



Adverse Child Experience: l'effetto delle esperienze infantili avverse. Lo studio ACE

INDICE:

1. L'impatto destabilizzante del trauma
2. Il costo somatico del trauma e la vulnerabilità biologica infantile
3. Il ruolo delle esperienze avverse: le origini dello studio di Vincent Felitti
4. Lo studio ACE nello specifico
5. Dopo lo studio: nuove scoperte sul trauma
6. Conclusioni
7. Riferimenti bibliografici
8. Altre letture su HT

1. L'impatto destabilizzante del trauma

Il trauma è un evento emotivamente "esplosivo" che lacera il Sé, subissandolo di frammenti incistanti, simbolici, incomprensibili. Dal suo verificarsi si originano conseguenze altrettanto distruttive che, nella loro pervasività, vanno a contaminare trasversalmente tutti gli aspetti dell'esistenza, compromettendone la stabilità e l'equilibrio.

In particolare, la necessità di **interrompere il contatto** con un accadimento inaccettabile favorisce lo sviluppo di meccanismi dissociativi, da cui si originano episodi interruttivi della dimensione identitaria e dell'apprendimento esperienziale; la **regolazione emotiva, fortemente danneggiata**, viene sostituita da un coacervo di stati indistinti, espressi attraverso un susseguirsi di agiti difensivi disorganizzati e con alto potenziale lesivo; un **pensiero rigido e stereotipato** prende il posto di quella *consapevolezza generativa*, con cui anche gli eventi più dolorosi possono essere gestiti e adattivamente significati; al ricordo integrato si sostituiscono **strategie di evitamento**, necessarie a prendere le distanze da una realtà terrificata che spaventa proprio perché, nel suo ripresentarsi coattivo ed incoercibile, sfugge ad ogni controllo, distruggendo tutto ciò che incontra.

Il trauma debilita e depotenzia, riuscendo a perpetrarsi nel tempo, immutabile e devastante, così come si è presentato.

"Una **situazione traumatica** si origina in un contesto d'impotenza sperimentata da una parte dell'Ego di fronte ad un accumulo di eccitazione che si origina o esternamente o internamente all'individuo" (Freud, 1926, p.81).



L'incursione del trauma, ingestibile dal punto di vista egoico, va a danneggiare non soltanto la qualità e la quantità delle scariche pulsionali, ma lacera la membrana posta a protezione della vescicola vitale, dando vita a reazioni **di eccitazione nervosa più ancora che di ansia** (Freud, 1914). Definizione economica che giustifica come, nel contesto traumatico, la risposta neurologica appaia fortemente reattiva e disregolata.

Sono molti i pazienti traumatizzati in cui vengono riscontrati disturbi senso-motori, analgesie, problemi di coordinazione, equilibrio e tono muscolare, ed una serie di altre disfunzionalità che testimoniano il profondo prezzo pagato anche dalla dimensione neurologica dopo l'impatto con l'evento traumatico.

"L'incapacità di risolvere le situazioni traumatiche e la tendenza a riviverle nelle sensazioni, nelle immagini e nelle azioni, si riflettono biologicamente nel considerare stimoli fisiologici innocui alla stregua di minacce potenziali" (Ammanniti, Petrocchi, Guarino, 2005 p. 53).

Sarebbe perciò scorretto limitare il nocumento del trauma ad un ambito meramente emotivo: anche il soma e le sue funzionalità ne risultano coinvolti, a testimonianza della natura subconscia e non narrabile di tutti i vissuti che lo caratterizzano.

Quando la parola risulta impossibile, il corpo diviene l'unico latore di una verità senza voce. Il solo canale comunicativo di un disagio che, pur non riuscendo a raggiungere la dimensione cosciente, ne frantuma la coesione e la stabilità.

"Il corpo conserva le tracce: ...la memorie del trauma è codificata nelle viscere, nelle emozioni sconvolgenti di crepacuore, nei disturbi autoimmuni e nei problemi muscolo scheletrici..."(Van der Kolk, 2015, p. 99).

Il sintomo prende il posto di una parola negata, divenendo parola a sua volta. Ma da solo non avrebbe alcun significato. La stessa etimologia - il termine viene dal greco *sin - piptein*, accadere contemporaneamente- disvela la matrice nascosta da cui ha tratto origine: un evento doloroso che, non avendo mai raggiunto un libero stato di coscienza, può soltanto venir rivissuto, ripetuto, reagito nel e con il corpo.

2. Il costo somatico del trauma e la vulnerabilità biologica infantile

Si è giustamente parlato di un'"**impronta**" **biologica** del trauma, non soltanto per indicare un quadro completo dei suoi effetti deprivanti, ma anche e soprattutto per riconoscere quella via maestra che unisce corpo e mente, rendendoli, nel bene e nel male, fattori inscindibilmente connessi (Van der Kolk, 2015: Hesse at al., 2003).

Gli effetti dell'evento traumatico possono venir amplificati da fattori soggettivi (inerenti la



condizione della vittima) o socio ambientali (relativi al contesto in cui lo stesso si verifica). Ma anche la durata, la frequenza e l'intensità dell'evento costituiscono potenziali fattori accrescitivi della sua gravità oggettiva.

La motivazione è piuttosto evidente: subire un evento traumatico una tantum non equivale a subirlo continuamente, per mesi o anni. Così come vivere un evento traumatico in età infantile comporta conseguenze più difficili da fronteggiare, soprattutto ove si verifichi all'interno delle mura domestiche.

Un trauma sofferto precocemente e perpetrato per lungo tempo - oltretutto ad opera di figure affettivamente rilevanti - costituisce un elemento ostativo, ove non impeditivo, del processo di maturazione emotiva. Il trauma precoce interviene prima che sia stato interiorizzato un oggetto affettivo attendibile e coeso, ostacolando fortemente una rielaborazione e una ripresa adattiva.

Il bambino traumatizzato si sente tradito da quelle stesse persone che avrebbero dovuto tutelarlo: questo lo colloca in una situazione di angoscia senza nome, un'impotenza inconfessabile e paralizzante, in grado di siderarne il vissuto emotivo (Cancrini, 2012).

Ma nel suo effetto dirompente, il trauma non risparmia neppure la dimensione strettamente **biologica**, nella quale lascia segni spesso indelebili (Van der Kolk, 2015; 1997; Van Ijzendoorn, 1995; Schore, 2002; Hesse et al., 2003; Nicolais et al., 2003).

In età infantile le strutture cerebrali subiscono una trasformazione radicale che si completerà durante l'adolescenza, consentendo una serie di mutazioni neuroplastiche e processi di sinaptogenesi finalizzati allo sviluppo di funzioni emotive, cognitive e comportamentali (Schore, 2002; Van Der Kolk, 2015; Spitz, 1951; Bear, Connors, Paradiso, 1996).

A questo stato evolutivo funzionale il trauma sostituisce una condizione involutivo - regressiva e un blocco della funzione egoica, da cui si originano la riattivazione di mezzi di difesa arcaici - come la proiezione, la scissione, la dissociazione - e un rischioso allontanamento dalla realtà. Ciò al fine di difendere il Sé da un evento oggettivamente insostenibile e dai suoi correlati specifici (De Blasio, 2000; Borgogno, 1999; Gabbard, 2015).

Tali conseguenze biologiche si originano anche in presenza dei c.d. **traumi di tipo II** (Terr, 1991) così denominati per distinguerli dai **traumi di tipo I**, relativi ad eventi più roboanti ma meno frequenti, o addirittura isolati nell'arco della vita (terremoti, disastri naturali, guerre, aggressioni).

Anche Khan (1963) aveva operato una distinzione tra traumi semplici e traumi complessi, definendo questi ultimi il frutto di una serie ininterrotta di eventi svantaggianti il cui effetto disfunzionale è dato da una perpetrazione continuata nel tempo. Nello specifico, Khan parla di *trauma cumulativo* riferendosi a quell'insieme di esperienze deprimenti maturate all'interno del contesto diadico, a causa di una disfunzionalità relazionale con un oggetto materno non adeguatamente responsivo.



"La madre traumatizzata non può servire da scudo protettivo contro gli stimoli interni ed esterni del bambino quando questi ne ha più bisogno, nella fase pre-verbale" (Khan, 1963, p. 64).

Attraverso il ripetersi di condotte deprivanti, la madre pratica una serie di "brecce" nella barriera antistimolo, la quale, danneggiata dall'accumulo di reiterate stimolazioni disfunzionali, determina un graduale ma costante abbassamento della soglia di sostenibilità del disagio. Dunque i traumi complessi manifestano un effetto disadattivo in una modalità retrospettiva e cumulativa, derivata proprio da un reiterarsi continuo nell'esistenza della vittima, fino a comprometterne la capacità di sopportazione.

"Alcuni individui hanno fatto esperienza precoce di eventi traumatici molteplici, cronici e prolungati, soprattutto a livello interpersonale, somministrati in un contesto di accudimento primario (Cook et al., p. 13)".

Il perpetrarsi dei traumi cumulativi determina un'impotenza appresa in cui la vittima, debilitata da un flusso ininterrotto di dolore, si lascia semplicemente egire dagli eventi, sostituendo a capacità assertive di rielaborazione, strumenti di assuefazione rassegnata (De Blasio, 2000; 2011). Da qui si origina una sorta di *normalizzazione* del vissuto traumatico che, se nelle fasi iniziali riesce a svolgere una funzione protettiva, con il tempo si trasforma in un impedimento alla ricostruzione del Sé (Diseth, 2005).

L'effetto destrutturante del trauma complesso tende ad amplificarsi nella prima decade della vita, quando la necessità di appoggiarsi ad una figura in grado di supportare il Sé nel processo esplorativo ed auto costruttivo diviene imperante. Ogni deficit affettivo, ogni esperienza abbandonica, deprivante o ancor peggio abusante che si verifica in questa fase, rischia di collocare il bambino in una dimensione fortemente svantaggiata, il cui riverbero dannoso può manifestarsi anche a distanza di lungo tempo. Ma non si tratta di un effetto improvviso. Il danno di un vissuto traumatico complesso si insedia gradualmente nel benessere psicofisico, andando a lederne la stabilità giorno dopo giorno, con lentezza distruttiva.

3. Il ruolo delle esperienze avverse: le origini dello studio di Vincent Felitti

Un classico esempio di trauma complesso è identificabile nelle c.d. **ACE (Adverse Child Experience)**, esperienze traumatiche occorse nel contesto familiare prima dei 18 anni, ed ivi reiteratisi con frequenza ininterrotta, fino a determinare un effetto cumulativo nella soglia di tollerabilità.

Le esperienze generalmente qualificate come ACE sono (Felitti, 2003; 2010; 2013):

- Abuso sessuale;
- Abuso psicologico;
- Maltrattamento fisico;
- Nucleo familiare con all'interno una persona dipendente da alcol o da sostanze stupefacenti;
- Presenza, all'interno del nucleo familiare, di un soggetto incriminato di reato;



- Membro della famiglia gravemente depresso, schizofrenico o affetto da disturbi mentali conclamati;
- Membro della famiglia istituzionalizzato a causa di problemi psichici;
- Tentativi di suicidio tra i legami parentali più stretti;
- Episodi ripetuti di violenza assistita (ad esempio una madre maltrattata);
- Famiglia monogenitoriale a causa della perdita di un genitore per morte o per abbandono;
- Stato di abbandono con assenza di entrambi i genitori;
- Incuria e trascuratezza fisica o emozionale;
- Violenza domestica assistita;
- Incarcerazione di uno dei membri della famiglia.

L'ipotesi di un possibile collegamento tra tali esperienze e l'insorgenza di patologie in età adulta ha dato il via al complesso studio di indagine epidemiologica diretto dal dott. Vincent Felitti (2003), medico californiano che, agli inizi degli anni '80, decise di indagare il passato di alcuni pazienti con disturbi dell'alimentazione, da lui sottoposti ad un programma di riabilitazione finalizzato alla perdita di peso: il c.d. **Digiuno assoluto integrato**.

Felitti notò che, a fronte di un successo iniziale della terapia - una paziente perse all'incirca 40 kg in 51 settimane di trattamento - faceva spesso seguito un'inspiegabile relapse: molti pazienti iniziavano a riprendere peso proprio quando il programma terapeutico dimostrava risultati concreti e promettenti. Anche i colleghi di Felitti confermarono che il più alto tasso di abbandono si verificava proprio tra quanti stavano ottenendo risultati terapeutici migliori. In pratica i pazienti abbandonavano la terapia nel momento in cui cominciavano a realizzarne gli effetti positivi. **Quasi avessero paura di guarire** (Van der Kolk, 2015).

- **Per quale motivo?**

Rifiutando un dimagrimento stabile e duraturo i pazienti mostravano di fatto la resistenza da una guarigione considerata pericolosa rispetto alla sicurezza della condizione patologica.

- **L'obesità nasconde un investimento emotivo di natura difensiva**

La paura di *abbandonare* il tessuto adiposo attraverso il dimagrimento testimonia la latente funzione egodifensiva delegata alla condizione di obesità, finalizzata a schermare il Sé dall'attacco distruttivo di oggetti persecutori, gestendo al contempo un disagio non verbalizzabile. *"I pazienti si tengono stretti i propri sintomi, i propri circuiti di pensieri chiusi di pensieri e comportamenti, perché non sanno cos'altro fare"* (Ogden, 2022, p. 18). Il sintomo di dipendenza da cibo è l'unico mezzo con cui i soggetti traumatizzati difendono le parti del Sé risparmiate dal trauma; quei *luoghi della mente* che, pur desiderando venire alla luce, hanno paura di mostrarsi, in quanto testimonianza incontrovertibile di un dolore a fatica negato. *"I sintomi dei pazienti sono quegli aspetti della sua personalità che sono stati mandati in esilio, ... rifugi della mente dove sono sepolti i corpi e le parti più inaccettabili del Sé; le uniche con le quali il paziente, in un disperato tentativo di difesa, cerca ancora disperatamente di sopravvivere"* (Ogden, 2022, p. 18).



- **L'adipe come schermo difensivo del Sé?**

Ipotesi piuttosto probabile, sul presupposto che certi pazienti abbiano intrapreso la strada dell'obesità in risposta ad un'esigenza di autodifesa dalla coazione traumatica, investendo nel tessuto adiposo un speranza marcatamente "salvifica". Ciò sia per una ragione assolutamente pratica - l'adipe agisce da scudo contro l'intromissione di stimoli potenzialmente minacciosi - sia per una valenza più specificamente estetica, dato come la presenza dell'adipe contribuisca a rendere meno allettante l'aspetto fisico, impedendo di attirare gli sguardi sul Sé.

- **In alcuni pazienti obesi è necessaria una mortificazione estetica.**

L'esigenza di passare inosservati, se non di apparire letteralmente brutti, si mostra imperante soprattutto nei casi di abuso sessuale, che vede la vittima sfuggire la possibilità di costituire ancora l'oggetto del desiderio di qualcuno. Una paziente vittima di stupro disse a Felitti: "*Chi è in sovrappeso viene trascurato, ed io è così che ho bisogno di sentirmi.*" (Van Der Kolk, 2015, p. 170). Aveva guadagnato peso per rendersi invisibile, e sentirsi al sicuro dalla minaccia del reiterarsi del trauma. Ad un intento difensivo si unisce una volontà supergoica che amplifica un vissuto di sutocolpevolizzazione per l'abuso subito. Da qui la necessità di mortificarsi, deturpando l'esteriorità al fine di non costituire un possibile oggetto di desiderio sessuale. In altri casi la sensazione dell'adipe caldo sul corpo può servire a **colmare desertificanti vuoti affettivi**, creando contesti di illusoria prossimità fisica e di quel benessere da contatto che fortifica il Sé già dalle fasi arcaiche della vita: "*Non è che io mangiassi perché avessi fame o cose del genere. Era solo un modo per sentirmi al sicuro e protetto*" fu la dichiarazione di un paziente che divenne obeso in seguito al divorzio dei genitori e ai maltrattamenti subiti dal nonno (Van der Kolk, 2015, p. 169). L'adipe può dunque costituire la metafora di uno scudo protettivo dal quale i pazienti non intendevano separarsi, nella certezza che dopo la scomparsa del sintomo patologico nessuno li avrebbe difesi dall'oggetto maltrattante introiettato.

- **Il problema rappresenta una soluzione personale.**

Un'ancora di salvezza che, pur nel suo valore patologico, consente una temporanea dimensione di sopravvivenza. "*L'idea che il problema sia la soluzione, sebbene disturbante, risiede nel fatto che forze opposte coesistano ordinariamente nei singoli sistemi biologici ... ciò che si vede il problema presente, manifesta probabilmente solo il marcatore del problema reale, sepolto nel tempo, cancellato dai segreti, dalla vergogna, e talvolta dall'amnesia del paziente*" (Van der Kolk, p. 170).

- Il sintomo connesso all'iperalimentazione consente una gestione emergenziale dell'impatto deflagrante provocato dal trauma, de-intensificando i livelli di angoscia. Ma in una prospettiva che vede l'elemento trasformativo come un fattore di creatività ed evoluzione, il sintomo rappresenta un ostacolo all'elaborazione adattiva, e condanna l'intero funzionamento del Sé ad un **patto di non cambiamento**, da cui una rigida adesione al coping maladattivo e all'evento che lo ha provocato. Impedendo l'utilizzo della metafora, il sintomo blocca l'elaborazione del trauma, e, proprio nel tentativo di evitarlo, ne comporta la permanenza coattiva. **L'effetto paradossale è che, alla fine, il sintomo prende il posto della metafora**, diventando l'unica testimonianza di un trauma negato, o, nella migliore delle ipotesi, celato in una terra di mezzo che costringe a *dire tramite il non dire, a cambiare attraverso il ripetere coattivo.*



- **Non c'è trasformazione nel trauma, ma solo una muta ed immutabile angoscia.**

I contributi provenienti dalla clinica attribuiscono al trauma cumulativo frequenti incongruenze nella narrazione e un'importante riduzione dell'attività referenziale, che impediscono a percezioni subconscie di raggiungere un'evoluzione simbolica e di accedere alla coscienza (Bucci e Miller, 1993).

- **Per quanto trascorso, il trauma non è mai passato.**

Il suo ripetersi persecutorio incatena il soggetto in una dimensione atemporale e atemporale, non logicamente collocabile e per questo estranea al Sé cosciente. Il trauma non ha avuto accesso alla memoria autobiografica che ne avrebbe consentito l'integrazione tra gli eventi definitivamente passati. È proprio questa rottura temporale ad allontanare l'evento traumatico dalla dimensione rappresentazionale, relegandolo ad un mero stato di percepito sensoriale. Un'esperienza viscerale presente ma non narrabile, che riesce trovare espressione soltanto attraverso la dimensione corporea. Di nuovo il coinvolgimento del soma, dunque, unico vessillo di un'esperienza incontenibile che le parole, da sole, non riescono a contenere.

4. Lo studio ACE nello specifico

L'ipotesi che l'obesità costituisse il mezzo di difesa da un trauma spinse Felitti e la sua équipe all'impostazione di uno studio specifico volto ad indagare, nel passato dei pazienti, la presenza di eventi in grado di attivare strategie difensive autosabotanti quali l'iperalimentazione o la dipendenza da cibo.

Ai 17.000 adulti californiani che presero parte allo studio venne richiesto di compilare un questionario contenente dieci domande dicotomiche (sul modello sì no), riguardanti 7 differenti categorie di esperienze : 3 relative alle diverse tipologie di abuso (psicologico, fisico e sessuale) e 4 inerenti le più frequenti disfunzioni dell'ambiente familiare, ovvero abuso di sostanze, malattia mentale, maltrattamento verbale o fisico della madre, criminalità, ambiente domestico disfunzionale o svantaggiato (2003; 2010; 2013).

Eccone alcuni esempi:

- *"Un genitore o un altro adulto, durante la sua infanzia, le ha mai detto parolacce, l'ha insultata o l'ha umiliata?"*
- *"Uno dei suoi genitori l'ha molto spesso spinta, afferrata, schiaffeggiata o le ha lanciato qualcosa contro?"*
- *"Un adulto o una persona più grande di lei di almeno cinque anni ha mai toccato il suo corpo in maniera sessuale, o ha tentato più volte di avere un rapporto sessuale con lei?"*
- *"Da bambino ha visto molto spesso sua madre venir afferrata, spinta, schiaffeggiata, o l'ha mai vista mentre le veniva tirato qualcosa contro?"*

Ogni risposta affermativa otteneva un punto, mentre una risposta negativa non apportava punteggio.



I risultati si mostrarono piuttosto variegati: nel campione di classe sociale media con un buon livello di scolarità, il 64% segnalò almeno una categoria di esperienze avverse, mentre un quarto del campione ne indicò più di una (fino a 4). Il 28% dei soggetti aveva subito abusi fisici, il 21% abusi sessuali. Solo un terzo degli intervistati riferì la mancata sperimentazione di eventi traumatici precoci (Felitti, 2003; 2010). Il 19% degli intervistati era cresciuto in una famiglia in cui un membro soffriva di una malattia mentale, e il 15%, al momento dell'intervista, dichiarò la presenza di una psicopatologia in corso o di recente origine; molti soggetti avevano già subito uno o più ricoveri ospedalieri legati alla gestione di patologie psicotiche (deliri, allucinazioni, disregolazioni comportamentali, abuso di sostanze, disordine nella gestione degli impulsi e nelle relazioni sessuali).

Un punteggio elevato mostrò una correlazione positiva con stati di disregolazione comportamentale, inerenti soprattutto l'abuso di sostanze, la gestione degli impulsi e la stabilità delle relazioni sessuali.

Rispetto a quanti ottennero punteggio 0 o di poco superiore all'1, soggetti con punteggio pari o anche superiore mostrarono il doppio di probabilità di fare uso di sigarette, 12 probabilità in più nel tentativo di suicidio, 7 probabilità in più nella dipendenza da alcol e 10 in quella da sostanze stupefacenti.

Punteggi superiori a 4 evidenziarono connessioni con una cattiva gestione dell'aggressività, da cui disfunzionamento socio-relazionale, marcata emissione di acting out, discontinuità nelle relazioni affettive, assenteismo, problemi economici, scarso adattamento sociale.

Il questionario evidenziò una correlazione tra trauma infantile (accertato con un punteggio elevato) e cattive condizioni di salute fisica in età adulta. Molti soggetti precocemente abusati risultarono affetti da malattie oncologiche, affezioni cardiovascolari o del miocardio, patologie autoimmuni, diabete, fibrillazioni atriali, problemi di coagulazione, malattie polmonari ostruttive.

Dati confermati da ulteriori studi, che confermarono come un punteggio ACE superiore a 4 comportasse un rischio 4 volte maggiore di sviluppare una patologia cardiaca o un cancro; mentre un soggetto con punteggio di 5 era maggiormente portato allo sviluppo di patologie a carico del fegato e del sistema immunitario. Soprattutto nel genere femminile, un elevato punteggio (sopra a 4) risultò collegato a disturbi di depressione maggiore, promiscuità sessuale, malattie sessualmente trasmissibili, gravidanze a rischio, obesità.

Le risposte mostrarono inoltre **un potere intercumulativo**: più elevato era il punteggio finale, più aumentava il rischio di sviluppare patologie psicofisiche, determinate soprattutto dal disvalore **indelebile** del trauma.

Le esperienze traumatiche si perdono, spesso, nel tempo, e sono cancellate dalla vergogna, dal segreto e dai tabù sociali, ma lo studio rivela che l'impatto del trauma è pervasivo ed invasivo nella



vita di questi pazienti (Felitti, 2010, p. 133).

Non stupì infine il riscontro di una **specificità correlativa e una compresenza** tra gli eventi, a sottolineare che le esperienze traumatiche non sono mai isolate, ma si sviluppano in un contesto di deprivazione e inadeguatezza intersoggettiva in grado di riversare a cascata i propri effetti distruttivi (Felitti, 2010).

C'erano abbastanza dati per confermare la presenza di un'associazione positiva tra la presenza di situazioni infantili traumatiche e un cattivo stato psicofisico, anche sul lungo termine. L'ipotesi di partenza dello studio poteva dirsi convalidata.

5. Dopo lo studio: nuove scoperte sul trauma

Il modello diagnostico messo a punto da Felitti è stato di frequente utilizzato come base teorica per osservazioni successive, anch'esse aventi ad oggetto lo studio degli effetti del maltrattamento infantile sul lungo termine.

Tanto per citarne alcuni:

- lo studio di Perry (2007) ha dimostrato che esperienze infantili di abbandono e abuso occorse nel primo anno di vita sono causa di una perdita di funzionalità corticale nella zona fronto temporale, indispensabile per lo sviluppo della capacità riflessiva e per l'interpretazione degli stati mentali;
- Schore (2003) ha evidenziato l'effetto deleterio dei traumi relazionali sulle connessioni corticali e sotto corticali, ma anche sul sistema limbico e sulla corteccia orbito frontale, da cui l'insorgenza di disregolazioni comportamentali e di un'iperattivazione dell'amigdala;
- lo studio di Costerphine e colleghi (2007) confermò il ruolo di esperienze infantili deprimenti sullo sviluppo di comportamenti impulsivi ed autolesionistici, condotte suicidarie, disturbi alimentari, sessualità promiscua, tendenza all'acting out e all'autolesionismo (**chi non ricorda il trauma tende ad agirlo** sul Sé o sull'altro);
- Lackner e colleghi (2004) hanno attribuito alla sovraesposizione traumatica infantile una iperproduzione di glucocorticoidi, ormoni steroidei con funzione antinfiammatoria che, in quantità eccessiva, vanno ad impattare con la funzionalità del sistema immunitario, causandone l'indebolimento; ma una iperproduzione di glucocorticoidi può causare anche perdita della densità ossea, atrofia muscolare, eccessiva produzione di glucosio- da cui una maggiore vulnerabilità al diabete- alterazioni della soglia del dolore e iperarousal;
- Coccaro (2011) ha rilevato che l'esperienza traumatica causa una **collisione** tra cervello emotivo, controllato dal sistema limbico, e cervello razionale, governato dalla corteccia prefrontale, da cui si originano stati confusivi e profonda disregolazione emotiva; quest'ultima risulta amplificata da una disfunzionalità dell'amigdala che, sotto la spinta di un contenuto traumatico ripetuto, subisce un notevole abbassamento della soglia di attivazione, causando stati ansiogeni, iperarousal, disregolazioni comportamentali e dell'umore, con ricadute anche nella condotta sessuale e nella gestione dell'aggressività (Coccaro, 2011);



- La produzione dei peptidi, anch'essa profondamente alterata dal reiterarsi dell'evento traumatico, comporta conseguenze patologiche nocive per l'apparato endocrino: in particolare, ad un'iniziale iperproduzione di cortisolo (da cui un'alterazione delle funzionalità dell'ippocampo e dell'asse HPA) fa seguito una drastica diminuzione nella produzione dello stesso, a sua volta causa di effetti tossici e livello immunitario e neurologico. Tale esito, noto come "**paradosso del cortisolo**", è in realtà provocato da una sorta di **abituazione al trauma dovuta** proprio al continuo reiterarsi dello stesso. Con il tempo, il rinnovarsi dell'esperienza avversa **diminuisce la condizione di allarme e di messa in fuga**, e con esse l'attivazione del sistema simpatico, nell'esigenza precipua di proteggere il corpo da uno stato di ipercortisolismo cronico (Van der Kolk, 2015). Ma la neutralizzazione del dolore è solo apparente: lo stress della rassegnazione e dell'accettazione passiva continua silenziosamente a logorare la vittima, debilitandone l'apparato neurologico-immunitario, fino a causare difetti di mielinizzazione, atrofia dei dendriti e precoce morte neuronale (Yehuda, 2002), e, dal punto di vista emotivo, lo sviluppo di comportamenti ansiosi, preoccupati o altrimenti evitanti ed aggressivi (Hart, Gunner e Cicchetti, 1995).
- L'eccesso di adrenalina e noradrenalina conseguente al vissuto traumatico sviluppa la **vulnerabilità a patologie cardiache**, oltre a determinare il peggioramento di quelle pregresse, favorendo il verificarsi di ictus, infarto del miocardio, fibrillazione atriale.
- Sotto un punto di vista epigenetico, eventi traumatici infantili causano un **invecchiamento precoce dei telomeri**, porzione modificabile del DNA aventi la funzione di proteggere i geni dall'erosione temporale; danneggiano inoltre la sinaptogenesi e la funzionalità neuroplastica.
- Studi di neurimaging hanno dimostrato una correlazione tra precocità e frequenza di esperienza di abuso o maltrattamento ad un'atrofia del volume dell'ippocampo, del corpo calloso e del cervelletto, oltre ad un'iperattivazione dell'amigdala (Bremner et al. 2003, Nutt e Malizia, 2004), un iperfunzionamento dell'emisfero destro e una ipoattivazione dell'area di Broca, cui conseguono una diminuzione della produzione verbale, della capacità comunicativa e un deficit di pensiero logico-astratto. È soprattutto il genere femminile a subire questa conseguenza: il 34% di donne che ha subito numerose esperienze avverse si mostra non disponibile a parlare, e talvolta neppure a ricordare gli abusi subiti, contro il 20% delle donne che ha subito un solo abuso sessuale (Bianchi e Moretti, 2006).
- Donne vittime di stupro in età infantile tendono a ripetere il trauma attraverso **un'identificazione passiva** con la vittima: per questo si mostrano maggiormente propense alla costruzione di legami sentimentali patologici e relazioni maltrattanti in età adulta. Per quanto riguarda gli uomini, l'aver assistito con continuità al maltrattamento della propria madre comporta invece un rischio sette volte maggiore di diventare a loro volta dei partner abusanti, a causa di un effetto identificativo con l'aggressore (Van Der Kolk, 2015).
- L'esperienza traumatica impatta infine con lo sviluppo di capacità cognitive, di pensiero astratto e simbolico, problem solving adeguati, coping assertivi ed autoefficaci: bambini traumatizzati presentano spesso disturbi dell'apprendimento nel contesto scolastico, ma anche una minore competenza sociale e un più difficoltoso mantenimento dei legami relazionali (Hart, Gunner, Cicchetti, 1995).



6. Conclusioni

Le ricerche appena descritte confermano il ruolo determinante delle Ace nell'esposizione alla vulnerabilità psicofisica sul lungo termine, nell'insorgenza di problematiche psicologiche come la disregolazione emotiva, l'impulsività, la depressione, l'ansia, i disturbi alimentari, e di disfunzioni comportamentali come l'abuso di sostanze, il tabagismo, l'alcolismo: tutti fattori che, a loro volta, possono incrementare il rischio di sviluppare psicopatologie in grado di ridurre l'aspettativa e la qualità della vita.

Le esperienze dei primi anni di vita non sono solamente ricordi sbiaditi, né frammenti di un passato reso inaccessibile da uno stato di immaturità evolutiva. In realtà, durante quelli che vengono denominati periodi critici, il cervello è in via di sviluppo e la sua struttura può essere influenzata da qualsiasi tipo di fattore biologico come esperienziale. L'epigenetica ce lo sta dimostrando da tempo.

Ogni esperienza maturata si iscrive nelle trame della memoria semantica e della struttura cerebrale, fino a modificarne aspetto e funzioni. Ma se esperienze positive possono rappresentare un rinforzo alla formazione di sinapsi e collegamenti neurocerebrali adattivi, esperienze sfavorevoli provocano una debilitante attivazione dei sistemi di risposta allo stress, da cui si originano cambiamenti fisiologici e funzionali potenzialmente compromissori dello stato di salute.

Ad essere pericolosi non sono tanto i problemi, quanto le soluzioni con cui si crede di riuscire a risolverli. Il paradosso del trauma è quello di aggiungere male al male: è come se, dopo il suo verificarsi, le risorse cognitive e le istanze motivazionali della vittima venissero letteralmente congelate, favorendo la maturazione di un'emotività disregolata, instabile, talvolta lesiva ed auto sabotante. Il tutto al fine di controllare - attraverso il Sé - gli effetti logoranti di un evento che, per quanto concluso, continua a ripetersi coattivamente.

"Dopo un trauma tutto il mondo è percepito con un sistema nervoso differente. L'energia del sopravvissuto è tutto convogliato verso la repressione del caos, a scapito della possibilità di coinvolgersi in modo autentico nelle attività della vita quotidiana. Questi tentativi di mantenere il controllo nelle reazioni fisiologiche insopportabili possono tradursi in una svariata gamma di sintomi fisici, come fibromi algia, sindrome da affaticamento cronico, malattie autoimmuni. Tutto ciò rende necessario coinvolgere, nella cura del trauma, l'intera dimensione di corpo, mente e cervello" (Van der Kolk, 2015 p. 62).

Lo studio di Felitti, attualmente in corso in modalità permanente, continua a confermare una forte relazione tra eventi invalidanti subiti durante nel percorso evolutivo e problematiche psicofisiche in età adulta. Si tratta di un dato tutt'altro che trascurabile.

Uno dei maggiori meriti del programma di ricerca ACE è stato l'aver riconosciuto un impatto potenzialmente distruttivo anche ai c.d. traumi di tipo II, la cui lesività, per quanto meno evidente nell'immediato, si mostra più marcata in una prospettiva di lungo termine, andando ad impattare non soltanto con il benessere emotivo, ma anche con un aspetto fisiologico epigenetico.



È proprio l'effetto cumulativo di queste esperienze a mostrarsi dannosa, creando una pressione emotiva che dalla dimensione psichica si trasferisce a quella somatica, determinandone la disfunzionalità.

Allo studio l'ulteriore pregio di aver ribadito il **legame psiche soma**, agevolando il superamento di una distinzione artificiosa tra disturbi psichiatrici e fisici, a favore di un inquadramento diagnostico - terapeutico integrato, che privilegi una visione dimensionale del benessere psicofisico.

Non da ultimo, il lavoro di Felitti ha contribuito a spostare l'attenzione clinica e scientifica sui casi di **infanzia rubata**, attraverso l'utilizzo di una serie di metodologie di studio e di discipline scientifiche, come le neuroscienze, l'epigenetica, la psicopatologia neuroevolutiva, utili ad un approccio di studio integrato e scientificamente validato.

7. Riferimenti bibliografici

- **Albasi, C. (2006).** *Attaccamenti traumatici. I Modelli Operativi Interni Dissociati*. Utet. Torino, 2006;
- **Ammanniti, M., Petrocchi, M., Guarino, S. (2008),** *Vulnerabilità al trauma e sviluppo neurobiologico in adolescenza*, in Trauma e psicopatologia: un approccio evolutivo relazionale, Caretti e Craparo (a cura di), Astrolabio, Roma, 2009;
- **Bianchi D., Moretti E., (2006)** *Vite in bilico, Indagine retrospettiva su maltrattamenti e abusi in età infantile, Quaderno n. 40*, Istituto degli Innocenti, Firenze;
- **Bear, M. F., Connors. B. W., Paradiso. M. A. (1996).** *Neuroscienze. Esplorando il cervello*. Masson. Vicenza, 2000.
- **Bremner, MD., Douglas, J., Marmas, M.D., Charles, R. (1998)** *Trauma , memory and dissociation*, Amer Psychiatric Publication;
- **Borgogno, F. (1999)** *Spoilt children: l'intrusione e l'estrazione parentale come fattore di distruttività*, in Psicoanalisi come percorso, Bollati Boringhieri, Torino;
- **Bucci, W., Miller, N. (1993)** *Primary process: a new formulation and an analogue measure*, in Miller, N., Luborsky, L., Barber, J., Docherty, J., (a cura di), Handbook of Dynamic Psychotherapy, Basic Books, New York;
- **Cancrini, L. (2012),** *La cura delle infanzie infelici. Viaggio nell'origine dell'oceano borderline*, Raffaello Cortina, Milano;
- **Cicchetti D., (2002),** "How a child builds a brain: Insights from normality and psychopathology", In W. Hartup e R. Weinberg (a cura di), Child Psychology in Retrospect and Prospect: Minnesota Symposia on Child Psy;
- **Coccaro E. F., Sripada C. S., (2011)** Yanowitch R. N., Phan K. L. *Corticolimbic function in impulsive aggressive behavior*. Biological psychiatry, 2011;
- **Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., Van der Kolk et al. (2005)** *Complex trauma in children and adolescents, Psychiatric Annals*, n. 5, pp. 390-398;



- **Corstorphine, E. Wailer, G., Lawson, R., Ganis, C., (2007)** *Trauma and multi-impulsivity in the eating disorder*, Eating Behavior, n, 1, pp, 23-30;
- **Debellis, M.D. (2001)** *Developmental traumatology: the psychobiological development of maltreated children and its implications for research, treatment, and policy*, in Development and Psychopathology, Cambridge, 13(3):539-64,
- **Di Blasio, P. (2000)** *Psicologia del bambino maltrattato*, Il Mulino, Bologna;
- **Di Blasio, P., Piccolo, M., Traficante, D. (2011)**, TSCC Trauma Symptom Checklist for Children: valutazione delle conseguenze psicologiche di esperienze traumatiche, Trento, Centro studi Erickson.
- **Diseth, T. H., & Christie, H. J. (2005)**. *Trauma-related dissociative (conversion) disorders in children and adolescents - an overview of assessment tools and treatment principles*. Nordic Journal of Psychiatry, 59(4), 278–292.
- **Gabbard, G.O. (2015)** *Psichiatria Psicodinamica*, Raffaello Cortina, Milano;
- **Felitti V. (2013)** *Adverse Childhood experiences (ACE) study*. In Rivista di Psicoterapia EMDR. EMDR Italia, 2013.
- **Felitti V.J., Anda R.F. (2003)** *Origins and Essence of the study*. ACE Reporter Volume 1, Number 1.
- **Felitti V.J., Anda R.F., Nordenberg D. Williamson D.F., et al. (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;
- **Felitti, V.J. Anda, R.F. (2010)**. "Il rapporto tra esperienze sfavorevoli infantili e malattie somatiche, disturbi psichiatrici e comportamento sessuale nell'adulto: implicazioni per la politica sanitaria". In Lanius, R., Vermetten, E., Pain, C. (a cura di). *L'impatto del trauma infantile sulla salute e sulla malattia. L'epidemia nascosta*. Tr. It. Giovanni Fioriti. Roma 2012, pp. 131-150
- **Fisher, S. E. (2017)**. *Neurofeedback nel trattamento dei traumi dello sviluppo*. Raffaello Cortina Editore;
- **Freud, S. (1914)**, *Ricordare, riptere e rielaborare*. In *Nuovi consigli sulla tecnica della psicoanalisi*, in Opere, vol. 7, Bollati Boringhieri, Torino, 1975, pp. 355-35;
- **Freud, S. (1926)**. *Inibizione, sintomo e angoscia*. In Opere di Sigmund Freud, vol. 10. Torino: Boringhieri.
- **Hart H., Rubia K. (2012)**, *Neuroimaging of child abuse: a critical review*, in Frontiers in human neuroscience.
- **Hart, Gunnar e Cicchetti, (1995)**, "Salivary cortisol in maltreated children: Evidence of relations between neuroendocrine activity and social competence", Development and Psychopathology, 7, 11 – 26;
- **Hesse E., Main M., Abrams K.Y., Rifkin A. (2003)**, *Unresolved states regarding loss or abuse can have "second-generation" effects: Disorganized, role inversion and frightening ideation in the offspring of traumatized non-maltreating parents*, in D.J. SIEGEL, M.F. SOLOMON (a cura di), *Healing Trauma: Attachment, Mind, Body and Brain*, New York,



Norton: 57-106.

- **Herman, J. (1992).** *Trauma and Recovery*. New York: Basic Books;
- **Khan, M. (1963)** *Il concetto di trauma cumulativo*, in *Lo spazio privato del Sé*, Bollati Boringhieri, Torino, 1979;
- **Lackner, J.M., Gudleski, G.D., Blanchard, E.D., (2004)** *Beyond abuse: the association among parenting style, abdominal pain and somatization in IBS patients*, Behavior Research and Therapy, n. 42, pp. 41-56;
- **Nicolais, G., Speranza, A.M., Bacigalupi M. & Gentile, L. (2005)** *Il trauma in età evolutiva: inquadramento diagnostico e correlati neurobiologici*, in www.infanziaeadolescenza.it/archivio/954/articoli/10448;
- **Nutt, D.J. Malizia, A. (2004)** *Structural and functional brain changes in posttraumatic stress disorder*, in *The Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 1(1):11-7;
- **Ogden, T.H. (2022)** *Prendere vita nella stanza d'analisi*, Raffaello Cortina, Milano;
- **Perry, M.D. (2007)**, *Stress, trauma and Post traumatic stress disorders in Children, an introduction*, <https://www.complextrauma.ca/wp-content/uploads/C9-PTSD-in-Children-An-Introduction-.pdf>;
- **Schore, A.N. (2002)**, *Dysregulation of the right brain: a fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of posttraumatic stress disorder*, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, n. 36, pp. 9-30;
- **Schore, A.N. (2003)** *La regolazione degli affetti e la riparazione del Sé*, Astrolabio, Roma, 2008;
- **Sironi F., (2001)**, *Persecutori e vittime*, Feltrinelli, Milano.
- **Terr, L.C. (1991)** *Childhood traumas: an outline and overview*, in *The American Journal of Psychiatry*, January, ;148(1):10-20;
- **Yehuda, R. (2002)** *Treating Trauma Survivors with PTSD*, American Psychiatric Publishing, Washington;
- **Van der Kolk B. A., (2003)**, "The neurobiology of childhood trauma and abuse", *Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America*, 12(2): 293 - 317.
- **Van der Kolk, B.A. (2015)** *Il corpo accusa il colpo*, Raffaello Cortina Milano;
- **Van Ijzendoorn M.Z. (1995)** *Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview*. Psychological Bulletin;

8. Altre letture su HT

- Luciana Morelli, "[Teoria e clinica della memoria del trauma psichico infantile](#)", articolo pubblicato su HumanTrainer.com, Psico-Pratika nr. 105, 2014
- Adele Falbo, "[Trauma cumulativo](#)", articolo pubblicato su HumanTrainer.com, Psico-Pratika nr. 105, 2014