

ANDREA SMORTI

IL CONCETTO DI DISTURBO POST TRAUMATICO DA STRESS IN ETA EVOLUTIVA E IL
RUOLO DEI PROCESSI MNESTICI

Estratto

Dopo una breve introduzione storica sul concetto di trauma psichico gli autori si dedicano alla descrizione del Disturbo Post Traumatico da Stress in età evolutiva, un disturbo cronico che si manifesta attraverso una complessa sintomatologia condizionata da una molteplicità di variabili moderatrici (fattori di rischio e di protezione). Al termine del contributo, un'intera sezione viene riservata al tema dell'influenza che gli eventi traumatici esercitano sulla memoria e, in particolare, sulla ricostruzione autobiografica

1. Introduzione

Prima di entrare in merito al disturbo a cui il titolo fa riferimento, è importante effettuare una breve introduzione storica sull'origine del concetto di trauma per vedere come, in questo ultimo secolo, la nozione di trauma si sia gradualmente estesa da lesione organica a fenomeno psicosociale (Bonomi, 2000).

Il concetto di trauma è un concetto antico che fin dalla fine del XIX secolo ha sfidato gli operatori della salute mentale; eventi notevoli o vissuti come tali, erano in grado di provocare profondo disagio nell'individuo colpito.

Verso la fine del XIX il neurologo Oppenheim iniziò a parlare di "nevrosi traumatica" per spiegare una serie di reazioni psicologiche e fisiche quali paralisi e amnesie. L'avvento dei trasporti di massa nell'epoca vittoriana portò alla comparsa di disastri a essi legati; risposte sintomatiche che sembravano eccessive per un incidente venivano spiegate come effetti di un danno diretto alla colonna vertebrale e nacque così il concetto di "railway spine". Ben presto, tuttavia, l'idea di trauma come lesione organica andò dissolvendosi. La nevrosi traumatica non era una "vera" malattia bensì una specie di "messa in scena" del paziente che sperava di ottenere un risarcimento. Sulla scia di questa concezione, anche l'incremento delle reazioni post traumatiche tra i soldati della prima guerra mondiale venne tradotto nel desiderio di quest'ultimi di allontanarsi dal fronte. Il termine "nevrosi traumatica" lasciò il posto a quello di "nevrosi di guerra".

In ambito psicoanalitico, tra le varie posizioni, predominava l'idea di trauma interno: la causa delle nevrosi traumatiche risiedeva nei conflitti intrapsichici profondi dell'individuo. Autori come Sandor Ferenczi, tuttavia, si discostarono da questa teoria e riaffermarono, nella genesi dei disturbi, la centralità del momento traumatico (Bonomi, 2001).

L'esperienza del trauma come incontro con un evento concreto non è stata naturalmente mai negata, e i primi studi che in questo ambito si sono occupati dell'età evolutiva sono stati quelli condotti sui bambini ospedalizzati/istituzionalizzati che subivano profonde carenze affettive (James, Spitz, Bowlby, A. Freud).

Il concetto di trauma successivamente è stato in parte dimenticato a vantaggio di ipotesi che fanno riferimento ad una molteplicità di eventi di vita o situazioni più generali (vedi la nozione di contesto, di transazione etc.) e di interazioni tra passato e presente che determinano la probabilità che un certo individuo risenta negativamente di un evento traumatico o stressante (Rutter e Rutter, 1992).

Con la fine della guerra nel Vietnam e l'impressionante numero di veterani affetti da disturbi psichici si è assistito ad un rinnovato interesse per il trauma che ha portato all'inserimento nella terza edizione del DSM del 1980 della categoria diagnostica di "Disturbo Post-Traumatico da Stress" (PTSD: Post Traumatic Stress Disorder). Questa categoria, se ha avuto il merito di concentrare l'attenzione su un fenomeno di siffatta portata, ha il limite, come ogni categoria descrittiva, di non riuscire a cogliere interamente il complesso intreccio che sta alla base dei sintomi e delle risposte psicologiche al trauma.

2. Il Disturbo Post Traumatico da Stress (PTSD) in età evolutiva

Quando fu introdotta nel DSM-III la categoria diagnostica del PTSD, non ci si occupò di vedere se questo disturbo potesse adattarsi anche ai bambini e agli adolescenti. Da allora in avanti, tuttavia, i ricercatori e i clinici sono diventati sempre più consapevoli di come lo stress e i traumi possono avere su di loro un profondo impatto, ed hanno ipotizzato che molti disturbi psichiatrici degli adulti dipendano da un trauma infantile.

Oggi, con il DSM-IV, si ritiene che eventi estremi ed esterni all'individuo, che minacciano l'integrità fisica del sé o di altri, costituiscano agenti eziologici per il PTSD. Questo fattore traumatico estremo ed esterno non comprende naturalmente le normali vicissitudini della vita (per esempio, divorzio, fallimento, rifiuto, ecc.).

Tuttavia bisogna tener presente che non tutti gli individui esposti ad un evento traumatico sviluppano il PTSD. La psicologia dello sviluppo parla infatti di vulnerabilità nei confronti di esperienze di vita stressanti. In generale, di fronte agli eventi che capitano, positivi o negativi che siano, gli individui non si trovano nelle stesse condizioni. A seconda del loro livello di sviluppo psicologico e biologico, sperimentano gli stessi eventi in maniera diversa. Le varie esperienze avranno differenti significati a seconda della loro natura e del momento in cui si sono verificate. Adottando una prospettiva life span (Rutter e Rutter, 1992), possiamo affermare che il verificarsi di eventi negativi nell'età evolutiva ha una notevole influenza sul futuro adattamento psicosociale degli individui.

È evidente, quindi, che sia la natura dell'esperienza sia il processo di interpretazione e di reazione della persona hanno una grande importanza nel determinare la possibilità di insorgenza del PTSD. Se i medesimi eventi non producono necessariamente il PTSD, allora si può dire che il processo traumatico che lega l'evento alle conseguenze non è completamente esterno all'individuo e pertanto non del tutto oggettivabile. Prima che possa essere valutata come una grave minaccia, l'esperienza traumatica viene elaborata cognitivamente ed emotivamente e le differenze individuali in questo processo di valutazione stanno alla base delle differenti soglie per il trauma.

3. Reazioni post traumatiche

Per arrivare ad una diagnosi di PTSD sono stati individuati tre criteri sintomatologici fondamentali: 1) risperimentazione del trauma attraverso immagini, incubi, e angoscia per eventi che ricordano o simbolizzano il trauma; 2) evitamento o diniego dei ricordi traumatici e appiattimento emotivo espresso per esempio dalla diminuzione degli interessi o dalla sensazione di avere prospettive future ridotte; 3) iperarousal con aumento dei disturbi del sonno, irritabilità, scarsa capacità di concentrazione, reazione di allarme. Una simile espressione sintomatologica può comparire subito dopo l'evento oppure a distanza di tempo e deve durare almeno un mese.

I sintomi appena presentati risultano molto spesso difficili da riconoscere e classificare in bambini e adolescenti; è per questo motivo che, negli ultimi anni, sono stati eseguiti molti studi che hanno portato all'individuazione di sintomi specifici per fasce di età (Vogel, 1994; Osofsky, 1995; Beckwith Turkel 1991).

Bambini fino a 6 anni: tra i sintomi più frequentemente osservati si annoverano paure generalizzate come ansia di separazione, paura degli estranei, evitamento di situazioni che possono essere collegate al trauma, disturbi del sonno, preoccupazioni nei confronti di eventi o simboli legati al trauma. I bambini mostrano aspetti dell'evento traumatico durante il gioco e possono perdere una competenza acquisita durante tappe di sviluppo precedenti (comportamenti regressivi). È bene precisare che, a questa età, è difficile effettuare una diagnosi affidabile dal momento che alcuni dei sintomi possono essere rilevati solo se il bambino è capace di descrivere verbalmente i propri sentimenti e le esperienze vissute.

Bambini della scuola elementare: a differenza degli adulti non sperimentano amnesia di aspetti del trauma né flashback visivi, tuttavia hanno difficoltà a ricordare l'esatta sequenza degli eventi che hanno caratterizzato l'episodio traumatico. Ritengono che esistano dei segnali di allarme, dei presagi, che preannunciano il trauma e quindi pensano, stando perennemente in agitazione, di poter riuscire ad evitare traumi futuri. Riproducono aspetti del trauma nel gioco, nei disegni o nelle verbalizzazioni. Presentano comportamenti regressivi, evitamento scolastico, scarsa autostima, difficoltà nel riporre la fiducia negli altri e sentimenti di isolamento.

Adolescenti: mostrano sintomi simili a quelli degli adulti anche se a differenza di quest'ultimi possono, dopo un evento traumatico, cimentarsi in "giochi traumatici". È possibile poi che nella loro vita di tutti i giorni tendano a riprodurre continuamente la condizione traumatica. Più dei bambini e degli adulti possono esibire comportamenti impulsivi ed aggressivi. Presentano problemi nelle performance scolastiche e nelle relazioni con i pari ed i familiari, scarsa autostima, difficoltà nel riporre la fiducia negli altri, abuso di sostanze, sentimenti di isolamento e acting out.

4. Variabili moderatrici

Dunque, dopo l'esposizione ad un evento minaccioso, i bambini possono mostrare marcate differenze individuali nella natura e nella gravità delle risposte post traumatiche. Gli studi in questo ambito evidenziano infatti che l'espressione dei sintomi del PTSD sembra condizionata da una molteplicità di variabili moderatrici che comprende l'età e il genere del bambino, la personalità e gli stili attributivi, l'eventuale psicopatologia preesistente, il riconoscimento cognitivo dell'esperienza traumatica, la psicopatologia dei genitori, la qualità delle relazioni di coppia, la relazione genitore-bambino, la coesione familiare ed il supporto ricevuto dopo il trauma, il grado di esposizione agli eventi traumatici, le perdite in relazione al trauma, l'intimità con l'aggressore nel caso di abuso o di violenza.

Studiando la variabile età, si sono raggiunte numerose evidenze empiriche di come i bambini di età prescolare risultino protetti dal rischio di sviluppare il disturbo. Data la loro età, questi bambini mostrano uno sviluppo cognitivo immaturo che li rende non pienamente capaci di riconoscere i segnali di pericolo, di leggere negli eventi un significato astratto, di fare previsioni e attribuzioni di significato.

Tuttavia esistono numerosi dati che attestano la presenza della patologia anche nei bambini molto piccoli. Green, Gleser e Korol (1991) si sono occupati di indagare il potere predittivo sui sintomi di PTSD di età dei bambini, atmosfera familiare e funzionamento dei genitori a due anni dal collasso di una diga nel West Virginia. Dalle loro analisi è emerso che il livello di sviluppo cognitivo raggiunto dai bambini influenza la risposta emotiva al disastro. I bambini di età prescolare attestano un minor grado di stress psicologico rispetto a bambini più grandi. Nonostante questo, un'ampia percentuale dei bambini tra i 2 e i 5 manifestavano il PTSD. Lo studio porta a concludere che questo sembra dipendere dal tipo di ambiente familiare: i bambini a rischio di PTSD sembrano più facilmente individuabili attraverso l'indagine delle caratteristiche genitoriali che attraverso qualunque altra variabile intrinseca all'evento traumatico. I genitori meno ansiosi, in grado di gestire la situazione fornendo appoggio ai propri figli, costituiscono il maggior fattore di protezione. Come sostiene Greenwald (1999), se la reazione dei genitori al trauma del figlio è di evitamento o negazione, il bambino si sentirà rifiutato e svilito. Quando i genitori scoraggiano il bambino che vorrebbe parlare dell'evento, evidentemente lo fanno per evitare che soffra, ma rischiano di ostacolare la risoluzione del problema in quanto gli comunicano che l'evento è troppo spaventoso perché se ne parli. Ciò impedisce la necessaria rielaborazione dell'esperienza. Dopo un trauma, molti genitori sono così sopraffatti dalle loro reazioni che trovano difficile prestare attenzione alle necessità del figlio, e quando ciò si accompagna al comportamento sempre più difficile del bambino traumatizzato, facilmente si sviluppa e si consolida un circolo vizioso di reazioni negative.

Dunque le figure genitoriali hanno una forte influenza sulle risposte post traumatiche dei bambini molto piccoli. Già Anna Freud aveva messo in evidenza il potente ruolo di mediazione che la figura materna ha nell'espressione del disagio del figlio: i segnali che l'adulto invia possono influire sui meccanismi di valutazione andando ad agire sulle attribuzioni di significato, sugli stati emozionali, sui meccanismi di coping e sulle riserve mnemoniche del bambino.

Altri fattori di rischio per il PTSD che sono stati studiati nel panorama internazionale riguardano variabili legate all'evento traumatico. Tanto più il bambino si trova vicino al luogo del "disastro" ed è esposto alla minaccia di vita, maggiori sono il numero e l'entità dei sintomi. Inoltre, una situazione di traumatizzazione continuativa estende l'esposizione al trauma e, di conseguenza, la probabilità di manifestazioni cliniche. Occorre tenere presente tuttavia, che il fattore soggettivo di valutazione dell'esperienza risulta essere ancora più importante nel determinare il futuro adattamento: tanto più un bambino si sente minacciato durante un evento traumatico, tanto più alto è il rischio di sviluppare il PTSD. La valutazione soggettiva della minaccia è importante quanto il rischio oggettivo.

È noto poi in letteratura come il genere femminile sia maggiormente vulnerabile al PTSD. Questa differenza tra maschi e femmine dipenderebbe dalle strategie utilizzate per far fronte all'evento traumatico (metodi *coping*): i ragazzi utilizzano di preferenza strategie attive di *problem solving* mentre le ragazze metodi poco funzionali come la ruminazione (pensare costantemente agli eventi, ricordare dettagli in maniera involontaria).

Un altro fattore di mediazione è rappresentato dalle caratteristiche di personalità: gli individui che sono maggiormente predisposti all'evitamento, al diniego e ad un locus of control esterno, al contrario delle persone che attivamente affrontano ed integrano le esperienze, possono incrementare la propria vulnerabilità. Questa predisposizione può abbassare la soglia per cui un evento sconvolgente costituisce un trauma anziché un'esperienza efficacemente elaborata.

Joseph e i suoi collaboratori (1993), hanno effettuato uno studio su un campione di adolescenti coinvolti nell'affondamento di una nave da crociera ed hanno indagato il legame esistente tra attribuzione causale e

sintomi di PTSD mettendo in evidenza come anche gli stili attributivi dell'individuo costituiscano un fattore di vulnerabilità per lo sviluppo della sintomatologia.

È d'obbligo puntualizzare, tuttavia, che le evidenze empiriche trovate si basano su prove correlazionali, è possibile quindi che il PTSD stesso possa influenzare gli stili attributivi. I giovani che, raccontando la propria esperienza, attribuivano a debolezze personali alcuni aspetti degli eventi accaduti, presentavano più marcati sintomi intrusivi e depressivi rispetto a coloro che identificavano cause esterne. Nonostante questi risultati, gli autori hanno ipotizzato che anche l'attribuzione di cause esterne può provocare profondo disagio, in quanto incrementa la sensazione di un mondo incontrollabile che porta l'individuo al senso di impotenza e di sfiducia. È possibile pertanto che le autoattribuzioni possano risultare dannose subito dopo l'evento, quando la necessità di autostima è più forte, mentre in seguito, quando l'individuo tenterà di ricostruire la propria vita, l'autoaccusa potrà ripristinare il necessario senso del controllo. In ogni modo l'aspetto temporale dell'attribuzione causale rimane relativamente inesplorato e costituisce uno spunto importante per future ricerche.

5. Memoria e trauma: il PTSD in ambito pediatrico

A questo punto è opportuno comprendere quale sia il complesso rapporto che lega l'evento stressante al processo mestico. Occorre, tuttavia, fare una premessa e introdurre alcune nozioni sul modello duale di memoria elaborato da Pillemer e White (1989).

I due autori ritengono che la memoria lavori attraverso due sistemi. Nel primo sistema, presente alla nascita e predominante nella prima infanzia, non mediato verbalmente, le memorie non sono facilmente trasportate al di fuori del contesto dello stimolo che le ha provocate (persone, luoghi, emozioni). Il secondo sistema, mediato verbalmente, si sviluppa a partire dalla prima infanzia; in esso i ricordi sono accessibili attraverso il richiamo volontario anche in contesti diversi da quelli in cui sono stati appresi. Le rappresentazioni di evento sono codificate in modo narrativo o elaborate in simbolizzazioni verbali e portate nella memoria socializzata. I due sistemi funzionano separatamente lungo il corso della vita. Ciò indica che alcune esperienze, anche dopo l'avvento del sistema basato sul linguaggio, possono essere codificate nel primo sistema e quindi non facilmente richiamate attraverso semplici interviste verbali. Il racconto, quindi, non esprime tutto quello che si è in grado di ricordare.

Steward (1993) presenta tre modelli di funzionamento della memoria che possono spiegare il rapporto tra evento stressante e memoria. L'autrice prende come esempio di evento stressante la procedura medica; essa può creare un diverso grado di stress a seconda dell'intreccio di tre particolari fattori: dolorosità, invasività e comprensibilità/incongruenza. Il primo modello può essere definito "lineare semplice": quanto più l'esperienza è stressante tanto più il bambino è in grado di ricordarla, quindi quanto più dolore, invasività e incongruenza la procedura medica comporta, tanto più elevato è l'arousal e migliore è il ricordo. Il secondo modello è detto "cubico curvilineare": se un'esperienza è neutra o eccessivamente stressante sarà ricordata meno compiutamente di un'esperienza mediamente stressante. Questi due primi modelli prescindono dal significato che l'individuo attribuisce all'evento, facendo discendere la reazione unicamente dal grado di stress sperimentato.

Il terzo ed ultimo modello prende in considerazione, invece, il modo in cui l'individuo interpreta l'esperienza. Si tratta quindi di un modello che sovrappone quello lineare con quello cubico. Già Anna Freud aveva osservato che non è tanto il grado di stress o della malattia ad avere importanza nel determinare il grado stressante dell'esperienza ma il significato che il bambino assegna alla malattia. Chiama in gioco la valutazione individuale del bambino sul ruolo che egli può assumere durante la pratica medica (ciò a sua volta dipende dalla capacità dei genitori o staff medico di preparare il bambino). Questo significa sapere quello che il bambino deve fare e perché lo deve fare, quali possono essere le conseguenze positive se lo fa.

Questo terzo modello, prevedendo il fattore di valutazione cognitiva, sostiene che se il bambino è in grado di compiere una valutazione dell'evento, la memoria segue un modello lineare (in quanto è capace di elaborare e riconoscere situazioni altamente stressanti), se invece non è sufficientemente sviluppata, la memoria segue un modello cubico (in quanto non sarebbe in grado di riconoscere e attribuire significato ad eventi che escono dalla sua capacità di comprensione).

Steward ha poi messo in relazione le modalità di funzionamento di questi modelli con i due tipi eventi traumatici che la psichiatra americana Lenore Terr (1991) ha introdotto nel panorama della letteratura sul trauma. Ritorniamo dunque al problema iniziale ovvero quale è il rapporto che lega l'evento stressante al processo mestico.

Secondo Terr il trauma di Tipo I è il risultato di un unico evento improvviso e inaspettato e provoca sintomi particolari quali ricordi dettagliati dell'evento, "presagi" e percezioni errate.

Secondo quanto prevede il terzo modello sopra presentato, il bambino che lo ha sperimentato ritorna sull'episodio e si domanda ripetutamente "come potevo evitarlo?" Ciò provoca un *rearsnal* e spinge il bambino ad attribuire un significato, a comprendere il ruolo avuto durante l'evento. Se questo sforzo si congiunge all'aiuto fornito dagli adulti favorisce il ricordo (funziona in modo lineare).

Il trauma di Tipo II si riferisce ad eventi ripetuti e cronici e determina ricordi lacunari e confusi. Secondo il terzo modello si mettono in moto una serie di strategie difensive che possono interrompere il processo di memoria, come il rifiuto, l'intorpidimento emotivo, la dissociazione e la rabbia. Il bambino si chiede "come potrò evitarlo la prossima volta?" Spostare l'attenzione dal passato al futuro limita il *rearsnal* e la possibilità del bambino di attribuirsi un ruolo durante l'evento. Queste esperienze portano ad un deterioramento della memoria (modello cubico).

Dunque il modello lineare funziona nel caso di un singolo evento traumatico e/o nel caso in cui il bambino percepisca di avere un ruolo importante. Il modello cubico opera, invece, nel caso di esperienze traumatiche ripetute che rendono impotente il bambino e deprimono la memoria.

In questo ultimo caso si assiste ad un vero e proprio scompaginamento della memoria autobiografica: le esperienze traumatiche vanno a colpire il sistema del Sé in modo tale che esso non riesce più a funzionare come organizzatore dell'esperienza. Come mostrano gli studi di Barclay (1996), i ricordi autobiografici costituiscono uno dei mezzi più importanti per attribuire significati e spiegazioni alla propria esistenza. Da questo punto di vista i ricordi autobiografici rappresentano un'attività generativa che dà forma a Sé emergenti, Sé che sono alla base del senso di personale coerenza nel tempo che ognuno di noi possiede. La perdita o la mancanza di questa capacità generativa attraverso la ricostruzione funzionale dei ricordi autobiografici, si risolve nell'esperienza soggettiva di alienazione dagli altri e dalla società e in un senso di frammentazione del Sé. In queste circostanze diventa sempre più difficile agganciarsi al passato, dare significato alle esperienze presenti e immaginare un possibile futuro.

Bearison e Pacific (1989) hanno effettuato uno studio che ha valutato la capacità di esperienze mediche complesse e stressanti di deprimere la memoria autobiografica soprattutto nella componente di successione degli eventi. I bambini coinvolti nell'indagine avevano tra i 4 e i 7 anni, erano malati di cancro e dovevano tornare ripetutamente in ospedale per le cure mediche. Gli intervistatori chiedevano loro delle narrazioni sull'esperienza ospedaliera ("cosa accade quando vai nella clinica oncologica?") e su script neutri (per esempio "cosa succede quando ti rechi al ristorante?").

I bambini facevano meno errori negli script neutri che in quelli riguardanti la permanenza in clinica (errori di successione temporale: la parte finale prima di quella finale), ciò sembra dovuto all'ansia e al desiderio di lasciare la clinica.

L'impossibilità di narrare le esperienze traumatiche vissute, impedisce la loro rielaborazione. La narrazione, infatti, ci permette di attribuire un significato alla realtà, di elaborare, strutturare, ricordare e interpretare l'esperienza (Bruner, 1986, 1990). Raccontare un episodio che esula dalla normalità significa dare senso all'inatteso e costruire una "teoria causale degli eventi" (Labov, 1997). La narrazione autobiografica, venendo a costituirsi come un atto di riflessione, a posteriori, sulle proprie motivazioni ed emozioni, diventa quindi di fondamentale importanza per la rappresentazione di Sé.

Le esperienze autobiografiche che non possono essere ricostruite e condivise attraverso il linguaggio parlato o scritto, fanno emergere sentimenti di stress esistenziale che spesso si concretizzano in sintomi.

6. Conclusioni

Da quanto è emerso durante la trattazione, si può vedere come il concetto di trauma sia stato oggetto di profonde modifiche nell'ultimo secolo. L'idea di trauma psichico è andata progressivamente ampliandosi a seconda di come la comunità ha di volta in volta inteso ciò che è traumatico (traumatici possono essere gli eventi, ma anche le reazioni; si può pensare che siano gli eventi in sé a provocare il disturbo oppure che sia la vulnerabilità individuale l'effettiva determinante). Il trauma diventa quindi una categoria interpretativa della realtà destinata continuamente a modificarsi.

Probabilmente è proprio per questo motivo che clinici e ricercatori si trovano in difficoltà ad utilizzare l'etichetta "PTSD" di fronte ad una serie di sintomi: l'approccio descrittivo/classificatorio non può che risultare inadeguato a cogliere tutte le possibili sfumature del disturbo.

In ambito evolutivo, poi, questa inadeguatezza si fa ancora più pronunciata, i bambini di differenti fasce di età esprimono il loro disagio in maniera profondamente diversa e, pertanto gli studiosi sono ancora molto lontani dal riuscire ad inquadrare la possibile gamma di reazioni post traumatiche. In questi ultimi dieci anni sono stati fatti molti passi avanti ma sono necessari ulteriori approfondimenti.

Di particolare interesse risulta l'approfondimento del complesso intreccio esistente tra disturbo post traumatico e processo mnestico. Abbiamo visto come gli eventi stressanti sono in grado di deprimere la memoria autobiografica. Essa costituisce il più potente strumento che l'individuo possiede per conoscere sé stesso e il mondo, e la sua compromissione, rende l'individuo incapace di comunicare la propria esperienza allontanandolo dagli altri. I racconti incoerenti che ritroviamo spesso nelle persone traumatizzate non consentono, a chi le ascolta, di condividere i significati e le spiegazioni fornite. Il non riuscire ad attenersi alle convenzioni narrative tipiche della cultura, e ancor più delle microculture di appartenenza (famiglia e gruppi sociali), comporta l'impossibilità di partecipare insieme agli altri membri della comunità ai significati più intimi e privati e di sentirsi parte di un ampio contesto. L'individuo che ha subito un trauma, non potendo più connettersi alla matrice sociale, si aliena e sperimenta un forte senso di isolamento.

Essere consapevoli della frattura che si viene a creare tra individuo e società ha importanti risvolti sul versante applicativo. Le tecniche terapeutiche che oggi vengono di preferenza utilizzate nel disturbo post traumatico (*debriefing* EMDR), tengono conto proprio di questi ultimi aspetti cercando di favorire la rielaborazione dell'esperienza e l'attribuzione di significato agli eventi e di ripristinare il necessario senso di appartenenza.

Bibliografia

Barclay C. R. [1996], *Autobiographical remembering: Narrative constraints on objectified selves*, in D. C. Rubin (Ed), *Remembering our past. Studies in autobiographical memory* 94-129, Cambridge University Press, New York.

Bearison D. J., Pacific C. [1989], *Children's event knowledge of cancer treatment*, in "Journal of Applied and Developmental Psychology", 10, 469-486.

Beckwitt Turkel S., Eth S. [1991], *Psychopathological responses to stress: Adjustment disorders and post-traumatic stress disorder in children and adolescents*, in L.E. Arnold (Ed), *Childhood stress*, 52-71, John Wiley and Sons, New York.

Bonomi C. [2000], *La psicologizzazione del trauma. Nascita e tramonto della diagnosi di nevrosi traumatica (1870-1920ca)*, "Teoria & Modelli", 1-2, 125-161.

Bonomi C. [2001], *Breve storia del trauma dalle origini a Ferenczi (1880-1930ca)*, in C. Bonomi, F. Borgogno (a cura di), *La Catastrofe e i suoi Simboli. Il contributo di Sándor Ferenczi alla storia del trauma*, UTET Libreria, Torino.

Bruner J. S. [1986], *La mente a più dimensioni*, Laterza, Roma-Bari, 1988.

Bruner J. S. [1990], *La costruzione del significato*, Bollati-Boringheri, Torino, 1992.

Green B.L., Korol M., Grace M.C., Vary M.G., Leonard A.C., Gleser G.C., Smitson-Choen S. [1991], *Children and disaster: Age, gender, and parental effects on PTSD symptoms*, in "Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry", 30, 6, 945-951.

Greenwald R. [1999], *L'EMDR con bambini e adolescenti*, Astrolabio, Roma, 2000.

Joseph S., Brewin C., Yule W., Williams R. [1993], *Causal attributions and psychiatric symptoms in adolescent survivors of disaster*, in "Journal of Child Psychology and Psychiatry", 34, 247-253.

Labov W. [1997], *Some further steps in narrative analysis*, in "Journal of Narrative and Life History", 7, 1-4, 319-415.

Osofsky J.D. [1995], *The effects of exposure to violence on young children*, in "American Psychologist", 50, 9, 782-788.

Pillemer D. B., White S. H. [1989], *Childhood events recalled by children and adults*, in H. W. Reese (Ed.), *Advances in child development and behaviour* 297-340, New York: Academic Press.

Rutter M., Rutter M. [1992], *L'arco della vita*, Giunti, Firenze, 1995.

Steward M. S. [1993], *Understanding Children's Memories of Medical Procedures: "He Didn't Touch Me and It Didn't Hurt!"*, in C. A Nelson (Ed.), *Memory and affect in development* 171-225, Lawrence Erlbaum Associates Publishers, Hillsdale, New Jersey.

Terr L.C. [1991], *Childhood traumas: An outline and overview*, in "American Journal of Psychiatry", 148, 10-20.

Vogel J.M., Vernberg E.M. [1994], *Psychological responses of children to natural and human-made disasters: I. Children's psychological responses to disasters*, in "Journal of Clinical Child Psychology", 22, 4, 464-484.

ANDREA SMORTI

Professore Straordinario di Psicologia dello Sviluppo Cognitivo dell'Università di Firenze

OLIVIA DEL BUFFA

Dottoranda di ricerca presso il Dipartimento di Psicologia dell'Università di Firenze olidb@inwind.it)