

REVIEW

Psicoterapia del Trauma e Intervento Blended: Un'ipotesi di modello integrato

Veronica Rosa¹, Luana Zaira Ruggiero¹, Olimpia Armenante¹, Caterina Santonicola²,
Antonio Iannazzo¹

¹ A.S.P.I.C. - Associazione per lo Sviluppo Psicologico dell'Individuo e della Comunità

² SiPGI - Postgraduate School of Integrated Gestalt Psychotherapy, Torre Annunziata, Napoli (Italia)



Citation

Rosa V., Ruggiero L. Z., Armenante O.,
Santonicola C., Iannazzo A. (2024).
Psicoterapia del Trauma e Intervento
Blended: Un'ipotesi di modello integrato
Phenomena Journal, 6, 54-80.
<https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.214>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Veronica Rosa
veronica.rosa@uniroma1.it

Ricevuto: 19 gennaio 2024

Accettato: 7 marzo 2024

Publicato: 4 aprile 2024

ABSTRACT

The article presented below represents the second work of an in-depth project on the topic of psycho-traumatology and the integration of blended intervention in clinical practice. In recent years, the field of mental health, like and more than others, has found itself facing the advent of a collective trauma (the SARS-CoV-2 o COVID-19 pandemic), which has generated the need to delve deeper into how and to what extent traumatic events can impact on personal and collective health and how to intervene in the way that best responds to people's needs. The present work delves into these aspects in a peculiar way, starting from the examination of the origins of the clinical psychotherapeutic interest in trauma, the history of its definition, the most currently significant and recognized effective intervention methodologies, to end with a proposal for integrated intervention of the various clinical models and the blended methodology.

KEYWORDS

Trauma, Trauma treatments, Blended trauma treatments, Integrated intervention.

ABSTRACT IN ITALIANO

L'articolo di seguito esposto rappresenta il secondo lavoro di un progetto di approfondimento sul tema della psicotraumatologia e l'integrazione dell'intervento *blended* nella pratica clinica. Negli ultimi anni l'ambito della salute mentale come e più di altri, si è trovato a fronteggiare l'avvento di un trauma collettivo (la pandemia di SARS-CoV-2 o COVID-19), che ha generato la necessità di approfondire come e quanto gli eventi traumatici possono impattare sulla salute personale e collettiva e come intervenire nel modo più rispondente alle esigenze delle persone. Il presente lavoro approfondisce in modo peculiare questi aspetti, partendo dalla disamina delle origini dell'interesse clinico psicoterapeutico per il trauma, la storia della sua definizione e le metodologie di intervento più attualmente significative e riconosciute efficaci, per terminare con una proposta di intervento integrato dei vari modelli clinici e della metodologia *blended*.

PAROLE CHIAVE

Trauma, trattamenti trauma, trattamenti blended del trauma, intervento integrato.



Attribution-NonCommercial 4.0
International (CC BY-NC 4.0)

1. Introduzione

La consapevolezza dell'importanza dello sviluppo traumatico e degli effetti dei traumi sulla salute psichica ed emotiva è oggi riconosciuta da molti clinici [1, 2], contribuendo a un rinascimento di questa area nell'ambito della psicopatologia e della psicoterapia. Questa attenzione è supportata anche dalla convergenza con gli studi neurofisiologici e delle neuroscienze cognitive [3, 4, 5, 6], evidenziando la necessità per gli operatori del settore di sviluppare una specializzazione in tale ambito. Il crescente interesse nell'approfondire lo studio e l'intervento psicoterapeutico nel trauma, ha portato anche ad un'attenzione rinnovata per le tecniche online e alla necessità della loro integrazione con l'approccio in presenza, imponendo ai clinici il dovere di continuare a formarsi e aggiornarsi costantemente sull'integrazione della tecnologia nella loro pratica professionale [7, 8, 9]. L'utilizzo dell'online si rivela cruciale nel trattamento del trauma, poiché offre maggiore accessibilità e flessibilità alla psicoterapia e, di conseguenza, potenziamento degli interventi terapeutici [10, 11]. La pandemia di COVID 19 ha reso indispensabile l'utilizzo di strumenti tecnologici, rendendo imperativo comprendere come integrare efficacemente queste risorse in un percorso terapeutico [12, 13].

Oltre a fornire una mini-review dell'approccio al trauma nella letteratura e nella pratica clinica, questo lavoro si propone di presentare un modello integrato utile ad armonizzare gli approcci tradizionali al trauma con l'utilizzo strategico di modalità online [12, 14, 15, 16, 17, 18, 19]. L'obiettivo è sia quello di descrivere l'efficacia dell'approccio misto nella gestione del trauma, sia quello di contribuire a delineare linee guida pratiche per gli operatori del settore che desiderano implementare con successo questa modalità innovativa di intervento terapeutico. Nel perseguire questi obiettivi vengono integrati elementi di diversi modelli psicoterapeutici, della psicoeducazione, della teoria polivagale e delle terapie espressive, plasmando un approccio *blended* adattabile alle esigenze individuali dei pazienti, per esplorare le sfide e i successi di un percorso integrato, offrendo una prospettiva pratica su come affrontare il trauma in modo efficace e rispettoso delle singole esperienze.

L'attenzione rispetto al modello di intervento *blended* si focalizza su un approccio che utilizza strumenti online come messaggistica, videochiamate e piattaforme per videoconferenze, consentendo al terapeuta di offrire ai pazienti alternative terapeutiche per affrontare le loro problematiche [12]. L'implementazione richiede una valutazione delle competenze tecnologiche del paziente per poter scegliere gli strumenti adeguati alle esigenze e alle conoscenze/competenze individuali. Nel contesto specifico del trauma, il lavoro si propone di descrivere come la tecnologia possa essere impiegata per favorire la sua elaborazione e superamento, considerando approcci provenienti da diverse tradizioni terapeutiche e immaginando un approccio integrato multilivello che tenga conto della complessità dell'individuo e dell'integrazione *blended* [20, 21, 22, 23, 24] e che sia al contempo flessibile, calibrato sull'empatia e supportivo del il paziente nel colmare il *deficit* di integrazione causato dal trauma.

Nel corpo del lavoro viene offerto un *excursus* storico sulla definizione di trauma e,

attraverso una prospettiva integrata, si cerca di evidenziare come il concetto di trauma si sia evoluto nel tempo, contribuendo alla nostra attuale comprensione dei disturbi ad esso correlati. Successivamente, il trauma viene trattato più specificamente da una prospettiva relazionale, esplorando la sua natura come esperienza che sfugge alla simbolizzazione e che genera frammentazione e dissociazione nella personalità e del come eventi traumatici legati a esperienze relazionali difficili durante l'infanzia, possano lasciare un'impronta duratura sul benessere psicologico ed emotivo dell'individuo, contribuendo allo sviluppo di vari disturbi della personalità e di malattie psicosomatiche. Nel corso del lavoro sono delineate le connessioni tra attaccamento insicuro, trauma cronico e disturbi post-traumatici e descritti i meccanismi di difesa e le modalità di memoria associate al trauma, evidenziando come tali esperienze siano codificate nel corpo e influenzino comportamenti, emozioni e risposte viscerali [25]. L'analisi offre una panoramica di come le dinamiche relazionali sperimentate durante lo sviluppo infantile, possano impattare la salute mentale e emotiva degli individui a lungo termine [26]. Il trattamento del trauma rappresenta una sfida complessa e articolata che coinvolge diverse prospettive teoriche e metodologiche. Nel contesto terapeutico, il Modello delle Parti e la Gestalt Terapia emergono come approcci significativi e complementari per affrontare le profonde conseguenze del trauma sulla mente e sul corpo. Nella mini *review* viene esposto il modello delle parti, con un *focus* sulla Gestalt Terapia, nel contesto del trattamento del trauma, esaminando le fasi del processo terapeutico e l'interazione sinergica tra le diverse modalità di intervento [27]. Il Modello delle Parti, influenzato dalle teorie di Pierre Janet [28], Otto Van Der Hart [29] e ripreso da Janina Fisher [30] nel suo originale approccio, si è evoluto come approccio graduale in tre fasi, diventando uno standard di cura per il disturbo da *stress* post-traumatico complesso e i disturbi dissociativi. Questo modello trifasico affronta la disabilitazione delle funzioni cerebrali superiori causate dal trauma, mirando alla ricostruzione della capacità integrativa del paziente attraverso la stabilizzazione, l'elaborazione delle memorie traumatiche e l'integrazione della personalità. Nell'ambito della terapia del trauma, la Gestalt Terapia, basata sulla visione olistica di Fritz Perls (1893-1970), si configura come un approccio "trauma-oriented", poiché pone particolare attenzione alla ri-costruzione dell'interezza dell'esperienza individuale e alla facilitazione di processi integrativi che, attraverso processi di differenziazione ed elaborazione, promuovono la consapevolezza dell'essere "qui e ora" [27].

Attraverso l'analisi e l'integrazione di questi approcci, si mira a comprendere come la combinazione di metodologie basate sulle parti (modello TIST-Trauma-Informed Stabilization Treatment) [30], la Gestalt Terapia, l'EMDR [31], la Terapia Sensomotoria [32], possa fornire un quadro efficace per il trattamento del trauma, favorendo la stabilizzazione, l'elaborazione delle memorie traumatiche e l'integrazione della personalità. Il trattamento del trauma rappresenta una sfida complessa e articolata per i professionisti della salute mentale. Nella ricerca della comprensione approfondita dei processi legati agli eventi traumatici e nello sviluppo di interventi terapeutici efficaci, emerge la necessità di adottare, come già detto, la necessità di un approccio

integrato. Nel perseguire una visione olistica e integrativa, il lavoro si propone di condividere l'esperienza e la metodologia sviluppate nell'attività clinica, mirando a integrare approcci "trauma-oriented" con metodologia *blended*. Quest'ultima unisce le potenzialità della terapia tradizionale con l'efficacia e la flessibilità offerte dalle risorse online. L'approccio terapeutico integrato, inoltre, è fondato su una prospettiva neurobiologica, epigenetica e psicologica del trauma, e richiede una profonda comprensione della disregolazione emotiva e fisica dei pazienti. La pratica si concentra sullo sviluppo di competenze finalizzate a espandere la finestra di tolleranza, riconoscere *trigger*, e promuovere la consapevolezza che l'elaborazione del passato può portare a una vita più appagante nel presente e nel futuro. Nel contesto dell'approccio integrato, unire la prospettiva "trauma-oriented" con elementi della Psicoterapia della Gestalt offre un terreno fertile per la rivalorizzazione del "qui e ora". Questo obiettivo si inserisce in quello più ampio di aiutare il paziente a riorganizzare il suo campo relazionale ed esperienziale, consentendo una maggiore spontaneità e autenticità nel contatto con il mondo e con sé stesso. La stabilizzazione rappresenta un passo cruciale nel percorso terapeutico, poiché consente ai pazienti di accedere alle proprie risorse positive e li prepara per il processo successivo di elaborazione delle memorie traumatiche. La fase di elaborazione richiede una guida attenta, che aiuti il paziente a mantenere un'attenzione duale tra presente e passato e ad affrontare le resistenze con curiosità e compassione [20, 30].

2. Introduzione al trauma in ambito psicologico e psicoterapeutico

Non tutti gli eventi negativi sono traumatici, e non sempre gli eventi traumatici generano sintomi post-traumatici e una intensa sofferenza psicologica. Tuttavia, quando certi eventi espongono una persona a una grave minaccia, possono scatenare risposte fisiologiche di difesa che perdurano più del dovuto, costringendo l'individuo a rimanere intrappolato nel tempo del trauma, alienato dal presente e costantemente tormentato dalle sensazioni, dalle emozioni e dai pensieri legati al trauma [33]. Negli ultimi anni, le ricerche hanno dimostrato che circa il 70% degli adulti ha vissuto un evento traumatico durante la propria vita [34, vedi 27]. Esperienze traumatiche diverse sono frequenti nella vita di molte persone, ma il rischio di sviluppare un disturbo post-traumatico può variare in base alla natura e all'intensità del trauma, nonché alle caratteristiche personali di vulnerabilità del soggetto coinvolto [35]. L'origine del termine "trauma" è complessa a causa della sua difficile definizione concettuale strettamente collegata alla sua origine nel campo medico; in questo contesto, si riferisce a danni subiti da un organo a causa di lesioni causate da agenti esterni che influenzano il suo normale funzionamento [36]. In campo psichiatrico e psicologico, per trauma si intende un'esperienza minacciosa estrema, improvvisa, insostenibile e inevitabile, di fronte alla quale la persona è impotente [37, 38]. Un evento traumatico può sovrastare la capacità di risposta dell'individuo, poiché scatena un'onda di emozioni incontenibili che superano le sue difese normali, lasciandolo senza protezione, incapace di reagire in modo sano e con la necessità di mettere in

atto meccanismi di difesa patologici [39]. Nell'occorrenza di un evento traumatico il sistema psichico del soggetto viene allertato e minacciato nella sua coesione mentale [40]; questo provoca una serie di stimoli fisici e/o psichici, che agiscono sulla sua personalità superando la soglia di tolleranza della sua condizione specifica [41]. Di conseguenza, l'individuo si trova incapace di prevenire, fermare o adeguatamente elaborare questi stimoli dannosi attraverso i suoi mezzi consueti e non riesce facilmente a ripristinare lo stato di equilibrio precedente [42]. Etimologicamente, la parola "trauma" deriva dal greco "τραῦμα", che significa "perforare", "ledere", "danneggiare" o "rovinare". Questo termine racchiude un duplice significato, facendo riferimento sia a una ferita con lacerazione che alle conseguenze di un impatto o di uno *shock* violento sull'organismo nel suo complesso [43], che provoca una profonda frattura emotiva nell'individuo e/o nella comunità coinvolta.

2.1. Excursus storico della definizione di trauma

Nel corso della storia della psicopatologia, sono state formulate molteplici definizioni di trauma psicologico e lo studio del trauma e delle sue conseguenze mentali è stato oggetto di continua ricerca, nel tentativo di ridefinire le categorie diagnostiche e i sintomi legati agli eventi avversi. 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 [44].

Nell'antichità, il concetto di trauma psicologico non era compreso né riconosciuto come nella moderna psicologia, tuttavia, si trovano osservazioni e descrizioni di reazioni mentali e comportamentali agli eventi traumatici che ne hanno anticipato in qualche modo la nostra attuale comprensione. Epopee epiche e scritti antichi spesso narravano degli effetti devastanti della guerra sulla psiche umana, richiamando sintomi simili a quelli del disturbo da *stress* post-traumatico. Anche eventi catastrofici come terremoti e inondazioni provocavano intense reazioni psicologiche. Mitologia e religione antiche contengono racconti di divinità ed eroi che affrontano eventi traumatici, offrendo una forma simbolica di rappresentazione delle esperienze umane, compresi i traumi. Le società dell'epoca avevano pratiche di cura che coinvolgevano aspetti religiosi, musicali, di espressioni artistiche come la danza e formule terapeutiche diverse, orientate ad alleviare il disagio emotivo legato ai traumi. Il Rinascimento, che spaziò dal XIV al XVII secolo, segna un notevole cambiamento nell'approccio scientifico e medico-filosofico. Cartesio (1596-1650), nella sua visione dualistica dell'esistenza umana separa la mente dal corpo, concettualizzazione fondamentale per comprendere le reazioni al trauma. Locke (1632-1704), introduce l'idea dell'empirismo, sottolineando che le esperienze influenzano la mente umana e il comportamento, e apre la strada a una prospettiva più empirica della psicologia. In questo periodo, il concetto di trauma psichico occupa un ruolo centrale nello studio della teoria e della clinica della patogenesi dei disturbi di personalità. Le concettualizzazioni sono diverse e a volte contrastanti, ma sempre ricche di elaborazioni dia-

gnostiche e procedurali. Alcuni esperti attribuiscono maggior importanza agli eventi esterni, mentre altri enfatizzano l'importanza di fattori interni nello sviluppo patologico. Le prime menzioni delle cause del trauma possono essere rintracciate nei testi medici di fine '700 e di inizio '800, in cui si sono confrontati autori di spicco come Jean Martin Charcot (1825-1893), Pierre Janet (1859-1947) e Sigmund Freud (1856-1939). Il neurologo francese Charcot, si è dedicato a studiare l'isteria, una condizione al suo tempo misteriosa caratterizzata da sintomi fisici e psicologici senza cause organiche evidenti. La sua teoria suggeriva che l'isteria fosse radicata nell'esperienza traumatica o in idee represses, che emergerebbero a seguito di eventi stressanti e che creerebbero un' "idea fissa" che domina la mente del paziente. Lo studioso evidenzia il ruolo cruciale delle emozioni nell'isteria, spostando l'attenzione dalla causa organica a quella psichica, nel convincimento che le paralisi isteriche post-traumatiche sono dovute ad uno *shock* psichico [45]. Uno dei più famosi allievi di Charcot, nonché uno dei più importanti teorici del trauma, è stato il francese Pierre Janet, che ha continuato a studiare la connessione tra la psicopatologia dissociativa e le esperienze traumatiche in maniera più approfondita rispetto al maestro [46]. Janet ha introdotto il concetto di trauma come un evento "non integrabile nella psiche dell'individuo", pensando all'evento traumatico come a qualcosa di tanto potente e sconvolgente da non poter essere assimilato e che, pertanto, "costringe" alla dissociazione, cioè alla separazione inconscia dell'esperienza traumatica dal resto della vita mentale. La dissociazione impedisce al trauma di essere elaborato insieme alle altre mutevoli storie di memoria autobiografica, creando quello che viene definito dallo psichiatra olandese Van der Kolk "a dual memory system" (ovvero "un sistema di memoria duale") [25, pag. 182].

Nel 1925, Freud è il primo a definire i traumi come "situazioni di impotenza", "... eventi in grado di provocare un'eccitazione psichica tale da superare la capacità del soggetto di sostenerla o elaborarla" [cit.47]. Si parla quindi di trauma quando l'Io non è in grado di mobilitare un controinvestimento all'iper-eccitazione esterna o di legarla all'investimento pulsionale [48]. Freud è uno dei precursori nell'idea che i traumi infantili svolgano un ruolo fondamentale nello sviluppo di alcuni disturbi mentali. Le teorie di Freud sul concetto di trauma però non hanno seguito un percorso di sviluppo lineare e costante, ma piuttosto hanno mostrato una tendenza a tornare su idee precedenti. Per Freud il trauma è una modificazione dell'Io: un'esperienza che nei limiti di un breve lasso di tempo apporta alla vita psichica un incremento di stimoli talmente forte che la sua liquidazione o elaborazione non avviene e non riesce nel modo usuale, per cui è giocoforza che ne discendano disturbi permanenti nell'economia energetica della psiche [47]. Sono dunque gli effetti traumatici la causa dei sintomi isterici. La revisione della teoria di Freud enfatizza l'importanza dei processi mentali interni e dell'angoscia traumatica nella comprensione dei sintomi isterici. Il suo approccio ha avuto un impatto duraturo sulla psicoanalisi e sulla psicologia moderna, sottolineando il potere dei traumi nell'influenzare la mente umana.

Nel vasto panorama della psicoanalisi, contributi chiave di alcuni teorici hanno illuminato le intricatissime dinamiche delle relazioni umane, mettendo in evidenza come

le esperienze infantili influenzino profondamente il nostro benessere emotivo e lo sviluppo della personalità. Sándor Ferenczi (1873-1933), allievo di Freud, ha introdotto il concetto di “trauma esterno” [49], sottolineando che il trauma non è semplicemente un evento isolato, ma può essere intrinsecamente legato alle dinamiche relazionali. Secondo la sua visione, le interazioni tra gli individui possono essere al centro dei disturbi mentali sia nell’infanzia che nell’età adulta. Il “trauma esterno” si riferisce alle esperienze cumulative di mancanza di cura e supporto affettivo nell’ambiente familiare. Queste esperienze possono derivare da interazioni disfunzionali, trascuratezza o persino abusi e possono lasciare un’impronta profonda nella psiche del bambino, influenzando il suo sviluppo emotivo e comportamentale. Anche Donald Winnicott (1896-1971) ha enfatizzato l’importanza delle relazioni con le figure primarie di accudimento (figura materna “sufficientemente buona”) nel sano sviluppo dei bambini. Le capacità materne di “holding” (contenimento) e “handling” (manipolazione) sono cruciali per il benessere del bambino. Senza una madre o una figura di sostegno adeguata, il bambino potrebbe non sviluppare un senso di sé stabile. La mancanza di cure materne adeguate può causare traumi e problemi nello sviluppo, influenzando la percezione di sé e il benessere emotivo [50], così come la mancanza di adeguate cure genitoriali è stata identificata come un consistente predittore di disturbi mentali nell’adulto [51].

2.1.2 Il trauma in chiave relazionale e la teoria dell’attaccamento

La teoria dell’attaccamento proposta da Bowlby (1907-1990) rappresenta un fondamento importante nelle teorie e nella pratica clinica. In particolar modo nel contesto della psicotraumatologia, l’attaccamento, quale sistema di conoscenze basato su ricerche empiriche che si concentrano sullo sviluppo emotivo, assume un ruolo centrale nella letteratura e quindi nella pratica clinica, poiché approfondisce l’impatto delle prime relazioni madre-bambino sulla formazione dell’identità. Negli ultimi vent’anni, gli studi su questo tema sono cresciuti notevolmente, diventando una delle aree più rilevanti e visibili della psicologia [52]. L’attaccamento è definito come un sistema dinamico di atteggiamenti e comportamenti che contribuiscono alla formazione di legami specifici tra individui [53]. Bowlby sosteneva che gli esseri umani sono biologicamente predisposti a formare legami affettivi, che forniscono un senso di sicurezza ed emotiva stabilità lungo tutto l’arco della vita [54]. Il legame di attaccamento tra il bambino e il caretaker è considerato innato e può influenzare significativamente lo sviluppo futuro emotivo e sociale del bambino [55, 56]. La qualità delle prime relazioni di attaccamento può determinare la formazione di stili di attaccamento diversi, denominati sicuro, insicuro (che si distingue in evitante e ansioso-ambivalente) e disorganizzato [57]. Un attaccamento sicuro è associato a fiducia negli altri, ad autonomia e a uno stato mentale equilibrato [58], mentre un attaccamento insicuro può contribuire allo sviluppo di problemi emotivi e relazionali [53]. Lo studio del comportamento infantile e delle dinamiche familiari rivela che un attaccamento insicuro è correlato a problemi come rigidità emotiva, difficoltà nelle relazioni sociali, *deficit*

di attenzione ed empatia [59]. L'attaccamento disorganizzato, infine, è quello più grave e che può portare alla manifestazione di sintomi di dissociazione [26], divenendo presupposto di uno sviluppo severamente problematico come il disturbo da stress post-traumatico (PTSD).

Le prospettive relazionali concepiscono il trauma come un'esperienza che sfugge alla simbolizzazione, generando una frammentazione e una dissociazione all'interno della personalità dell'individuo e interpretano la frammentazione come il riflesso di una carenza nella capacità meta-cognitiva di affrontare emotivamente eventi stressanti. Secondo questo indirizzo teorico/clinico poiché il trauma può riattivare ricordi traumatici radicati nelle relazioni primarie insicure dell'individuo [60], l'osservazione deve essere concentrata su quanto accade durante lo sviluppo in età evolutiva e sulla qualità delle interazioni che il bambino vive in queste fasi, in particolare sulla relazione primaria con la madre. Specificamente queste teorie si focalizzano su eventi ripetuti traumatici derivanti da esperienze relazionali difficili durante l'infanzia e mettono in evidenza il legame che quasi sempre il trauma ha con le relazioni interpersonali, dato che crescere in famiglie violente, abusanti o trascuranti, viene percepito come una costante della relazione con le figure primarie di riferimento, piuttosto che episodi sporadici fini a se stessi. Questi eventi traumatici possono lasciare un'impronta duratura sul benessere psicologico ed emotivo dell'individuo, poiché si perpetuano nel tempo divenendo molto resistenti alla cura e influenzando lo sviluppo di disturbi della personalità e di malattie psicosomatiche. In tali condizioni, si generano disfunzioni nella sintonia emotiva tra *caretaker* e bambino, che portano quest'ultimo a sentire messa in pericolo la sua stessa sopravvivenza [61, 30]. Quando i bambini sono feriti da coloro che se ne prendono cura e dovrebbero proteggerli, la loro fonte di sicurezza si trasforma in fonte di pericolo, paura, rabbia e vergogna. Se ciò accade il genitore diventa fonte di spavento e terrore e invece di regolare le emozioni del bambino, le disregola [62, 63, 64, 65], generando un'attivazione del Sistema Nervoso Simpatico o parasimpatico, che accresce o abbassa l'*arousal* (descrivibile come uno stato di attivazione e reattività del Sistema Nervoso in risposta a stimoli esterni e/o interni) al di fuori di una finestra di tolleranza [30]. I neonati e i bambini nei primi anni di vita, avendo un Sistema Nervoso immaturo, necessitano di una figura di attaccamento che svolga una regolazione interattiva e che contribuisca a regolare gli stati fisici ed emotivi. Sia il *caretaker* spaventato che quello spaventoso hanno un effetto traumatizzante sul bambino, poiché durante l'infanzia la minaccia è percepita fortemente associata alla disponibilità relazionale del *caretaker* e ai suoi segnali emotivi, e non tanto alla gravità reale dell'evento stesso. Il bambino non è in grado di valutare l'effettiva portata della minaccia, perché non in possesso di abilità di *coping* adeguate [66]. Van der Kolk [25] formula il concetto di "atmosfera traumatica", che è fondamentale nell'ambito della comprensione degli effetti del trauma cronico e della trascuratezza familiare sullo sviluppo e sul benessere dei bambini e che si crea quando i bambini sono esposti in modo continuo e prolungato a situazioni di abuso o trascuratezza all'interno dell'ambiente familiare. Da un punto di vista biologico, l'esposizione cronica allo *stress* può influenzare negativamente il Sistema

Nervoso endocrino del bambino, portando a cambiamenti nella regolazione dell'ansia, dell'umore e dello stress. Dal punto di vista psicologico, l'assenza di un sostegno familiare adeguato può ostacolare lo sviluppo delle capacità di autoriflessione, autorregolazione emotiva e relazionale del bambino, fatto che può comportare problemi nelle relazioni interpersonali e nella gestione delle emozioni, rendendo difficile per il bambino affrontare gli *stress* esterni in modo sano e adattivo.

Le esperienze di attaccamento, scisse dagli eventi che le hanno plasmate, vengono ricordate attraverso il corpo, rimanendo codificate al suo interno sotto forma di risposte viscerali, emozioni associate alla paura e al piacere, comportamenti, abitudini, credenze e persino memorie autonome e muscolari [67]. Questa modalità di ricordo ha una finalità adattiva, poiché ricordare attraverso il corpo e le emozioni, aiuta ad evitare automaticamente qualsiasi cosa faccia male o rappresenti una minaccia; inoltre dato che l'organismo sa istintivamente ciò che gli piace e ciò che lo fa sentire al sicuro, questo meccanismo consente al Sistema Nervoso Autonomo di reagire immediatamente e in modo automatico [68, 69]. Questi stati non verbali, fisici ed emotivi della memoria (detti anche "memorie muscolari") non danno la sensazione che si stia ricordando, tanto che si agisce, si sente e si immagina senza riconoscere ed essere consapevoli dell'influenza delle esperienze passate sulla nostra realtà presente [64]. Secondo Van der Kolk [70], gli eventi traumatici non vengono elaborati in forma simbolica o linguistica come i ricordi comuni, ma restano ancorati a livelli sensomotori come immagini orribili, sensazioni viscerali o reazioni di lotta/fuga. Poiché un evento traumatico non termina quando è finito, i suoi effetti possono perdurare per settimane, mesi, anni o decenni, costituendo, come la definisce Janina Fischer, un'"eredità vivente del trauma" [30], che si può manifestare in intense reazioni emotive, fisiche e percettive ai fatti quotidiani. Il trauma attiva arcaici meccanismi di difesa dalle minacce ambientali (in un primo momento immobilità tonica o *freezing* e successivamente immobilità cataplettica dopo le reazioni di attacco-fuga) provocando il distacco dall'usuale esperienza di sé e del mondo esterno e conseguenti sintomi dissociativi [71, 72, 73]. Tale distacco sembra implicare una sospensione immediata delle normali funzioni riflessive e metacognitive e una disintegrazione della memoria dell'evento traumatico rispetto al flusso continuo dell'autocoscienza e della costruzione di significati. Da questa esperienza deriva la molteplicità non integrata degli stati dell'io che caratterizza la dissociazione patologica.

Poiché tutti gli aspetti di memoria, pensiero, sensazioni fisiche ed emotive sperimentate durante l'evento traumatico non riescono ad essere integrati con altre esperienze, non si crea una memoria coerente dell'esperienza. La reiterazione della risposta dissociativa, per evitare di ricordare o rivivere il trauma, attiva una serie di meccanismi di mantenimento del disturbo, che impediscono di elaborare quel dolore mai processato e mai integrato nell'esperienza dell'individuo [74, 72]. La patologia in questi casi emerge a causa dell'immagazzinamento disfunzionale delle informazioni correlate all'evento traumatico, con il conseguente disturbo dell'equilibrio eccitatorio/inibitorio necessario per l'elaborazione dell'informazione. Questo meccanismo neurofisiologico determina il 'congelamento' dell'informazione nella sua

forma ansiogena originale, cioè nello stesso modo in cui è stato vissuto l'evento. L'informazione così congelata e immagazzinata nelle reti neurali non può essere elaborata, continuando a provocare patologie come, appunto, il PTSD [75] e altri disturbi psicologici [76]. Le informazioni che non sono state integrate correttamente persistono in una rete separata e in ogni momento possono venire impropriamente attivate da elementi dell'ambiente esterno o interno all'individuo (*triggers*), provocando reazioni ed emozioni di intensità sproporzionata rispetto alla natura dell'evento attuale. La ricerca ha ampiamente dimostrato che i sopravvissuti a gravi esperienze traumatiche mettono in campo sistemi di sopravvivenza che operano una disconnessione da quanto hanno vissuto e che tanto più il trauma è grave e precoce, tanto più si crea un sistema di difesa primitivo come dissociazione strutturale della personalità [77]. Molti pazienti traumatizzati alternano momenti di *arousal* estremo e incontrollabile sia in un'attivazione *iper* che *ipo*. Tuttavia, quando le persone non hanno *deficit* sottostanti riconducibili a traumi relazioni precoci e trovano un sostegno adeguato, non sviluppano un PTSD. Le risposte al trauma si evidenziano così lungo un *continuum* di complessità che va letta in funzione della gravità del trauma, dell'età evolutiva della vittima e della possibilità di ricevere sostegno sociale [27]. Questo processo diagnostico porta all'eventuale diagnosi di trauma complesso, non attualmente riconosciuta dal DSM5, ma al centro di un dibattito scientifico e culturale che rende la sua definizione ancora oggi controversa.

Come già indicato, la letteratura scientifica da anni si sta occupando di approfondire gli effetti a lungo termine di esperienze sfavorevoli infantili (ESI) sulla salute mentale, sull'organizzazione di personalità dell'adulto e sulle malattie più propriamente appannaggio della medicina interna (particolarmente le malattie autoimmuni) [78, 79, 80, 81, 82, 25]. Anda e Felitti [83] hanno identificato 10 esperienze avverse che possono accadere nell'età evolutiva che comprendono abusi, maltrattamenti, grave trascuratezza, perdita di contatto con un genitore biologico, violenza domestica, guai giudiziari familiari, genitore alcolista o tossicodipendente, suicidario e psichiatrico [Adverse Childhood Experiences-ACE Studies, 84, 81]. Di fatto la comprensione e il riconoscimento del trauma complesso rappresenta una sfida continua nel campo della salute mentale, poiché il dibattito scientifico e culturale continua a evolversi. Nel passato gli eventi traumatici erano considerati eventi rari. Ora tra gli esperti si parla di vera e propria epidemia [85], poiché è sempre più evidente che, nelle varie forme, le esperienze traumatiche accadono a milioni di individui, sotto forma di traumi che possono riguardare un'esposizione a lungo termine a un ambiente traumatico (es., abusi sui minori, trascuratezza, guerre, violenze domestiche, bullismo, ecc.) o di singoli eventi catastrofici.

Molto interessanti sono tre contributi della letteratura scientifica contemporanea allo studio della fenomenologia dissociativa. Primo fra questi è il contributo di Holmes e collaboratori [86] che distinguono due differenti tipi di sintomi dissociativi: i fenomeni di "detachment" e quelli di "compartmentalization". I primi corrispondono alle esperienze di distacco da sé e dalla realtà (alienazione) e consistono nei sintomi come la depersonalizzazione, la derealizzazione, l'anestesia emotiva transitoria ("emotional

numbing”), s, esperienze di autoscopia (“out of body experiences”), tipicamente attivate da emozioni dirompenti provocate da esperienze minacciose ed estreme. I secondi emergono invece dalla compartimentazione di funzioni normalmente integrate come la memoria, l’identità, lo schema e l’immagine corporea, il controllo delle emozioni e dei movimenti volontari e corrispondono a sintomi come le amnesie dissociative, l’emersione delle memorie traumatiche, la dissociazione somatoforme, l’alterazione del controllo delle emozioni e dell’unità dell’identità (personalità multiple alternanti). I sintomi da compartimentazione, diversamente da quelli di distacco, che possono essere esperiti da chiunque in situazioni estreme, sono tipicamente conseguenze dello sviluppo traumatico e sembrano alterare la struttura stessa della personalità dell’individuo. Il secondo contributo teorico-clinico dimostra come la dis-integrazione delle funzioni psichiche correlata al trauma, provochi con frequenza disturbi somatoformi quali dismorfismi, somatizzazioni, sintomi pseudo-neurologici, sindromi dolorose in assenza di lesioni organiche e disfunzioni sessuali. A tal proposito colpisce il profondo concetto espresso nella frase “the body keeps the score” (“il corpo accusa il colpo”) di Van der Kolk [25] come a dire che il nostro corpo è testimone e contenitore delle esperienze traumatiche. Il terzo contributo mette in rilievo gli elementi comuni tra dissociazione e deficit di mentalizzazione e metacognizione, considerati sinonimi e indicatori dell’insieme delle funzioni cervello/mente che permettono agli individui di operare riflessioni coscienti sui propri e altrui contenuti mentali [87, 88, 89]. Le capacità metacognitive sarebbero estremamente sensibili sia all’effetto dirompente delle emozioni che ne alterano la normale operatività, che alle esperienze traumatiche infantili che ne compromettono lo sviluppo.

Secondo Janina Fisher [74, 30] sintomi e processi dissociativi dominano alcuni quadri clinici e sono presenti in modo variabile in quasi tutte le categorie diagnostiche, rappresentano un indice di prognosi negativa e di resistenza alle terapie convenzionali. Le neuroscienze aprono uno spiraglio alla comprensione di alcuni ostacoli che incontrano la psicoterapia e possono essere considerate un ponte tra fisiologia e fenomenologia, poiché forniscono importanti informazioni sulla compromissione del Sistema Nervoso e su alcuni processi che avvengono nei nostri pazienti al di fuori del controllo volontario, impedendone il buon funzionamento. Essere a conoscenza di come e in che misura, la libertà di scelta risulti essere limitata proprio a causa delle alterazioni nelle connessioni cerebrali, diventa fondamentale per costruire piani terapeutici ed interventi efficaci per il cambiamento e la crescita degli individui. In linea con il modello della dissociazione strutturale di Van der Hart [90, 76], la Fisher, affermando che a qualsiasi età il trauma subito è preceduto da una personalità pre-traumatica che inizia in modo indiviso, distingue tra dissociazione strutturale primaria, secondaria e terziaria. Nella *dissociazione primaria*, che riguarda un singolo trauma incidente, la personalità post-traumatica, è il risultato di una scissione tra la parte sinistra del cervello (parte apparentemente normale della personalità), del Sé che porta avanti la vita normale e l’adattamento durante e dopo il trauma, e la parte del Sé che contiene i ricordi corporei ed emotivi di quanto accaduto e le risposte di sopravvivenza necessarie per sopravvivere (parte emotiva della personalità). Nella

dissociazione secondaria, la parte che va avanti con la vita normale (o parte normale della personalità) continua la vita normale e l'adattamento formatosi durante e dopo il trauma (emisfero sinistro), scissa dalla parte traumatizzata della personalità che contiene sia i ricordi traumatici che le risposte di sopravvivenza (cervello destro). La parte emotiva della personalità diventa più compartimentata e si sviluppano sottoparti separate che riflettono le diverse strategie di sopravvivenza necessarie in un mondo pericoloso (parti della personalità legate al trauma). I disturbi della personalità o dell'umore che ne possono derivare, sono il disturbo borderline di personalità (BPD), il disturbo bipolare (DB) e il disturbo d'identità non altrimenti specificato (DDNOS) (non ancora riconosciuto nel DSM). Nella dissociazione secondaria e nei disturbi correlati accade che, il corpo innescato e disregolato, continua ad anticipare il pericolo anche quando il pericolo reale è terminato o non c'è, e non distingue il pericolo reale da quello fantasmatico legato alla memoria implicita del trauma. Nella *dissociazione terziaria*, accade che, per sopravvivere a condizioni ancora più pericolose, diventano necessarie più parti che contengono risposte di sopravvivenza e parti che contengono risorse. Questa forte compartimentazione in parti che hanno tutte una propria "personalità", conduce allo sviluppo del disturbo dissociativo dell'identità (DID) e del disturbo d'identità grave non altrimenti specificato (DDNOS).

2.1.3 Modello delle Parti e Gestalt Terapia per il trauma

Come già detto, il funzionamento integrato del cervello può essere disturbato dal trauma, che ha l'effetto di disabilitare le funzioni cerebrali superiori della corteccia, rendendo il paziente incapace di auto-regolarsi. Pierre Janet (1889-1911) ha introdotto un approccio graduale in tre fasi per ricostruire la capacità integrativa del paziente, diventato lo *standard* di cura per il disturbo da *stress* post-traumatico complesso e per i disturbi dissociativi [28]. Questo modello trifasico è stato sviluppato ulteriormente nella psicotraumatologia, includendo la dissociazione strutturale di Onno Van der Hart [29] e l'approccio delle "parti" di Janina Fisher [74, 30]. La *prima fase* della terapia si concentra sulla stabilizzazione, riducendo i sintomi e migliorando il funzionamento quotidiano. Si stabilisce un'alleanza terapeutica, si riconoscono le parti dissociative e si gestiscono le emozioni legate ai ricordi traumatici. La cura di sé, delle relazioni e delle attività quotidiane è fondamentale per aumentare il senso di controllo. Questa fase è cruciale, poiché prepara il paziente per affrontare i ricordi traumatici, richiedendo una "finestra di tolleranza" fisiologica ed emotiva adeguata. La terapia deve aiutare il paziente a comprendere l'importanza delle difese durante il trauma, identificando quelle obsolete e utilizzando in modo flessibile le risposte difensive. Accompagnando il paziente nelle situazioni quotidiane non minacciose, si favorisce l'espressione libera di ogni sistema motivazionale. La *seconda fase* della terapia si concentra sull'elaborazione delle memorie traumatiche, affrontando episodi specifici, immagini e aspetti sensoriali e cognitivi delle esperienze passate, si mira all'integrazione graduale dei ricordi tollerabili, risolvendo legami disfunzionali con gli aggressori e fobie tra le parti dissociative. L'obiettivo è orientare il paziente al

presente, riconoscendo i legami passati ma distanziandoli dalla vita quotidiana. Nel lavoro con i disturbi dissociativi e il PTSD complesso, è cruciale la comprensione del sistema interno del paziente e delle sue risorse. Affrontare le fobie interne, i ricordi traumatici e le paure legate all'attaccamento richiede un approccio graduale e rispettoso delle resistenze del paziente. Come sottolinea Kathy Steele [91], il lavoro con la resistenza è IL lavoro con il trauma, non qualcosa che intralcia il lavoro, essendo la resistenza una protezione contro un'integrazione che il sistema del paziente, o una parte di esso, vive come pericolosa. Questi pazienti hanno sperimentato l'impotenza, temono la perdita di controllo e la violazione dei loro confini: per questo, quanto più la resistenza è severa ed egosintonica, tanto più occorre dar loro controllo e potere nel processo terapeutico, procedendo sempre per piccoli passi e con estremo rispetto. Per far fronte alla resistenza del paziente occorre avanzare gradualmente mantenendo il focus dell'attenzione sulla dimensione passato/presente. La co-consapevolezza tra le parti del paziente è fondamentale e può essere sviluppata promuovendo il dialogo attraverso la mediazione dell'adulto sano. La *terza fase* riguarda il lavoro per l'integrazione della personalità e la riabilitazione. Gli obiettivi terapeutici di questa fase sono: rafforzare le risorse, accettare il cambiamento e il lutto per le perdite del passato, costruire relazioni più funzionali e nutritive, sviluppare un senso di sé unificato e costruire le capacità di vivere pienamente la vita quotidiana. I trattamenti riconosciuti come più efficaci nel trattamento del trauma complesso necessitano di una conoscenza approfondita e di flessibilità di applicazione nell'integrazione di diversi approcci psico-corporei come l'EMDR e la Psicoterapia Sensomotiva.

L'EMDR è un approccio terapeutico sviluppato da Francine Shapiro [92, 31] negli anni '80, che utilizza gli stimoli sensoriali come i movimenti oculari o i tocchi alternati per ridurre l'ansia legata ai ricordi traumatici. Riconosciuta come terapia elettiva per il disturbo da *stress* post-traumatico (PTSD), promuove la desensibilizzazione e l'elaborazione dei ricordi traumatici, riducendo l'intensità emotiva. L'esposizione graduale al materiale traumatico e i movimenti oculari, potrebbe indurre cambiamenti sinaptici legati all'elaborazione di ricordi e alla memoria e un coinvolgimento della formazione reticolare che stimolerebbe rilassamento emozionale. Questa attivazione favorirebbe la desensibilizzazione della risposta ansiosa, a seguito della desensibilizzazione del Sistema Nervoso Simpatico. Studi recenti stanno dimostrando che l'EMDR comporta una risincronizzazione dell'attività elettrica dei due emisferi e una normalizzazione dei livelli del cortisolo nel sangue [93, 94, 95, 96, 92, 97, 98]. L'intervento con EMDR è strutturato in diverse fasi: la prima riguarda la raccolta della storia clinica del paziente; seguita dalla pianificazione e dalla preparazione del paziente, messe in atto con l'obiettivo di spiegare il processo e creare fiducia. Fasi successive riguardano: l'identificazione del bersaglio, che si focalizza su un ricordo traumatico specifico e la valutazione delle emozioni in cui il paziente riconosce le sensazioni legate al ricordo. In seguito si passa alla stimolazione bilaterale, fase in cui il paziente si concentra sul ricordo mentre partecipa a stimoli come movimenti oculari o tocchi alternati. La libera associazione incoraggia l'espressione di emozioni e pensieri. Durante il processo il terapeuta aiuta il paziente ad attuare una sospensione

cognitiva, per superare credenze negative e lo aiuta ad individuare le risorse positive e a saperle utilizzare, per rafforzare la sua resilienza. Ultime fasi sono la rielaborazione, che riduce progressivamente l'intensità emotiva del ricordo traumatico, e la valutazione finale, in cui il terapeuta valuta il cambiamento nella reazione del paziente al ricordo originale e la riprogrammazione del futuro in funzione dei nuovi apprendimenti su se e sul mondo. Nel tempo l'EMDR è divenuto un approccio sempre più complesso e globale, che consente di affrontare con efficacia risolutoria gran parte dei disturbi legati alle molteplici tipologie di esperienze traumatiche sperimentabili dagli individui, comprese quelle vissute all'interno della famiglia.

La Terapia Sensomotoria è un approccio terapeutico innovativo ed integrato in cui i principi della terapia orientata al corpo, delle neuroscienze e la teoria dell'attaccamento si uniscono in un composito ed efficace metodo di trattamento del trauma [99]. Concentrandosi sulle sensazioni fisiche e sulle risposte corporee legate al trauma, mira a ridurre sintomi e favorire il recupero psicologico. Pat Ogden [100, 101], fondatrice di questo modello terapeutico, ha basato il suo lavoro sull'evidenza che il trauma può impattare profondamente il corpo sotto forma di tensione muscolare, sensazioni fisiche sgradevoli e risposte automatiche di difesa. Durante le sessioni terapeutiche, il terapeuta guida il paziente a sviluppare consapevolezza delle sensazioni corporee legate al trauma, utilizzando esercizi di respirazione e movimenti guidati che aiutino l'integrazione dell'attenzione alle sensazioni fisiche con il lavoro sui pensieri e che agevolino una rielaborazione approfondita e una regolazione emotiva completa, per affrontare il trauma da diverse prospettive. Questo approccio, sebbene ancora necessitante di validazioni scientifiche ulteriori, negli ultimi 20 anni si è affermato [87] per la sua capacità di integrare approcci cognitivi "top-down" (legati al pensiero esecutivo, consapevole, verbalizzabile e razionale) con tecniche e modelli "bottom-up" (connessi con la sensorialità corporea, per cui automatici, emotivamente carichi, inseriti nell'esperienza automatica e associativi). La Terapia Sensomotoria si avvale delle tecniche *mindfulness-based*, allo scopo di mantenere una connessione con il momento presente e con il "qui e ora" dell'esperienza somatica. Durante le sessioni vengono incoraggiate l'osservazione consapevole della modalità in cui si manifesta il trauma (nei cambiamenti del battito cardiaco, del respiro, del tono muscolare, ecc.) e il riconoscimento del "dove e quando" dell'esperienza traumatica [102]. La Terapia Sensomotoria comprende tre fasi: 1. *stabilizzazione e regolazione* (per creare una base sicura attraverso strategie di regolazione emotiva e corporea), 2. *elaborazione* del trauma (per esplorare e lavorare sulle memorie traumatiche tramite sensazioni corporee, cercando di rielaborare i ricordi e ridurre le associazioni negative alle le risposte fisiche), 3. *integrazione e guarigione* (per integrare nuove esperienze e risposte emotive e corporee, sviluppando strategie per affrontare presente e futuro in modo sano).

Janina Fisher, basandosi su approcci teorici diversi come la neurobiologia dei sintomi e disturbi correlati [25, 103], l'attaccamento disorganizzato, la personalità borderline e la dissociazione [26] e la relazione tra trauma e corpo [101], sviluppa il Trauma-Informed Stabilization Treatment (TIST). Questo modello, che si ispira a vari ap-

procci clinici come la Psicoterapia Sensomotoria, gli Internal Family Systems [104], la Terapia Cognitiva basata sulla *mindfulness*, la Motivational Interviewing e l'Acceptance and Commitment Therapy, si concentra sulla stabilizzazione dei pazienti traumatizzati costantemente a rischio. Fisher considera il comportamento autodistruttivo come una strategia di sopravvivenza per regolare affetti e impulsi insicuri o insopportabili. I principali elementi del TIST [105], includono la comprensione del trauma orientata alla neurobiologia, il ripristino dell'attività corticale prefrontale come prerequisito per il cambiamento comportamentale, componenti psicoeducative, la riformulazione dei sintomi per creare spazio psicologico, la lotta contro interpretazioni legate alla vergogna o paranoia, l'uso di abilità di *mindfulness* per ridurre la disregolazione degli affetti e l'assunzione di "organicità" nel processo terapeutico. La Terapia della Gestalt, secondo la concezione di Perls, può essere considerata pienamente "trauma-oriented", poiché sin dall'inizio ha avuto come obiettivo la ricostruzione dell'interezza [27]. Questo concetto si riferisce alle unità esperienziali e percettive e alla loro relazione nel campo, dove il Sé è una funzione. Perls, in linea con una visione olistica e integrativa, sottolineava l'importanza delle funzionalità legate sia all'emisfero sinistro che a quello destro [106 citato in 27], anticipando scoperte confermate dalle neuroscienze. La Psicoterapia della Gestalt si basa su un solido concetto procedurale di integrazione neuronale [107], concentrandosi su operazioni terapeutiche che favoriscono la consapevolezza dei processi non verbali e inconsci. La Gestalt è da sempre una terapia relazionale, in cui il trauma è considerato parte di un campo relazionale, facilitando processi integrativi, differenziazione ed elaborazione all'interno dello spazio terapeutico. Attualmente, la Psicoterapia della Gestalt mira a riorganizzare il campo relazionale ed esperienziale del paziente, enfatizzando il "qui e ora", la spontaneità, l'autenticità del contatto e le modalità creative di adattamento. L'adattamento creativo al trauma, sebbene consenta la sopravvivenza, può limitare l'espressione completa del sé nel mondo, generando gestalt rigide nella struttura di personalità nel tempo. Il modello fenomenologico sostituisce il "perché" psicodinamico, sostenendo la differenziazione e il ripristino della fluidità delle gestalt compromesse dal trauma. Molti autori gestaltici hanno messo in risalto l'insita natura di psicoterapia "trauma-oriented" della Gestalt [108, 109, 110, 111]. Tuttavia, in letteratura e nella pratica clinica sono ancora scarsi i lavori propri del modello gestaltico. Gli psicoterapeuti della gestalt non sempre sono formati a leggere la fenomenologia ricorsiva dei pazienti traumatizzati e a come intervenire sopra. Ad esempio, molte sono le possibili integrazioni, come già evidenziato, tra il modello fenomenologico gestaltico degli esordi e attuale e quelli della terapia cognitiva comportamentale, la Sensorymotor Therapy ha molti aspetti di connessione con l'approccio fenomenologico e corporeo della Gestalt, la Neurobiologia Interpersonale di Daniel Siegel [64] sviluppa il concetto di "mente come corpo", che fa il paio con il concetto di "mente incarnata" gestaltico, ed infine Bromberg (psicoanalista relazionale) offre una cornice interessante per i gestaltisti nella comprensione del trauma quando parla di mancata sintonizzazione relazionale precoce, non disponibilità del *caretaker* e distacco [112]. In un iniziale tentativo di analisi degli elementi in comune ed integrabili tra il modello

della psicoterapia gestaltica e quello della Janina Fisher (TIST), del quale sopra abbiamo fatto una sintetica presentazione, si può dire che, come ricorda la Fisher, “essere qui invece che essere lì” [25], per contrastare la caratteristica principale del trauma per cui gli aspetti impliciti o non verbali dei ricordi continuano a riattivare il senso immediato di pericolo e le componenti emotive e somatiche che lo hanno caratterizzato. Quando ci si trova attivati da uno stimolo (*trigger*) nel presente, il corpo si mobilita per far fronte al pericolo percepito senza sapere se quel pericolo è più o meno reale, la corteccia prefrontale, disattivata dalla minaccia, non riesce a processare e valutare l'efficacia e l'adeguatezza della risposta di sopravvivenza, impedendo una valutazione razionale e ragionevole di ciò che si sta provando [30]. Come noto, la consapevolezza del momento presente, vista come fase in cui si può riorganizzare il rapporto figura/sfondo e l'emergere di un senso unitario di sé, è un tema chiave della psicoterapia della gestalt [27]. Le “parti”, come direbbe la Fisher, o le polarità, come si usa chiamarle in Gestalt, attraverso la riconnessione delle reti neurali e degli emisferi cerebrali, diverrebbero capaci di “dialogare tra loro” e con l'Io adulto, in maniera sicura e *mindfull*, con curiosità, amorevolezza, tolleranza e sostegno reciproco. Questo porterebbe alla ricostruzione di una base sicura, che la Fisher definisce “base sicura riguadagnata”, per cui la persona modifica il proprio rapporto con l'esperienza e con il proprio passato, sentendosi capace di abitare il sé incarnato. Decenni fa si riteneva che elaborare il trauma implicasse il doverlo rivivere, ma la pratica clinica ha dimostrato il contrario, poiché “rientrare” nella dimensione traumatica comporta il forte rischio di una pericolosa ri-traumatizzazione. Attualmente, la consapevolezza è che risperimentare il passato può essere dannoso, così terapeuti devono evitare di farvi reimmergere il paziente, incoraggiando modalità alternative per accedere a sensazioni legate al trauma e aiutandolo a comprendere che l'evento traumatico appartiene al passato. La rielaborazione richiede una trasformazione della relazione con l'evento, utilizzando risorse corporee e mentali per modificare le risposte fisiche [30]. Di seguito sono descritte le fasi del trattamento del trauma che la Fisher ha adattato dal modello di Judith Herman [113]:

Fase 1. Sicurezza e Stabilità: Superare la disregolazione

- Obiettivo: creare una vita sicura e stabile nel qui e ora.
- Compiti: creare una sicurezza corporea, creare un ambiente sicuro, ottenere una stabilizzazione emotiva.

Fase 2. Venire a patti con i ricordi traumatici

- Obiettivo: venire a patto con passato traumatico.
- Compiti: superare la paura degli eventi traumatici e dei ricordi corporei/emotivi in modo che possano essere integrati.

Fase 3. Integrare e andare avanti

- Obiettivo: superare le paure della vita normale, delle sfide, dei cambiamenti sani e dell'intimità traumatica.
- Compiti: diminuire la vergogna e l'alienazione dal sé, sviluppare una maggiore capacità di attaccamento sicuro, raggiungere obiettivi personali e professionali

che riflettano la creazione di un significato post traumatico.

La guarigione dal trauma passa per un processo graduale e complesso e si può definire avvenuta quando la personale eredità traumatica, con tutte le sue manifestazioni emotive, comportamentali e percettive, sono state elaborate e risolte. L'accettazione amorevole e completa di sé, il perdono per ciò che si è stati e lo sguardo compassionevole verso il piccolo bimbo o la piccola bimba che si è stati, fanno sentire che qualcosa di importante si è modificato in modo stabile.

3. Approccio integrato al trattamento del trauma

Gli studi più o meno recenti sul trauma e sull'intervento terapeutico, chiedono ai professionisti della salute mentale di operare con un approccio "trauma-oriented" che possa dare ragione della comprensione di come si strutturano nel tempo disagi e disturbi legati a eventi traumatici e a processi di sviluppo traumatico relazionale e a come questi possono essere trattati in terapia, considerando non solo l'evoluzione storica del disturbo, ma anche il vissuto presente del paziente e la sua progettualità. I modelli di intervento sinteticamente citati in questo lavoro tendono senz'altro ad avere delle caratteristiche specifiche, ma anche molte concettualizzazioni e pratiche comuni, aspetto che rende possibile, anche se non del tutto semplice, la costruzione di una modalità di intervento integrata.

Lavorare terapeuticamente in modalità "trauma-oriented", implica avere una visione neurobiologica, epigenetica e psicologica del trauma e la consapevolezza che occorre ripristinare l'attività corticale deputata al metapensiero per far sì che si attui un cambiamento nelle condotte delle persone e nella capacità di gestire efficacemente l'effetto iatrogeno che può verificarsi nel "ritorno" del paziente ai contesti di vita abituali [114]. Il paziente traumatizzato è poco in grado di autoregolarsi, ovvero riesce con difficoltà a pensare prima di agire, è poco capace di gestire le emozioni e fatica a compiere azioni intenzionali. Come affermava Perls [115], c'è una soglia oltre la quale l'organismo è incapace di autoregolarsi, secondo le condizioni prevalenti del campo.

Considerando quanto finora detto sugli effetti degli eventi traumatici e dello sviluppo traumatico, un approccio terapeutico integrato considera focali obiettivi che si orientino allo sviluppo di competenze atte a consentire l'espansione della finestra di tolleranza, il riconoscimento di *triggers*, la consapevolezza e la comprensione che quanto accaduto nel passato, se ben elaborato, porta a vivere con più pienezza il presente e a costruire un futuro caratterizzato da un miglior essere e un miglior stare. Comprendere meglio quali erano e come si esprimevano le reazioni a certi accadimenti del passato, porta a vivere più pienamente nel presente e questo consente di essere più capaci di concentrarsi sulle diverse attività della vita quotidiana e nelle relazioni, poiché saper riconoscere quando si è attivati da un *trigger* e come fare per rispondere a questa attivazione da adulti, rende più facile essere pienamente vivi nel presente e coinvolti con le persone intorno a noi. È davvero un passaggio importante aiutare il paziente a divenire sempre più consapevole che ciò che ha creato la trau-

matizzazione appartiene al passato e che “qui e ora” si è nel presente, sopravvissuti ma con la possibilità di “vivere” bene l’esistenza. Una buona rielaborazione del passato necessita di una trasformazione della relazione con ciò che è successo e questo è realizzabile se ci si allena ad accedere ad alternative di pensiero e ad utilizzare risorse corporee e cognitive che possano modificare le risposte fisiche e psichiche che fanno permanere nello “luogo del trauma”. La rivalorizzazione del “qui e ora”, riscontrabile in tutti i modelli di intervento “trauma-oriented” è un chiaro obiettivo attuale della Psicoterapia della Gestalt, che si pone nell’ottica di aiutare il paziente a riorganizzare il campo relazionale ed esperienziale, del momento presente, della spontaneità e dell’autenticità del contatto e delle modalità creative in cui ognuno trova adattamento e soluzione esistenziali. Poiché l’adattamento creativo al trauma, che pure consente la sopravvivenza, permette di vivere poco il senso di sé nel mondo, le soluzioni che emergono da un campo gravemente limitato nella possibilità di scelta, nel tempo divengono delle gestalt rigide, incluse nella struttura di personalità [27]. Il “come” del modello fenomenologico che si sostituisce al “perché” psicodinamico, sostiene il processo di differenziazione e quindi di ripristino della fluidità di apertura e chiusura delle *gestalt* gravemente compromessa dal trauma.

In questo processo sono cruciali la trasparenza degli obiettivi terapeutici, il rispetto della volontà e dell’energia del paziente, insieme a una precisa focalizzazione tematica in ogni seduta. Un importante spazio dell’intervento viene dato alla psicoeducazione, che consiste sostanzialmente nel dare un nome alle cose, permettendo così alle persone di conoscere e divenire consapevoli del loro stato. Dare un nome alle cose e spiegare i processi che sottendono certe dinamiche, permette anche di “normalizzarle” e “normalizzare l’esperienza”, restituendo al paziente senso di *empowerment*, sicurezza, percezione di potere e gestione della propria esistenza, così come di diminuire il timore di impazzire [26]. Normalizzare, ovviamente, non significa negare o non riconoscere l’esistenza del problema, quanto piuttosto evidenziare che non è tanto la qualità dell’esperienza ad essere diversa, ma l’intensità e magari la durata nel tempo. Questa operazione incrementa la possibilità di sviluppare una buona alleanza terapeutica e la sensazione che il terapeuta sia protettivo, affidabile, interessato e competente.

Integrando la prospettiva *gestaltica* al lavoro di Janina Fisher, le “polarità” possono essere ricondotte alle “parti” e alla necessità di costruire un dialogo tra di esse che porti all’integrazione e alla costruzione di una “base sicura riguadagnata”. Attraverso l’esercizio costante e la sperimentazione nel vissuto quotidiano, del dialogo tra le parti, governato da un io consapevole e capace di sintonizzarsi con esse, e quindi attraverso l’esercizio costante di una consapevolezza duale, i pazienti possono smorzare il fuoco delle attivazioni che riportano automaticamente alla dimensione traumatica, e ri-regolare le loro emozioni e i loro comportamenti per essere in maggiore equilibrio in sé e con il mondo.

La prima fase dell’intervento consiste nel lavorare sulla costruzione della relazione, sull’alleanza motivazionale. La contrattualizzazione degli obiettivi e della metodologia di lavoro aiuta a definire meglio i ruoli reciproci terapeuta-paziente. L’aspetto

relazionale va curato particolarmente quando il trauma si riferisce ad un 'altro' abusante, sia psicologicamente che fisicamente. Può esistere, in questi casi, una sensibilità particolare all'atmosfera della relazione e la difficoltà di instaurare relazioni 'intime' [116]. Nel contratto sarebbe bene inserire anche quello che riguarda le possibilità di contattare/scrivere al terapeuta in caso di necessità. In un approccio complesso, tali condizioni dovrebbero essere chiarite, in virtù della sempre maggiore possibilità di accessibilità al terapeuta (attraverso i *social*, le *chat*, le *mail*, ecc.). Nelle fasi iniziali del trattamento, un aspetto importante riguarda la necessità della stabilizzazione. I pazienti molto spesso giungono in terapia in uno stato di disregolazione emotiva e fisica, narrando in modo più o meno consapevole e logico, di disturbi o disagi fisici, emotivi e psicologici. Lo stato di disregolazione può attuarsi anche durante il percorso terapeutico e/o anche durante la seduta stessa, in un momento particolare, in cui qualcosa ha turbato e agito da trigger per il paziente. Conoscere meglio il linguaggio del corpo e saper intervenire su di esso, attraverso tecniche *mindfulness*, di centraggio, della Terapia Sensorimotoria, può aiutare a riportare il paziente in uno stato di migliore regolazione organismica che consenta, anche se solo in parte, la riattivazione della funzionalità della corteccia prefrontale. Una delle tecniche privilegiata della Terapia Sensorimotoria è il *grounding*, particolarmente efficace in casi di depersonalizzazione [26], poiché attraverso l'aderenza dei piedi al pavimento, l'attenzione al peso del corpo sui piedi, tutta la concentrazione viene indirizzata al corpo. Anche esercizi che derivano dal modello di intervento della teoria polivagale possono riportare in uno stato diverso e più consapevole di coscienza. L'attuazione di esercizi che interpellano i diversi strati adattivi della regolazione neurale del Sistema Nervoso Autonomo e che modificano la nostra percezione di noi stessi, degli altri e del mondo, ha l'obiettivo di far comprendere al paziente che la narrativa personale si basa su quello che abbiamo accumulato come sentimenti e non come eventi. L'intento non è quello di sminuire gli eventi, ma di dare contezza della capacità dei sentimenti di "distorcere, amplificare o mitigare l'impatto degli eventi" [117, pag. XI].

In ambito di utilizzo della tecnologia, un ulteriore strumento utile può essere il diario clinico condiviso. Insieme al paziente si sceglie il *device* che preferisce o che è più funzionale per lui/lei (*pc*, *smartphone*, ecc.) e l'*app* più agevole (ne esistono molte e gratuite sia per *pc* che per *smartphone*). Il paziente descrive quello che gli accade, con cadenze predefinite, su un documento condiviso a cui il terapeuta ha accesso in tempo reale. A meno di urgenze, quanto descritto sarà oggetto di lavoro terapeutico nella seduta susseguente.

Quando il paziente sente una maggiore stabilità emotiva e fisica, ha maggiori possibilità di accedere alla consapevolezza di avere risorse positive. In questa fase può essere utile utilizzare il modello procedurale per l'implementazione delle risorse attraverso la stimolazione bilaterale o il *tapping* dell'EMDR [92, 31]. Questa fase è importante nel lavoro con persone traumatizzate e può richiedere anche tempi molto lunghi prima di poter accedere alla rielaborazione dei ricordi traumatici, perché, per poter affrontare un ricordo traumatico il paziente deve collocarsi all'interno della "fi-

nestra di tolleranza” dell’attivazione fisiologica e delle emozioni ed essere in grado di modulare tale attivazione. La pratica clinica aiuta ad apprendere e seguire i tempi e i modi necessari ad ognuno per essere pronto al passaggio alla fase di elaborazione delle memorie traumatiche. L’alleanza terapeutica deve essere sufficientemente solida e l’umore e le condizioni generali del paziente devono essere adeguate. Durante la fase di stabilizzazione il paziente deve essere accompagnato a riconoscere l’importanza che le sue difese hanno rivestito nel corso dell’esperienza traumatica, compito della terapia è aiutare il paziente a riconoscere come alcuni aspetti di queste difese siano ormai anacronistici e ad utilizzare in maniera flessibile tutte le risposte del sistema di difesa (quelle di mobilitazione e di immobilizzazione).

All’inizio della fase ‘centrale’ del lavoro terapeutico, dopo le sedute iniziali, uno strumento utile può essere il genogramma, attraverso cui il paziente si riappropria meglio di una narrazione storica del proprio clan, e dunque anche di sue parti interne, e il terapeuta raccoglie informazioni utili al trattamento [118]. Sulla base di quanto emerge nelle sedute, terapeuta e paziente possono registrare dei brevi videomessaggi che possano rinforzare la persona nei momenti in cui le memorie traumatiche emergono con più pregnanza. Brevi video da memorizzare sul cellulare e da riprodurre all’esigenza [12]. In queste sedute ‘centrali’ può essere utile fornire al paziente delle indicazioni su testi da leggere, in riferimento al trauma, e su siti, selezionati dal terapeuta, da consultare, come risorse ulteriori di lavoro terapeutico. Inoltre, diventa importante, per migliorare il funzionamento quotidiano del paziente l’introduzione dell’agenda per la pianificazione settimanale delle attività. Mentre il diario condiviso (vedi sopra) riguarda la sfera affettiva, cognitiva ed emozionale di autonarrazione, l’agenda riguarda il funzionamento concreto del paziente, la programmazione delle azioni da compiere.

Nel lavoro di elaborazione delle memorie traumatiche, sono essenziali alcune azioni da parte del terapeuta: mantenere l’attenzione duale tra presente e passato, guidare il paziente all’interno della “finestra di tolleranza emotiva”, focalizzarsi sui segnali emotivi e somatici di attivazione delle difese. Inoltre il terapeuta deve avere un’idea abbastanza chiara del sistema interno del paziente, delle sue risorse, delle sua capacità integrative, di quanto siano intense la fobia per l’esperienza interna, per i ricordi traumatici e per l’attaccamento e la perdita dell’attaccamento e di quale sia e quanto sia forte il conflitto fra le parti. Obiettivo del lavoro terapeutico è portare il paziente verso la soluzione dei legami di attaccamento disfunzionali con gli eventuali aggressori e verso la risoluzione delle fobie tra le parti dissociative, al fine di aiutarlo ad essere più orientato al presente, riconoscendo i legami e anche la distanza del passato traumatico rispetto alla vita quotidiana. In questo senso, poiché il lavoro sulle memorie traumatiche pone il clinico di fronte a resistenze e blocchi e per far sì perché l’integrazione dei ricordi traumatici abbia successo, occorre valutare attentamente quanto la persona di volta in volta riesce a tollerare. Nel processo terapeutico, quindi, diventa importante affrontare blocchi e resistenze con curiosità, benevolenza e compassione, senza interpretare né giudicare, valutare con flessibilità gli obiettivi terapeutici ed essere disponibili a fermarsi o tornare indietro di fronte a nuovi elementi

emergenti nel corso del trattamento. Lavorare sulla resistenza richiede al paziente controllo e potere nel processo terapeutico e va fatto avanzando con piccoli passi e con molto rispetto, per far in modo che lo stesso si muova sempre dentro una finestra di tolleranza emotiva per lui/lei tollerabile e rimanga o ritorni con agevolezza nella consapevolezza tra tutte le sue parti sul lavoro terapeutico. Durante tutto il percorso sono importanti i *feedback* costanti del terapeuta al paziente, feedback che riguardano sia i contenuti raccontati dal paziente, sia il processo nel farsi della relazione terapeutica [119]. Con le resistenze si deve 'danzare' [120], non solo confrontarle, e l'alleanza con le resistenze è una buona strategia di lavoro clinico. È necessario, per una buona riuscita del processo terapeutico, che i terapeuti si focalizzino in modo preciso sul tema di lavoro scelto, per non rischiare di dover elaborare troppi aspetti magari intollerabili dello stesso evento, in modo da agevolare la promozione del dialogo tra le parti dissociative attraverso la mediazione dell'adulto sano, che via via riesce a guadagnare competenza e capacità di *coping* utili a gestire il dolore all'interno del suo sistema emotivo.

La parte finale del trattamento ha a che fare con il consolidamento degli apprendimenti (buona riparazione interna della 'frattura' col trauma, aumento delle capacità di coping rispetto all'evento traumatico, maggior consapevolezza di sé e della possibilità di procedere bene integrando nel sé la memoria del trauma) e con l'elaborazione della chiusura della relazione col terapeuta [116].

4. Conclusioni

Questo è il secondo dei due articoli dedicati al trattamento *blended* del trauma. Mentre nel primo [122] c'è stata una maggiore focalizzazione sulle possibilità offerte dalla 'distanza' per intervento sul trauma, in questo si è approfondito maggiormente il trauma stesso, attraverso un breve *excursus* storico rispetto alle varie concettualizzazioni, le teorie, le metodologie e trattamenti relativi. A tutt'oggi si è tornati a parlare molto di trauma e diversi autori e scuole hanno approfondito il discorso sia teorico che clinico. Quelli più importanti sono stati citati e descritti brevemente e variano da alcuni che sottolineano maggiormente l'aspetto di elaborazione cognitiva ad altri che privilegiano un intervento corporeo. Come sottolineato nel Paragrafo 4, una possibilità di intervento consiste nell'integrare sia la parte corticale, con l'elaborazione cognitiva di quanto accaduto e una migliore gestione dei pensieri associati sia quella affettivo-emotiva di gestione dei sentimenti associati al trauma, la rabbia, il dolore, la depressione, nonché di quella corporea, legata alla presenza, al corpo vissuto, alla consapevolezza di sé. Tutti gli autori sono concordi nel definire la relazione terapeutica [123] come l'elemento più importante del trattamento del paziente con trauma, tanto più quanto più il trauma subito ha a che fare con un altro da sé: in questo caso la persona sarà ancora più sensibile al confine di contatto e potrebbero attivarsi diverse sensazioni, emozioni, pensieri, dal senso di colpa, alla rabbia, all'autosvalutazione. Il processo terapeutico e di guarigione, come abbiamo provato a mostrare, può essere implementato tenendo anche a mente le possibilità offerte dalla tecnologia di-

gitale, non solo in termini di PC o videochiamata. Si può lavorare bene contrattualizzando l'invio di *mail*, messaggi (vocali o scritti), si possono registrare insieme video da utilizzare in caso di necessità, programmare sedute *online*, utilizzare risorse di rete o la realtà virtuale per desensibilizzare al trauma.

Prossimi lavori saranno indirizzati ad implementare progetti di ricerca empirica per valutare l'efficacia degli interventi terapeutici integrati sopraesposti.

BIBLIOGRAFIA

1. Blaustein, M. E. & Kinniburgh, K. M., (2018). *Treating traumatic stress in children and adolescents: How to foster resilience through attachment, self-regulation, and competency*. New York: Guilford Publications.
2. Ford, J. D., & Courtois, C. A. (Eds.). (2013). *Treating complex traumatic stress disorders in children and adolescents: Scientific foundations and therapeutic models*. Guilford Press.
3. Damasio, A. (2022). *Emozione e coscienza*. Milano: Adelphi Edizioni, spa.
4. Davidson, R., & Begley, S. (2012). *La vita emotiva del cervello. Come imparare a conoscerla e a cambiarla attraverso la consapevolezza*. Milano: Ponte alle Grazie.
5. Roozendaal, B., McEwen, B. S., & Chattarji, S. (2009). Stress, memory and the amygdala. *Nature Reviews Neuroscience*, 10(6), 423-433. doi.org/10.1038/nrn2651
6. Schore, A. N. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22(1-2), 201-269. doi.org/10.1002/1097-0355(200101/04)22:1<201:AID-IMHJ8>3.0.CO;2-9
7. Carriero, C. (2020). *Smart working: Tool e attitudini per gestire il lavoro da casa e da remoto*. Milano: Hoepli.
8. WHO – AA.VV. (2020). *eHealth Network, Summary report*. 17th e HealthNetwork meeting, Brussels.
9. WHO – AA.VV. (2020). *Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak*. Document, World Health Organization.
10. Suler, J. (2001). The Future of Online Clinical Work. *Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 4, pp. 265-70. doi:10.1023/A:1015557407603
11. Suler, J. (2006). *The psychology of cyberspace*. www.rider.edu/users/suler/psyber/psyber.html
12. Iannazzo, A., Leoni, F., & Ciufò, P. (2022). *Psicoterapia online. Come realizzare interventi efficaci a distanza*. Roma: Carocci.
13. McWilliams, N. (2020). Psychotherapy in a Pandemic. *Frenis Zero Psychoanalytic Journal*. doi: org/10.1007/978-3-319-06083-5_7.
14. Bloom, J. W. (1998). The ethical practice of Web Counseling. *British Journal of Guidance and Counselling*, 26(1), 53-59. doi:org/10.1080/03069889800760061
15. Van Daele, T., Karekla, M., Kassianos, A. P., Compare, A., Haddouk, L., Salgado, J., ... & De Witte, N. A. (2020). Recommendations for policy and practice of telepsychotherapy and e-mental health in Europe and beyond. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(2), 160. doi: 10.1037/int0000218
16. Algeri, D., Gabri, S., & Mazzucchelli, L. (2018). *Consulenza psicologica online. Esperienze pratiche, linee guida e ambiti di intervento*. Giunti: Firenze.
17. Vargiu, N. (2021). *Psicologia online: Un'opportunità d'innovazione*. Dueville: Ronzani, RES.
18. Leoni, F. (2021). Psicoterapia online. Efficienza e risorse del servizio. In A. Iannazzo (a cura di), *Consulenza e formazione online. Integrazione nelle Psicoterapie*, 11, Roma: Aspic.
19. Leoni, F., Ciufò, P. (2021). Psicologia online. Costruzione del setting e pratica clinica. In A. Iannazzo (a cura di), *Consulenza e formazione online. Integrazione nelle Psicoterapie*, 11, Roma: Aspic.

20. Harding, C. (2009). The ghost at the feast. In D., Mann, & V., Cunningham (eds). *The past in the present: Therapy enactments and the return of trauma*. Hove: Routledge.
21. Fornari, S., & Terranova, C. (2020). La psicoterapia on line in videochiamata. *Rivista Costruttivismi*, 7, 3-21.
22. Amichai-Hamburger, Y., Brunstein-Klomek, A., Friedman, D., Zuckerman, O., & Shani-Sherman, T. (2014). The future of online therapy. *Computer in Human Behavior*, 41, 288-294. doi: org/10.1016/j.chb.2014.09.016
23. Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M., & Shapira, N. (2008). A comprehensive review and meta-analysis of the effectiveness of internet-based psychotherapeutic interventions. *Journal of Technology in Human Services*, 26, 109-160. doi:org/10.1080/15228830802094429
24. Mancuso, F. (2019). La terapia online: innovazione e integrazione tecnologica nella pratica clinica. *Cognitivismo clinico*, 16(2), 193-207. doi: 10.36131/COGNCL20190206
25. Van der Kolk, B. (2015). *Il corpo accusa il colpo*. Milano: Cortina., [ed. Or., 2014, The body keeps the score: brain, mind and body in the healing of trauma. Viking Press. NY].
26. Liotti, G. (2005). Trauma e dissociazione alla luce della teoria dell'attaccamento. *Infanzia e adolescenza*, 4(3), 130-44.
27. Taylor, M. (2016). *Psicoterapia del trauma e pratica clinica. Corpo, Neuroscienze e Gestalt*. Milano: Franco Angeli.
28. Janet, P. (1904). *L'amnésie et la dissociation des souvenirs par l'émotion*. F. Alcan.
29. Van der Hart, O., & Nijenhuis, E. R. (2009). *Dissociative disorders*. Oxford: Oxford University Press.
30. Fisher, J. (2021). *Trasformare l'eredità del trauma: Un manuale pratico per la vita quotidiana e per la terapia*. Mimesis, Milano, Udine.
31. Shapiro, F. (2018). *EMDR. Il Manuale. Principi fondamentali, protocolli e procedure*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
32. Ogden, P. & Fisher, J. (2016). *Psicoterapia sensomotiva. Interventi per il trauma e l'attaccamento*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
33. Curtacci, A. (2020). *Open school*. Studi Cognitivi, San Benedetto del Tronto. <https://www.stateofmind.it/2020/09/psicologia-soccorso-trauma/>
34. Norris, F. H. (1992). Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(3), 409-418. doi:org/10.1037/0022-006X.60.3.409
35. Sgarro, M. (1997). Post Traumatic Stress Disorder. *Annual of Clinical Psychiatry*, 58(suppl9):16-24.
36. Zennaro, A. (2011). *Lo sviluppo della Psicopatologia*. Bologna: il Mulino.
37. Herman, J. L. (1992). *Guarire dal trauma. Affrontare le conseguenze della violenza, dall'abuso domestico al terrorismo*. Trad. It. Traduzioni Scientifiche MaGi, Roma.
38. Resick, P. A., Nishith, P., & Griffin, M. G. (2003). How well does cognitive-behavioral therapy treat symptoms of complex PTSD? An examination of child sexual abuse survivors within a clinical trial. *CNS spectrums*, 8(5), 340-355. doi:10.1017/S1092852900018605
39. Van der Kolk Laura, B. A., West, J., Rhodes, A., Emerson, D., Suvak, M., & Spinazzola, J. (2014). Yoga as an adjunctive treatment for posttraumatic stress disorder: A randomized controlled trial. *The Journal of clinical psychiatry*, 75(6), 22573. Doi: 10.4088/JCP.13m08561. PMID: 25004196.
40. Janet, P. (2016). *Trauma, coscienza, personalità. Scritti clinici*. In F. Ortu & F. Craparo (A cura di), Milano: Raffaello Cortina Editore.
41. Liotti, G., & Farina, B. (2018). La svolta relazionale in psicoterapia cognitiva: origini e prospettive della psicoterapia cognitivo-evoluzionista. *Quaderni di psicoterapia cognitiva*, 42, 11-34. doi:10.3280/QPC2018-042002
42. Di Donna, E. (2020). *Capire e superare il trauma. Una guida per comprendere e fronteggiare I traumi psichici*. Trento: Eriksson.
43. Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1967). *Enciclopedia della psicoanalisi*. Bari: Laterza, 2003.
44. Emerson, D. (2015). *Trauma-Sensitive Yoga in therapy. Bringing the Body into Treatment*. New York: Norton & Company.

45. Charcot, J. M. (1897). *Isterismo*. In *Trattato di medicina*. Vol. VI, 477-536 Torino: Unione Tipografica.
46. Luchhurst, R (2008). *The Trauma Question*. New York: Routledge.
47. Freud S., (1989). *Introduzione alla psicoanalisi e altri scritti 1915-1917*. Vol. 8. Bollati Boringhieri, Torino.
48. Mangini, E. (2001). *Lezioni sul pensiero freudiano e sue diramazioni*. Milano: LED.
49. Sándor, F. & Rank, O. (2020). *Prospettive di sviluppo della psicoanalisi: sull'interdipendenza tra teoria e pratica (1923 [1924])*. Milano: Franco Angeli.
50. Cheli, M., Ricciutello, C. & Valdiserra, M. (2021). *Maltrattamento all'infanzia. Un modello integrato di interventi per i Servizi Sociali e Sanitari*. Santarcangelo di Romagna: Maggioli Editore.
51. V. Caretti & D. La Barbera (2010) (a cura di). *Addiction. Aspetti biologici e di Ricerca*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
52. Crowell, J. A., Fraley, R. C., & Shaver, P. R. (1999). Measurement of individual differences in adolescent and adult attachment. *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*, 2, 635.
53. Attili, G. (2007). *Attaccamento e costruzione evolutivista della mente*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
54. Bowlby, J. (1989). *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*. Tr. It. A cura di M. Magnino, Collana Psicologia clinica e psicoterapia, 26, Milano: Raffaello Cortina.
55. Bowlby, J. (1969). Attachment and loss. Vol. I: Attachment to mother. Hogart Press, London. Tr.it. Attaccamento e perdita. Vol. I: *Attaccamento alla madre*. Torino: Boringhieri, 1975).
56. Benjamin, J. (1990). *Cenni di intersoggettività: lo sviluppo del riconoscimento*. Milano: Raffaello Cortina.
57. Ainsworth, M. D. S., Blehar, M., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
58. Main M., Goldwyn R. (1994) *Adult Attachment scoring and classification systems*. Berkeley: University of California Press,.
59. Troyer, D., & Greitemeyer, T. (2018). The impact of attachment orientations on empathy in adults: Considering the mediating role of emotion regulation strategies and negative affectivity. *Personality and Individual Differences*, 122, 198-205. doi: org/10.1016/j.paid.2017.10.033
60. Carretti, V., & Capraro, G. (a cura di) (2008). *Trauma e Psicopatologia. Un approccio evolutivo-relazionale*. Roma: Astrolabio.
61. Beebe, B., & Lachmann, F. (2001). Co-costruire processi interni e relazionali. *Ricerca psicoanalitica*, 2, 119-160.
62. Fisher, J. (2016). *Shame & self loathing in the treatment of trauma*. Workshop, Vancouver, BC.
63. Schore, A. N. (2005). Back to basics: Attachment, affect regulation, and the developing right brain: Linking developmental neuroscience to pediatrics. *Pediatrics in review*, 26(6), 204-217. doi:org/10.1542/pir.26-6-204
64. Siegel, D. J. (1999). *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*. Tr. It., Milano: Raffaello Cortina, (2001).
65. Van Dijke, A., Ford, J. D., van Son, M., Frank, L., & van der Hart, O. (2013). Association of childhood-trauma-by-primary caregiver and affect dysregulation with borderline personality disorder symptoms in adulthood. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(3), 217-224. doi:org/10.1037/a0027256
66. Lyons-Ruth, K., Yellin, C., Melnick, S., & Atwood, G. (2005). Expanding the concept of unresolved mental states: Hostile/helpless states of mind on the Adult Attachment Interview are associated with disrupted mother-infant communication and infant disorganization. *Development and psychopathology*, 17(1), 1-23. doi:org/10.1017/S0954579405050017
67. Elzinga, B. M., & Bremner, J. D. (2002). Are the neural substrates of memory the final common pathway in posttraumatic stress disorder (PTSD)? *Journal of affective disorders*, 70(1), 1-17.
68. Porges, S. W. (2011). *The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation*. New York: WW Norton & Company.
69. Saxe, G. N., Chinman, G., Berkowitz, R., Hall, K., Lieberg, G., Schwartz, J., & Van der Kolk, B. A.

- (1994). Somatization in patients with dissociative disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 151(9), 1329-1334.
70. Van der Kolk, B. A. (1994). The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harvard review of psychiatry*, 1(5), 253-265.
71. Nijenhuis, E. R., & Van der Hart, O. (2011). Dissociation in trauma: A new definition and comparison with previous formulations. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12(4), 416-445. doi:org/10.1080/15299732.2011.570592
72. Nijenhuis, E. R., Van der Hart, O., Steele, K., De Soir, E., & Matthes, H. (2006). Dissociation structurelle de la personnalité et trauma. *Revue francophone du stress et du trauma*, 6(3), 125-139.
73. Van der Kolk, B. A. & Fisler, R. (1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study. *Journal of traumatic stress*, 8, 505-525.
74. Fisher, J. (2017). *Healing the Fragmented Selves of Trauma Survivors: Overcoming Internal Self-Alienation*. London: Routledge.
75. AA.VV (2013). DSM-5-TR. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Text revision*. Tr. It. Milano: Raffaello Cortina Editore.,
76. Van der Hart, O., Nijenhuis, E.R.S., & Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York/London: Norton.
77. Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). *The Haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York: Norton. Tr. It.: Fantasma del Sé. Trauma e trattamento della dissociazione strutturale. Milano: Raffaello Cortina, 2006.
78. Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C. H., Perry, B. D., ... & Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 256, 174-186. doi:10.1007/s00406-005-0624-4
79. Briere, J., & Spinazzola, J. (2005). Phenomenology and psychological assessment of complex posttraumatic states. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 18(5), 401-412. Doi:org/10.1002/jts.20048
80. Felitti, V. J. (2009). Adverse childhood experiences and adult health. *Academic pediatrics*, 9(3), 131-132. Doi:org/10.1016/j.acap.2009.03.001
81. Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*, 14(4), 245-258. doi:org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8
82. Lanius, R. A., Brand, B., Vermetten, E., Frewen, P. A., & Spiegel, D. (2012). The dissociative subtype of posttraumatic stress disorder: Rationale, clinical and neurobiological evidence, and implications. *Depression and anxiety*, 29(8), 701-708. doi.org/10.1002/da.21889
83. Anda, R. F., Croft, J. B., Felitti, V. J., Nordenberg, D., Giles, W. H., Williamson, D. F., & Giovino, G. A. (1999). Adverse childhood experiences and smoking during adolescence and adulthood. *Jama*, 282(17), 1652-1658.
84. Boullier, M., & Blair, M. (2018). Adverse childhood experiences. *Pediatrics and Child Health*, 28 (3), 132-137.
85. Liotti, G., & Farina, B. (2011). L'impatto del trauma infantile sulla salute e sulla malattia. L'epidemia nascosta. In G., Liotti e B., Farina, (2011). *In Sviluppi Traumatici: Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Milano: Raffaello Cortina.
86. Holmes, E. A., Brown, R. J., Mansell, W., Fearon, R. P., Hunter, E. C., Frasquilho, F., & Oakley, D. A. (2005). Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. *Clinical psychology review*, 25(1), 1-23. doi:org/10.1016/j.cpr.2004.08.006

87. Ardovini, C., La Rosa, C., & Onofri, A. (a cura di) (2022). *Conversazioni con Giovanni Liotti su Trauma e Dissociazione*. Vol. 1. Roma: ApertaMenteWeb.
88. Dimaggio, G., Montano, A., Popolo, R., & Salvatore, G. (2013). *Terapia metacognitiva interpersonale: dei disturbi di personalità*. Milano: Cortina.
89. Fonagy, P., Gergely, G., & Jurist, E. L. (a cura di) (2018). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. London: Routledge.
90. Van der Hart, O., & Dorahy, M. (2009). History of the concept of dissociation. In Dell, P. O'Neil, J.A. (a cura di), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond*. New York: Routledge, 3-26.
91. Steele, K., Dorahy, M. J., & van der Hart, O. (2022). Dissociation versus alterations in consciousness: Related but different concepts. In *Dissociation and the dissociative disorders* (pp. 66-80). New York: Routledge.
92. Shapiro, E. (2012). EMDR and early psychological intervention following trauma. *European Review of Applied Psychology*, 62(4), 241-251.
doi:org/10.1016/j.erap.2012.09.003
93. Dworkin, M. (2013). *EMDR and the relational imperative: The therapeutic relationship in EMDR treatment*. New York: Routledge.
94. Portigliatti Pomeri, A., La Salvia, A., Carletto, S., Oliva, F., & Ostacoli, L. (2021). EMDR in cancer patients: A systematic review. *Frontiers in psychology*, 11, 590204.
Doi:org/10.3389/fpsyg.2020.590204
95. Rodenburg, R., Benjamin, A., de Roos, C., Meijer, A. M., & Stams, G. J. (2009). Efficacy of EMDR in children: A meta-analysis. *Clinical psychology review*, 29(7), 599-606.
doi:org/10.1016/j.cpr.2009.06.008
96. Scelles, C., & Bulnes, L. C. (2021). EMDR as treatment option for conditions other than PTSD: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 12, 644369.
97. Valiente-Gómez, A., Moreno-Alcázar, A., Treen, D., Cedrón, C., Colom, F., Perez, V., & Amann, B. L. (2017). EMDR beyond PTSD: A systematic literature review. *Frontiers in psychology*, 8, 16-68.
doi:org/10.3389/fpsyg.2021.644369
98. van den Hout, M. A., & Engelhard, I. M. (2012). How does EMDR work?. *Journal of Experimental Psychopathology*, 3(5), 724-738. doi:org/10.5127/jep.028212
99. Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). Il trauma e il corpo. *Manuale di psicoterapia sensomotoria*. Tr. it. Sassari: Istituto di Scienze Cognitive.
100. Fisher, J., & Ogden, P. (2009). Sensorimotor psychotherapy. In C. A. Courtois, & J. D. Ford (Eds.), *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide*, 312-328. New York, NY: Guilford.
101. Ogden, P. (2015). Proximity, defence and boundaries with children and care-givers: A sensorimotor psychotherapy perspective. *Children Australia*, 40(2), 139-146.
doi:org/10.1017/cha.2015.10
102. Ogden, P., Pain, C., & Fisher, J. (2006). A sensorimotor approach to the treatment of trauma and dissociation. *Psychiatric Clinics*, 29(1), 263-279.
doi:org/10.1016/j.psc.2005.10.012
103. Porges, S. W. (2014). *La teoria polivagale*. Roma: Giovanni Fioriti Editore.
104. Schwartz, R. C. (2023). *Come allearsi con le parti «cattive» di sé. Guarire il trauma con il modello dei sistemi familiari interni*. Milano: Cortina Raffaello.
105. Fisher, J. (2017). *Guarire la frammentazione del sé. Come integrare le parti di sé dissociate dal trauma*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
106. Clarkson, P., & Mackwen, J. (1993). *Fritz Perls*. London: Stage.
107. Cozolino, L. (2002). *The neuroscience of Psychotherapy: Building and rebuilding the human brain*. New York: Norton.
108. Yontef, G. (1996). *Awareness, dialogue and process: Essays on Gestalt theory*. Highland, NY: Gestalt Journal Press
109. Nevis, E. C. (2014). Gestalt Work With Children: Working With Anger and Introjects. In *Gestalt Therapy* (pp. 269-290). Highland, NY: Gestalt Press.

110. McCoville, M. (1995). *Adolescence: Psychotherapy and the emergent Self*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
111. Kepner, J. (1995). *Healing task: Psychotherapy with adult survivors of Childhood abuse*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
112. Bromberg, F. M. (2007). *Clinica del trauma e della dissociazione*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
113. Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of traumatic stress, 5*(3), 377-391.
114. Faretta, E. (2020). *EMDR e psicosomatica: Il dialogo tra mente e corpo*. Milano, Edra.
115. Perls, F. S., Hefferline, F. R., Goodman, P. (1997). *Teoria e pratica della terapia della Gestalt*. Roma: Astrolabio (ed. Or. 1951).
116. Giusti E., Montanari C., Iannazzo A. (2021), *Manuale: psicoterapie pluralistiche integrate. Relazione terapeutica, valutazione DSM-5. Modelli e piani di trattamento basati su prove di ricerca scientifica*. Armando: Roma.
117. Dana, D. (2020). *Polyvagal exercises for safety and connection*. W.W. Norton
118. McGoldrick M., Gerson R., Petry S. (2020). *Genograms: Assessment and Treatment*. New York: W. W. Norton & Company.
119. Lambert, M. J., Whipple, J. L., & Kleinstäuber, M. (2018). Collecting and delivering progress feedback: A meta-analysis of routine outcome monitoring. *Psychotherapy, 55*(4), 520. doi:org/10.1037/pst0000167
120. Miller W.R., Rollnick S. (2014), *Il colloquio motivazionale. Aiutare le persone a cambiare*, Trento: Erickson.
121. Iannazzo, A., Ciuffo, P., & Leoni, F. (2022). Ansia e attacchi di panico, trattamento complesso: Interventi integrati nel trattamento dell'Ansia e degli attacchi di Panico. *Phenomena Journal-Giornale Internazionale di Psicopatologia, Neuroscienze e Psicoterapia, 4*(2), 139-165. doi:org/10.32069/PJ.2021.2.178
122. Iannazzo, A., Stefano, S., Ruggero, L. Z., Santonicola, C., Armenante, O., Motta, V., ... & Rosa, V. (2023). Psicoterapia Blended: intervento integrato sul trauma. *Phenomena Journal-Giornale Internazionale di Psicopatologia, Neuroscienze e Psicoterapia, 5*(2), 124-142. doi.org/10.32069/pj.2021.2.203
123. Rosa, V. (2023). Un invito all'osservazione delle possibili applicazioni dell'Approccio Pluralistico Integrato nei trattamenti clinici e nella formazione. *Phenomena Journal-Giornale Internazionale di Psicopatologia, Neuroscienze e Psicoterapia, 5*(2), 124-142. doi.org/10.32069/pj.2021.2.203