, Czaja e Paris (2009), l'abuso infantile perdeva il suo effetto diretto sullo sviluppo del DBP quando venivano inserite nell'analisi multivariata altre variabili familiari; in una metanalisi di Fossati, Madeddu e Maffei (1999), risultava avere solo un effetto moderato; mentre in Afifi et al. (2011), i diversi tipi di abuso, in particolar modo quello sessuale, rimanevano significativamente predittivi di DBP anche dopo aver tenuto in considerazione lo status socioeconomico, lo status coniugale dei genitori, il livello di istruzione e la comorbidità con i disturbi dell'ex Asse I. In generale, i risultati degli studi che hanno utilizzato analisi multivariate hanno permesso di gettare luce su alcuni aspetti della relazione tra abuso infantile e disturbo borderline, ma allo stesso tempo hanno fatto emergere ulteriori domande, ad esempio se sia possibile o meno stabilire traiettorie tra particolari tipi di trauma e determinati esiti, quale sia il peso relativo dell'abuso in un'ottica multifattoriale e se altre caratteristiche delle esperienze traumatiche, come la relazione con il perpetratore, siano o meno significative.
3. *Studi sui meccanismi alla base della relazione tra trauma infantile e sviluppo del DBP.* Si tratta della linea di ricerca più recente e tuttora in corso, che, seppur adottando premesse teoriche diverse a seconda degli autori, è generalmente caratterizzata da modelli esplicativi che prendono in considerazione effetti di mediazione e moderazione. Fanno parte di questo filone queglii studi che hanno esplorato il ruolo dei deficit nella regolazione emotiva, dovuti a una crescita in ambienti familiari non ottimali (Linehan, 2011; Van Dijke et al., 2010); quello dei fattori genetici e dei tratti di personalità patologici (Distel et al., 2008; Paris, 2004) e quello dello stile di attaccamento e della mentalizzazione (Fonagy e Bateman, 2007).

In altre parole, un elemento comune di questi studi è stato il tentativo di spiegare la genesi del disturbo borderline, e in alcuni casi anche degli altri disturbi di personalità, non solo rispondendo alla domanda su *cosa* causi il consolidarsi di questi pattern patologici, ma anche sul *come*. Nonostante alcune divergenze rispetto a quali siano gli elementi in grado di spiegare al meglio la relazione esistente tra abuso infantile e DBP, la maggior parte dei modelli più comunemente impiegati riconosce l'importanza di adottare un'ottica multicausale, che si basa sulla necessità di studiare ulteriormente il modo in cui una vulnerabilità ereditaria interagisce con fattori di rischio ambientale, tra cui i traumi precoci.

Modelli teorici del DBP e relazione con il PTSD complesso

Una delle teorie per spiegare l'insorgenza del DBP che è stata delineata con maggiore chiarezza è certamente la *teoria biosociale*, elaborata da Marsha Linehan a partire dal 1993. Secondo questa teoria, il DBP è primariamente un disturbo della risposta affettiva, che fa sì che gli individui borderline presentino:

- un'ipersensibilità emotiva
- una scarsa capacità di regolare le emozioni intense
- difficoltà o lentezza nel ritornare a una *baseline* emotivo-affettiva.

L'aspetto biologico determina la predisposizione genetica alla vulnerabilità emotiva; tra i correlati biologici proposti si annoverano, tra gli altri, variazioni dei geni coinvolti nei sistemi della serotonina, dopamina, vasopressina e noradrenalina, così come deficit nel sistema nervoso centrale (soprattutto nel circuito frontolimbico; si vedano, ad esempio, Davidson, Putnam e Larson, 2000; Mann, 2003) e nel sistema nervoso autonomo (Beauchaine et al., 2001). Questa vulnerabilità su base biologica interagisce con quello che Marsha Linehan definisce «un ambiente invalidante», ossia un contesto familiare che rifiuta o punisce l'espressione delle emozioni e dei pensieri del bambino. Un ambiente può risultare invalidante a causa della povertà dell'adattamento (*poorness of fit*) con gli aspetti temperamentali del bambino, oppure nei casi in cui si presenta almeno una delle diverse forme di abuso e/o di trascuratezza, tra cui appunto l'abuso sessuale. Secondo la teoria biosociale, pertanto, l'abuso sessuale rappresenta la più grave forma di invalidazione che si può presentare durante l'infanzia. L'abuso sessuale, oltre a essere di per sé un fattore ambientale di stress, può ulteriormente compromettere la vulnerabilità fisiologica alla disregolazione emotiva. Le

transazioni bidirezionali tra la componente biologica e quella ambientale traumatica si rinforzano reciprocamente e fanno sì che in adolescenza si presentino delle costellazioni di comportamenti e affetti disregolati, a loro volta rinforzati dalle risposte evocate dall'ambiente interpersonale e che, pertanto, finiscono per cristallizzarsi.

In tale ottica, la teoria spiega anche la presenza di comportamenti autodistruttivi (condotte autolesionistiche, assunzioni di sostanze d'abuso, tentativi di suicidio, comportamenti bulimici, ecc.), così comuni nei pazienti con disturbo borderline. Infatti, se è vero che un'esperienza traumatica grave e prolungata durante i primi anni di vita cronicizza l'incapacità di modulare le emozioni, i sopravvissuti possono iniziare a mettere in atto tali comportamenti come dei tentativi di soluzione, seppur disadattivi, alla sofferenza sperimentata. Su questa lettura della patologia si basa il modello di trattamento *evidence based* ideato dall'autrice: la terapia dialettico-comportamentale (*Dialectical Behavioural Therapy*, DBT).

Un'altra caratteristica frequentemente riscontrabile nelle persone con DBP è rappresentata dalle difficoltà nelle relazioni intime, che risultano strettamente legate al trauma precoce. Come accade a molti individui precocemente vittimizzati, queste persone tendono a riattivare lo scenario traumatico nella vita attuale, sentendosi, di volta in volta, aggredite, attaccate, abusate, terrorizzate, colpevoli, arrabbiate o angosciate. L'esperienza dell'abuso determina l'alternanza di atteggiamenti di dominanza e sottomissione nelle relazioni, per cui la persona passa, anche molto rapidamente, dall'assumere una posizione di potere a una di arrendevolezza, in cui sperimenta, ad esempio, paura/disgusto/mancanza di speranza, oppure da una posizione di idealizzazione dell'altro e di ricerca di prossimità a una opposta di svalutazione e rifiuto. In termini di credenze, è necessario sottolineare che, nei pazienti con DBP, l'aspettativa che il mondo sia un posto malevolo e caratterizzato da privazioni sembra essersi instaurata, e poi radicata, proprio a partire dalla ripetizione degli abusi sessuali infantili, cioè sarebbe scaturita da una violazione di quella che è stata definita «fiducia epistemica nel prossimo», che porterebbe a uno stato di *ipervigilanza epistemica* (Fonagy, Luyten e Allison, 2015).

Sia la pratica clinica sia la ricerca hanno mostrato l'esistenza di una stretta associazione tra DBP e PTSD complesso. In particolare, è stato stimato che i pazienti con disturbo borderline soddisferebbero i criteri per il PTSD tra il 56% e il 76% dei casi (Heffernan e Cloitre, 2000; Yen et al., 2002; Zlotnick et al., 2003) e che la presenza di questa comorbidità abbia un impatto significativo sulla presentazione clinica, il funzionamento e i

pattern comportamentali dei pazienti. Ad esempio, lo studio di Harned e collaboratori (2010) ha mostrato che donne con PTSD e DBP, rispetto a donne con diagnosi di DBP ma senza PTSD, presentavano una maggiore frequenza di atti intenzionali di autolesionismo, in particolare in presenza di *trigger* legati al trauma, di flashback, incubi e pensieri sull'abuso sessuale subito, e un numero più elevato di approcci e contatti sessuali indesiderati nel corso della loro vita.

Come menzionato nel capitolo 2, da un punto di vista sintomatologico il disturbo borderline presenta notevoli sovrapposizioni con il PTSD complesso, il che ha portato a un lungo dibattito sull'utilità di mantenere le due diagnosi come distinte, soprattutto in vista del riconoscimento ufficiale della seconda da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Alcuni autori, infatti, hanno messo in dubbio che il DBP sia la diagnosi più appropriata per descrivere le difficoltà dei sopravvissuti ad abusi sessuali infantili, che potrebbero essere più correttamente lette, invece, in un'ottica di traumatizzazione complessa (Herman, 2005; Pearlman, 2001; Roth et al., 1997; van der Kolk et al., 2005). I sostenitori di questa posizione hanno, inoltre, affermato che ciò spiegherebbe perché il DBP nel 75% dei casi sia diagnosticato nelle donne (APA, 2014), vista la più elevata percentuale di abusi, in particolar modo sessuali, nei confronti del sesso femminile (Herman e van der Kolk, 1987; Skodol e Bender, 2003). Altri hanno sottolineato che il DBP rappresenta una diagnosi controversa, la cui attendibilità e validità come entità diagnostica non sarebbero adeguatamente supportate empiricamente (Becker, 2000; Gunderson e Links, 2009), e che è inevitabilmente accompagnato da connotazioni negative tanto nella mente dei clinici quanto a livello sociale. Ciò porta con sé un elevato rischio di stigmatizzazione nei confronti di persone che già sono state sottoposte a ripetute ingiustizie e maltrattamenti, ma potrebbe anche inficiare la loro motivazione a iniziare a impegnarsi in terapia, se troppo a lungo etichettati come incurabili o estremamente difficili da trattare.

Dall'altro lato del dibattito, la proposta di riconcettualizzare il DBP come una forma complessa di PTSD è stata criticata come eccessivamente semplicistica da autori quali Goodman e Yehuda (2002), che hanno sottolineato come tale lettura confonda i concetti di causazione e di rischio. Se è vero, infatti, che una storia di traumi infantili, soprattutto sessuali, aumenta il rischio di sviluppare il DBP in età adulta, questa non costituisce un fattore causale, né necessario, né sufficiente per l'emergere della patologia. In altre parole, secondo gli autori, accettare una totale sovrapposizione del DBP e del PTSD complesso significherebbe porre un'eccessiva enfasi sul trauma

infantile come causa primaria del DBP, trascurando gli altri elementi coinvolti in una lettura eziologica multifattoriale, come ad esempio gli aspetti biologici e temperamentali (Lewis e Grenyer, 2009). Da un punto di vista clinico e diagnostico, come è stato esplorato nei vari capitoli di questo volume, non tutti i sopravvissuti a traumi infantili sviluppano un quadro sintomatologico assimilabile al DBP e, viceversa, non in tutti i casi di DBP è presente un trauma pregresso. Da un punto di vista statistico, Cloitre e colleghi (2014) hanno utilizzato un'analisi delle classi latenti (una tipologia di analisi fattoriale) sui sintomi riportati da 280 donne con una storia di traumi infantili, al fine di determinare se le categorie sottostanti estrapolate fossero coerenti con la suddivisione tra PTSD, PTSDc e DBP. Lo studio ha permesso di identificare quattro gruppi distinti:

1. un gruppo con sintomatologia bassa o moderata;
2. un gruppo con alti livelli di sintomi di PTSD e bassi livelli di sintomi di PTSD complesso;
3. un gruppo con sintomi prevalenti di PTSDc e scarse caratteristiche borderline;
4. un gruppo solamente con sintomi di DBP.

I sintomi che risultavano fortemente predittivi della categoria puramente borderline erano la paura dell'abbandono e gli sforzi disperati per evitarlo, un senso di sé instabile, la tendenza a instaurare relazioni intese e caotiche e l'impulsività. Questi risultati suggeriscono che, nonostante le significative sovrapposizioni, la distinzione tra le diagnosi rimane clinicamente e concettualmente utile.

Su questo tema, come proposto da Mosquera, Gonzalez e Leeds (2014), ancora una volta è utile far riferimento alla teoria della dissociazione strutturale della personalità: se infatti, secondo questa prospettiva, il PTSD «semplice» sarebbe il risultato di una dissociazione strutturale primaria (una ANP – *Apparently Normal Personality* e una EP – *Emotional Personality*), ciò che accomunerebbe il DBP e il PTSD complesso sarebbe la presenza di dissociazione strutturale secondaria (una ANP più EP) che, nel caso del borderline, spiegherebbe la rapida alternanza tra pattern comportamentali, emozionali e di attaccamento così radicalmente opposti. Nello specifico, lo stile di attaccamento disorganizzato caratteristico di alcuni pazienti borderline potrebbe essere descritto come un'oscillazione tra un bisogno estremo di vicinanza (parte fissata sulla difesa del pianto d'attaccamento) e l'evitamento dell'intimità (fobia dell'attaccamento). I sentimenti cronici di vuoto riportati da molti pazienti borderline (criterio 7 del DBP) sarebbero parte

dell'esperienza dell'ANP: come suggerisce la dicitura stessa, la «normalità» di questa parte è solo apparente, ed è resa possibile da strategie di distacco, ottundimento affettivo e amnesia completa o parziale del trauma. Come abbiamo già detto, all'ANP è affidata la responsabilità di funzionare nel quotidiano, cercando di evitare contenuti ed emozioni connessi al trauma, ma senza avere la capacità di integrare adeguatamente la rabbia, che invece è stata compartimentalizzata nell'EP. Quando questi elementi dissociati riemergono, possono essere esperiti come sintomi intrusivi dall'ANP: allucinazioni uditive, pensieri ed emozioni non riconosciuti come propri vengono comunemente interpretati come ideazione paranoide o sintomi dissociativi legati allo stress (criterio 9), mentre le modalità difensive di attacco dell'EP si manifestano in scoppi di rabbia incontrollata, reattività dell'umore, impulsività e comportamenti autodistruttivi (criteri 4, 5, 6 e 8).

Infine, il disturbo borderline può essere collocato in una posizione intermedia dello spettro post-traumatico che va dalle manifestazioni acute e «semplici» al disturbo dissociativo dell'identità, per cui le alterazioni dell'identità (criterio 3) non sarebbero altro che l'espressione di una sottostante frammentazione della personalità.

In sintesi, come concludono MacIntosh e colleghi (2015), è ragionevole affermare che il DBP può essere considerato sia un disturbo di personalità sia un disturbo dello spettro post-traumatico, ma che sono comunque necessari ulteriori studi che esplorino i fattori transdiagnostici comuni a PTSD, PTSD complesso e DBP al fine di districare le complesse traiettorie che collegano il trauma infantile, i tratti ereditari e lo sviluppo delle varie forme di psicopatologia in età adulta.

Trauma e disturbo evitante di personalità

Il disturbo evitante di personalità (DEP), classificato nel *DSM-5* come appartenente al cluster C (ansioso/inibito) e denominato disturbo ansioso di personalità nell'*ICD-10*, è una patologia caratterizzata da un pattern cronico e pervasivo di pensiero e comportamento che tende all'evitamento del contatto interpersonale, sia intimo sia superficiale, che però coesiste con un desiderio di entrare in relazione (Stravynski, Elie e Franche, 1989). Nel paziente con DEP, tale evitamento è dovuto a una marcata sensibilità interpersonale che si manifesta come un'intensa paura di essere rifiutato, deriso o disapprovato, così come una scarsa tolleranza alle critiche. L'evitamento finisce per compromettere significativamente il funzionamento

La clinica del trauma semplice e complesso

Alleanza terapeutica con il paziente traumatizzato

La clinica del trauma è un campo per alcuni versi ancora aperto all'esplorazione, per cui la scelta del trattamento da adottare deve essere innanzitutto guidata da un'attenta valutazione del paziente e da un accordo sulla formulazione e gli obiettivi terapeutici tra paziente e terapeuta. In letteratura, l'insieme dell'accordo sugli obiettivi del trattamento, la collaborazione nei compiti e il legame emotivo tra clinico e paziente è comunemente definito «alleanza terapeutica» (Bordin, 1979), elemento che è risultato consistentemente associato con l'efficacia della terapia, indipendentemente dall'orientamento teorico, dalla presentazione clinica e dal livello iniziale di gravità della sintomatologia (Goldsmith et al., 2015; Martin, Garske e Davis, 2000). Tuttavia, la capacità di impegnarsi nella formazione e nel mantenimento di una relazione è uno degli aspetti che di solito risulta compromesso nei pazienti traumatizzati, soprattutto se gli antecedenti dei sintomi sono di natura interpersonale (Dorahy et al., 2009a). Paradossalmente, la guarigione dal trauma semplice e complesso avviene proprio nel contesto di una relazione di fiducia, che rende possibile non solo il lavoro sui sintomi, ma anche l'elaborazione delle esperienze dolorose e l'inizio di una nuova progettualità rispetto al futuro, compresa la capacità di costruire nuove relazioni (Herman, 2005).

Nonostante la centralità che l'alleanza terapeutica riveste nella clinica del trauma, le sue determinanti e connessioni con l'esito del trattamento dei sopravvissuti non sono ancora state pienamente esplorate. In uno studio di Reynolds e colleghi (2017) su un campione di pazienti con PTSD con caratteristiche complesse, le strategie di coping, come la maggiore accettazione e l'uso del supporto emotivo e pratico, sono risultate i più forti predittori della qualità della relazione terapeutica, con effetti al di sopra di fattori psicologici quali lo stile di attaccamento e l'alessitimia. Inoltre, la variabile «bisogno di approvazione», che rappresenta un indicatore di una tendenza verso uno stile di attaccamento insicuro, risultava associata con l'adozione di strategie di coping disadattive (ad esempio, distrazione, evitamento, uso di sostanze, comportamenti di disimpegno, autocolpevolizzazione) che ostacolavano la relazione terapeutica. Alcuni autori hanno suggerito che la presenza di dissociazione possa rappresentare un importante impedimento per la formazione della relazione terapeutica: i tentativi di avvicinamento da parte del terapeuta possono rappresentare dei *trigger* che attivano risposte difensive nel paziente, tra cui sintomi dissociativi, i quali a loro volta interrompono la connessione clinico-paziente e l'accesso di quest'ultimo alla propria esperienza interiore (Gedo, 2014). Viceversa, la presenza di una solida alleanza terapeutica è associata a minori sintomi dissociativi (Cronin, Brand e Mattanah, 2014). Non sorprende, infatti, che i sopravvissuti con una storia di abusi sessuali infantili sembrino riportare pattern di alleanza più variabili nel corso del trattamento o possano percepire la propria relazione con il clinico come più instabile rispetto ad altri pazienti (McLaughlin et al., 2014), sebbene altri dati abbiano mostrato che la presenza di abuso sessuale in anamnesi non è predittiva di livelli più bassi di alleanza nelle prime fasi del trattamento (Keller, Zoellner e Feeny, 2010). Inoltre, l'alleanza terapeutica sembrerebbe seguire dei pattern diversi in vittime di violenza politica a seconda dei loro stili di attaccamento (Kanninen, Salo e Punamäki, 2000): nel *gruppo sicuro-autonomo* si riscontrava un calo dell'alleanza a metà trattamento, che poi tornava ai livelli iniziali verso la fine; un pattern simile caratterizzava il *gruppo insicuro-preoccupato*, con la differenza che il picco verso la conclusione del trattamento era più netto e improvviso; infine, nel *gruppo insicuro-disimpegnato* non si osservavano cambiamenti tra l'inizio e la metà del percorso, mentre alla fine si riscontrava un significativo calo nella misura di alleanza.

Un'altra importante questione è se l'impatto positivo della relazione terapeutica sugli esiti del trattamento si estenda anche ai pazienti con disturbi post-traumatici, coerentemente con quanto osservato in altre diagnosi, e

quale sia il suo contributo specifico nel promuovere il successo della terapia. I risultati di uno studio di Cloitre e colleghi (2004) hanno supportato l'ipotesi che una buona alleanza terapeutica precoce fosse predittiva di una più significativa riduzione nei sintomi di PTSD secondario ad abuso sessuale infantile — in questo caso in un gruppo di donne che stava seguendo un trattamento cognitivo-comportamentale. Inoltre, la relazione tra alleanza e successo della terapia era mediata da un miglioramento nella capacità di regolare gli stati affettivi negativi evocati durante gli interventi di esposizione (si veda il paragrafo successivo, *Trattamento della traumatizzazione «semplice»: la terapia cognitivo-comportamentale centrata sul trauma*), indicando che il contributo del clinico nel facilitare la regolazione emotiva potesse essere uno dei meccanismi esplicativi. In uno studio più recente, due elementi specifici dell'alleanza terapeutica — la fiducia verso il clinico e la percezione che altre persone nella vita del paziente supportassero il suo coinvolgimento in terapia — mediavano la relazione tra problemi interpersonali all'inizio del trattamento e riduzione di sintomi dissociativi alla fine, in particolare in un campione di donne vittime di abusi sessuali infantili e multiple traumatizzazioni successive (Lawson, Stulmaker e Tinsley, 2017).

Infine, sviluppare una buona alleanza terapeutica nelle fasi precoci del trattamento del PTSD è risultato associato a una migliore compliance (ad esempio, lo svolgimento dei compiti a casa) e a tassi più elevati di completamento (Keller, Zoellner e Feeny, 2010), oltre a interagire con gli effetti specifici degli interventi cognitivo-comportamentali centrati sul trauma nel determinare la riduzione dei sintomi post-traumatici (Ormhaug et al., 2014).

Sebbene dal punto di vista empirico siano necessari ulteriori studi, i dati finora disponibili confermano le osservazioni di molti clinici che lavorano con individui traumatizzati: promuovere la formazione di una relazione di fiducia, sicurezza e vicinanza emotiva tra paziente e terapeuta è cruciale nel trattamento del trauma, in particolare se si adottano interventi TCC, una forma di terapia basata sulla collaborazione e l'attiva partecipazione del paziente.

Trattamento della traumatizzazione «semplice»: la terapia cognitivo-comportamentale centrata sul trauma

Nei casi in cui il paziente presenti il PTSD nella sua forma semplice, quindi con sintomi nelle aree della risperimentazione, dell'iper-arousal, dell'evitamento e delle alterazioni emotive e cognitive che persistono per più

di un mese, gli interventi cognitivo-comportamentali centrati sul trauma rappresentano la tipologia di trattamento *evidence-based* di elezione (Simblett et al., 2017). La terapia cognitivo-comportamentale (TCC) centrata sul trauma, o *Trauma-focused Cognitive Behavioral Therapy* (TF-CBT), è infatti l'approccio terapeutico più largamente utilizzato e studiato per quei pazienti che hanno subito un trauma relativamente circoscritto nel tempo, anche se, come verrà discusso più avanti, la sua efficacia non si limita a questa popolazione. L'obiettivo principale della TCC centrata sul trauma è aiutare il paziente a identificare e modificare i pattern distorti di pensiero riguardanti se stesso, l'evento traumatico e il mondo, insegnando inoltre a gestire l'ansia e le emozioni negative, allo scopo di ridurre i sintomi persistenti di iperattivazione e intrusione e rompere il circolo dell'evitamento. Gli interventi cognitivo-comportamentali impiegati sono basati prevalentemente sull'esposizione a diversi aspetti legati all'esperienza traumatica, tesa a favorire l'abituazione, ossia la riduzione dell'ansia, della risposta di allarme e di altre reazioni disadattive in presenza di *trigger* del trauma, e il processamento dell'informazione relativa alla memoria traumatica, che consente una nuova elaborazione e l'incorporazione di un'alternativa maggiormente funzionale (Bisson et al., 2013). Sebbene la TF-CBT rappresenti una «famiglia» di tecniche utilizzabili in maniera flessibile e, quando necessario, integrabili con altri approcci, in questa sede si è scelto di iniziare la trattazione della clinica del trauma con i due protocolli standard, ossia il protocollo di *esposizione prolungata* di Foa e collaboratori (2007) e il modello di trattamento di Ehlers e Clark (2000; 2008).

Il protocollo di esposizione prolungata (*Prolonged Exposure Therapy*, PE) è stato messo a punto da Edna Foa e dal suo gruppo di ricerca nell'ultimo decennio, ma le premesse teoriche su cui si basa erano state formulate già negli anni Ottanta e applicate ai disturbi d'ansia con il nome di *Teoria dell'elaborazione emotiva* (Foa e Kozak, 1986); sono state in seguito adattate al PTSD (Foa, Steketee e Rothbaum, 1989). Gli autori hanno proposto l'esistenza, nella memoria a lungo termine degli individui traumatizzati, del cosiddetto circuito della paura, o *fear network*, che comprende: a) lo stimolo informativo circa l'evento traumatico; b) l'informazione rispetto alle reazioni cognitive, comportamentali e psicofisiologiche di fronte all'evento; c) l'informazione che collega tali associazioni stimolo-risposta. Secondo Foa e Kozak (1986), l'attivazione del circuito della paura diventa patologica quando le risposte fisiologiche e di fuga/evitamento sono evocate anche da stimoli non minacciosi, quando tali sintomi interferiscono con il funzionamento adattivo e quando ulteriori elementi dell'ambiente cominciano

a essere interpretati come pericolosi. Il meccanismo alla base dei sintomi del PTSD, dunque, sarebbe proprio l'attivazione ripetuta del *fear network* collegato al trauma a seguito di specifiche stimolazioni (ad esempio, ricordi del trauma o altri elementi a esso associati), che fa sì che l'informazione del circuito irrompa nel piano della consapevolezza, producendo così i pensieri intrusivi, gli incubi, i flashback e l'iperattivazione. Pertanto, i sintomi di evitamento, sia sul piano comportamentale che su quello emotivo nella forma di ottundimento, rappresentano dei tentativi di gestire le intrusioni e l'attivazione. L'evitamento viene mantenuto mediante un processo di rinforzo negativo, in quanto consente all'individuo di gestire l'ansia e le emozioni negative nel breve termine. Tuttavia, nel lungo termine, l'evitamento finisce per ostacolare l'elaborazione emotiva della memoria traumatica e pertanto contribuisce a consolidare la patologia post-traumatica.

In quest'ottica, una risoluzione positiva del trauma sarà possibile solo tramite l'integrazione dell'informazione contenuta nel *fear network* con le strutture mnemoniche preesistenti dell'individuo. Ciò avviene innanzitutto attivando il *fear network* in maniera ripetuta e controllata in situazioni sicure, in modo tale che diventino disponibili al paziente nuove informazioni che contraddicano quelle legate al trauma. In tal modo, l'intera struttura mnemonica perderà il suo potenziale «attivante» per la persona ed entrerà a far parte della narrativa autobiografica dell'individuo. Proprio a tale scopo, è stato elaborato il protocollo della PE, che prevede una serie di 10-15 sedute a cadenza settimanale o bisettimanale della durata di circa 90 minuti ciascuna e include i seguenti interventi.

– *Psicoeducazione sul trauma*: un elemento comune a tutte le terapie cognitivo-comportamentali è quello di includere una fase psicoeducativa iniziale tesa a informare il paziente sulle modalità in cui le difficoltà che esperisce siano sorte, si siano mantenute nel tempo e si manifestino nel presente. Nel caso del trauma, il terapeuta condividerà con il paziente informazioni sulle più comuni conseguenze emotive del trauma, ad esempio i sentimenti di colpa, vergogna, disgusto, paura, rabbia e tristezza, così come quelle cognitive, quali intrusioni di immagini sgradevoli e violente, convinzioni negative su di sé e sul significato dell'evento. È inoltre particolarmente utile dedicare una sezione alla fisiologia delle reazioni post-traumatiche, ovviamente in un linguaggio facilmente accessibile al paziente. Questo tipo di psicoeducazione è particolarmente di aiuto perché contribuisce a normalizzare le difficoltà esperite dal paziente; quest'ultimo, infatti, spesso interpreta i sintomi del PTSD come segni di pazzia incipiente, o alcune delle reazioni fisiologiche al momento del trauma come indicatori

di debolezza, responsabilità o consenso. La psicoeducazione si può svolgere all'interno della seduta o al di fuori di essa, ad esempio fornendo dei materiali informativi (libri, brochure, siti Internet, forum, ecc.) da leggere e consultare come compito a casa. Infine, viene esplorato con il paziente il modo in cui l'evitamento, pur fornendo un sollievo temporaneo, in realtà agisca come meccanismo di mantenimento.

- *Breathing Retraining (BR)*: al paziente viene insegnata una serie di tecniche per imparare a controllare la propria respirazione e a indurre il rilassamento in caso di sintomi di iperattivazione. Molti sopravvissuti, infatti, hanno difficoltà a respirare «normalmente», cioè in maniera lenta, regolare, fluida e senza sforzo. Dei semplici cambiamenti nei pattern respiratori (ad esempio, prolungare la fase di espirazione) sono estremamente efficaci nel gestire i sintomi di ansia di fronte ai *trigger* del trauma, sia nella vita quotidiana sia in risposta agli interventi di esposizione. Possono inoltre essere utilizzati per riportare il paziente all'interno della finestra di tolleranza in prossimità della conclusione della seduta.
- *Esposizione in vivo e immaginativa*: l'esposizione viene utilizzata per accrescere il processamento emotivo degli eventi traumatici, aiutando i pazienti ad affrontare le memorie traumatiche e le situazioni associate ad esse. I pazienti, infatti, imparano che possono ricordare «in sicurezza» e tollerare la sofferenza evocata, poiché l'esposizione fa sì che essa decresca nel tempo. Il focus dell'esposizione prolungata può essere un singolo evento o più eventi traumatici, scelti in base alle caratteristiche individuali e alla storia del paziente. Nell'esposizione in vivo, la persona si confronta con situazioni della vita reale che evita per non sperimentare sofferenza e paura associate al trauma, come rivisitare il luogo dove è accaduto l'evento traumatico. Generalmente, al paziente viene chiesto di stabilire innanzitutto una gerarchia degli evitamenti, in cui le situazioni vengono classificate da quelle meno attivanti a quelle più disturbanti, ad esempio assegnando un punteggio SUD (*Subjective Unit of Distress*). Questa gerarchia verrà utilizzata per guidare le esposizioni in maniera graduale, partendo da quelle che il paziente si sente più pronto ad affrontare. Durante l'esposizione immaginativa, al paziente viene chiesto di rivisitare e raccontare più volte l'evento traumatico; tale narrazione può anche essere registrata e riascoltata al di fuori della seduta come compito a casa. Il confronto immaginario con l'evento favorisce l'elaborazione delle memorie traumatiche, aumenta la differenziazione tra il presente (ricordare) e il passato (vivere l'evento traumatico) e aiuta ad acquisire una prospettiva più realistica sul trauma (Foa, Hembree e Rothbaum, 2007). Inoltre, l'esposizione immaginativa

diminuisce la generalizzazione della paura dall'evento traumatico verso altre situazioni simili ma sicure, conduce all'abituazione, cioè fa sì che il ricordo non provochi più le stesse reazioni di ansia invalidante, e aiuta il paziente a tollerare le intense emozioni che emergono, acquisendo un maggiore controllo sull'esperienza traumatica, invece che sentirsi controllato da essa (Foa, Chrestman e Gilboa-Schechtman, 2008).

Un secondo protocollo largamente diffuso è quello basato sul modello di Ehlers e Clark (2000). Secondo questi autori, il PTSD può essere concettualizzato come un «disturbo della memoria», poiché i pazienti sperimentano sofferenza psicologica nel presente in risposta a un evento accaduto nel passato. Ciò è dovuto a tre principali meccanismi di mantenimento, ossia:

1. ridotta elaborazione dei ricordi
2. forte apprendimento associativo
3. forte *priming* percettivo.

Un ruolo di particolare importanza in questo modello è rivestito dalla valutazione cognitiva del trauma e delle sue sequele, definito *negative appraisal* (valutazione negativa), che include credenze maladattive su di sé («dovrei essere punito per aver lasciato che ciò mi accadesse»), sugli altri («le persone sono crudeli e mi feriranno»), sul mondo e sul futuro («non sarò mai più al sicuro»). A queste si accompagnano ulteriori credenze sull'evento traumatico, spesso visto come un punto di non ritorno, e sul PTSD in sé, talvolta interpretato come insormontabile o indicativo di una perdita di controllo sulle proprie reazioni e sulla propria persona.

In quest'ottica, il trattamento dei disturbi post-traumatici si baserà principalmente sul cambiamento delle strategie cognitive e comportamentali che il paziente utilizza per controllare la minaccia percepita e i sintomi, tra cui la ruminazione, l'ipervigilanza, i comportamenti protettivi e la dissociazione. A differenza del modello di Foa, in questo caso l'esposizione immaginativa e la narrazione scritta non vengono impiegate per aiutare il paziente ad abituarsi ai ricordi dolorosi, bensì vengono utilizzate per individuare i cosiddetti *hot spots*, letteralmente «punti caldi», ossia gli aspetti dell'evento traumatico giudicati come peggiori, che saranno poi l'obiettivo di tecniche di intervento specifiche.

In sintesi, il protocollo include le seguenti componenti (Ehlers e Clark, 2000; 2008; Ehlers, 2010):

- *fase di assessment* delle credenze, del tipo di trauma subito, delle caratteristiche del ricordo traumatico, delle strategie di coping adattive e disadattive, degli evitamenti e dei comportamenti protettivi;

- *psicoeducazione* sul trauma e sui meccanismi di mantenimento del PTSD, fase in cui si presenta anche il rationale per gli interventi di esposizione;
- *ristrutturazione cognitiva focalizzata sul trauma*, in particolare sulle credenze negative rispetto al trauma e alle sue conseguenze individuate durante la fase di assessment;
- *esposizione immaginativa ed elaborazione del ricordo traumatico*, in cui si individuano e si interviene sugli hot spot, si lavora sull'organizzazione e il completamento dei ricordi traumatici, così come sulle credenze alla base degli evitamenti e delle emozioni di colpa e vergogna;
- *ristrutturazione cognitiva focalizzata sul disturbo*, in cui si interviene per modificare le credenze negative sul PTSD sostituendole con altre più adattive e funzionali;
- *esposizione in vivo*, tesa a mettere alla prova le specifiche previsioni del paziente sui trigger del trauma (ad esempio, «se tornassi sul luogo del trauma sarei in pericolo di nuovo») e a ridurre l'ipervigilanza rispetto alle minacce;
- *miglioramento della qualità della vita*, mediante l'assegnazione di compiti a casa finalizzati a riprendere le attività che venivano evitate a causa del trauma.

Al di là degli specifici protocolli utilizzati, gli interventi cognitivo-comportamentali aiutano i pazienti con PTSD semplice a vedere il mondo come un luogo meno minaccioso, poiché sviluppano la capacità di differenziare l'evento traumatico da altri eventi simili, ma non pericolosi. I sopravvissuti acquisiscono gradualmente un maggior senso di sicurezza, dal momento che iniziano a considerare l'evento traumatico come qualcosa che si è verificato in uno specifico spazio e tempo, non più come qualcosa che si sta verificando nel qui e ora. Imparare a tollerare le emozioni intense associate al ricordo e la consapevolezza di saper gestire la memoria traumatica, infine, riducono il senso d'impotenza e la percezione di non avere risorse per fronteggiare l'intrusione indesiderata e improvvisa del vissuto traumatico.

Tuttavia, prima di procedere con l'elaborazione dei ricordi traumatici, è importante che il paziente abbia completato una prima fase di stabilizzazione (per un approfondimento, si veda il paragrafo *Trattamento della traumatizzazione complessa: il trattamento a più fasi*, in questo capitolo), cioè sia sufficientemente equipaggiato per gestire la sofferenza che, inevitabilmente, comporta il rivivere il trauma. Stabilizzare il paziente consiste sostanzialmente nell'aiutarlo a mantenersi al sicuro, ad esempio aumentando la sua capacità di inibire i comportamenti impulsivi e autolesivi, di astenersi dal consumo di alcol e droghe in caso di tossicodipendenza in comorbidità, di

mantenere un peso corporeo nella norma e un'alimentazione adeguata nel caso di disturbi alimentari e di rispettare un programma di sonno regolare. In generale, si può affermare che la fase di stabilizzazione mira ad ampliare la finestra di tolleranza, in modo tale da prevenire le risposte di iper-arousal o ipo-arousal durante la fase di rielaborazione del ricordo traumatico.

Poiché la presentazione clinica dei sopravvissuti è spesso caratterizzata da una molteplicità di difficoltà che compromettono diverse aree, nella TCC centrata sul trauma vengono integrate tecniche di gestione dello stress (ad esempio, rilassamento muscolare progressivo, protocolli basati sulla mindfulness), protocolli sui disturbi del sonno (diari del sonno, regole di igiene del sonno, ecc.), interventi di aumento dei livelli di attività, o *behavioral activation*, tra cui incremento dell'esercizio fisico, indicazioni sulla cura dell'alimentazione e skills per la gestione dei sintomi dissociativi (radicamento, distanziamento, aumento delle funzioni esecutive, ecc.).

La TCC centrata sul trauma è stata adattata a diverse popolazioni cliniche, tra cui i bambini e gli adolescenti (Cohen, Mannarino e Deblinger, 2016): una metanalisi di Morina e collaboratori (2016) ha mostrato che questa terapia risultava particolarmente efficace in età evolutiva anche se confrontata con diversi tipi di controlli (liste d'attesa e altri trattamenti). Inoltre, questi interventi sembravano apportare dei benefici in termini di cognizioni, ansia, sintomi depressivi e comportamentali anche nei bambini con sintomi ascrivibili al PTSD complesso, sebbene tali effetti fossero inferiori a quelli riscontrati nei bambini con PTSD semplice (Goldbeck et al., 2016).

La TCC centrata sul trauma, inoltre, ha prodotto degli effetti comparabili a quelli ottenuti con l'utilizzo della tecnica EMDR (Shapiro, 2013), che verrà approfondita in seguito. Mueser e collaboratori (2007) hanno mostrato l'efficacia, in termini di riduzione dei sintomi del PTSD e della depressione, di un protocollo di trattamento della durata di 21 settimane, che prevedeva addestramento al respiro, psicoeducazione, ristrutturazione cognitiva, apprendimento di strategie di coping sui sintomi e piano di prevenzione delle ricadute. Successivamente, è stato riscontrato (Mueser et al., 2008) che anche un protocollo che prevedeva unicamente interventi di ristrutturazione cognitiva, condotto su pazienti con PTSD e con diverse sintomatologie associate ad esso, era risultato più efficace del counseling psicologico. Infine, un'ulteriore declinazione del trattamento è stata quella in setting di gruppo: nello studio di Trappler e Newville (2007) sono stati indagati gli effetti di un programma di TCC di gruppo (della durata di 12 settimane) mirato all'incremento di fiducia, sicurezza e regolazione emotiva, nonché della capacità di identificazione dei trigger associati al trauma e alla

riduzione dei comportamenti disfunzionali. A seguito del trattamento è stato riscontrato un miglioramento nelle misure relative a ostilità, sospettosità, agitazione, tensione e controllo della rabbia.

Alla luce di queste considerazioni, è opportuno domandarsi quando sia indicato per il clinico utilizzare la TCC centrata sul trauma e quando, invece, risulti più appropriato optare per altri interventi specifici rivolti al trauma, come quelli che verranno trattati qui di seguito. In generale, un primo indicatore a favore dell'utilizzo di questa terapia è la presenza di sufficiente memoria dell'evento traumatico. Se è vero che, per definizione, i pazienti con PTSD e psicopatologia associata tendono ad avere difficoltà di accesso alle memorie traumatiche, l'amnesia non deve essere così pervasiva da impedire totalmente la narrazione, sia orale sia scritta, dell'esperienza traumatica, una delle componenti principali di questo approccio. Un secondo indicatore è rappresentato da relativa stabilità sintomatologica e tolleranza alle reazioni negative, poiché in alcuni casi si riscontra un temporaneo peggioramento dei sintomi quando si comincia a lavorare con i ricordi traumatici (Pitman et al., 1991; Tarrier et al., 1999). Infine, come accennato in precedenza, non è consigliabile procedere con interventi di esposizione con pazienti con un significativo rischio suicidario, gravi comportamenti autolesionistici, episodi recenti di violenza verso gli altri, sintomi psicotici nella fase acuta e presenza di grave dissociazione.

La DBT applicata al trauma

Oltre ai due approcci appena discussi, nel contesto del paradigma TCC è stato sviluppato un modello di trattamento *evidence-based* che può essere utilizzato quando il paziente presenta un disturbo di personalità secondario a una storia traumatica complessa oppure un PTSD in comorbidità con la patologia di personalità (Bohus et al., 2013). Si tratta della terapia dialettico-comportamentale o *Dialectical Behaviour Therapy* (DBT), un tipo di terapia che, come menzionato in precedenza, è stata messa a punto da Marsha Linehan negli Stati Uniti a partire dagli anni Novanta, sulla base della teoria biosociale da lei elaborata. La DBT originariamente nasce per il trattamento dei comportamenti suicidari e parasuicidari, in particolar modo come sintomi del DBP, ma costituisce un approccio in continua evoluzione che si è dimostrato efficace per una vasta gamma di problemi: al momento della scrittura di questo capitolo, si contano 30 studi randomizzati (*Randomized Controlled Trials*, RCT) in 19 setting indipendenti in 8 Paesi diversi e su 12 distinte popolazioni cliniche. Le popolazioni in questione