

## Adolescenza ed esperienze traumatiche: influenze sul funzionamento emotivo-adattivo

MASSIMO AMMANITI, SILVIA CIMINO, MICHELA PETROCCHI

*Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, Università "La Sapienza" di Roma*

**RIASSUNTO: Premesse teoriche:** L'adolescenza rappresenta un periodo di aumentata vulnerabilità ai traumi per diverse ragioni: l'organizzazione psichica è sottoposta ad una spinta pulsionale particolarmente intensa; il distacco psicologico dalle figure genitoriali comporta spesso una fragilità nell'organizzazione del Sè; si possono riattivare traumi infantili per effetto di traumi attuali. **Obiettivo:** Valutare il funzionamento emotivo-adattivo in un campione scolastico di adolescenti, approfondendo l'eventuale presenza di stati dissociativi e di esperienze traumatiche, e discutendo come queste ultime costituiscano un fattore di rischio per l'insorgere di disturbi psicopatologici. **Metodo:** Il campione esaminato è composto da 475 soggetti appartenenti ad una popolazione scolastica *non referred* di adolescenti tra i 14 e i 18 anni con un'età media di 15.9 anni. All'interno di un colloquio di *assessment* psicologico svolto durante l'orario scolastico, utilizzato al fine di evidenziare la presenza di eventuali esperienze traumatiche, sono stati somministrati agli adolescenti i seguenti strumenti *self-report*: *Youth Self-Report 11/18* (Achenbach e Rescorla, 2001) e *Dissociative Experience Scale-II* (Carlson e Putnam, 1993). **Risultati:** I risultati delle analisi statistiche effettuate mettono in luce che: i maschi presentano in misura maggiore sintomi sul versante esternalizzante, viceversa le femmine sul versante internalizzante; si ha la presenza di esperienze dissociative particolarmente intense intorno ai 17 anni; assume un ruolo significativo specialmente il trauma individuale, che incide sul funzionamento psicologico dell'adolescente e sulla presenza di esperienze dissociative. **Discussione e conclusioni:** Si discute la specificità della fase evolutiva adolescenziale, con riferimento alle manifestazioni di rischio psicopatologico che possono presentarsi.

**PAROLE CHIAVE:** Adolescenza, Esperienze traumatiche, Funzionamento emotivo-adattivo, Esperienze dissociative.

**ABSTRACT: Background:** Adolescence represents a period of increased vulnerability to traumas for several reasons: the psychic organization is exposed to a particularly intense drive pressure; the psychological detachment from parental figures often involves a fragility in the organization of the Self; the reactivation of children's traumas is possible because of the current traumas. **Objective:** To evaluate the emotional/behavioral functioning in a school sample of adolescents, examining the possible presence of dissociative states and traumatic experiences in detail, and discussing how the latter could represent a risk factor for psychopathological disturbances. **Method:** The examined sample is composed of 475 subjects belonging to a *not referred* school population of adolescents between 14 and 18 years with an average age of 15.9 years. Within a psychological interview during school time, used to enlighten the presence of possible traumatic experiences, adolescents have been assessed with following self-report tools: Youth Self-Report 11/18 (Achenbach e Rescorla, 2001) and Dissociative Experience Scale-II (Carlson e Putnam, 1993). **Results:** The results of the statistical analyses show: male subjects presenting internalizing scales linked symptoms and female externalizing ones; a particularly intense dissociative experiences around 17 years; a significant role of the individual trauma on the psychological functioning of the adolescent and on the presence of dissociative experiences. **Discussion and conclusions:** The specificity of adolescence period is discussed and related psychopathological risks are considered.

**KEY WORDS:** Adolescence, Traumatic experiences, Emotional/behavioral functioning, Dissociative experiences.

## ■ Introduzione

La letteratura psicoanalitica ha messo in luce le potenzialità patogene dei traumi che comportano un'esperienza personale di impotenza e di perdita di controllo di sé (Freud, 1925). In particolare, ha evidenziato i rischi dei traumi subiti in adolescenza, in quanto possono gravemente compromettere il processo evolutivo individuale. Nell'adolescenza, dunque, aumenta la vulnerabilità ai traumi (Novick e Novick, 2001), e questo per ragioni evolutive diverse.

*1. L'organizzazione psichica è sottoposta alla pressione pulsionale derivante dalla maturazione corporea che è particolarmente intensa nella prima e nella media adolescenza.*

Le modificazioni biologiche proprie della pubertà, a livello morfologico, fisiologico ed endocrinologico, accentuano la spinta delle pulsioni, che determinano la rottura degli equilibri precedenti e il rifiuto degli investimenti oggettuali e narcisistici dell'infanzia (Kestenberg, 1962). L'organizzazione psichica ne risulta sconvolta: l'adolescente deve fare lo sforzo non solo di accettare a livello psichico la sessualità, ma anche di costruire una propria identità di genere. Può accadere che l'adolescente rifiuti inconsciamente la maturazione sessuale, fino a giungere ad un break-down evolutivo, ovvero ad un arresto del processo di integrazione dell'immagine del corpo fisicamente maturo nella rappresentazione che ha di se stesso (Laufer e Laufer, 1984). In questa difficile età di passaggio, un trauma può compromettere il delicato processo di costruzione della propria identità e favorire l'esordio di disturbi psicopatologici (Terr, 1991).

*2. Il distacco psicologico dalle figure genitoriali comporta una fragilità dell'organizzazione dell'Io, che può sfociare in una vera crisi di identità* (Erikson, 1982).

La maturazione del proprio corpo provoca un distanziamento dai genitori dell'infanzia e questo implica un rilevante conflitto durante l'adolescenza. L'acquisizione dell'identità si realizza attraverso meccanismi di proiezione ed introiezione profondamente diversi da quelli infantili. L'adolescente mantiene e sviluppa quelle identificazioni infantili che corrispondono di più ai propri interessi, talenti, valori attuali e, contemporaneamente, cerca di acquisire un senso di identità personale distaccandosi dalle figure genitoriali (Erikson, 1982; Marcia, 1989). Durante questo processo evolutivo, si manifesta spesso un senso di estra-

niamento, sotto forma di confusione d'identità. Questo stato emotivo è caratterizzato dall'incapacità di impegnarsi in rapporti autentici con gli altri, di stabilire un'intimità piacevole sia con i pari, sia con un partner, o di investire se stessi in una competizione. Alla mancata acquisizione di un'identità stabile, corrisponde lo stato psicologico della *confusione dei ruoli*, che consiste nel passare da un'identificazione all'altra, sperimentando molteplici ruoli sociali, senza riuscire a costruirne una sintesi originale ed individuale (Erikson, 1982). Vi è dunque una grande difficoltà nella costruzione della propria identità e nell'organizzazione dell'Io, difficoltà che può essere accentuata dalla presenza di traumi.

*3. Si può verificare una riattivazione dei traumi infantili per effetto dei traumi adolescenziali.*

I traumi in adolescenza, infatti, assumono un particolare impatto e significato, con una forte risonanza interiore, se richiamano traumi subiti nell'infanzia. Blois (1962) aveva sottolineato come l'adolescente debba affrontare la rielaborazione e il controllo dei traumi infantili, intendendo con questo termine un'esperienza che è stata vissuta dal soggetto come "difficoltà schiacciante", che deve essere integrata nell'Io per essere controllata. Di fronte ad un evento traumatico in adolescenza, allora, il giovane riattiva i traumi infantili, e se non riesce a rielaborarli, resta invischiato in manovre difensive contro il loro riemergere.

La letteratura psicoanalitica, dunque, aveva posto in luce come l'età adolescenziale - sottoposta a forti pressioni pulsionali derivanti dalla maturazione biologica, al distacco dalle figure genitoriali e alla necessità di costruire la propria identità, al riemergere dei traumi infantili - fosse particolarmente vulnerabile ai traumi, che possono determinare problemi nel processo evolutivo e nell'organizzazione psichica dell'Io.

Recentemente, la ricerca empirica ha cercato di stabilire più chiare e specifiche connessioni tra i traumi subiti in età adolescenziale e la comparsa di determinati sintomi psicopatologici. Innanzitutto, ha tentato di definire in termini operativi il trauma considerato come "un evento che è generalmente al di fuori dell'orizzonte dell'esperienza umana abituale" (American Psychiatric Association, 1980), e che comporta una minaccia di morte o un grave danno fisico o una minaccia all'integrità fisica di sé e degli altri (American Psychiatric Association, 1994); cioè ha voluto indicare con il termine "trauma" un evento oggettivo e ben identificabile (per esempio, incidente, violenza fisica,

abuso sessuale, malattia) e non riferirsi a generiche esperienze negative degli adolescenti. In secondo luogo, ha evidenziato come non sussista un collegamento necessario tra trauma e sintomi psicopatologici, rilevando che nel 70% dei casi gli eventi traumatici non determinano sintomi durevoli (Kessler, Sonuga, Bromet, Hughes, Nelson, 1995).

Tuttavia, è stato anche calcolato che nel 30% dei casi le conseguenze immediate e a lungo termine del maltrattamento, dell'abuso e di altre esperienze traumatiche provocano il disturbo post-traumatico da stress (PTSD). Con tale dato statistico, però, non si comprendono i reali rapporti tra l'esperienza traumatica, a volte complessa, e gli effetti nel processo evolutivo. Infatti pochi sono i lavori che si sono occupati di descrivere il quadro clinico del PTSD, la sua genesi e le sue possibili manifestazioni sintomatiche in adolescenza. Possiamo ricordare alcuni studi (Pynoos, 1994; Yule, 2000) che hanno dimostrato come le femmine adolescenti ottengano punteggi più elevati dei maschi nelle misure *self report* di reazioni allo stress: tuttavia non è assolutamente chiaro se queste differenze siano determinate da fattori culturali o biologici.

Scorrendo la letteratura ci accorgiamo che, se poche ricerche sono state effettuate su bambini esposti a situazioni traumatiche, ancor meno sono quelle effettuate su ragazzi adolescenti. Tra i pochi contributi disponibili, Schwarz e Kowalsky (1991) hanno esaminato un campione di 64 studenti di età preadolescenziale (10-13 anni) sei mesi dopo una sparatoria avvenuta nella loro scuola. Hanno dimostrato che, utilizzando i criteri diagnostici riportati nel DSM-III, la prevalenza del DPTS era del 16%; con il DSM-III-R invece era dell'8% e con il DSM-IV si arrivava al 9%. Tale lavoro mette bene in luce le enormi difficoltà che gli studiosi incontrano nel descrivere con criteri concordi questo disturbo, anche perché durante l'adolescenza sono presenti un maggior numero di differenze individuali riconducibili al rapido sviluppo che ogni persona attraversa durante questa fase evolutiva.

Esaminando, in particolare, gli studi neurocognitivi più recenti, emerge che negli adolescenti vittime di traumi si verificano interferenze in varie aree: ad esempio, in quella dell'attaccamento (Liotti, 1993), del funzionamento biologico (Steinberg, 2005), della regolazione affettiva, delle esperienze dissociative (Calamari e Pini, 2003), del controllo comportamentale, del funzionamento cognitivo e infine del concetto di Sé (Fonagy e Target, 2001). Si è notato che i ragazzi che vivono un trauma possono incorrere in alterazioni dei processi neurobiologici legati alla discrimina-

zione dello stimolo, e possono lamentare disturbi fisici intrinsecamente legati all'incapacità di elaborare l'evento in questione (Atlas, Wolfson, Lipschitz, 1995; Krystal, 1988; van der Kolk, 1996; Varvin, 1999). Questi soggetti possono presentare delle difficoltà di attenzione e concentrazione causate dalla necessità di rivivere ossessivamente ed intrusivamente l'esperienza traumatica non elaborata, o causate da una iperattivazione e sensibilizzazione verso gli stimoli (Gold, 1995; McGough, 1983; McNally, Lasko, Mackin, Pitman, 1995; Zeitlin e McNally, 1991). Per di più, tali alterazioni possono favorire il "passaggio all'atto" e la conseguente adozione di comportamenti antisociali e distruttivi, poiché l'adolescente traumatizzato diventa più reattivo agli stimoli; e ciò produce un'instabilità comportamentale volta a scaricare questo eccesso di *arousal*.

## ■ Obiettivi

Il presente contributo di ricerca si è posto l'obiettivo generale di valutare il funzionamento emotivo-adattivo in un campione scolastico di adolescenti, approfondendo l'eventuale presenza di stati dissociativi e di esperienze traumatiche. Ha voluto quindi discutere come queste ultime costituiscano un fattore di rischio per l'insorgere di sintomi disfunzionali emotivo-adattivi e di sintomi dissociativi. Appare importante indagare le aree funzionali e/o disfunzionali dell'adolescente, per tentare di chiarire quali siano i fenomeni influenzati dalla sola pressione dei compiti evolutivi propri dell'adolescenza e quali quelli dovuti a fattori esterni traumatici. In tal modo si agevola il riconoscimento di fattori di vulnerabilità individuale e di variabili di rischio o di protezione ed il loro legame con l'ambiente di vita del giovane (Cicchetti e Cohen, 1995).

In particolare, questo studio si è posto i seguenti obiettivi specifici:

1. Valutare il funzionamento emotivo-adattivo e l'eventuale presenza di esperienze e vissuti dissociativi, prendendo in considerazione l'effetto del genere e dell'età dei soggetti.
2. Valutare la natura e l'entità di una correlazione tra il funzionamento emotivo-adattivo e l'eventuale presenza di esperienze e vissuti dissociativi riportati dagli adolescenti.
3. Valutare l'effetto del trauma riferito sul funzionamento emotivo-adattivo e sull'eventuale presenza di esperienze e vissuti dissociativi.

## ■ Metodo

### Descrizione del campione

Il campione esaminato è composto da 475 soggetti appartenenti ad una popolazione scolastica *non referred* di adolescenti di scuola secondaria superiore del Comune di Roma, con un'età media di 15.9 anni (*range*=14-18 anni; *ds*=1.4); le variabili genere ed età mostrano una distribuzione omogenea ( $\text{Chi}^2_{5, 475} = 1.26$ ;  $p = \text{n.s.}$ ) e la maggior parte dei soggetti (53.9%;  $N=256$ ) appartiene a famiglie con uno *status* socio-economico medio (SES; Hollingshead, 1975).

### Strumenti

All'interno di un colloquio di valutazione e di *assessment* psicologico svolto durante l'orario scolastico, ottenuto il consenso informato dal ragazzo e dai genitori, sono stati somministrati agli adolescenti i seguenti questionari *self-report*:

1. Il *Youth Self-Report 11/18* (YSR; Achenbach e Rescorla, 2001) è un questionario che ha lo scopo di raccogliere informazioni sia sulle competenze, sia sul funzionamento emotivo-adattivo, e di rilevare la presenza di eventuali aree problematiche nel versante internalizzante ed esternalizzante. Il Questionario YSR è composto di due parti principali: la *Scala delle Competenze* e la *Scala dei Problemi*. La *Scala dei Problemi* è formata da un elenco di 112 item, presentati sotto la forma di affermazioni relative a comportamenti e vissuti emozionali, rispetto ai quali il soggetto deve indicare se esse lo descrivono in modo accurato o meno, se un particolare vissuto gli appartenga o meno.

I 112 item sono inclusi in otto sottoscale sindromiche: *Ritiro*, riguardante principalmente atteggiamenti di isolamento e di scarsa ricerca di contatto con gli altri; *Lamentele Somatiche*, che include malesseri fisici di varia natura, non sostenuti da cause mediche riconoscibili; *Ansia/Depressione*, che raccoglie item relativi a stati depressivi e stati d'ansia; *Problemi Sociali*, concernente essenzialmente difficoltà a rapportarsi con gli altri; *Problemi di Attenzione*, composta da item collegati a problemi di instabilità motoria e difficoltà attentive; *Problemi del Pensiero*, riguardante problemi dell'ideazione; *Comportamento Deviante*, relativa a condotte di tipo antisociale; ed infine, *Comportamento Aggressivo*, che include condotte e atteggiamenti caratterizzati da scarso controllo dell'aggressività.

Tali sottoscale si raggruppano formando le Scale Sindromiche *Internalizzanti* (Ritiro, Lamentele Somatiche, Ansia/Depressione), *Esternalizzanti* (Comportamento Deviante, Comportamento Aggressivo), *Né Internalizzanti Né Esternalizzanti* (Problemi Sociali, Problemi di Attenzione, Problemi del Pensiero).

In relazione a tutte le scale e sottoscale descritte, un punteggio elevato indica difficoltà e problemi in tale area.

2. La *Dissociative Experiences Scale-II* (DES-II; Carlson e Putnam, 1993) è utilizzata per valutare l'entità e il tipo di esperienza dissociativa riferita dall'adolescente, in relazione a vissuti di amnesia, di assorbimento e coinvolgimento ideativo ed infine di depersonalizzazione e derealizzazione. La DES-II è composta da 28 item disposti su una scala analogica. Al soggetto è richiesto di indicare la frequenza percentuale in cui si sono verificate una serie di fenomeni dissociativi. I punteggi variano da 0 a 100 per ciascun item e per il totale, ottenuto dalla media dei punteggi. La DES-II è composta da tre fattori: *Stati dissociati*, che riguarda azioni che il soggetto non ricorda; *Assorbimento e coinvolgimento immaginativo*, che concerne l'essere talmente immerso in una particolare attività da divenire inconsapevole di ciò che accade nell'ambiente circostante; *Depersonalizzazione/Derealizzazione*, riferita a percezioni alterate del sé e dell'ambiente, quali sentirsi estranei rispetto al proprio corpo, ai propri sentimenti e ai propri pensieri. Un punteggio elevato indica una presenza rilevante di esperienze e vissuti dissociativi, ma diversi Autori hanno sottolineato come la DES-II non costituisca uno strumento adeguato per porre diagnosi di disturbo dissociativo (Fabbri Bombi, Bertin, Cristante, Colombo, 1996).

Inoltre, è stato utilizzato il colloquio al fine di evidenziare la presenza di eventuali esperienze traumatiche e di approfondire i particolari vissuti e ricordi in relazione a questi eventi.

## Risultati

I risultati verranno esposti in relazione agli obiettivi specifici indicati:

1. **Valutazione del funzionamento emotivo-adattivo e dell'eventuale presenza di esperienze e vissuti dissociativi, prendendo in considerazione l'effetto del genere e dell'età dei soggetti.**

A. *Funzionamento emotivo-adattivo*. Per valutare il funzionamento emotivo-adattivo degli adolescenti è stata condotta una analisi della varianza multivariata (MANOVA) che ha evidenziato una differenza statisticamente significativa sull'andamento dei punteggi del Questionario *Youth Self-Report* (YSR) in relazione al genere ( $\lambda=0.72$ ;  $F_{1,474}=12.9$ ;  $p<.001$ ). In particolare l'analisi degli effetti univariati ha mostrato differenze statisticamente significative tra maschi e femmine rispetto ai problemi e sintomi internalizzanti ( $F_{1,474}=57.16$ ;  $p<.001$ ) e a quelli esternalizzanti ( $F_{1,474}=6.172$ ;  $p<.05$ ): i soggetti di sesso femminile ottengono un punteggio medio più elevato nella *Scala Sindromica Internalizzante* (16.86 vs. 12.04), viceversa i soggetti di sesso maschile ottengono punteggi medi più alti nella *Scala Sindromica Esternalizzante* (15.41 vs. 13.66). Un'ulteriore MANOVA ha messo in luce un effetto dell'età sulla modulazione dei punteggi ( $\lambda=0.8$ ;  $F_{4,474}=1.9$ ;  $p<.001$ ): l'applicazione del test *post hoc* di Duncan ha evidenziato che gli adolescenti di 17 anni presentano i livelli più elevati di problemi nell'area internalizzante ed esternalizzante ( $p<.01$ ).

Infine, un'analisi multivariata della varianza ha evidenziato differenze statisticamente significative nell'interazione tra le variabili genere ed età ( $\lambda=0.85$ ;  $F_{5,474}=1.3$ ;  $p<.05$ ). I test *post hoc* di Duncan hanno messo in luce che nella *Scala Sindromica Internalizzante* i maschi ottengono punteggi medi più bassi rispetto alle femmine ( $p<.01$ ) in tutte le età, tranne che a 17 anni, in cui non si riscontrano differenze statisticamente significative rispetto alle loro coetanee ( $p=n.s.$ ). In particolare, considerando le sottoscale del Questionario YSR, i maschi di 15 ( $p<.01$ ) e 17 anni ( $p<.05$ ) ottengono punteggi medi più elevati nel *Comportamento deviante* rispetto alle femmine della stessa età.

B. *Esperienze e vissuti dissociativi*. Per valutare l'eventuale presenza di esperienze e vissuti dissociativi è stata condotta un'analisi della varianza multivariata che ha evidenziato una differenza statisticamente significativa sull'andamento dei punteggi della *Scala DES-II* in relazione al genere ( $\lambda=0.72$ ;  $F_{1,474}=12.9$ ;  $p<.001$ ). In particolare, l'analisi degli effetti univariati ha mostrato differenze statisticamente significative tra maschi e femmine rispetto al *Punteggio totale* ( $F_{1,474}=4.343$ ;  $p<.05$ ) e ai fattori *Stati dissociati* ( $F_{1,474}=10.751$ ;  $p<.01$ ) e *Depersonalizzazione/Derealizzazione* ( $F_{1,474}=4.213$ ;  $p<.05$ ): i maschi ottengono un punteggio medio più elevato nel *Punteggio totale* (20.98 vs. 18.29) e nei fattori *Stati dissociati* (11.87 vs. 8.2) e *Depersonalizzazione/Derealizzazione* (17.21 vs. 14.38).

Dopo aver posto in luce, tramite un'analisi multivariata della varianza, una differenza statisticamente significativa in relazione all'età ( $\lambda=0.8$ ;  $F_{4,474}=1.9$ ;  $p<.001$ ), l'applicazione del test di Duncan ha evidenziato che nel *Punteggio totale* i diciassetenni (sia maschi che femmine) hanno punteggi medi maggiori rispetto a tutte le altre fasce d'età ( $p<.001$ ). In particolare, i soggetti di 17 anni ottengono punteggi medi più elevati nei fattori: *Assorbimento/Coinvolgimento immaginativo* ( $p<.001$ ) e *Depersonalizzazione/Derealizzazione* ( $p<.01$ ).

Infine, una MANOVA ha mostrato differenze statisticamente significative nell'interazione tra le variabili genere ed età ( $\lambda=0.85$ ;  $F_{5,474}=1.3$ ;  $p<.05$ ). I test *post hoc* di Duncan hanno messo in luce che i maschi ottengono punteggi medi più elevati rispetto alle femmine della stessa età nei fattori *Depersonalizzazione/Derealizzazione* ( $p<.01$ ) e *Stati dissociati* ( $p<.01$ ).

## **2. Valutare la natura e l'entità di una correlazione tra il funzionamento emotivo-adattivo e l'eventuale presenza di esperienze e vissuti dissociativi riportati dagli adolescenti.**

Per valutare la natura e l'entità della correlazione tra il funzionamento emotivo-adattivo e l'eventuale presenza di esperienze/vissuti dissociativi, è stata condotta una analisi statistica tramite il coefficiente di correlazione  $r$  di Pearson. Sono emerse correlazioni significative e di segno positivo tra le Scale/Sottoscale del Questionario YSR e il Punteggio Totale/Fattori della *Scala DES-II*, come si evidenzia nella tabella 1.

## **3. Valutare l'effetto del trauma riferito sul funzionamento emotivo-adattivo e sull'eventuale presenza di esperienze e vissuti dissociativi.**

Per valutare l'effetto del trauma riferito sul funzionamento emotivo-adattivo e sull'eventuale presenza di esperienze e vissuti dissociativi, è stato selezionato un sotto-campione di 70 adolescenti che riferiscono un trauma (14.7%), appaiati per genere ed età a ragazzi che non riportano tali esperienze (gruppo di controllo), ottenendo un campione di 140 adolescenti.

A. *Funzionamento emotivo-adattivo e trauma*. Per valutare l'effetto del trauma riferito sul funzionamento emotivo-adattivo, è stata condotta un'analisi esplorativa univariata (ANOVA) che ha evidenziato una differenza statisticamente significativa sull'andamento dei punteggi del Questionario YSR tra i soggetti che riportavano e quelli che non riportavano un trauma ( $\lambda=0.80$ ;  $F_{1,139}=2.3$ ;  $p<.01$ ). In particolare, sono emerse differenze statisticamente significative nelle se-

Tabella 1 – Correlazioni tra i punteggi del Youth Self-Report e della Dissociative Experiences Scale-II.

	Punteggio medio DES	Stati dissociati	Assorbimento e coinvolgimento immaginativo	Depersonalizzazione/ Derealizzazione
Ritiro	.231*	.093*	.255*	.216*
Lamentele somatiche	.266*	.208*	.282*	.229*
Ansia/Depressione	.312*	.207*	.357*	.292*
Problemi sociali	.210*	.134*	.218*	.195*
Problemi del pensiero	.385*	.323*	.350*	.328*
Problemi di attenzione	.398*	.313*	.394*	.322*
Comportamento deviante	.434*	.419*	.346*	.345*
Comportamento aggressivo	.381*	.345*	.330*	.331*
Totale internalizzante	.347*	.216*	.382*	.322*
Totale esternalizzante	.446*	.410*	.372*	.378*

\* p<.001

guenti sottoscale: *Lamentele somatiche* ( $F_{1\ 139} = 7.925$ ;  $p < .01$ ); *Problemi del pensiero* ( $F_{1\ 139} = 6.252$ ;  $p < .05$ ); *Problemi di attenzione* ( $F_{1\ 139} = 13.214$ ;  $p < .001$ ); *Comportamento deviante* ( $F_{1\ 139} = 10.163$ ;  $p < .01$ ); *Comportamento aggressivo* ( $F_{1\ 139} = 5.413$ ;  $p < .05$ ), in cui i soggetti che riferiscono un trauma presentano punteggi medi più elevati (*Lamentele somatiche* (3.98 vs. 2.94); *Problemi del pensiero* (3.54 vs. 2.47); *Problemi di attenzione* (7.77 vs. 6.05); *Comportamento deviante* (5.91 vs. 4.08); *Comportamento aggressivo* (12.25 vs. 9.92)). (Figura 1).

Successivamente, sulla base della letteratura scientifica, la macro-categoria “trauma” è stata ulteriormente suddivisa in *Trauma individuale* (incidenti, violen-

za fisica, abuso sessuale intrafamiliare ed extrafamiliare, maltrattamento psicologico e malattie croniche) e *Trauma interpersonale* (situazioni che coinvolgono l’ambiente sociale e/o familiare dell’individuo esaminato, come essere vittima di una catastrofe naturale, di guerre, di separazione/divorzio dei genitori). La variabile *Trauma individuale* influenza in modo statisticamente significativo l’andamento dei punteggi del Questionario YSR ( $\lambda = 0.77$ ;  $F_{1\ 69} = 2.78$ ;  $p < .01$ ). In particolare sono emerse differenze statisticamente significative nelle seguenti sottoscale: *Lamentele somatiche* ( $F_{1\ 69} = 5.270$ ;  $p < .05$ ); *Problemi del pensiero* ( $F_{1\ 69} = 6.145$ ;  $p < .05$ ); *Problemi di attenzione* ( $F_{1\ 69} = 7.909$ ;  $p < .01$ ); *Comportamento deviante* ( $F_{1\ 69} = 11.908$ ;  $p < .001$ ); *Comportamento aggressivo* ( $F_{1\ 69} = 5.893$ ;  $p < .05$ ). I soggetti che riferiscono un trauma individuale ottengono un punteggio medio più alto in tutte le sottoscale sopra indicate (*Lamentele somatiche* (4.04 vs. 3.14), *Problemi del pensiero* (3.72 vs. 2.61), *Problemi di attenzione* (7.82 vs. 6.41), *Comportamento deviante* (6.32 vs. 4.26) e *Comportamento aggressivo* (12.72 vs. 10.18)). (Figura 2).

La variabile *Trauma interpersonale* non influenza in modo statisticamente significativo l’andamento dei punteggi del Questionario YSR.

**B. Esperienze/vissuti dissociativi e trauma.** Per valutare l’effetto del trauma riferito su esperienze vissuti dissociativi è stata condotta un’analisi esplorativa univariata (ANOVA) che ha evidenziato una differenza statisticamente significativa sull’andamento dei punteggi della Scala DES-II tra i soggetti che riportavano e quelli non riportavano un trauma ( $\lambda = 0.80$ ;  $F_{1\ 139} = 2.3$ ;  $p < .01$ ). In particolare è emersa una differenza statisti-

Figura 1 - Effetto del Trauma riferito/non riferito sul funzionamento emotivo-adattivo

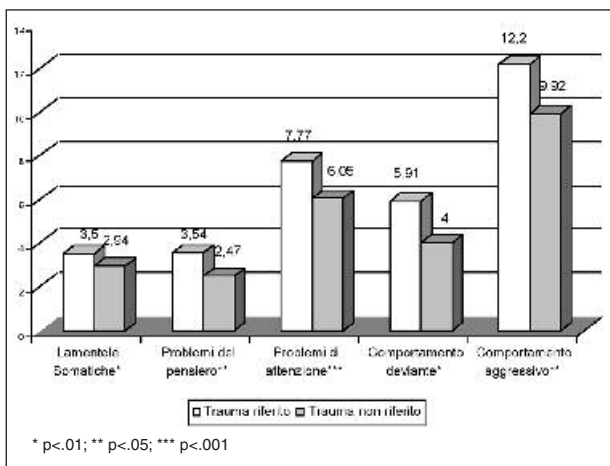


Figura 2 - Effetto del Trauma individuale riferito/non riferito sul funzionamento emotivo-adattivo

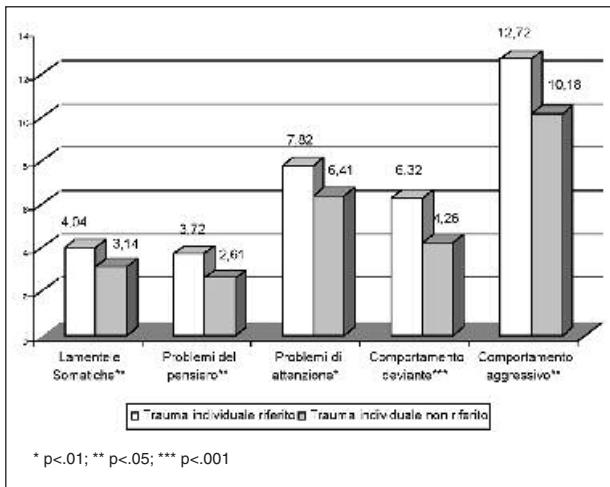
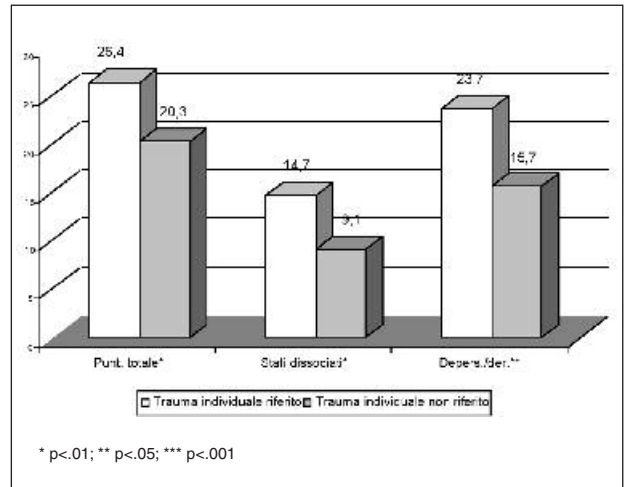


Figura 3 - Effetto del Trauma individuale riferito/non riferito sulle esperienze e sui vissuti dissociativi



camente significativa nel fattore *Stati dissociati* ( $F_{1, 139}=4.913$ ;  $p<.05$ ), in cui i soggetti che riferiscono un trauma presentano punteggi medi più elevati (13.69 vs. 8.66).

Come è stato fatto precedentemente, la macrocategoria "trauma" è stata ulteriormente suddivisa in *Trauma individuale* e *interpersonale*.

La variabile *Trauma individuale* influenza in modo statisticamente significativo l'andamento dei punteggi della scala DES-II ( $\lambda=0.77$ ;  $F_{1, 69}=2.78$ ;  $p<.01$ ). In particolare sono emerse differenze statisticamente significative nel *Punteggio totale* ( $F_{1, 69}=4.813$ ;  $p<.05$ ) e nei fattori *Stati dissociati* ( $F_{1, 69}=5.596$ ;  $p<.05$ ) e *Depersonalizzazione/Derealizzazione* ( $F_{1, 69}=7.033$ ;  $p<.01$ ). I soggetti che riferiscono un trauma individuale ottengono un punteggio medio più alto nel *Punteggio totale* (26.41 vs. 20.35) e nei fattori *Stati dissociati* (14.76 vs. 9.18) e *Depersonalizzazione/Derealizzazione* (23.73 vs. 15.74). (Figura 3).

La variabile *Trauma interpersonale* non influenza in modo statisticamente significativo l'andamento dei punteggi della scala DES-II

## ■ Discussione

L'indagine empirica, in primo luogo, ha esplorato il funzionamento emotivo-adattivo di una popolazione scolastica di adolescenti che si collocano nella fascia della prima e della media adolescenza (età 14-18 anni) (Offer e Boxer, 1991).

I dati emersi nello studio presentato confermano fondamentalmente quanto già osservato in analoghe ricerche nazionali ed internazionali, ossia che i soggetti di sesso maschile ottengono, in generale, punteggi più elevati sul versante esternalizzante, mentre le ragazze li ottengono nell'area internalizzante; e mostrano come i punteggi (e quindi i sintomi e i problemi) aumentino con l'età (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler, Angold, 2003; Crijnen, Achenbach, Verhulst, 1999; Frigerio, Cattaneo, Cataldo, Schiatti, Molteni, Battaglia, 2001). In particolare, le femmine hanno punteggi più alti nelle sottoscale delle *Lamentele Somatiche* e in *Ansia/Depressione*, e i maschi punteggi più elevati nei *Problemi di Attenzione* e nel *Comportamento Deviante e Aggressivo*.

In accordo con la letteratura scientifica, questa evidenza empirica permette, allora, di sottolineare come le ragazze risultino a maggior rischio per lo sviluppo di una sintomatologia di tipo depressivo, rispetto ai ragazzi che presentano più frequentemente disturbi della condotta, caratterizzati da comportamenti pericolosi ed autolesivi (Gladstone e Koenig, 1994; Reinherz, Giaconia, Pkiz, 1993).

La presenza di sintomi nell'area internalizzante ed esternalizzante in un campione scolastico di adolescenti non indica, tuttavia, l'instaurarsi di una possibile patologia. Conferma invece come questa specifica fase del ciclo vitale comporti una ristrutturazione dell'identità personale, che necessita della costruzione di strategie individuali per affrontare tale stadio evolutivo. Le condotte internalizzanti/esternalizzanti sono

state teorizzate e descritte all'interno della prospettiva teorica psicomodinamica come tentativi individuali per gestire il *turmoil* (Freud, 1957), ossia le difficoltà che caratterizzano questa delicata fase evolutiva. Ad esempio, i comportamenti oppositivi e trasgressivi degli adolescenti giocano un ruolo potenziale nella costruzione di un'identità adulta. La trasgressione delle regole morali e sociali rappresenta uno strumento con cui il giovane si mette alla prova, sfida le regole dell'autorità per affermare la propria identità e raggiungere un senso di autonomia personale; inoltre può rivestire la funzione di meccanismo di difesa, con cui il giovane riesce ad affermare la propria individualità, messa in scacco dalle trasformazioni della pubertà (Blos, 1962). È importante sottolineare come in adolescenza, assieme ai comportamenti aggressivi e devianti, si presentino spesso stati depressivi, che svolgono anch'essi il ruolo di meccanismi di difesa, i quali proteggono il giovane da un completo investimento nella realtà e da un confronto con i suoi aspetti più contraddittori (Winnicott, 1971).

Inoltre, in linea con i risultati ottenuti, può essere interessante evidenziare due osservazioni sullo sviluppo cerebrale in adolescenza emerse dalla recente ricerca neurobiologica (Steinberg, 2005): 1) le trasformazioni più rilevanti interessano regioni e sistemi cerebrali che svolgono un ruolo chiave nella regolazione del comportamento, delle emozioni e nella valutazione del rischio e del pericolo; queste modificazioni si riferiscono specificamente alla corteccia prefrontale e al sistema limbico; 2) i cambiamenti relativi alle aree coinvolte nell'*arousal* e nelle spinte motivazionali, indotti dalla maturazione puberale (prima adolescenza), precedono lo sviluppo delle zone cerebrali implicate nella capacità di regolazione emotiva (seconda adolescenza): ciò crea uno sfasamento tra l'esperienza affettiva dell'adolescente e le sue abilità nel regolare *arousal* e bisogni motivazionali. Dunque, anche questi studi mettono in evidenza come, in adolescenza, i processi maturativi neurobiologici possano spiegare la comparsa di sintomi corporei, di stati depressivi o di azioni fisiche auto ed etero-aggressive (Overton, Steidl, Rosenstein, Horowitz, 1992; Rutter e Rutter, 1992).

In secondo luogo, l'indagine empirica ha esplorato la presenza di *esperienze dissociative* ed è emersa una maggiore intensità di tali sintomi nella fascia dei 17 anni, con manifestazioni più evidenti relative all'*assorbimento*, al *coinvolgimento immaginativo*, alla *depersonalizzazione* e alla *derealizzazione*. Inoltre, sono i

maschi, rispetto alle femmine a presentare livelli più elevati di dissociazione.

Anche in questi casi, i dati di ricerca indicano che i meccanismi dissociativi presenti in adolescenza segnalano difficoltà di integrazione, tipiche di questa fase, fra il funzionamento emotivo e quello cognitivo, già evidenziato dalla letteratura psicoanalitica (Blos, 1962; Freud, 1957), e che non sono necessariamente spie di un eventuale disturbo psicopatologico in atto. Pure gli studi neurocognitivi più recenti (Donald, 2001; Newman e Grace, 1999) sembrano confermare una difficile integrazione fra le aree connesse al funzionamento emotivo (particolarmente l'amigdala e il sistema limbico fortemente attivate dalla pubertà), e le aree implicate negli aspetti cognitivi che maturano più tardivamente. Solo alla fine dell'adolescenza questa integrazione può finalmente realizzarsi con un maggior controllo da parte della corteccia prefrontale.

Inoltre, non va dimenticato che la dissociazione è un meccanismo difensivo che si pone al confine fra normalità e patologia. Indubbiamente, di fronte a reazioni di rabbia e a conflitti, che emergono spesso in adolescenza nelle relazioni con gli altri, possono essere attivate strategie difensive dissociative, che consentono di salvaguardare il senso di continuità e di integrità del sé (Klein, 1976); tuttavia è importante collocare l'uso di questi meccanismi di difesa all'interno del più ampio sistema di *coping* dell'individuo, valutandone l'uso massivo e la pervasività, che possono condurre alla strutturazione di pattern disfunzionali di adattamento (van der Kolk e Fiesler, 1994). Altri studi recenti (Calamari e Pini, 2003) sembrano confermare che i fenomeni dissociativi (amnesia, assorbimento e depersonalizzazione) tendono a ridursi dopo i 20 anni, sottolineando il fatto che in adolescenza la dissociazione può essere utilizzata per fronteggiare i conflitti tipici di questa fase di sviluppo.

Prendendo, infine, in considerazione il sottogruppo di adolescenti che riferiscono almeno un'esperienza traumatica, pari al 14,7% dell'intero campione, si evidenzia come, in generale, questi adolescenti presentino, rispetto al campione di controllo, punteggi più elevati sia in alcune sottoscale del funzionamento emotivo-adattivo sia nelle esperienze dissociative. Questo dato risulta in accordo con la letteratura scientifica, che ha posto in evidenza come il trauma nella difficile età adolescenziale accentui tutta una serie di sintomi tipici del processo evolutivo.

Il problema che si pone, però, è quello di valutare se tali sintomi rientrano ancora - per così dire - nell'area della "normalità" o si spostino nell'area contigua e

continua, difficile da identificare, della “patologia”, e precisamente se indichino un disturbo post-traumatico da stress (DPTS). Tale disturbo, infatti, presenta sintomi analoghi a quelli posti in evidenza dalla nostra ricerca, come lamentele somatiche, disturbi del pensiero, comportamento deviante ed aggressivo e, in misura più consistente, problemi di attenzione ed esperienze dissociative.

Si potrebbe dunque ipotizzare, per il sottogruppo esaminato, la presenza di un disturbo post-traumatico da stress (DPTS), ma la diagnosi non è così agevole. Come emerge dalla letteratura, questo disturbo si presenta come il più semplice e, nello stesso tempo, come il più complesso tra i disturbi d’ansia: il più semplice perché la causa scatenante, cioè lo stress, dovrebbe essere sempre chiaro e individuabile; il più complesso per l’imprevedibilità dei sintomi cui dà luogo e della loro durata, per la varietà dei processi psicologici coinvolti (memoria, paura, allarme, etc.) e per le diverse risposte individuali (Yule, 2000). Risulta pertanto difficile diagnosticare questa sindrome psicopatologica, così come considerare un avvenimento come “stressante”, ovvero come causa scatenante e quindi potenzialmente nociva.

Le difficoltà nel definire il quadro clinico che caratterizza il disturbo post-traumatico da stress aumentano ancora di più quando ci riferiamo all’adolescenza. Tale età, caratterizzata dal “cambiamento” come implica la stessa etimologia della parola (*adolescere*, in latino, significa crescere), può presentare infatti una fenomenologia simile a quella del DPTS. I ragazzi si trovano a fronteggiare incessanti cambiamenti sia psichici che somatici, molteplici rotture e numerosi paradossi. Pertanto, non è facile capire se un agente traumatico abbia innescato un vero e proprio DPTS oppure se si è in presenza di manifestazioni tipiche, ancorché accentuate, dell’adolescenza. In ogni caso, i risultati ottenuti nel nostro sottocampione di adolescenti che riferiscono traumi, in accordo con quelli riportati dalla letteratura sull’argomento, mostrano la presenza elevata di sintomi dissociativi. Ciò avvalorerebbe l’ipotesi che la dissociazione rappresenti un importante fattore di mediazione tra l’evento traumatico e la comparsa di disturbi psicopatologici (Kisiel e Lyons, 2001; Liotti, 1993). Infatti, di fronte ad esperienze traumatiche gravi, la dissociazione può costituire una risposta protettiva che serve a fronteggiare la paura, il dolore, i sentimenti di impotenza e la rabbia (Putnam, 1991).

In linea con queste considerazioni, il modello teorico proposto da Putnam (1991) prevede una correla-

zione tra la dissociazione e diverse costellazioni sintomatiche, come l’instabilità comportamentale, il comportamento aggressivo e rischioso, l’abuso di sostanze. Tali sintomi, come emerge dai dati del contributo empirico presentato, sono più accentuati nel caso di traumi che hanno colpito il singolo adolescente, rispetto a traumi che hanno interessato il contesto familiare e sociale. Questo dato confermerebbe quanto messo in luce recentemente dai genetisti (Plomin, 2004; Turkeimer e Waldron, 2000), secondo cui le “esperienze non condivise” avrebbero una potenzialità patogena maggiore rispetto a quelle condivise. In tal senso, la condivisione e il supporto familiare svolgono un ruolo protettivo importante nei confronti dell’esperienze traumatiche e favoriscono lo sviluppo della capacità di modulare il livello di *arousal*, l’acquisizione di un senso di sicurezza (van der Kolk e Fiesler, 1994) e l’attivazione di dotazioni genetiche che sembrano ridurre l’impatto del trauma (Gil, Caspi, Zilberman Ben-Air, Koren, Klein, 2005). Parlando di “trauma non condiviso”, ci riferiamo ad una serie di eventi che possono costituire una minaccia all’integrità fisica e psicologica dell’individuo (maltrattamento fisico e psicologico, abuso, ecc.), che di solito non vengono facilmente riconosciuti ed elaborati in ambito familiare e sociale, e che danno luogo a processi dissociativi in cui gli aspetti cognitivi e somatici vengono scissi dalla sofferenza psicologica. Questi meccanismi possono fare in modo che il trauma di tipo individuale, come emerso dai dati di ricerca, abbia delle ripercussioni più gravi di quello interpersonale (guerra, lesioni o morte di un caro, divorzio dei genitori), che di solito viene condiviso e compreso in ambito familiare e sociale. Infatti, in adolescenza, la possibilità di rivelare il trauma e di ricevere sostegno dalla famiglia e dalla società rappresenta un importante fattore protettivo rispetto alle influenze negative esercitate dall’evento traumatico (Fonagy e Target, 2001; Terr, 1991).

## ■ Riferimenti bibliografici

- Achenbach TM, Rescorla LA (2001), *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT : University of Vermont, Department of Psychiatry.
- American Psychiatric Association (1980), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-III)*. Tr. it. Milano: Masson, 1983.
- American Psychiatric Association (1994), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-IV)*. Tr. it. Milano: Masson, 1996.
- Atlas JA, Wolfson MA, Lipschitz DS (1995), Dissociation and

- somatization in adolescent impatients with and without history of abuse. *Psychological Reports*, 76, 1101-1102.
- Blos P (1962), *L'adolescenza. Un'interpretazione psicoanalitica*. Tr. it. Milano: Franco Angeli, 1986.
- Calamari E, Pini M (2003), Dissociative experiences and anger proneness in late adolescent females with different attachment style. *Adolescence*, 38, 150, 287-303.
- Carlson EB, Putnam FW (1993), An update on the Dissociative Experiences Scale. *Dissociation*, 6, 16-23.
- Cicchetti D, Cohen AJ (1995), *Developmental Psychopathology*, vol. 1: *Theory and Methods*. New York: Wiley & Sons.
- Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A (2003), Prevalence and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60, 837-844.
- Crijnen AAM, Achenbach TM, Verhulst F (1999), Problems reported by parents of children in multiple cultures: The Child Behavior Checklist Syndrome Constructs. *American Journal of Psychiatry*, 156, 569-574.
- Donald M (2001), *A Mind So Rare: The Evolution of Human Consciousness*. New York: Norton.
- Erikson EH (1982), *I cicli della vita*. Tr. it. Roma: Armando 1984.
- Fabrizio Bombi A, Bertin I, Cristante F, Colombo G (1996), Un contributo alla standardizzazione della Dissociative Experiences Scale (DES) di Bernstein e Putnam. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 219, 39-46.
- Fonagy P, Target M (2001), *Attaccamento e funzione riflessiva*. Milano: Raffaello Cortina.
- Freud A (1957), Adolescenza. Tr.it. in *Opere*, vol. 2. Torino: Boringhieri, 1969.
- Freud S (1925), Inibizione, sintomo e angoscia. Tr. It. in *Opere*, vol. 10. Torino: Boringhieri 1978.
- Frigerio A, Cattaneo C, Cataldo MG, Schiatti A, Molteni M, Battaglia M (2001), *Valutazione dei problemi comportamentali in un campione italiano di soggetti attraverso la CBCL/4-18, il TRF e il YSR*. Relazione presentata al seminario "La valutazione multiassiale su base empirica di TM Achenbach". Roma: Facoltà di Psicologia, Università degli Studi "La Sapienza".
- Gil S, Caspi Y, Zilberman Ben-Air IZ, Koren D, Klein, E (2005), Does Memory of a Traumatic Event Increase The Risk for Posttraumatic Stress Disorders in Patients with Traumatic Brain Injury? A Prospective Study. *The American Journal of Psychiatry*, 162, 6, 1108-1118.
- Gladstone TRG, Koenig, LJ (1994), Sex differences in depression across the high school to college transition. *Journal of Youth and Adolescence*, 23, 6.
- Gold PE (1995), Modulation and emotional and non emotional memories. In JL Caugh, FK McWeimberg, NM Lynch (a cura di), *Brain and Memory: Modulation and Mediation of Neuroplasticity*. New York: Oxford University Press.
- Hollingshead AB (1975), *Four Factor Index of Social Status*. New Haven, CT: Yale University, Department of Sociology.
- Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB (1995), Post-traumatic stress disorder in National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Kestemberg E. (1962), L'identità et l'identification chez les adolescents. Problèmes théoriques et techniques. *Psychiatrie de l'Enfant*, 5, 451-522.
- Kisiel CL, Lyons JS (2001), Dissociation as a mediator of psychopathology among sexually abused children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 158, 7, 1034-1039.
- Klein GS (1976), *Psychoanalytic theory: An exploration of essentials*. New York: International Universities Press.
- Krystal H (1988), *Integration and Self-Healing: Affect, Trauma, Alexythimia*. Hillsdale: Analytic Press.
- Laufer M, Laufer ME (1984), *Adolescenza e breakdown evolutivo*. Tr.it. Torino: Bollati Boringhieri, 1986.
- Liotti G (1993), *Le discontinuità della coscienza*. Milano: Franco Angeli.
- Marcia JE (1989), Identity and intervention. *Journal of Adolescence*, 12, 551-558.
- McGough JL (1983), Hormonal influences on memory. *Annual Review of Psychology*, 34, 297-323.
- McNally RJ, Lasko NB, Mackin ML, Pitman RK (1995), Autobiographical memory disturbance in post-traumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 619-630.
- Newman J, Grace AA (1999), Binding across time: The selective gating of frontal and hippocampal systems Modulating Working memory and attentional states. *Consciousness and Cognition*, 8, 196-212.
- Novick J, Novick KK (2001), Trauma and deferred action in the reality of adolescence. *The American Journal of Psychoanalysis*, 61, 43-61.
- Offer D, Boxer A. (1991), Normal adolescent development: Empirical research findings. In M Lewis (a cura di), *Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook*. Baltimore: MD.
- Overton WF, Steidel JH, Rosenstein D, Horowitz HA (1992), Formal operation as regulatory context in adolescence. *Adolescent Psychiatry*, 18, 502-513.
- Plomin R (2004), Genetics and Developmental Psychology. *Merrill-Palmer Quarterly*, 50,3, 341-352.
- Pynoos, RS (1994), Traumatic stress and developmental psychopathology in children and adolescents. In RS Pynoos (a cura di), *Post-traumatic Stress Disorder: A clinical review*. Lutehrville: Sidran Press.
- Putnam FW (1991), Dissociative disorders in children and adolescents: A developmental perspective. *Psychiatric Clinics of North America*, 519-531.
- Reinherz HZ, Giaconia R, Pakiz B (1993), Psychosocial risk for major depression in late adolescence: a longitudinal community study. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 13, 154-163.
- Rutter M, Rutter M (1992), *L'arco della vita. Continuità, dis-*

- continuità e crisi nello sviluppo*. Tr.it. Firenze: Giunti Gruppo Editoriale, 1995.
- Schwarz ED, Kowalski JM (1991), Post-traumatic stress disorder after a school shooting: Effects of symptom threshold selection and diagnosis by DSM-III, DSM-III-R, or proposed DSM-IV. *American Journal of Psychiatry*, 148, 592-597.
- Steinberg L (2005), Cognitive and affective development in adolescence. *Trends in Cognitive Sciences*, 9, 69-74.
- Terr LC (1991), Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 10-20.
- Turkeimer E, Waldron M (2000), Nonshared environment: A theoretical, methodological, and quantitative review. *Psychological Bulletin*, 126, 78-108.
- van der Kolk BA (1996), The body keep the score: Approaches to the psycho-biology of post-traumatic stress-disorder. In BA, van der Kolk, AC, McFarlane, L, Weisaeth (a cura di), *Traumatic Stress: The effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society*. The Guilford Press, New York, 3-23.
- van der Kolk BA, Fisler RE (1994), Childhood abuse and neglect and loss of self-regulation. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 58, 145-168.
- Varvin S (1999), Esperienze traumatiche estreme. *Rivista di Psicoanalisi*, XLV, 799-816.
- Winnicott D (1971), L'adolescenza: un faticoso superamento della depressione. In SC, Feinstein, PL Giovacchini, (a cura di), *Psichiatria dell'infanzia*, vol. 1. Roma: Armando, 1989, 69-81.
- Yule W (2000), *Disturbo post-traumatico da stress: aspetti clinici e terapia*. Milano: McGraw-Hill.
- Zeitlin SB, McNally RJ (1991), Implicit and explicit memory for threat in post-traumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 451-457.

---

Indirizzo per la corrispondenza:  
Massimo Ammaniti  
Facoltà di Psicologia 1, Università "La Sapienza" di Roma  
Via dei Marsi, 78  
00185 Roma  
Email: massimo.ammaniti@uniroma1.it