

## Condividere sofferenze e significati. Un'esperienza di psicoterapia di gruppo rivolta ad adolescenti con storie di sviluppo traumatico

Milena Coletti, Grazia Tiziana Vitale<sup>2</sup>, Maria Grazia Foschino Barbaro<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Scuola di Psicoterapia Cognitiva di Grosseto, <sup>2</sup>Dirigente Psicologo U.O.S.D. Psicologia Ospedale Pediatrico “Giovanni XXIII”, A.O.U. Policlinico-Giovanni XXIII Bari, <sup>3</sup>Psicologo Responsabile U.O.S.D. Psicologia Ospedale Pediatrico “Giovanni XXIII”, A.O.U. Policlinico-Giovanni XXIII Bari

### **Riassunto**

Oggetto: Traumi multipli e cumulativi, sperimentati nella prima infanzia, determinano una profonda alterazione dei processi di regolazione interna, che va ben oltre il PTSD. In adolescenza, data la maggiore suscettibilità neurobiologica, si evidenzia un rischio evolutivo ancora maggiore. Tuttavia, pochi sono i trattamenti “*evidence based*” disponibili per l'intervento in età evolutiva.

Il nostro gruppo di lavoro si è adoperato per implementare un intervento di presa in carico che soddisfacesse le esigenze di cura specifiche di ragazzi adolescenti con esperienze traumatiche e che, allo stesso tempo, ponesse rimedio al problema delle spesso troppo lunghe liste di attesa del SSN.

Metodo: Modelli di riferimento sono stati la TF-CBT (Cohen, Mannarino & Deblinger, 2013) per bambini e adolescenti e l'ITCT-A (Briere & Lanktree, 2013).

Data la centralità dei pari in età adolescenziale, abbiamo progettato un ciclo di incontri di psicoterapia di gruppo, condotti da un terapeuta ed un co-terapeuta. Sono state inoltre programmate una fase preliminare di *assessment* ed una valutazione di esito.

Risultati: Nel complesso, si è registrato un significativo incremento delle competenze di riflessione sui propri pensieri e vissuti, nonché delle capacità di regolazione delle emozioni problematiche. Le condotte di evitamento risultano essersi ridotte in maniera significativa e la “finestra di tolleranza” appare ampliata. Il setting di gruppo ha inoltre favorito nei ragazzi l'acquisizione di preziose competenze interpersonali.

Conclusioni: In un'ottica di sostenibilità, è stato possibile rispondere alle richieste di cura specifiche di adolescenti con complesse storie di sviluppo traumatico, creando le condizioni per un efficace lavoro di ri-significazione delle esperienze traumatiche.

**Parole chiave:** Trauma complesso, Adolescenza, Sviluppo traumatico, Psicoterapia di gruppo, Terapia Cognitivo-Comportamentale, Trattamento multimodale e flessibile, Sostenibilità, Finestra di tolleranza, Stabilizzazione, Psicoeducazione, Autoregolazione, Memorie traumatiche

### **Sharing pains and meanings. An experience of group psychotherapy targeting adolescents with traumatic development**

#### **Abstract**

Subject: Early childhood multiple and cumulative traumas, determine a deep alteration of internal regulation

Milena Coletti, Condividere sofferenze e significati: una esperienza di psicoterapia di gruppo rivolta ad adolescenti con storie di sviluppo traumatico, *Numero 25 – Numero Monografico Età Evolutiva*, 2020, pp. 49-66.

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC e SPC. Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193  
pubblicata su [www.psicoterapeutiinformazione.it](http://www.psicoterapeutiinformazione.it)

processes, which goes far beyond PTSD. During adolescence, given the greater neurobiological susceptibility, an even greater evolutionary risk occurs. However, there are few "evidence based" treatments for traumatized children and adolescents. We worked to accomplish an intervention that meets the specific care needs of adolescents with traumatic experiences and, at the same time, remedies the problem of the often too long waiting lists of the NHS.

Method: Given the role that peers play during adolescence, we designed, using TF-CBT (Cohen, Mannarino & Deblinger, 2013) for children and adolescents and ITCT-A (Briere & Lanktree, 2013) as models, a group therapy, led by a therapist and a co-therapist. A preliminary and outcome assessment phases were also planned.

Results: Overall, there has been a significant increase in the ability to reflect on one's thoughts and experiences, as well as to control emotional reactivity; avoidance behaviors are significantly reduced and the "window of tolerance" appears to have widened. The group also promoted the acquisition of valuable social skills.

Conclusions: With a view to sustainability, we succeeded in taking care of the specific needs of teenagers with complex traumatic development stories, also creating the conditions for an effective work of re-signifying traumatic experiences.

**Key words:** Complex trauma, Adolescence, Traumatic development, Group psychotherapy, Cognitive-Behavioral Therapy, Multimodal and flexible treatment, Sustainability, Tolerance window, Stabilization, Psychoeducation, Self-regulation, Traumatic memories

## Introduzione

Il concetto di trauma complesso si riferisce all'esposizione ripetuta e prolungata ad eventi traumatici, che si verificano nel contesto di cure primario, ovvero in quello specifico ambiente che si suppone essere la principale fonte di stabilità e sicurezza per la vita del bambino e da cui quest'ultimo non può sottrarsi poiché costretto a dipendervi. Generalmente include esperienze di maltrattamento, quali la violenza fisica ed emotiva, l'abuso sessuale, la violenza assistita e la *neglect*, fino all'abbandono, che tendono ad accumularsi, andando a configurare una complessa combinazione di esperienze insostenibili, in assenza di adeguata protezione (Foschino Barbaro & Mancini (a cura di), 2017).

Traumi multipli e cumulativi, sperimentati nella prima infanzia, hanno conseguenze persistenti che vanno ben oltre il Disturbo da stress post traumatico (Felitti, Anda, Williamson et al., 1998).

Con la pubblicazione dell'undicesima edizione dell'*International Classification of Diseases* (ICD-11), l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha riconosciuto ufficialmente la diagnosi di Disturbo da stress post-traumatico complesso (C-PTSD, *Complex PTSD*).

Secondo l'ICD-11, per porre diagnosi di PTSD complesso è innanzitutto necessario che siano presenti le tre tipologie di sintomi principali del PTSD, cioè:

1. Risperimentazione, attraverso memorie vivide e intrusive, *flashback* o incubi;
2. Evitamento, sia di pensieri e ricordi, sia di stimoli associati al trauma;
3. Iperattivazione, cioè ipervigilanza ed esagerata risposta d'allarme.

In aggiunta (e a differenza del PTSD "semplice"), il PTSD complesso è caratterizzato da compromissioni gravi e durature in una serie di aree di funzionamento, quali:

4. Regolazione delle emozioni e controllo degli impulsi: i sopravvissuti non riescono a gestire emozioni intense e improvvise (come la rabbia) e mettono in atto condotte auto-distruttive (autolesionismo, abuso di sostanze, ecc.) quando iniziano a percepire come intollerabili e opprimenti anche minimi fattori di stress. Si riscontra inoltre una tendenza a entrare in stati dissociativi;

5. Percezione di sé: le vittime di esperienze traumatiche sviluppano una visione di sé stesse come indesiderate, deboli, impotenti, “danneggiate” e provano senso di colpa e vergogna cronici perché, in molti casi, si ritengono responsabili dell’abuso che hanno subito;

6. Rapporti interpersonali: incapacità di fidarsi o di entrare in intimità con gli altri, elevata sospettosità e isolamento sociale.

Tutti questi sintomi sono persistenti e causano difficoltà sul piano personale, lavorativo, scolastico, amicale o familiare.

In un simile quadro psicopatologico si rintracciano dunque compromissioni in più domini: l’attaccamento, la biologia, la regolazione affettiva e comportamentale, la dissociazione, la cognizione e il concetto di sé (Cloitre, Stolbach, Herman et al., 2009; Cook, Blaustein, Spinazzola et al., 2003; D’Andrea, Ford, Stolbach et al., 2012).

Approfondiamone la natura e le correlazioni degli uni con gli altri.

La relazione primaria con il *caregiver* configura un contesto relazionale nel quale il bambino sviluppa i precoci modelli del sé, dell’altro e del sé in relazione all’altro (Bowlby, 1988).

Bambini ripetutamente rifiutati o allontanati dai genitori imparano a ignorare o a non fidarsi delle proprie emozioni e reazioni, persino del proprio corpo (Attili, 2007).

Quando invece il bambino sperimenta un atteggiamento di cura incostante, caratterizzato dall’alternanza, non predicibile, di conferma e disconferma, può sviluppare un pattern ambivalente di attaccamento (Ainsworth, Blehar, Waters, et al., 1978) ed apprendere ad anticipare i repentini cambiamenti di atteggiamento dell’adulto dal distacco/trascuratezza all’intrusività, operando una disconnessione tra sé e gli altri.

Infine, un pattern di attaccamento disorganizzato, che è manifestazione del fallimento del sistema di cura e protezione, sembra riflettere modelli primitivi di sopravvivenza che risultano rigidi ed estremi (Lyons-Ruth & Jacobovitz, 2008). Questi modelli operativi sono incentrati sul sentirsi indifesi, impotenti, destinati al rifiuto ma allo stesso tempo sul controllo coercitivo dell’altro, percepito come ostile e rifiutante. Le strategie messe in atto dal bambino, all’interno di una relazione con la figura di accudimento di questo tipo, possono essere infatti di natura “accudente” o “punitiva” (Liotti & Farina, 2011). La strategia controllante accudente, anche detta di “genitorializzazione”, prevede proprio che il bambino diventi iper competente e iper sensibile agli sbalzi del genitore, di fatto imparando a “contenerlo” e ad anticiparne il comportamento imprevedibile. Una strategia controllante punitiva si caratterizza invece per la tendenza,

da parte del bambino, ad aggredire e ad imporre la propria volontà al genitore, al fine di anticipare e sopprimere le sue condotte disregolate, in quanto dolorose.

Simili alterazioni del legame di attaccamento avranno dei costi futuri in termini di una marcata difficoltà nel creare rapporti stabili e in cui ci si possa affidare e aprire all'altro senza che questo voglia dire, nuovamente, sottoporsi a una possibile minaccia e a nuovi abusi (Liotti & Farina, 2011). Ne deriveranno problemi a sintonizzarsi con gli stati emotivi altrui e ad assumere il punto di vista dell'altro, sfiducia e sospettosità legate all'incertezza circa la prevedibilità e l'affidabilità del mondo circostante.

Peraltro, bambini che hanno sperimentato violenza imprevedibile e ripetuti abbandoni spesso falliscono nello sviluppare adeguate competenze visive e verbali; i loro sforzi sono infatti orientati a sopravvivere e a controllare/difendersi da quello che accade intorno a loro.

La disorganizzazione dell'attaccamento, in effetti, risulta avere un impatto sullo sviluppo delle connessioni neuronali in aree importanti del cervello, in particolare la corteccia orbitale prefrontale e le sue connessioni (Schore, 2010), comportando deficit di regolazione dei livelli di *arousal*.

In altre parole, le esperienze cumulative di deprivazione e maltrattamento nell'infanzia agiscono sui fattori di regolazione neurobiologica delle risposte allo stress e provocano, da una parte una ipersensibilizzazione del sistema attraverso una condizione di *iperarousal*, che tende a stabilizzarsi nel tempo; dall'altra, reazioni di iperadattamento, che svolgono una funzione difensiva (Gunnar & Donzella, 2002). Tali meccanismi sono mediati dall'azione di ormoni e neurotrasmettitori che, oltre a determinare l'attivazione in maniera disfunzionale del sistema, possono causare anche una alterazione strutturale, a carico della corteccia frontale, del lobo limbico, dell'amigdala e dell'ippocampo (Ricciutello, Cheli, Montenegro et al., 2019).

La compromissione, già descritta, dei sistemi neurobiologici responsabili della regolazione delle emozioni pone molti bambini traumatizzati a rischio di disregolazione affettiva, sia nel breve che nel lungo periodo (Nelson, Heath, Madden et al., 2002).

I deficit nella capacità di regolare le emozioni possono essere così classificati (Cook et al., 2003):

- a) deficit nella capacità di riconoscere le esperienze emotive interne;
- b) difficoltà nell'esprimere le proprie emozioni e bisogni;
- c) compromissione della capacità di modulare le esperienze emotive.

Questi bambini possono ricorrere a strategie alternative di regolazione emotiva, primo fra tutti il *coping* dissociativo, ma anche l'evitamento di situazioni a potenziale valenza affettiva (siano esse positive o negative); ovvero, successivamente nello sviluppo, su un piano più propriamente comportamentale, l'uso di sostanze psicotrope. Ci potremmo trovare dunque di fronte a bambini e ragazzi emotivamente labili, eccessivamente reattivi anche a stress minori (Crittenden, 1998).

Di fatto, l'essere esposti ad un'esperienza traumatica attiva un sistema di difesa arcaico incaricato di proteggerci dalle minacce ambientali, che agisce con estrema rapidità e al di fuori della consapevolezza.

Di fronte a un pericolo, si attivano 4 risposte del sistema di difesa (Liotti, 2005): *freezing* (congelamento), *fight* (attacco), *flight* (fuga), *faint* (svenimento/distacco). Se, come accade negli individui con sviluppo traumatico, l'attivazione del sistema di difesa permane a lungo, tale risposta si trasforma, da evolutivamente adattativa a disadattativa. Il trauma, infatti, va a interrompere l'integrazione tra i sistemi che sovrintendono ai processi mentali e ai comportamenti quotidiani e quelli dedicati alla difesa da una minaccia all'integrità fisica.

Risulta in questo modo impedita l'integrazione stessa della memoria traumatica, che rimarrà iscritta nel corpo sottoforma di ricordi somatosensoriali frammentati (Tagliavini, 2011). Nel corso del tempo, il coping dissociativo può comportare seri problemi nello sviluppo dell'identità, poiché l'uso strutturato della dissociazione porta a "un significativo disturbo della memoria autobiografica e della integrazione del sé" (Putman, 1993). La dissociazione cronica è infatti correlata a disturbi dell'identità (van derKolk, van derHart, & Marmar, 1996).

Da un punto di vista strettamente neurobiologico, studi prospettici hanno mostrato che i bambini abusati e trascurati dai genitori presentano un ridotto funzionamento cognitivo rispetto ai gruppi di controllo. Deprivazioni sensoriali ed emotive, associate alla trascuratezza, sembrano essere particolarmente dannose per lo sviluppo del linguaggio e, in generale, delle funzioni intellettive (Cook et al., 2003). Verosimilmente i documentati deficit nel funzionamento cognitivo e nell'apprendimento sono correlati ad una ipersecrezione degli ormoni dello stress (in particolare il cortisolo), neurotossici per la corteccia frontale, sede delle funzioni cognitive superiori (Basile, 2017).

Reiterate esperienze precoci di rifiuto o maltrattamento da parte degli adulti significativi, accanto e anche conseguentemente al fallimento nello sviluppo di competenze appropriate all'età, causeranno il costituirsi di un senso di sé inefficace, impotente, deficitario e indegno (Cook et al., 2003).

In ultima analisi, una storia di traumi infantili aumenta il rischio di esiti negativi quali l'uso e abuso di sostanze, gravidanze e paternità precoci, suicidio e comportamenti autolesivi, attività criminali e rivittimizzazione (Anda, Withfield, Felitti et al., 2002). Tali traiettorie evolutive trovano origine proprio nell'incapacità nel modulare gli impulsi e nelle conseguenti modalità patologiche di autocontrollo, nella difficoltà a comprendere e aderire alle regole e, infine, nel riproporsi di contenuti ed aspetti emotivi correlati agli eventi traumatici.

Vista la complessità dei suoi sintomi, il trattamento del Disturbo da Stress Post-Traumatico Complesso (C-PTSD) deve essere distinto da quello per il PTSD semplice. Poiché spesso il trauma risale a un'età precoce, il suo ricordo può non essere accessibile al paziente sul piano esplicito e verbale. Le memorie traumatiche tenderanno piuttosto ad esprimersi "implicitamente" attraverso sintomi corporei (van der Kolk, 2015), ragion per cui sarà difficile utilizzare le tradizionali terapie basate sul colloquio.

Per quanto riguarda il trauma complesso, la *Society for Traumatic Stress Studies Consensus Guidelines* (2012) riconosce negli approcci combinati *outcome* migliori e individua tre fasi comuni ai diversi modelli

di intervento: stabilizzazione, ovvero riduzione dei sintomi; rielaborazione dei ricordi traumatici e di emozioni e credenze ad essi associate; infine, integrazione degli stessi in una storia di vita che riacquista significato e progettualità.

Un simile approccio incontra l'accordo dei maggiori professionisti in campo di salute mentale, a partire da Judith Herman (1997) e Van derHart, Nijenhuis e Steele (2006).

Nonostante il trauma complesso e i suoi effetti siano piuttosto diffusi tra i pazienti in carico ai Servizi di salute mentale, in particolare nelle classi socialmente svantaggiate e/o emarginate, pochi sono i trattamenti “*evidence based*” disponibili per la cura dei soggetti in età evolutiva. Una spiegazione può dipendere dal fatto che si tratti, come detto, di interventi piuttosto impegnativi, che richiedono strategie multimodali e flessibili per il trattamento dei vari ambiti compromessi.

Alla luce delle evidenze riportate, il nostro gruppo di lavoro, operando all'interno di un ente pubblico quale l'equipe GIADA del Servizio di Psicologia dell'Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII di Bari, si è adoperato per implementare un intervento di presa in carico che soddisfacesse le esigenze di cura specifiche di ragazzi adolescenti con esperienze traumatiche e che, allo stesso tempo, ponesse rimedio al problema delle spesso troppo lunghe liste di attesa del SSN.

L'equipe GIADA si compone di specialisti impegnati nel favorire la diagnosi precoce, la tutela e la cura delle condizioni di abuso o di rischio, rivolgendosi al bambino/adolescente e alla sua famiglia e prevedendo un prezioso lavoro di rete in sinergia tra le diverse professionalità e i Servizi coinvolti.

### **Obiettivi**

Obiettivo primario del lavoro presentato è stato dunque offrire una presa in carico che fosse sostenibile, ovvero tempestiva ma allo stesso tempo adeguata alle caratteristiche del contesto di cura e che, in egual misura, rispondesse alle specifiche esigenze dei pazienti a cui si rivolgeva: adolescenti con storie di sviluppo traumatico affidati ai Servizi territoriali. Per queste ragioni, abbiamo optato per un setting di gruppo con ragazzi con una storia comune di trauma complesso.

In adolescenza, più che in altre fasi evolutive, le precoci esperienze traumatiche rappresentano un importante fattore di rischio poiché, ad una vulnerabilità di base conseguente allo sviluppo traumatico, si associa la maggiore suscettibilità neurobiologica, caratteristica di questa fase di sviluppo. I molteplici rischi evolutivi evidenziabili nel comportamento di adolescenti con storie di traumi complessi, come per esempio le tendenze auto ed eterolesive, i disturbi della sfera alimentare e sessuale, la devianza, la vittimizzazione secondaria e l'abuso di sostanze derivano da un vero e proprio deficit di connessione tra strutture superiori (deputate al controllo) e sottocorticali (deputate all'emotività) (Ricciutello et al., 2019). Un simile scenario di esiti disfunzionali richiede di intervenire tempestivamente e su più livelli, stabilendo

rapporti di collaborazione tra tutti gli adulti responsabili di questi giovani, ovvero adottando un approccio integrato e multidimensionale.

Peraltro, in adolescenza, il gruppo terapeutico risulta particolarmente efficace poiché promuove un senso di esperienza condivisa che è, di per sé, destigmatizzante, in una età in cui i pari svolgono l'importante funzione di rispecchiamento ed identificazione reciproca. In questa peculiare fase evolutiva, il gruppo dei pari gioca, infatti, un importante ruolo nel processo di costruzione e trasformazione della propria identità, ovvero di identificazione di un chiaro e definito senso di chi si è e del proprio posto nel mondo. Proprio in virtù di tale importanza dei coetanei per gli adolescenti, il setting di gruppo fa sì che i ragazzi possano esercitarsi insieme e sostenersi a vicenda nell'acquisizione e nell'uso di nuove competenze; i gruppi consentono inoltre di combinare il lavoro terapeutico con il divertimento e la gioia (Nicotra & d'Ambrosio (a cura di), 2017).

Obiettivi specifici perseguiti nel lavoro psicoterapico con gli adolescenti sono stati: la legittimizzazione della sofferenza, l'inserimento dei propri comportamenti e vissuti all'interno di una cornice di significato e l'acquisizione di essenziali competenze di autoregolazione; tutto questo valorizzando le competenze cognitive e metacognitive di ciascuno.

L'intervento è stato dunque improntato all'ampliamento della "finestra di tolleranza" (Siegel, 1999), con lo scopo di ridurre le risposte di iper o *ipo-arousal* prevedibili in una fase di rielaborazione traumatica, immaginata in un secondo momento all'interno di un setting individuale.

## **Metodologia**

Il lavoro da noi condotto è frutto dell'integrazione del protocollo previsto dalla Terapia Cognitivo-Comportamentale *Trauma Focused* (TF-CBT) per bambini e adolescenti, sviluppata da Judith Cohen, Antony Mannarino e Ester Deblinger (2013), con la prospettiva multimodale propria del modello del Trattamento Integrato del Trauma Complesso in adolescenza (ITCT-A), proposto da Briere e collaboratori (2013).

La TF-CBT è ad oggi considerata una delle terapie più efficaci nel trattare bambini/adolescenti con significativa sintomatologia legata all'esposizione a traumi. Ha una impostazione psicosociale: è frutto, infatti, di una integrazione fra le tradizionali tecniche cognitivo-comportamentali e approcci basati sull'attaccamento, l'*empowerment* e la terapia familiare.

Declinato anche in setting di gruppo, il protocollo standard prevede circa 12 sedute; si tratta dunque di un trattamento breve. Sono previsti incontri individuali con il bambino alternati a sessioni con i soli genitori o *caregivers* sostitutivi, così come sedute che vedono genitori (o *caregiver*) e bambini insieme.

Come in ogni tipo di psicoterapia, il primo passo è quello di costruire una solida alleanza terapeutica con il bambino e con suoi i genitori, creando un legame di reciproca fiducia. Successivamente, si prevede una

fase di psicoeducazione sul trauma e sulle sue conseguenze emotive e comportamentali; in questa fase vengono anche fornite alle figure di riferimento indicazioni su come facilitare l'adattamento del bambino. In un secondo momento, il lavoro si concentra sull'acquisizione di competenze di identificazione e cambiamento di pensieri distorti o dannosi riguardo il trauma. Una volta consolidati questi step, bambino e genitori vengono guidati nella narrazione dell'esperienza traumatica, minando così l'evitamento, e nell'integrazione della stessa nella storia di vita del minore.

Il Trattamento Integrato per Adolescenti con Trauma Complesso, sviluppato da Briere e Lanktree è un modello psicoterapeutico multimodale ed *evidence-based* che integra i principi del trattamento per il Disturbo da Stress Post-traumatico, la Teoria dell'Attaccamento e la TF-CBT.

Questo approccio, rivolto a ragazzi dai 12 ai 21 anni, si fonda sul presupposto per cui la cura degli adolescenti, vittime di eventi traumatici di natura interpersonale, richieda strategie flessibili che agiscano su più fronti; propone dunque una prospettiva multidimensionale che prende in considerazione non solo le esperienze traumatiche, ma anche fattori sociali potenzialmente stressanti, quali la povertà, l'emarginazione, ecc. Esso prescrive infatti una serie di interventi coordinati, che precedono e accompagnano il percorso di psicoterapia, in un processo di distribuzione delle funzioni di cura tra i soggetti di una equipe territoriale integrata. A differenza di molti altri approcci strutturati per il trattamento del trauma, l'ITCT non indica un numero prestabilito di incontri; pertanto la durata della terapia può variare da alcuni mesi fino ad oltre un anno. Un aspetto importante di questo trattamento è il costante monitoraggio degli effetti dell'intervento nel tempo, attraverso test psicometrici e griglie di osservazione; altra caratteristica è data dal fatto che il ritmo del trattamento è dettato dalla "finestra terapeutica", secondo cui è necessario sequenziare l'elaborazione del materiale traumatico per evitare di sovrappassare le capacità di regolazione dei pazienti (Cheli & Gambuzza, 2017).

All'interno di questa cornice di riferimento, il percorso di terapia di gruppo da noi implementato ha visto il coinvolgimento di 8 adolescenti di età compresa tra i 15 e i 17 anni, con esperienza di trauma interpersonale, tutti collocati in comunità educative, afferenti all'equipe GIADA del Servizio di Psicologia dell'Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII di Bari.

Sono stati previsti 8 incontri a cadenza settimanale e incontri di monitoraggio a distanza di 1 mese, 3 mesi e 6 mesi dal termine del percorso, ciascuno della durata di due ore. Gli incontri sono stati videoregistrati e condotti da un terapeuta esperto ed un co-terapeuta.

Sono state inoltre programmate una fase preliminare di *assessment* psicologico ed una valutazione di esito a conclusione degli 8 incontri e in occasione dei *follow-up*.

### **Fasi dell'intervento**

Seguendo il modello di trattamento ITCT-A, la valutazione psicologica è stata condotta tramite la raccolta di informazioni attraverso fonti diverse: l'adolescente stesso, i Servizi territoriali, i *caregivers*, ovvero gli educatori di riferimento delle comunità educative di appartenenza, oltre a questionari e test standardizzati.

La raccolta anamnestica è stata incentrata sull'acquisizione di informazioni circa la storia evolutiva, l'andamento scolastico, le competenze di *coping* e la presenza di eventuali *stressors* ambientali, allo scopo di ricostruire la storia traumatica di ciascun soggetto e dei suoi effetti sullo sviluppo, ovvero degli aspetti sintomatologici.

Oltre al colloquio, sono stati utilizzati i seguenti strumenti: *Trauma Checklist for Children* (TSCC; Briere, 1996) ed SDQ (*Strengths and Difficulties Questionnaire*; Goodman, 1997), nella versione per Genitore e per Adolescente. È stata inoltre effettuata una valutazione del funzionamento cognitivo, con particolare attenzione alle Funzioni Esecutive, tramite la somministrazione della batteria WISC-IV (Wechsler, 2003) e di alcune prove della NEPSY-II (Korkman, Kirk & Kemp, 2011).

In questo modo, si è raggiunta una comprensione più approfondita dell'esperienza emotiva di ciascun adolescente, delle sue reazioni comportamentali tipiche e delle sue competenze: elementi fondamentali per poter programmare un intervento il più possibile personalizzato.

Gli esiti del trattamento psicoterapico sono stati invece misurati tramite l'YP-CORE (*Young Person's Clinical Outcomes in Routine Evaluations*), proposto all'inizio del percorso, alla fine dello stesso e in occasione di ogni *follow-up*.

La rivalutazione psicopatologica, tramite i medesimi strumenti, ha consentito di monitorare la sintomatologia, le variabili ambientali e le problematiche psico-sociali.

Il lavoro psicoterapico con il gruppo ha poi previsto 4 fasi fondamentali, definite in funzione degli obiettivi specifici: intervento sulla sicurezza nei contesti di vita; costruzione della relazione terapeutica e della fiducia di gruppo; psicoeducazione ed infine potenziamento delle competenze di regolazione emotiva e comportamentale.

*“La capacità di introspezione e autoesplorazione può avvenire solo quando l'ambiente relazionale ed esterno non richiede vigilanza, ma al contrario fornisce mirroring e supporto”* (Briere & Lanktree, 2013, p.146); possiamo dunque affermare che la sicurezza relazionale costituisce un prerequisito per l'intervento di cura.

Il collocamento in comunità residenziali, oltre ad esercitare funzione di tutela, costituisce uno spazio neutro in cui vicariare le figure genitoriali temporaneamente carenti o inadeguate. Lo spazio comunitario si propone come strumento di protezione, crescita e riparazione, innanzitutto nella relazione con figure di riferimento positive adulte (Cheli & Gambuzza, 2017).

Nella nostra esperienza, in un'ottica di setting multiplo, è stata condotta una intervizione sistematica con i datori di cure allo scopo di garantire, all'interno delle comunità, esperienze ricche di stimoli cognitivi, affettivi e relazionali funzionali ad un processo di trasformazione positiva dei singoli; questo ha consentito

di garantire, per tutta la durata del percorso terapeutico, un clima di sicurezza relazionale ed arginare il rischio di rivittimizzazione.

D'altro canto, l'attenzione costante alla relazione terapeutica ha accompagnato l'intero percorso, in quanto altro prerequisito fondamentale per il successo della terapia stessa (Cloitre, Cohen, Koenen, 2006; Fonagy & Allison, 2014). Molte ricerche hanno infatti mostrato come la percezione che il paziente ha della relazione terapeutica sia determinante per l'esito della terapia stessa, a prescindere dal modello teorico di riferimento (Martin, Garske & Davis, 2000).

Questa considerazione assume una importanza cruciale soprattutto quando si parla di adolescenti pluritraumatizzati, a cui le esperienze di vita hanno insegnato a non avere fiducia nell'altro.

Allo scopo di porre le basi per una solida relazione terapeutica, l'atteggiamento dei due terapeuti è stato di accettazione, sintonia emotiva e genuino interesse per il mondo interno e per le esperienze dei ragazzi, in un processo di continua ridefinizione e accomodamento della relazione stessa, sulla base dei bisogni dei singoli. Fondamentali sono stati gli interventi di valorizzazione delle parti sane di sé, ovvero delle competenze e delle risorse cognitive e metacognitive di ciascun ragazzo, oltre che gli interventi di validazione emotiva. Quando si svolge un intervento di validazione si comunica al paziente, in maniera esplicita e senza ambiguità, che il suo comportamento è comprensibile e assume significato, se inserito nello specifico contesto in cui si verifica (Linehan, 2011; Esposito, 2010). Pensieri, emozioni e comportamenti disfunzionali dei pazienti, più che essere inquadrati come problemi, vengono dunque prima di tutto accolti e compresi, per poi essere modificati. In questa maniera, la relazione terapeutica è in grado di riattivare e correggere eventuali esperienze di invalidazione sperimentate nel contesto del legame di attaccamento e da cui i ragazzi hanno appreso come considerare i propri vissuti inappropriati, fonte di vergogna o immotivati (Leahy, 2005). Il rapporto con il terapeuta si propone dunque come modello di relazione benevola e riparativa (Kazantis, Dattilio & Dobson, 2019).

Peraltro, nel nostro caso, la modalità relazionale proposta dai due terapeuti ha fornito un utile modello ai ragazzi di interazione con gli altri membri del gruppo.

Si è così instaurato un clima di rispetto reciproco e fiducia e, grazie alla possibilità di rispecchiarsi innanzitutto gli uni negli altri, il gruppo è divenuto per i singoli una importante risorsa nell'acquisizione di capacità di gestione delle difficoltà connesse al trauma.

A questo scopo, ha rivestito un ruolo centrale, come accade tanto nel metodo ITCT quanto nella TF-CBT, la psicoeducazione, ovvero la fruizione da parte dei pazienti di informazioni puntuali sulla natura del trauma e sui suoi effetti. Ciò riduce innanzitutto la sensazione di confusione e diversità dagli altri, facilitando allo stesso tempo l'elaborazione cognitiva del trauma.

Nella nostra esperienza, tramite strumenti quali estratti audio-visivi attinenti alla tematica e attività carta e matita oltre che esperienziali, si è cercato di stimolare in ogni ragazzo la riflessione sulla propria esperienza emotiva, avviando così un percorso di alfabetizzazione emotiva e riconoscimento dei propri

vissuti. Si è dunque dapprima puntato sull'incremento delle capacità di riconoscimento delle diverse emozioni, nelle loro specifiche componenti fisiologiche e comportamentali; successivamente sono stati identificati i processi mentali alla base delle esperienze emotive, allo scopo di collegare pensieri, emozioni e condotte. In questo modo, si è offerta una prima opportunità per comprendere meglio il proprio mondo interiore, identificare eventuali pensieri e convinzioni distorte e di conseguenza avviare una riflessione sulla propria storia di vita.

Come abbiamo visto, le vittime di traumi di natura interpersonale sono spesso sopraffatte dalle emozioni; per questo, frequentemente adottano strategie di evitamento della tensione interiore, come il ricorso a sostanze stupefacenti, l'attuazione di condotte a rischio o di agiti auto ed etero-aggressivi, fino ad arrivare all'evasione dissociativa.

È stato dimostrato che elevati livelli di evitamento interferiscono con il recupero del materiale traumatico (Briere, Scott, Weathers et al., 2005); per questo i trattamenti per il trauma complesso prevedono, nella fase cosiddetta di "stabilizzazione", interventi volti alla riduzione dello stato di allarme, nonché allo sviluppo di capacità di regolazione degli stati emotivi negativi, prima dell'elaborazione cognitiva e dell'esposizione al materiale traumatico. Sembrerebbe infatti che la riattivazione traumatica possa condurre l'*arousal* ai limiti della "finestra di tolleranza" (Siegel, 1999), impedendo al materiale di essere integrato (Ogden, Minton & Pain, 2012).

Nella nostra esperienza, in quasi tutti i ragazzi, si è osservato uno sconfinamento oltre la soglia inferiore della "finestra di tolleranza". Una simile condizione si caratterizza per un atteggiamento impassibile, apatico e sfiduciato, centrato su di sé e sull'evitamento delle sensazioni negative, in una sorta di "anestesia affettiva" (Cheli & Gambuzza, 2017).

Il distacco emotivo è evidentemente manifestazione di una marcata difficoltà ad entrare in contatto con le proprie emozioni dolorose.

Ricerche neurobiologiche (Lanius, 2012) mostrano come l'ottundimento emotivo, funzionale a promuovere un distanziamento dalla propria esperienza emotiva, sia prodotto dall'attivazione anomala dell'amigdala da parte della corteccia prefrontale, che ha come effetto una riduzione dell'esperienza emotiva e dell'attività dei neuroni specchio, responsabili della capacità di mirroring (Schneider-Rosen & Cicchetti, 1991).

Per tutte queste ragioni, si è ritenuto opportuno proseguire nel lavoro psicoterapico, dopo la fase di psicoeducazione, concentrandosi sull'apprendimento di strategie utili a favorire un incremento della tolleranza rispetto alle proprie emozioni negative e dell'accettazione dei pensieri disfunzionali alla base di queste ultime, al fine di ridurne la sofferenza emotiva derivante.

Sono state a questo scopo proposte tecniche mutuata dalla Terapia Dialettico-Comportamentale (*Skills Training*) e dalla *Mindfulness* (come il rilassamento muscolare). Si è in alcuni casi inoltre reso necessario

il ricorso a strategie di gestione di fenomeni dissociativi, verificatisi in seduta, proprie della *Sensorimotor Therapy* (ad es. il *grounding*).

Le fasi sopra descritte hanno fatto sì che i ragazzi maturassero una maggiore consapevolezza dei propri vissuti emotivi e delle componenti cognitive, somatiche e comportamentali degli stessi; hanno inoltre acquisito un bagaglio di strumenti di gestione di ciascun aspetto.

## Risultati

Ad oggi, il percorso di psicoterapia di gruppo è concluso. Degli 8 ragazzi, due hanno da subito richiesto ed avviato un percorso di psicoterapia individuale, tutti hanno manifestato la volontà di proseguire con il lavoro in gruppo.

Nel complesso, si è registrato un significativo incremento delle competenze di riflessione sui propri pensieri e vissuti; nonché delle capacità di regolazione delle emozioni problematiche, attraverso la modifica dei pensieri disfunzionali e/o della condizione di attivazione psicofisiologica ad esse connessa. Il setting di gruppo ha inoltre favorito nei ragazzi l'acquisizione di preziose competenze interpersonali. Le condotte di evitamento risultano essersi ridotte in maniera significativa e la "finestra di tolleranza" appare sufficientemente ampliata.

Di seguito vengono riportate le misurazioni effettuate prima e dopo gli 8 incontri.

		YP CORE	SDQa					
		TOT	TOT	S. EMO.	COMP.	IPERATT.	PARI	PROSOC.
Co	PRE	20**	21**	10**	5**	5	1	9
	POST	8	13	6*	3	2	2	8
Fl	PRE	13**	10	3	2	5	0	6
	POST	8	11	3	3	5	0	8
An	PRE	5	11	4	4*	2	1	6
	POST	7	4	0	2	1	1	7
Al	PRE	14**	18*	5	2	8**	3	8
	POST	5	13	3	2	7**	1	7

<b>Mr</b>	PRE	8	5	2	0	0	3	9
	POST	13**	6	2	1	1	2	10
<b>Ma</b>	PRE	9	12	6*	2	3	1	10
	POST	7	3	2	0	0	1	10
<b>Lo</b>	PRE	20**	19*	6*	5**	3	5*	8
	POST	15**	21**	6*	4*	8**	3	8
<b>Ro</b>	PRE	20**	19*	8**	3	4	4*	8
	POST	21**	13	5	2	3	3	5*

\* punteggi critici; \*\*punteggi clinici

La testistica ci restituisce un'immagine abbastanza fedele del quadro delineatosi durante e alla fine del percorso di psicoterapia. La maggior parte dei ragazzi ha tratto beneficio dall'intervento di gruppo; in alcuni casi, con la riduzione delle strategie di evitamento e distanziamento emotivo, vi è stato un incremento della sofferenza percepita, in riferimento alle esperienze traumatiche. Queste ultime, tuttavia, non sono più temute, tanto che in alcuni casi si è registrata la richiesta di intraprendere un percorso psicoterapico individuale con l'obiettivo di affrontarle. Sembrano dunque essersi create le condizioni per un lavoro mirato di rinarrazione e rielaborazione delle esperienze traumatiche ed integrazione delle stesse nella propria storia di vita e nella propria identità.

## Conclusioni

L'esposizione a molteplici esperienze traumatiche esita in quadri sintomatologici gravi e complessi, determinati da una alterazione dei processi di regolazione interna alla base dell'organizzazione strutturale della personalità.

Quando l'individuo è sottoposto per lungo tempo ad una minaccia alla quale non può sottrarsi e quando la minaccia si verifica all'interno del contesto di cure primario, la mente mette in campo strategie estreme per superare il paradosso definito dalla condizione di "paura senza soluzione" (Main & Hesse, 1990): si parla qui di traumatizzazione cronica e non più di singolo evento traumatico.

Gli esiti evolutivi sono devastanti. In particolare, i molteplici rischi riscontrabili nel comportamento di adolescenti reduci da storie di traumi dello sviluppo, come per esempio le tendenze auto ed etero lesive, i disturbi del comportamento alimentare e sessuale, la devianza, la vittimizzazione secondaria o l'abuso di

sostanze, pongono i Servizi di salute mentale di fronte a rilevanti questioni di natura preventiva, diagnostica e terapeutica.

Ad oggi, purtroppo sono ancora pochi i trattamenti “*evidence based*” per la cura dei soggetti in età evolutiva.

Sulla base dei dati disponibili in letteratura, all’interno del Servizio di Psicologia dell’Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII di Bari, abbiamo dunque pensato di mettere a punto un protocollo per l’intervento di gruppo su adolescenti con storie di sviluppo traumatico, che fosse sostenibile e personalizzato.

Partendo dall’assunto per cui l’attribuzione di significato ai sintomi post-traumatici favorisce l’adozione di strategie di *coping* più funzionali, aumenta il senso di *empowerment* personale e riduce l’area del rischio, abbiamo progettato un percorso finalizzato innanzitutto alla stabilizzazione dei sintomi post-traumatici. Il gruppo ci ha consentito da una parte di rispondere a più richieste di presa in carico contemporaneamente, riducendo di conseguenza le spesso troppo lunghe liste d’attesa; dall’altra, di accogliere il bisogno di identificazione e rispecchiamento nei coetanei, proprio dell’adolescenza.

Modelli di riferimento principali nella strutturazione del lavoro sono stati la Terapia Cognitivo-Comportamentale *Trauma Focused* (TF-CBT; Cohen, Mannarino & Deblinger, 2013) per bambini e adolescenti e il Trattamento Integrato del Trauma Complesso in adolescenza (ITCT-A; Briere & Lanktree, 2013); si è trattato dunque di un intervento flessibile e multimodale.

I risultati raggiunti possono dirsi soddisfacenti: in un’ottica di sostenibilità, è stato possibile rispondere alle richieste di cura specifiche di adolescenti con complesse storie di sviluppo traumatico, creando le condizioni per un efficace lavoro di ri-significazione delle esperienze traumatiche.

### Bibliografia

Ainsworth, M.D.S., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Anda, R.F., Whitfield, C.L., Felitti, V.J., Cahpman, D., Edwards, V.J., Dube, S.R., & Williamson, D.F. (2002). *Psychiatric Services*, 53(8), 1001:9.

Attili, G. (2007). *Attaccamento e Costruzione Evoluzionistica della Mente: Normalità, Patologia, Terapia*. Raffaello Cortina Editore.

Basile, B. (2017). Neurobiologia del trauma. In Foschino Barbaro, M.G., & Mancini, F. (2017) (a cura di). *Terapia cognitivo-comportamentale del trauma interpersonale infantile*. Franco Angeli.

Bowlby, J. (1988). Dalla teoria dell’attaccamento alla psicopatologia dello sviluppo. *Rivista di psichiatria*, 23, 2, 57-68.

Briere, J. (1996). *TSCC - TRAUMA SYMPTOM CHECLIST for CHILDREN*. Adattamento italiano di P. Di Blasio, M. Piccolo e D. Traficante, 2011. Ed. Erickson.

Briere, J., Scott, C., & Weathers, F. (2005). Peritraumatic and persistent dissociation in the presumed etiology of PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162(12):2295-301.

Briere, J., & Lanktree, C.B. (2013). Integrative Treatment of Complex Trauma for Adolescents (ITCT-A): A guide for the treatment of multiply-traumatized youth, 2nd edition. *USC Adolescent Trauma Training Center, National Child Traumatic Stress Network, Substance Abuse and Mental Health Administration*.

Cheli, M., & Gambuzza, C. (2017). *Il Disturbo Post-Traumatico Complesso. Dalla teoria alla pratica multidisciplinare*. Franco Angeli.

Cloitre, M., Cohen, L. R., & Koenen, K. C. (2006). *Treating survivors of childhood abuse: Psychotherapy for the interrupted life*. Guilford Press.

Cloitre, M., Stolbach, B.C., Herman, J.L., van der Kolk, B., Pynoos, R., Wang, J., & Petkova, E. (2009). [Developmental Approach to Complex PTSD: Childhood and Adult Cumulative Trauma as Predictors of Symptom Complexity](#). *Journal of Traumatic Stress*, 00, 1–10.

Cloitre, M., Courtois, C.A., Ford, J.D., Green, B.L., Alexander, P., Briere, J., Herman, J.L., Lanius, R., Stolbach, B.C., Spinazzola, J., Van der Kolk, B.A., & Van der Hart, O. (2012). The ISTSS Expert Consensus Treatment Guidelines for Complex PTSD in Adults.

(17) *Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices*.

Cohen, J.A., Mannarino, A.P., & Deblinger E. (2013). Trauma-Focused CBT for Children and Adolescents: Treatment Application, *Child & Family Behavior Therapy*, 35(3), 264-271.

Cook, A., Blaustein, M., Spinazzola, J., & van der Kolk, B.A. (2003). Complex trauma in children and adolescents. *National Child Traumatic Stress Network*.

Crittenden, P. M. (1998). Dangerous behavior and dangerous contexts: A 35-year perspective on research on the developmental effects of child physical abuse. In P. K. Trickett & C. J. Schellenbach (Eds.), *Violence against children in the family and the community* (p. 11–38). American Psychological Association.

D'Andrea, W., Ford, J., Stolbach, B., van der Kolk, B., & Spinazzola, J. (2012). [Understanding Interpersonal Trauma in Children: Why We Need a Developmentally Appropriate Trauma Diagnosis](#). *American Journal of Orthopsychiatry*, 82(2), 187–200.

Esposito, R. (2010). Validation of feeling. In I Marks L Sibia e S Borgo (a cura di) *Common language in psychotherapy procedures. The first 80*, Centro Ricerche Psicoterapia Edizione, Roma or <http://www.commonlanguagepsychotherapy.org/>, 2008b.

Felitti, V.J., Anda, R.F., Williamson, D.F., Spitz A.M., Edwards, V., Koss, M.P., & Marks, J.S. (1998). [Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. The Adverse Childhood Experience \(ACE\) Study](#). *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245–258.

Fonagy, P., & Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*, 51(3), 372–380.

Foschino Barbaro, M.G., & Mancini, F. (2017) (a cura di). *Terapia cognitivo-comportamentale del trauma interpersonale infantile*. Franco Angeli.

- Goodman, R. (1997). Strengths and Difficulties Questionnaire.
- Gunnar, M.R., & Donzella, B. (2002). Social regulation of the cortisol levels in early human development. *Psychoneuroendocrinology*, 27, 199-220.
- Herman, J.L. (1997). *Guarire dal trauma – affrontare le conseguenze della violenza, dall’abuso domestico al terrorismo*. Tr. it. Magi, Roma 2005.
- Kazantis, N., Dattilio, F.M. e Dobson, K.S. (2019). *La relazione terapeutica in terapia cognitivo comportamentale. Manuale per il professionista*. Giovanni Fioriti Editore.
- Korkman, M., Kirk, U., & Kemp, S. (2011). A Developmental NEUROPSYCHOLOGICAL ASSESSMENT.
- Lanius, R.A., Vermetten, E., & Pain, C. (2012). *L’impatto del trauma infantile sulla salute e sulla malattia. L’epidemia nascosta*. Giovanni Fioriti.
- Leahy, R. (2005). A social-cognitive model of validation. In P. Gilbert (ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp. 195-217). Hove, UK: Routledge.
- Lyons-Ruth, K., & Jacobvitz, D. (2008). Attachment disorganization: Genetic factors, parenting contexts, and developmental transformation from infancy to adulthood. In J. Cassidy e P.R. Shaver (a cura di). *Handbook of attachment* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Linehan, M.M. (2011). *Trattamento cognitivo comportamentale del disturbo borderline*. Raffaello Cortina Editore.
- Liotti, G. (2005). *Trauma e dissociazione alla luce della teoria dell’attaccamento*. *Infanzia e Adolescenza*, 4, 3: 131-141.
- Liotti, G., & Farina, B. (2011). *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Milano: Raffaello Cortina.
- Main, M., & Hesse, E. (1990). Parents unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behaviour the linking mechanism? In M. Greenberg, D. Cicchetti e E.M. Cummings (a cura di), *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Martin, D.J., Gorske, J.P. & Davis, M.K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438-450.
- Nelson, E.C., Heath, A.C., Madden, P.A., Cooper, M.L., Dinwiddie, S.H., Bucholz, K.K., Glowinski, A., McLaughlin, T., Dunne, M.P., Statham, D.J., & Martin, N.G. (2002). Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes: results from a twin study. *Archives of General Psychiatry*, 59(2):139-45.
- Nicotra, M.G., & d’Ambrosio, G.M. (2017) (a cura di). *Il lavoro clinico con gli adolescenti. Prevenzione, cura, conflitti e trasformazioni nelle istituzioni e nei contesti di vita: Prevenzione, cura, conflitti e trasformazioni nelle istituzioni e nei contesti di vita*. Franco Angeli Editore.
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). [Il trauma e il corpo. Manuale di psicoterapia sensomotoria](#). Tr.it. Istituto di Scienze Cognitive Editore, Sassari, 2012.

Putnam, F. (1993). Dissociative disorders in children: behavioral profiles and problems. *Child Abuse Negl*, 17:39-45.

Ricciutello, C., Cheli, M., Montenegro, M.E., Campieri, M., Fini, A., & Pincanelli, F. (2019). Violenza intrafamiliare e salute mentale in adolescenza: il trauma complesso come disturbo dello sviluppo, *Rivista di psichiatria*, 47, 5.

Schneider-Rosen, K., & Cicchetti, D. (1991). Early self-knowledge and emotional development: Visual selfrecognition and affective reactions to mirror self-images in maltreated and nonmaltreated toddlers. *Developmental Psychology*, 27, 471-478.

Schore, A.N. (2010). Relational trauma and the developing right brain: The Neurobiology of broken attachment bonds. In T Baradon (a cura di), *Relational trauma in infancy*. London, UK: Routledge, 19-47.

Siegel, D.J. (1999) *The Developing Mind. How Relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are*. Guilford Press: New York, London.

Tagliavini, G. (2011). Modulazione dell'arousal, memoria procedurale ed elaborazione del trauma: il contributo clinico del modello polivagale e della psicoterapia sensomotoria. *Cognitivismo Clinico*, 8 (1), 60-72.

van der Kolk, B.A., van der Hart, O., & Marmar, C.R. (1996). Dissociation and information processing in posttraumatic stress disorder. In B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (p. 303–327). Guilford Press.

van der Hart, O., Nijenhuis, E. R., & Steele, K. (2006). *Fantasm del sé. Trauma e trattamento della dissociazione strutturale*. Trad. it. Raffaello Cortina, Milano 2011.

van der Kolk, B. (2015). *Il corpo accusa il colpo. Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche*. Raffaello Cortina.

Wechsler, D. (2003). WISC-IV. Wechsler Intelligence Scale for Children – Fourth UK Edition. Administration and Scoring Manual. Harcourt Assessment, London, UK. (tr. it.: WISC-IV. Wechsler Intelligence Scale for Children – Quarta Edizione. Manuale di somministrazione e scoring. Giunti O.S. Organizzazioni Speciali, Firenze, 2012.

### Sitografia

World Health Organization/Organizzazione Mondiale della Sanità (2018). *International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11)*. Consultato da: <https://icd.who.int/>

National Health Service (2018). Complex PTSD. Consultato da: <https://www.nhs.uk/conditions/post-traumatic-stress-disorder-ptsd/complex/>

The National Child Traumatic Stress Network (NCTSN), [how to implement Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy \(TF-CBT\)](https://www.nctsn.org). [www.nctsn.org](https://www.nctsn.org).

*Milena Coletti, Psicologa, Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC di Grosseto, e-mail: colettimilena85@gmail.com*

*Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista:  
[psicoterapeutiinformazione@apc.it](mailto:psicoterapeutiinformazione@apc.it)*

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su [www.psicoterapeutiinformazione.it](http://www.psicoterapeutiinformazione.it)