# Quando il corpo ricorda ciò che la mente non sa

*Trauma medico perinatale cumulativo, memoria implicita e sviluppo del sistema nervoso nell'adulto*

SAGGIOCLINICO

**Tamara Macelloni**

*Psicologa Clinica · Somatic Practitioner · BFRP*

www.tamaramacelloni.it

© 2026

## Perché questo saggio

Nel corso degli anni mi sono trovata più volte di fronte a una domanda clinica difficile. Alcune persone portavano in terapia forme di sofferenza, modalità di adattamento e pattern di funzionamento che non sembravano trovare una spiegazione sufficiente nella storia che conoscevano di sé.

Accanto alle esperienze relazionali, ai traumi riconosciuti e agli eventi della vita adulta, emergevano talvolta elementi molto precoci: nascite complesse, ricoveri in terapia intensiva neonatale, interventi chirurgici nei primi giorni o mesi di vita, separazioni forzate dai caregiver dovute a necessità mediche.

La letteratura scientifica su questi temi esiste, ma appare spesso frammentata tra discipline che dialogano poco tra loro: medicina perinatale, neonatologia, neurobiologia dello sviluppo, psicologia del trauma e approcci somatici. Nel lavoro clinico quotidiano, invece, queste dimensioni tendono a presentarsi insieme.

Questo saggio nasce dal tentativo di costruire un ponte tra osservazione clinica, ricerca scientifica e pratica terapeutica. Non propone una nuova diagnosi e non intende attribuire spiegazioni semplicistiche a esperienze complesse. Cerca piuttosto di offrire una cornice di lettura che aiuti professionisti e lettori a porre alcune domande che raramente vengono formulate e a considerare come le esperienze mediche molto precoci possano contribuire, insieme a molti altri fattori, alla costruzione del modo in cui una persona abita il proprio corpo, le relazioni e il mondo.

Se questo lavoro avrà un valore, sarà soprattutto quello di favorire nuove domande, nuove ricerche e nuove possibilità di comprensione.

*Tamara Macelloni*

## Note sul documento

© 2026 Tamara Macelloni. Tutti i diritti riservati.

Questo saggio clinico è distribuito gratuitamente per scopi formativi e professionali. È consentita la citazione con attribuzione all'autrice. Non è consentita la riproduzione integrale senza autorizzazione scritta.

---

## Sull'autrice

Tamara Macelloni è psicologa clinica iscritta all'Ordine degli Psicologi della Toscana, laureata in Psicologia Clinica dello Sviluppo presso l'Università degli Studi di Padova. Lavora con approccio trauma-informed integrando psicologia dell'identità relazionale, regolazione del sistema nervoso e pratiche di consapevolezza corporea. Formatrice certificata del Metodo Bach originale (Bach Centre UK) e Somatic Practitioner con formazione in Biodinamica Craniosacrale. Riceve a Prato, Livorno e online.

---

## Avvertenza professionale

Questo saggio è redatto per un pubblico di professionisti sanitari e psicologi. I casi clinici riportati sono anonimizzati e compositi — riflettono pattern ricorrenti osservati in più casi clinici, non episodi identificabili. Il framework TMPC proposto è una cornice clinica descrittiva, non una diagnosi o categoria nosografica riconosciuta. L'obiettivo non è dimostrare una causalità lineare tra eventi perinatali e outcomes adulti, ma illustrare i meccanismi attraverso cui quelle esperienze possono organizzarsi nel sistema nervoso e nel funzionamento psicologico.

## Abstract

Il trauma medico perinatale cumulativo — che comprende nascita mediante taglio cesareo in condizioni di urgenza, degenza in terapia intensiva neonatale (TIN), chirurgia neonatale maggiore e gestione medica invasiva continuativa nel corso dello sviluppo — rappresenta un'area sistematicamente trascurata nella psicologia clinica dell'adulto. I professionisti sanitari che seguono questi bambini appartengono al mondo della medicina; quando questi bambini diventano adulti, la connessione tra la storia medica precoce e la sintomatologia attuale è quasi sempre assente. Questo saggio propone un framework clinico integrativo fondato su tre livelli convergenti: la psicologia perinatale somatica (Emerson, Castellino, Sills, Leboyer), la neurobiologia del trauma preverbale e dello sviluppo (Van der Kolk, Schore), e la teoria polivagale applicata alla calibrazione precoce del sistema nervoso autonomo (Porges). L'autrice integra il framework teorico con osservazioni cliniche dirette raccolte in anni di pratica in Biodinamica Craniosacrale (BCST) con adulti e bambini con storia di trauma perinatale — osservazioni che illustrano in modo concreto il meccanismo della memoria implicita preverbale e il suo accesso attraverso approcci somatici. La tesi centrale è duplice: le esperienze mediche perinatali traumatiche contribuiscono all'organizzazione di un sistema nervoso orientato alla sopravvivenza, con specifiche risorse e vulnerabilità che possono emergere nelle transizioni dell'età adulta; e l'approccio terapeutico bottom-up è quello più indicato per questo profilo, con particolare riferimento alla BCST e al Trauma Informed Stabilization Treatment (TIST) di Fisher.

***Parole chiave:*** *trauma perinatale · chirurgia neonatale · TIN · memoria implicita · sistema nervoso adattivo · approccio bottom-up · BCST · TIST · co-regolazione*

## Abstract (English)

Cumulative perinatal medical trauma — encompassing emergency cesarean birth, neonatal intensive care unit (NICU) admission, major neonatal surgery, and prolonged invasive medical management during development — represents a systematically neglected area in adult clinical psychology. Healthcare professionals who treat these infants belong to the medical world; when these children become adults, the connection between early medical history and current symptomatology is almost always absent from the clinical narrative. This paper proposes an integrative clinical framework grounded in three converging levels: somatic perinatal psychology (Emerson, Castellino, Sills, Leboyer), the neurobiology of preverbal and developmental trauma (Van der Kolk, Schore), and polyvagal theory applied to early calibration of the autonomic nervous system (Porges). The framework integrates

direct clinical observations gathered through years of Biodynamic Craniosacral Therapy (BCST) practice with adults and children with perinatal trauma histories. The central argument is twofold: traumatic perinatal medical experiences organize a survival-oriented nervous system, with specific resources and vulnerabilities that may emerge in adult developmental transitions; and bottom-up therapeutic approaches are most indicated for this profile, with particular reference to BCST and Fisher's Trauma Informed Stabilization Treatment (TIST).

***Keywords:*** *perinatal trauma · neonatal surgery · NICU · implicit memory · adaptive nervous system · bottom-up approach · BCST · TIST · co-regulation*

## 1. Il problema che non ha nome

Le osservazioni cliniche presentate in questo saggio derivano da diversi anni di pratica con adulti con storie mediche perinatali complesse. Le vignette riportate sono composte e anonimizzate e riflettono pattern ricorrenti osservati in più casi clinici, piuttosto che episodi isolati. L'obiettivo non è dimostrare una causalità lineare tra eventi perinatali e outcomes adulti, ma illustrare i meccanismi attraverso cui quelle esperienze si organizzano nel sistema nervoso e nel funzionamento psicologico.

Un uomo adulto, Cliente A, arriva in studio portando una storia che lui stesso conosce solo in parte. Sa di essere nato da cesareo programmato per posizione podalica. Non sa — perché nessuno glielo ha mai raccontato come dato clinicamente rilevante — che durante l'estrazione il neonato ritraeva attivamente i piedi mentre i chirurghi cercavano di prenderlo. Il commento in sala operatoria era: "ehi, non si vuol far acchiappare." Quello che veniva letto come curiosità era, neurobiologicamente, la prima risposta documentata del suo sistema nervoso.

Una donna adulta, Cliente B, arriva in studio per insonnia cronica e ansia diffusa. Funziona bene — lavora, ha relazioni, si occupa di sé. Ma non riesce ad addormentarsi nel silenzio: ha bisogno di una voce umana di sottofondo mentre scivola verso il sonno. Sotto pressione prolungata sparisce — si mette a letto per giorni, senza energia, senza motivazione, senza riuscire a spiegare perché. Alcune situazioni di valutazione la paralizzano in modo sproporzionato alla loro reale difficoltà. Quello che non sa — e che raramente qualcuno le ha chiesto — è che è nata mediante taglio cesareo d'urgenza, per posizione trasversa, dopo il termine. Durante l'intervento la madre era in anestesia totale. Non l'ha toccata per una settimana. Il suo sistema nervoso si è formato nel primo incontro con il mondo attraverso mani di estranei, in assenza del segnale di sicurezza primario che era evolutivamente programmato a cercare.

Un terzo profilo, Cliente C, maschio, porta la dimensione che A e B non hanno: il trauma medico non si esaurisce con la nascita, ma si prolunga nei mesi e negli anni successivi. Nato con una malformazione interna che richiede chirurgia neonatale urgente, trascorre le prime settimane di vita in terapia intensiva neonatale — sedato, contenuto nei movimenti, sottoposto quotidianamente a procedure invasive. La madre può toccarlo, ma non tenerlo in braccio. Il padre arriva la sera, quando può. Nessuno riceve supporto psicologico. A un certo punto — terza

settimana — il neonato compie il primo atto documentato di agency: si libera autonomamente da un presidio respiratorio. Questo gesto porta il suo trasferimento in un reparto a intensità ridotta, dove per la prima volta può essere tenuto in braccio. Il rientro a casa inaugura anni di gestione medica invasiva quotidiana, affidata ai caregivers, poi gradualmente assunta in autonomia. Da adulto non collega la sua insonnia, il suo shutdown sotto pressione, la sua difficoltà nelle transizioni alla storia che porta nel corpo. Questo è il Cliente C.

Questi profili non sono rari. Sono sistematicamente non riconosciuti. I professionisti sanitari che seguono questi bambini appartengono al mondo della medicina; quando questi bambini diventano adulti, la connessione tra la storia medica precoce e la sintomatologia attuale è quasi sempre assente dalla narrazione del paziente e, troppo spesso, anche da quella del clinico.

Questo saggio propone un framework clinico integrativo per la lettura e il trattamento di adulti con storia di trauma medico perinatale cumulativo. Lo fa integrando tre livelli teorici convergenti con osservazioni cliniche dirette raccolte in anni di pratica in Biodinamica Craniosacrale con bambini e adulti. E argomenta che l'approccio terapeutico più coerente con questo profilo è quello che parte dal corpo — perché è nel corpo, e non nel linguaggio, che quella storia è registrata.

## 2. Quello che la letteratura ci dice — e dove si ferma

La letteratura scientifica sugli effetti psicologici del trauma medico perinatale è più solida di quanto comunemente riconosciuto. Il problema non è l'assenza di evidenza — è la frammentazione: studi sul cesareo, studi sulla TIN, studi sulla chirurgia neonatale procedono su binari separati, raramente si integrano, e quasi mai seguono i soggetti fino all'età adulta con strumenti clinici adeguati a cogliere il profilo che stiamo descrivendo.

### 2.1 Il cesareo urgente, l'ossitocina e la sedazione: tre impatti distinti sul sistema nervoso neonatale

Il taglio cesareo d'urgenza — per posizione podalica, posizione trasversa, cordone ombelicale avvolto, mancata discesa — produce nel neonato una sequenza di esperienze che la letteratura ha cominciato a studiare con crescente rigore. Un'analisi longitudinale su 3.666 bambini (Curran et al., 2017, *Scientific Reports*) ha documentato punteggi significativamente inferiori nei nati da cesareo nei test di numeracy — competenze numeriche di base come il conteggio e le operazioni aritmetiche elementari — a 8-9 anni. Due coorti prospettiche indipendenti hanno trovato associazioni tra cesareo e punteggi inferiori nello sviluppo motorio e del linguaggio, misurati con le Scale Bayley tra i 2 e i 36 mesi. Una meta-analisi del 2019 su *JAMA Network Open* ha esaminato l'associazione tra modalità del parto e disturbi del neurosviluppo, includendo ADHD e disturbo dello spettro autistico.

Ma accanto a questi effetti neuropsicologici generali, esistono impatti neurobiologici specifici legati a due interventi tra i più comuni nel cesareo urgente: l'ossitocina sintetica e la sedazione.

L'ossitocina sintetica (Syntocinon), comunemente usata per indurre o augmentare (accelerare) il travaglio, produce contrazioni uterine di intensità e frequenza superiori a quelle fisiologiche. Una revisione sistematica (Buckley et al., 2023, *BMC Pregnancy and Childbirth*) su 35 studi e 1.373 partecipanti ha documentato che l'infusione di ossitocina sintetica altera i pattern di contrazione uterina, influenzando il flusso ematico uterino e l'attività del sistema nervoso autonomo materno, con potenziale danno fetale e aumento dello stress. Un ulteriore studio danese su popolazione (Henriksen et al., 2020, *Journal of Affective Disorders*) ha trovato associazione tra ossitocina in travaglio e aumentato rischio di disturbi emotivi in età infantile, con possibili meccanismi mediati dalla desensibilizzazione dei recettori ossitocina. Il sistema nervoso neonatale riceve un input di attivazione simpatica estrema — contrazioni molto più intense di quelle che la sua mappa evolutiva prevede — senza strumenti per regolarsi.

La sedazione produce effetti di natura diversa. L'epidurale materna, come documentato da Emerson (2004), raggiunge il neonato attraverso la placenta a dosaggi proporzionalmente elevati rispetto al peso corporeo, producendo stati di ottundimento neuromotorio. L'anestesia totale — necessaria nei cesarei urgentissimi come quello del Profilo B — priva il neonato di qualsiasi segnale materno nel momento della nascita: la voce, il profilo olfattivo, il calore corporeo della madre sono tutti assenti. Il primo incontro con il mondo avviene in un campo sensorialmente vuoto.

Il sistema nervoso neonatale che non riesce a smaltire questi input estremi porta quelle tracce come pattern di risposta. La ridotta flessibilità autonomica che ne risulta — documentata da Porges (2011) come conseguenza della calibrazione in condizioni di allerta prolungata — produce nell'adulto un'alternanza tra stati di iperattivazione e stati di shutdown che il sistema non riesce ad ammortizzare con la stessa elasticità di un sistema nervoso calibrato in sicurezza. Questa alternanza non è il ciclo delle montagne russe post-traumatiche descritto da Fisher (2019) nel contesto dei comportamenti autodistruttivi e delle dipendenze; è un fenomeno più basilare: la finestra di tolleranza ristretta che reagisce a perturbazioni ordinarie con oscillazioni che per altri sarebbero gestibili. Il sistema nervoso ha imparato quella risposta in condizioni reali. La porta come memoria procedurale, non come difetto.

## 2.2 La terapia intensiva neonatale come ambiente formativo del sistema nervoso

La degenza in terapia intensiva neonatale (TIN) è una delle esperienze più radicalmente non studiate in relazione agli outcomes psicologici adulti. La letteratura esistente si concentra sugli outcomes cognitivi e motori nei prematuri — raramente considera la TIN come ambiente di formazione del sistema nervoso in neonati a termine con complicanze chirurgiche.

Quello che accade in TIN al sistema nervoso del neonato, dal punto di vista neurobiologico, differisce significativamente dalle condizioni tipicamente associate allo sviluppo ottimale della co-regolazione nelle prime settimane di vita. Invece di segnali di sicurezza — la voce della madre, il contatto corporeo, il ritmo del respiro di un adulto regolato — il neonato riceve stimoli dolorosi (procedure, prelievi, sondini, posizionamenti), isolamento sensoriale dal caregiver primario, assenza di co-regolazione stabile.

Stephen Porges (2011) ha descritto la gerarchia evolutiva delle risposte del sistema nervoso autonomo nella Teoria Polivagale. Al livello più evoluto troviamo il sistema ventrale vagale (o sistema di ingaggio sociale, *social engagement system*), responsabile della connessione, della co-regolazione, dell'apprendimento — attivo in condizioni di sicurezza. Quando la sicurezza viene meno, si attiva il sistema simpatico, responsabile della mobilitazione: lotta o fuga. In condizioni di pericolo inescapabile — come la TIN neonatale — si attiva il sistema dorsale vagale, responsabile dello shutdown, dell'immobilità tonica, della dissociazione. Un neonato in TIN non può lottare né fuggire: la risposta dorsale è l'unica disponibile. Il sistema nervoso si calibra in quella risposta.

Il concetto di finestra di tolleranza (*window of tolerance*), introdotto da Daniel Siegel (1999) e sviluppato clinicamente da Pat Ogden, descrive la zona di arousal ottimale in cui il sistema nervoso può funzionare in modo integrato. In condizioni normali questa finestra si allarga progressivamente attraverso la co-regolazione con i caregivers. In un neonato che trascorre le prime settimane di vita in TIN, la finestra si forma in condizioni di allerta cronica — e risulta strutturalmente ristretta. Quella ristrettezza non è un difetto caratteriale: è la risposta adattiva di un sistema che si è calibrato su dati ambientali reali.

### 2.3 La chirurgia neonatale maggiore: outcomes a lungo termine

Gli studi longitudinali sulla popolazione con storia di chirurgia neonatale maggiore — per anomalie congenite dell'esofago, dell'intestino, del cuore, o di altri organi interni — offrono i dati più pertinenti per il tema di questo saggio. Ludman e Spitz (1990-2003), in una serie di studi longitudinali condotti presso l'University College London, hanno documentato tassi significativi di problemi comportamentali, difficoltà di attaccamento e disregolazione emotiva che persistono nell'adolescenza. Kubota et al. (2011, 2016) riportano problemi comportamentali nel 35-59% del campione adulto con storia di chirurgia neonatale, e una correlazione significativa tra qualità di vita del paziente adulto e sintomi post-traumatici del caregiver primario. Faugli et al. (2009b, *Infant Mental Health Journal*) trovano difficoltà di regolazione, attaccamento e funzionamento relazionale nel 31% dei neonati con atresia esofagea, valutate intorno ai 13 mesi con la Diagnostic Classification: 0-3 (DC:0-3, Zero to Three, 1994) — uno strumento diagnostico specifico per la prima infanzia. I principali fattori prognostici sono i sintomi post-traumatici della madre, più di un intervento chirurgico, e la ventilazione meccanica prolungata. È importante

segnalare che gli stessi autori, in un secondo studio sugli adolescenti con la stessa patologia (Faugli et al., 2009a, *Journal of Pediatric Surgery*), non trovano differenze significative rispetto ai controlli — suggerendo possibili meccanismi di adattamento nel tempo, o limiti degli strumenti usati per cogliere le specificità del profilo adulto.

Questi studi hanno un limite metodologico importante: si fermano all'adolescenza o alla prima età adulta, e usano strumenti diagnostici costruiti per il trauma relazionale, non per il trauma medico preverbale. Il profilo che emerge è probabilmente una sottostima significativa. Il gap che questo saggio cerca di nominare è precisamente questo: esiste una letteratura sugli effetti a breve e medio termine del trauma medico perinatale; non esiste una letteratura sistematica sul profilo psicologico dell'adulto che porta quella storia, né un framework clinico integrato per valutarlo e trattarlo.

### 2.4 Il vissuto del caregiver come campo relazionale

I genitori di neonati in TIN o con chirurgia neonatale maggiore sviluppano frequentemente sintomi post-traumatici significativi. Una meta-analisi del 2025 (10 studi, 4.995 partecipanti) ha trovato che la prevalenza di PTSD — disturbo da stress post-traumatico: sindrome che si sviluppa dopo esposizione a un evento traumatico e che include rievocazione intrusiva, evitamento, iperarousal e alterazioni cognitive — dopo cesareo d'urgenza varia dal 2,2% al 41,2%, con un rischio 3,68 volte superiore (odds ratio) rispetto al cesareo programmato. Le donne con cesareo non programmato hanno probabilità 3,3 volte superiori di sviluppare PTSD rispetto al parto vaginale naturale.

Il PTSD del caregiver non è solo un problema individuale: media gli outcomes del figlio attraverso vie documentate. Uno studio del 2024 (MDPI) ha trovato che l'effetto indiretto del cesareo d'urgenza sui problemi comportamentali del figlio risulta significativo attraverso la sequenza PTSD del caregiver → depressione post-partum → problemi comportamentali. Kubota et al. (2016) trovano correlazione significativa tra qualità di vita del paziente adulto con storia di chirurgia neonatale e sintomi post-traumatici del caregiver.

Il caregiver in stato di allerta cronica non può offrire la co-regolazione stabile che il sistema nervoso del bambino richiederebbe — non per incapacità, ma per impossibilità strutturale: il suo sistema nervoso è esso stesso in stato di emergenza. Questo non è un giudizio — è una constatazione clinica che ha implicazioni dirette per la valutazione: il profilo dell'adulto non può essere compreso senza includere il campo relazionale in cui si è formato.

## 3. Un framework a tre livelli: neurobiologia, corpo, sviluppo

Il profilo adulto da trauma medico perinatale cumulativo non è riducibile a nessun framework diagnostico disponibile preso singolarmente. Il C-PTSD secondo la classificazione ICD-11

(codice 6B41) — che si distingue dal PTSD semplice per la presenza di disregolazione affettiva pervasiva, alterazioni dell'identità e difficoltà nelle relazioni — cattura parte della sintomatologia ma non la sua origine preverbale né la sua specificità somatica. Il Developmental Trauma Disorder, proposto da Van der Kolk (2005) come diagnosi autonoma e non ancora recepito nella nosografia ufficiale, si avvicina di più ma è stato sviluppato principalmente per il trauma relazionale cronico. La psicologia perinatale somatica di Emerson e Castellino descrive i meccanismi specifici del trauma alla nascita ma raramente viene integrata con i framework clinici del trauma complesso dell'adulto. Proponiamo una lettura integrata a tre livelli che si sostengono e si completano, ciascuno con un contributo non sovrapponibile agli altri.

### 3.1 Il primo livello: il corpo all'origine — il framework perinatale somatico

William Emerson, Ray Castellino e Franklyn Sills hanno sviluppato nel corso di decenni un approccio perinatale somatico per comprendere e trattare il trauma alla nascita — un approccio che offre strumenti concettuali e clinici che nessuna altra tradizione fornisce con la stessa precisione. Il contributo fondamentale di questa tradizione è la comprensione del parto come esperienza neurobiologicamente significativa per il neonato — non come evento neutro che precede la vita psicologica, ma come primo incontro tra un sistema nervoso in formazione e il mondo esterno. Frédérick Leboyer, ginecologo e ostetrico francese, aveva anticipato questa prospettiva nel 1974 in *Pour une naissance sans violence* — il primo testo moderno a porsi esplicitamente dalla parte del neonato, a descrivere il parto come un'esperienza di sgomento e paura per chi viene al mondo. Gli sviluppi successivi della neurobiologia del trauma hanno fornito supporto empirico a diverse intuizioni originariamente proposte da Leboyer, rendendo la sua prospettiva pionieristica un punto di riferimento riconoscibile nel campo. Emerson (1996, *The Vulnerable Prenate*, *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*) ha formalizzato questa intuizione proponendo che la nascita rappresenti un'esperienza neurobiologicamente intensa e potenzialmente traumatica per il sistema nervoso del neonato — una prospettiva che gli sviluppi successivi della neurobiologia del trauma hanno sostenuto con crescente evidenza empirica. Quello che varia non è la presenza del trauma — è la sua intensità e la capacità del sistema relazionale di contenere e riparare.

Su questa base universale, le complicazioni mediche perinatali producono strati sovrapposti di trauma su un sistema che non ha ancora avuto il tempo di stabilizzarsi. Emerson (2001) ha descritto come il tipo specifico di intervento ostetrico lasci tracce identificabili: il neonato in posizione podalica o trasversa che viene estratto invece di percorrere il canale del parto ha vissuto un'interruzione del proprio programma neurobiologico di nascita; il neonato a cui viene applicata ossitocina sintetica ha ricevuto un input di attivazione estrema senza la progressività fisiologica; il neonato la cui madre è in anestesia totale non trova il campo sensoriale per cui era programmato. Queste non sono metafore — sono esperienze che il sistema nervoso registra e organizza come pattern di risposta di base.

La validità euristica di questo framework emerge con particolare chiarezza nell'osservazione clinica diretta. Nel corso di anni di pratica in BCST con adulti con storia di cesareo urgente, l'autrice ha osservato ricorrentemente un fenomeno che Emerson (2001) documenta sistematicamente e che Levine (1997) spiega neurobiologicamente come risposta difensiva non completata (*thwarted biological response*): risposte autodifensive congelate nel sistema nervoso come programmi motori in attesa.

> *La madre del Cliente A, un uomo adulto con storia di cesareo programmato per posizione podalica, ha riportato durante il percorso terapeutico un'osservazione precisa del momento della nascita: mentre i chirurghi cercavano di prendere il neonato per i piedi per estrarlo dopo aver praticato il varco uterino, lui li ritraeva attivamente. Il commento dei presenti era: "ehi, non si vuol far acchiappare." Quello che veniva letto come curiosità era, neurobiologicamente, la prima risposta documentata del suo sistema nervoso: il corpo sapeva che qualcosa non corrispondeva al suo programma, e rispondeva. Non era un riflesso casuale — era l'opposizione attiva che Emerson (2001) descrive come risposta difensiva primaria del neonato durante l'estrazione non fisiologica. Il sistema nervoso di questo cliente portava quella risposta non completata. Intorno ai sei anni, dopo una sessione di BCST, si è svegliato nel cuore della notte, si è alzato di scatto dal letto e ha corso — cadendo. Il suo corpo stava completando, nel sonno, il movimento che non aveva mai potuto finire: la fuga che il neonato non aveva potuto attuare.*

Questo fenomeno — il completamento notturno o spontaneo di una risposta motoria congelata dopo una sessione di BCST — non è un episodio isolato. Levine (1997, *Waking the Tiger*) ha documentato sistematicamente come le risposte difensive non completate rimangano nel sistema nervoso come energia bloccata, pronta ad attivarsi quando le condizioni di sicurezza lo permettono. La BCST non produce un effetto diretto sui contenuti della memoria traumatica: crea un campo di sicurezza somatica sufficiente perché il sistema nervoso possa fare quello che non ha potuto fare.

Franklyn Sills (2001, 2012) ha contribuito a questo framework con la comprensione del Breath of Life — il ritmo craniosacrale primario come espressione della vitalità fondamentale dell'organismo — e con la lettura di come le interruzioni perinatali si registrino nelle tensioni fasciali e nelle restrizioni del sistema craniosacrale come memorie fisiche accessibili attraverso il tocco. Ray Castellino ha sviluppato la comprensione del campo relazionale come unità di trattamento: non solo il neonato, ma l'intero sistema madre-bambino-padre nelle ore e nelle settimane successive alla nascita. Emerson, Sills e Castellino (2021, JPPPAH) hanno pubblicato una revisione evolutiva del modello che integra questi contributi con le neuroscienze contemporanee.

> **Perché citare un framework non mainstream**

> Il Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health è una rivista peer-reviewed specializzata — non indicizzata nelle principali banche dati mainstream, ma con criteri di revisione rigorosi nel suo campo. L'approccio di Emerson, Castellino e Sills non ha la validazione statistica degli studi randomizzati controllati. Ha qualcosa di diverso: vent'anni di osservazione clinica sistematica su 155 neonati seguiti longitudinalmente (Emerson, 2001), la convergenza con la neurobiologia contemporanea, e la capacità di spiegare fenomeni clinici che nessuna altra tradizione riesce a descrivere con la stessa precisione. È il valore euristico, non la validazione statistica, il criterio con cui va valutato.

### 3.2 Il secondo livello: la memoria che non ha parole

Bessel van der Kolk ha costruito nel corso di trent'anni un corpus di ricerca che ha trasformato la comprensione del trauma nella psicologia contemporanea. Il suo contributo più rilevante per il tema di questo saggio riguarda la natura della memoria traumatica.

Van der Kolk distingue tra memoria esplicita (o dichiarativa) e memoria implicita. La memoria esplicita è quella narrativa, verbale, cosciente: "ricordo che è successa questa cosa". La memoria implicita è quella procedurale, somatica, automatica: "il mio corpo sa fare questa cosa senza che io debba pensarci". Per il trauma preverbale questa distinzione è strutturale: il trauma avviene in una finestra temporale in cui il cervello destro — emotivo, somatico, pre-verbale — è dominante, e il cervello sinistro — verbale, narrativo, sequenziale — non è ancora sufficientemente sviluppato per codificare l'esperienza in forma dichiarativa. Allan Schore (2001) ha documentato che il cervello destro è dominante nei primi tre anni di vita e che i pattern di attaccamento precoce vengono immagazzinati come memorie implicite nel sistema limbico destro — accessibili attraverso stati corporei, non attraverso narrativa cosciente.

Non esiste, dunque, nessuna narrativa autobiografica del trauma perinatale: non si "ricorda" la TIN, la chirurgia neonatale, le procedure invasive dei primi anni. Si sente, nel corpo adulto, il residuo di quelle esperienze — senza poterlo collocare temporalmente o causalmente. Van der Kolk (2014) documenta che negli studi di neuroimaging condotti su soggetti con PTSD durante la rievocazione del trauma, le aree del linguaggio tendono a disattivarsi — il che spiega l'incapacità di trovare le parole per descrivere il trauma, e l'insufficienza dell'elaborazione verbale per risolverlo.

> *La Cliente B, donna adulta nata da cesareo urgente per posizione trasversa con madre in anestesia totale, ha rielaborato in una sessione di BCST la propria esperienza di nascita. Ha sentito, attraverso il corpo, la disperazione di non poter procedere — il feto che spingeva contro una resistenza senza via d'uscita. Poi l'irruzione improvvisa di stimoli sensoriali intensi e caotici che caratterizza la nascita chirurgica vissuta dal neonato: luce, rumori, mani, freddo, tutto insieme e tutto nuovo, senza la progressività del parto fisiologico. Quello che l'ha fatta piangere per settimane non era il trauma della nascita in sé — era la consapevolezza di essersi trovata tra le braccia di estranei invece che della madre. Il suo sistema di ingaggio sociale (Porges, 2004) si era attivato cercando il segnale di sicurezza primario — la voce materna, il profilo olfattivo, il calore corporeo della madre — e non lo aveva trovato. Per una settimana. Quella che lei descriveva come "rielaborazione di un cervello adulto" era, neurobiologicamente, l'emergere di una memoria implicita relazionale immagazzinata nel cervello destro (Schore, 2001): non un ricordo — il riconoscimento di qualcosa che il corpo sapeva già.*

Van der Kolk (2005) ha proposto il concetto di Developmental Trauma Disorder per descrivere il profilo di soggetti con trauma cronico precoce: il quadro include disregolazione dell'affetto e del comportamento, alterazioni dell'attenzione e della coscienza, distorsioni della percezione di sé, difficoltà nelle relazioni, somatizzazione. È un profilo più pervasivo del PTSD classico — perché il trauma ha toccato il periodo in cui si formavano le strutture di base della personalità. Il trauma medico perinatale cumulativo produce, quando non viene elaborato, un quadro che si sovrappone a questo profilo ma con caratteristiche specifiche legate alla natura somatica e all'origine preverbale del trauma.

### 3.3 Il terzo livello: il sistema nervoso che si calibra

La Teoria Polivagale di Stephen Porges (2011) offre il modello neurobiologico più preciso per comprendere come il trauma perinatale si organizza nel sistema nervoso autonomo e come continua a influenzare il funzionamento adulto. Porges ha descritto una gerarchia evolutiva di tre sistemi di risposta autonomica, dall'evolutivamente più recente al più antico.

Il sistema ventrale vagale — o sistema di ingaggio sociale — è il più evoluto: è responsabile della connessione con gli altri attraverso segnali facciali, vocali e posturali, della co-regolazione, dell'apprendimento, della flessibilità comportamentale. Si attiva in condizioni di sicurezza percepita. Il sistema simpatico — evolutivamente più antico — è responsabile della mobilitazione in risposta alla minaccia: lotta o fuga. Il sistema dorsale vagale — il più antico — è responsabile dello shutdown, dell'immobilità tonica, della dissociazione: la risposta al pericolo inescapabile.

In condizioni normali di sviluppo, il sistema ventrale vagale si calibra progressivamente nei primi mesi di vita attraverso la co-regolazione — il contatto con caregivers regolati e disponibili è il meccanismo attraverso cui il sistema nervoso impara a regolarsi. Un neonato in TIN non riceve co-regolazione stabile: riceve stimoli dolorosi, separazione, assenza di segnali di

sicurezza. La finestra di tolleranza si forma ristretta. Quella ristrettezza non è un difetto — è la risposta adattiva di un sistema che si è calibrato su dati ambientali reali.

Porges (2004) ha descritto il sistema di ingaggio sociale come un sistema innato collegato al nervo vago ventrale che regola i movimenti dei muscoli facciali, dei muscoli dell'orecchio medio, della laringe e della faringe — i sistemi attraverso cui gli esseri umani comunicano sicurezza e disponibilità relazionale. Lo sviluppo di questo sistema nel neonato dipende dalla capacità del caregiver di stimolarlo e co-regolarlo interattivamente. Schore (2001) ha documentato che la disregolazione diadica nei primi giorni di vita — l'assenza del caregiver primario, come nel caso della Cliente B — produce pattern di iper o ipoarousal impliciti che si riattivano nelle relazioni adulte senza memoria narrativa di origine.

### 3.4 Il Trauma Medico Perinatale Cumulativo come costrutto teorico

Sulla base della letteratura esaminata e delle osservazioni cliniche ricorrenti, questo saggio propone un costrutto teorico preliminare denominato Trauma Medico Perinatale Cumulativo (TMPC). Il TMPC descrive un percorso di sviluppo in cui l'esposizione medica precoce interagisce con sistemi di regolazione immaturi e con il campo relazionale per influenzare il funzionamento psicologico successivo. Il costrutto è definito da quattro componenti in interazione dinamica:

- **Esposizione medica precoce:** cesareo urgente o programmato, degenza in TIN, chirurgia neonatale, procedure invasive ripetute nel corso dello sviluppo
- **Calibrazione del sistema nervoso autonomo in condizioni di stress:** formazione della finestra di tolleranza in assenza di co-regolazione stabile, con attivazione prevalente dei sistemi simpatico o dorsale vagale
- **Immagazzinamento della memoria implicita preverbale:** registrazione somatica e procedurale delle esperienze in assenza di codifica narrativa, accessibile attraverso il corpo e non attraverso il linguaggio
- **Strategie adattive adulte:** pattern di risposta che emergono nelle transizioni dell'età adulta come espressione della calibrazione precoce — simultaneamente risorse e vulnerabilità

> **Nota metodologica — Cosa questa proposta non afferma**

> La proposta avanzata in questo saggio non suggerisce che gli interventi medici perinatali causino necessariamente trauma psicologico o patologia. Il taglio cesareo d'urgenza, la degenza in terapia intensiva neonatale e la chirurgia neonatale sono spesso interventi salvavita che hanno drasticamente migliorato la sopravvivenza infantile. La prospettiva proposta suggerisce piuttosto che, in alcune condizioni relazionali e di sviluppo, l'esposizione medica precoce possa contribuire alla calibrazione dei sistemi di regolazione autonomica e delle memorie implicite, influenzando in seguito alcuni aspetti del funzionamento psicologico. L'esito dipende da fattori relazionali, biologici e ambientali che interagiscono in modo non lineare. Questa prospettiva non implica colpevolizzazione dei genitori né critica implicita alla medicina perinatale.

## 4. Il profilo adulto: intelligenza adattiva e sistema nervoso in attesa

Questo saggio intende offrire una prospettiva che si discosta dalla lettura puramente deficit-centrica del trauma cronico precoce — una prospettiva condivisa da autori come Fisher (2019), Levine (1997) e Van der Kolk (2014) e qui applicata specificamente al profilo da trauma medico perinatale cumulativo. Il sistema che si è formato in quelle condizioni ha sviluppato strategie di sopravvivenza reali ed efficienti. Quelle stesse strategie sono ora, nella vita adulta, simultaneamente le sue risorse più significative e la fonte della sua sofferenza. Comprenderle come adattamento — e non come patologia — è il primo atto terapeutico.

### 4.1 Le strategie adattive come risorse reali

Chi ha vissuto un'infanzia segnata da condizioni mediche complesse — ospedalizzazioni ripetute, procedure dolorose, gestione corporea continuativa che richiede pianificazione e autogestione — sviluppa nel tempo competenze adattive che i coetanei senza questa storia raramente costruiscono con la stessa intensità. La capacità di anticipare le difficoltà, di trovare soluzioni proprie in contesti di vincolo, di tollerare livelli elevati di frustrazione senza collassare, di costruire un funzionamento apparentemente normale in condizioni avverse: questi non sono tratti caratteriali innati — sono apprendimenti avvenuti su un campo straordinariamente esigente. Levine (1997) descrive come i sistemi nervosi che hanno affrontato condizioni estreme sviluppino una soglia di tolleranza allo stress che può diventare una risorsa reale nella vita adulta, quando quella soglia non viene superata.

In alcuni profili, il sistema nervoso sviluppa come risorsa adattiva una curiosità intellettuale particolarmente ricca: la mente come luogo sicuro quando il corpo non lo era. Van der Kolk (2014) documenta come il sistema dopaminergico dell'esplorazione — quello attivato dalla curiosità e dall'apprendimento — sia uno degli antidoti neurobiologici naturali allo shutdown dorsale vagale. Non tutti i soggetti con questa storia sviluppano questa risorsa: le strategie adattive variano in funzione di fattori individuali, relazionali e del tipo specifico di esperienza medica. Quello che accomuna i diversi profili non è una caratteristica positiva specifica, ma una

tendenza a trasformare il vincolo in competenza — qualunque forma quella competenza prenda.

Un aspetto clinicamente importante di questo profilo — coerente con il modello di Van der Hart, Nijenhuis e Steele (2006) sulla dissociazione strutturale — riguarda il modo in cui la finestra di tolleranza ristretta viene vissuta soggettivamente. Per il soggetto con storia di trauma medico perinatale cumulativo, quella finestra ristretta non è vissuta come limitazione rispetto a uno stato precedente più regolato: è semplicemente la normalità. Non c'è stato un 'prima' più ampio a cui fare riferimento. Questo distingue clinicamente questo profilo dal PTSD classico, in cui il trauma si sovrappone a una baseline già formata: qui la baseline si è formata nelle condizioni traumatiche stesse. Il confine tra sintomo e carattere è quindi strutturalmente più difficile da percepire — per il soggetto e per il clinico.

Janina Fisher (2019) ha introdotto nel contesto del TIST il concetto di *resourcing the defense*: invece di contrastare direttamente le difese del paziente, il terapeuta le risignifica come risorse che hanno avuto una funzione adattiva reale. Questo principio è particolarmente pertinente per il profilo che stiamo descrivendo: l'ipervigilanza notturna non è un difetto del sistema nervoso — è lo stesso sistema che in TIN garantiva la sopravvivenza rimanendo vigile. Lo shutdown sotto pressione prolungata non è mancanza di resilienza — è la risposta dorsale vagale che ha funzionato come unico mezzo disponibile di regolazione quando il sistema nervoso era sopraffatto.

### 4.2 Le strategie adattive come sintomi

Le stesse strategie diventano, nelle condizioni della vita adulta, fonte di sofferenza. L'ipervigilanza produce nell'adulto un sistema nervoso che non riesce a staccarsi dalla guardia, che monitora costantemente l'ambiente alla ricerca di segnali di pericolo, che non riesce ad addormentarsi nel silenzio. Lo shutdown produce episodi di immobilità, perdita di motivazione e disconnessione che possono durare giorni — e che il soggetto spesso non riesce a spiegare né a sé stesso né agli altri.

L'evitamento delle situazioni di valutazione — che nella gestione medica aveva una logica precisa: le valutazioni producevano interventi invasivi — si generalizza nell'adulto a qualsiasi contesto in cui ci si sente osservati e giudicati. La dipendenza dalla co-regolazione esterna — che nell'infanzia era letteralmente necessaria per la sopravvivenza corporea — produce nell'adulto una difficoltà a stare con sé stessi, una necessità di presenza o di voce dell'altro per accedere agli stati di quiete.

Porges (2011) ha descritto come la ridotta flessibilità autonomica produca una tendenza a oscillare tra i poli dell'iperarousal e dell'ipoarousal con minore capacità di ritorno spontaneo alla zona di regolazione ottimale. Per il profilo con storia di chirurgia neonatale e TIN — Cliente C — questa oscillazione può combinarsi con strategie di regolazione attiva che il sistema nervoso

ha trovato nel corso degli anni di gestione corporea invasiva: comportamenti di controllo, evitamento, ritiro. Fisher (2019) ha descritto il ciclo delle montagne russe post-traumatiche — trigger, attivazione, comportamento compulsivo come mezzo di regolazione, sollievo temporaneo, rebound — principalmente nel contesto dei comportamenti autodistruttivi e delle dipendenze. Nei profili con trauma medico cumulativo questo ciclo può emergere in forme meno drammatiche ma strutturalmente analoghe: la strategia di regolazione può essere il controllo dell'ambiente, il ritiro relazionale, l'iperlavoro. Il meccanismo è lo stesso; cambia lo strumento.

### 4.3 Le transizioni dell'età adulta come momento critico

La letteratura si ferma raramente a descrivere perché le transizioni della giovane età adulta rappresentino il momento in cui questo profilo emerge con maggiore visibilità clinica. Non è che il sistema nervoso si deteriori: è che quelle transizioni richiedono al sistema nervoso di fare qualcosa per cui non è stato calibrato.

La prima autonomia dal sistema familiare rimuove la co-regolazione esterna che ha funzionato da supporto implicito. Le prime esperienze lavorative significative introducono situazioni di valutazione continuativa che attivano il sistema difensivo calibrato nell'infanzia. Le relazioni intime stabili richiedono la tolleranza alla vulnerabilità — la capacità di essere visti e di fare affidamento sull'altro — che un sistema nervoso costruito sulla vigilanza fatica a sviluppare. Van der Kolk (2014) documenta come i soggetti con trauma cronico precoce tendano a sviluppare pattern di iperarousal o dissociazione proprio nelle situazioni di maggiore investimento relazionale.

Fisher (2019) descrive come le parti che hanno gestito l'adattamento nell'infanzia — la parte ipervigilante, la parte compliante, la parte che si ritira — si trovino nelle transizioni adulte di fronte a richieste per cui non erano state costruite. Il sistema risponde con le risorse che conosce. E quelle risorse, che nell'infanzia erano adeguate al contesto, nell'età adulta producono sintomi.

L'obiettivo clinico iniziale con questo profilo non è l'elaborazione del passato: è la restituzione di una mappa che permetta al soggetto di comprendere il proprio funzionamento. La differenza tra avere un framework per leggere la propria esperienza e non averlo è clinicamente enorme. Quando qualcuno comprende che la sua ipervigilanza notturna ha radici neurobiologiche nelle prime settimane di vita, che il suo shutdown sotto pressione è la stessa risposta dorsale vagale che ha funzionato come protezione in TIN, qualcosa cambia nella relazione con se stesso. Non scompare il sintomo — ma smette di essere nemico.

> Il sistema nervoso formatosi in condizioni estreme non porta soltanto tracce di danno, ma anche adattamento. Le strategie che un tempo hanno garantito la sopravvivenza possono riemergere nell'età adulta sia come risorse sia come vulnerabilità nel funzionamento psicologico. Questa prospettiva — coerente con i modelli di Fisher (2019), Levine (1997) e Van der Kolk (2014) — applicata specificamente al trauma medico perinatale cumulativo, costituisce il nucleo teorico del presente contributo.

## 5. Verso un approccio terapeutico: dal corpo alla narrativa

La questione terapeutica centrale per questa popolazione è metodologica prima che tecnica: da dove si comincia? La risposta che proponiamo è: si comincia dal corpo. Non dalla narrativa, non dall'insight cognitivo. Dal corpo — perché è nel corpo, e non nel linguaggio, che quella storia è registrata.

### 5.1 Perché il top-down è strutturalmente insufficiente

Gli approcci terapeutici che partono dalla narrativa e dal pensiero per raggiungere il corpo — chiamati top-down nella letteratura clinica — incontrano con questo profilo un problema strutturale: non c'è narrativa del trauma. Il trauma è preverbale. Van der Kolk (2014) documenta che durante la rievocazione del trauma le aree del linguaggio tendono a disattivarsi: il linguaggio può costruire una cornice cognitiva intorno all'esperienza, ma non può accedere alla memoria somatica preverbale che è la sede reale del trauma perinatale. Il linguaggio, in questo contesto, arriva sempre dopo.

### 5.2 La Biodinamica Craniosacrale come approccio valorizzato

La Biodinamica Craniosacrale (BCST), nella tradizione di William Garner Sutherland e Franklyn Sills, lavora direttamente con il sistema nervoso attraverso il contatto fisico non invasivo. Il terapeuta sintonizza le proprie mani sulle fluttuazioni del liquido cerebrospinale — il Breath of Life di Sutherland — offrendo una presenza regolata che permette al sistema nervoso del paziente di riorganizzarsi spontaneamente.

Sebbene la validazione empirica della Biodinamica Craniosacrale rimanga ancora limitata rispetto ad altri trattamenti del trauma, una crescente letteratura clinica suggerisce che interventi orientati alla regolazione autonomica possano offrire vie promettenti per l'accesso alle memorie traumatiche preverbali (Ogden, Minton & Pain, 2006; Levine, 1997). Per il trauma perinatale questo approccio ha caratteristiche specificamente indicate. È pre-verbale: non richiede linguaggio né narrativa. È non invasivo: il tocco è talmente leggero da non attivare le difese somatiche — cruciale per soggetti la cui storia corporea ha incluso procedure mediche invasive senza consenso. Lavora con il ritmo primario del sistema nervoso, non con i sintomi. E non richiede che il paziente ricordi nulla: il sistema nervoso risponde al contatto sicuro indipendentemente dalla capacità di narrazione autobiografica.

La specificità della BCST rispetto ad altri approcci somatici validi — come la Somatic Experiencing di Levine (1997) — risiede nella sua natura particolarmente non direttiva: il terapeuta non guida il processo, non suggerisce movimenti, non orienta l'attenzione. Offre una presenza regolata e un contatto sicuro. Per soggetti la cui storia corporea ha incluso procedure mediche invasive senza consenso, questa non-invasività non è un dettaglio tecnico — è la condizione che rende possibile la fiducia.

Emerson (2001) ha documentato che il trattamento del trauma perinatale attraverso tecniche somatiche gentili produce outcomes misurabili e duraturi: a otto anni di follow-up, i neonati trattati presentano punteggi medi di manifestazione sintomatologica di 2,07 su 5, rispetto a 4,13 per i non trattati. Emerson, Sills e Castellino (2021) hanno pubblicato una revisione che documenta l'applicabilità di questo framework all'adulto. Nel contesto del profilo che stiamo descrivendo, la BCST svolge una funzione specifica nella fase iniziale del trattamento: regolare il sistema nervoso autonomo, allargare progressivamente la finestra di tolleranza, e creare le condizioni di sicurezza somatica necessarie per accedere agli strati successivi del lavoro.

L'osservazione clinica dell'autrice conferma, in modo coerente con la letteratura, che le sessioni di BCST con adulti con storia di trauma perinatale producono frequentemente fenomeni di completamento spontaneo delle risposte difensive congelate — come nel caso del Cliente A — e di emersione di memorie implicite relazionali — come nel caso della Cliente B. Questi fenomeni non vengono indotti: emergono perché il campo di sicurezza somatica creato dalla BCST permette al sistema nervoso di fare quello che non ha mai potuto fare.

### 5.3 La co-regolazione come strumento terapeutico primario

Fisher (2019, 2023) ha sviluppato, nel contesto del TIST, una comprensione della co-regolazione come strumento terapeutico che va oltre il concetto generico di relazione terapeutica. Integrando la Teoria Polivagale di Porges con il concetto di danza diadica (*dyadic dancing*) di Allan Schore — il dialogo momento per momento tra il sistema nervoso del caregiver e quello del bambino — Fisher descrive come il terapeuta debba usare attivamente il proprio sistema di ingaggio sociale per regolare quello del paziente.

Il sistema di ingaggio sociale si esprime attraverso i muscoli del viso, le variazioni del tono di voce, i movimenti della testa, lo sguardo: tutti segnali che il sistema nervoso dell'interlocutore legge automaticamente per valutare la sicurezza dell'ambiente relazionale. Un terapeuta che usa questi segnali in modo consapevole — calore nel tono, sorriso autentico, ritmo adattato — offre al sistema nervoso del paziente informazioni di sicurezza che il linguaggio verbale da solo non può trasmettere. Schore (2001) ha documentato come i pattern di attaccamento precoce siano immagazzinati come memorie implicite nel cervello destro e si riattivino attraverso comunicazioni non verbali: è a questo livello che la terapia può raggiungere il trauma preverbale.

Per i soggetti con storia di TIN — il cui sistema di ingaggio sociale si è formato in assenza di co-regolazione sicura — questa comprensione ha implicazioni dirette: il corpo del terapeuta è lo strumento terapeutico primario. La terapia è, strutturalmente, un'opportunità di riparazione — ma solo se il terapeuta è consapevole di essere lui stesso lo strumento.

### 5.4 Il TIST come ponte verso la narrativa interna

Il Trauma Informed Stabilization Treatment (TIST) di Janina Fisher (2019) offre un framework di lavoro che si colloca nella fase di stabilizzazione. Il TIST non chiede al paziente di elaborare il trauma: chiede di sviluppare una relazione curiosa e compassionevole con le parti — le diverse organizzazioni della personalità emerse come risposta adattiva, secondo il modello della Dissociazione Strutturale della Personalità di Van der Hart, Nijenhuis e Steele (2006).

Il contributo metodologico più significativo del TIST per questa popolazione è la distinzione tra mindfulness classica e mindfulness in terza persona. Per soggetti con trauma preverbale grave, portare l'attenzione direttamente alle sensazioni interne — "cosa noti?" — può produrre attivazione invece di regolazione. La mindfulness in terza persona di Fisher — "nota quella parte", invece di "cosa noti?" — crea una distanza osservante che stimola la corteccia prefrontale mediale (integrativa) invece di amplificare la risposta autonomica. La differenza è neurobiologica, non solo linguistica. Il TIST si colloca, nella sequenza terapeutica proposta, come secondo livello: dopo che la BCST ha creato le condizioni di sicurezza somatica, prima dell'elaborazione più profonda.

### 5.5 L'EMDR come terzo livello: protocolli per il trauma preverbale

L'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) rappresenta il terzo livello della sequenza terapeutica proposta — condizionato alla stabilizzazione somatica e relazionale nelle fasi precedenti. Per il profilo che stiamo descrivendo, esistono tre protocolli distinti che meritano menzione, ciascuno pertinente per una dimensione diversa del trauma medico perinatale.

Il primo è il protocollo EMDR Fragmented Selves di Fisher (2023), sviluppato specificatamente per il lavoro con le parti dissociative nel contesto del TIST. Il suo contributo più rilevante per questo profilo è la scelta del target: non l'evento passato — che non è accessibile come memoria narrativa — ma il momento presente in cui una parte viene attivata. Questo aggira strutturalmente il problema della memoria preverbale.

Il secondo è il protocollo Early Trauma *When There Are No Words* di Paulsen e O'Shea (2010), sviluppato specificamente per il trauma preverbale — prenatale, neonatale e della prima infanzia — in cui non esiste memoria esplicita, solo memoria implicita somatica. Il protocollo lavora con il trauma in assenza di recall narrativo attraverso una preparazione strutturata in tre fasi (contenimento, stato sicuro, ripristino delle risorse emotive innate) e un reprocessing sistematico della memoria implicita.

Il terzo è il protocollo EMDR per trauma da nascita recente di Cattaneo, Chiorino, Roveraro e Fernandez (2019, in Luber ed., Springer), specificamente sviluppato per le madri con PTSD post-partum da parto traumatico. Un trial randomizzato controllato (Chiorino et al., 2020, *Psychology & Health*) ha documentato la sua efficacia nel ridurre significativamente i sintomi post-traumatici dopo una singola sessione somministrata in reparto maternità. Questo protocollo è rilevante non per il paziente adulto con storia di TIN, ma per il caregiver — la madre che ha vissuto il parto e la degenza come evento traumatico e che porta quel non-elaborato nel campo relazionale con il figlio.

Tutti e tre i protocolli richiedono formazione specifica. Vengono citati qui come direzioni terapeutiche pertinenti, non come indicazioni operative per chi non ha quella formazione.

## 5.6 L'intervento precoce: una direzione ancora aperta

Se il trauma perinatale è accessibile e trattabile nel neonato attraverso approcci somatici gentili — come i risultati di Emerson (2001) suggeriscono con forza — allora l'intervento precoce, prima che le strategie adattive si consolidino come pattern rigidi, potrebbe essere significativamente più efficace. Emerson, Castellino e Sills hanno sviluppato protocolli specifici per il lavoro con neonati in TIN e con bambini piccoli con storia medica perinatale complessa. Alcune esperienze nell'osteopatia craniale pediatrica — che condivide con la BCST radici teoriche nella tradizione di Sutherland — mostrano apertura verso questo tipo di intervento in alcuni contesti europei, anche se la dimensione relazionale e sistemica che Castellino ha teorizzato rimane ancora marginale nella pratica istituzionale.

Questa rimane, al momento, una proposta clinica che attende validazione sistematica e riconoscimento istituzionale. Il mondo medico e ospedaliero non ha ancora integrato la psicologia perinatale somatica nei suoi protocolli standard. La direzione, tuttavia, è indicata con sufficiente chiarezza: ogni giorno di degenza in TIN non accompagnato da supporto psicologico ai caregivers e da intervento somatico sul neonato è un'opportunità mancata. Il supporto psicologico ai caregivers durante la TIN — documentato come fattore protettivo per gli outcomes del figlio da Kubota et al. (2016) — dovrebbe essere considerato cura medica necessaria, non lusso opzionale. Ma questa è una proposta per la ricerca futura, non una pratica corrente.

## 5.7 Direzioni future per la ricerca

Il framework proposto in questo saggio apre alcune direzioni di ricerca che la letteratura attuale non ha ancora esplorato sistematicamente. La prima e più urgente è lo sviluppo di studi longitudinali che seguano soggetti con storia di chirurgia neonatale maggiore o di TIN prolungata fino all'età adulta — con strumenti di valutazione del trauma complesso e della disregolazione autonomica, non solo con misure cognitive e comportamentali. La seconda

riguarda la validazione degli approcci somatici bottom-up per il trauma preverbale adulto: esistono studi sull'efficacia della BCST e della Somatic Experiencing, ma nessuno focalizzato specificamente su questa popolazione. La terza riguarda l'integrazione della psicologia perinatale nei protocolli di supporto psicologico per le famiglie in TIN: un intervento sistematico sul campo relazionale nelle prime settimane di vita potrebbe prevenire una parte significativa della sofferenza adulta documentata da Ludman, Spitz, Kubota e Faugli. Una quarta direzione promettente riguarda i marcatori autonomici negli adulti con storia medica perinatale: la variabilità della frequenza cardiaca (HRV, *heart rate variability*) è un indicatore oggettivo della calibrazione autonomica già impiegato in ricerca sul PTSD e potenzialmente applicabile a questa popolazione per documentare in modo misurabile gli effetti della calibrazione precoce del sistema nervoso. Un quinto filone riguarda il dialogo tra il costrutto TMPC proposto in questo saggio e il concetto di "Infant Medical Trauma in the Neonatal Intensive Care Unit" (IMTN), proposto nella letteratura di psicologia neonatale per descrivere le esperienze cumulative di stress, separazione genitoriale e dolore in TIN e i loro effetti neurosviluppali. Il TMPC si distingue dall'IMTN perché segue il soggetto nell'età adulta e include la dimensione della gestione medica invasiva prolungata oltre la TIN — ma il dialogo tra i due costrutti potrebbe essere clinicamente produttivo.

## 6. Restituire una mappa

I tre profili che abbiamo descritto non hanno bisogno, in prima istanza, di una diagnosi. Hanno bisogno di una mappa. La Cliente B che ha pianto per settimane dopo aver riconosciuto nel proprio corpo la ricerca mancata della madre ha bisogno di sapere che quella non era una fantasia. Il Cliente A che si è svegliato nella notte a correre ha bisogno di sapere che il suo corpo non impazziva. Il Cliente C, che non collega la sua insonnia e il suo shutdown alla storia di anni di procedure mediche invasive, ha bisogno di sapere che il suo sistema nervoso ha fatto esattamente quello che doveva fare — e che quella stessa competenza è ora disponibile per qualcosa di diverso dalla sopravvivenza.

Il framework che questo saggio propone — trauma perinatale somatico, neurobiologia della memoria preverbale, calibrazione del sistema nervoso autonomo — non è un modello definitivo. È un tentativo di costruire un ponte tra discipline che parlano lingue diverse: la medicina perinatale, la neurobiologia del trauma, la psicologia clinica dell'adulto, gli approcci somatici. Un bridge che permetta ai clinici di fare domande che normalmente non fanno — "com'è nato?", "c'è stata una degenza in TIN?", "si ricorda se la madre ha potuto tenerlo subito?" — e di integrare le risposte in una lettura coerente del profilo adulto.

La proposta terapeutica che emerge valorizza il corpo come punto di accesso primario: non perché il linguaggio non conti, ma perché il corpo è arrivato prima. Il corpo ha registrato tutto. Il

compito terapeutico non è farglielo dimenticare — è aiutarlo a ricordare in sicurezza. E a scoprire che il sistema nervoso che sembrava il problema è anche la risorsa più straordinaria disponibile: un sistema che ha imparato troppo presto a proteggere la vita, e che ora può imparare a viverla.

---

*Non tutto ciò che oggi appare come fragilità nasce da una mancanza. A volte è il residuo intelligente di un sistema che ha imparato troppo presto a proteggere la vita.*

---

## Sviluppi futuri del progetto

Questo lavoro rappresenta una prima proposta teorica e clinica sul Trauma Medico Perinatale Cumulativo. Nei prossimi anni sarà ulteriormente sviluppato attraverso attività di ricerca, formazione professionale e confronto interdisciplinare tra psicologia clinica, medicina perinatale e approcci somatici.

Chi desidera essere informato sugli sviluppi — nuovi articoli, corsi di formazione, webinar o pubblicazioni — può visitare **www.tamaramacelloni.it**.

# Riferimenti bibliografici

### Letteratura peer-reviewed — studi empirici


Buckley, S.J., et al. (2023). Maternal and newborn plasma oxytocin levels in response to maternal synthetic oxytocin administration during labour, birth and postpartum: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*. https://doi.org/10.1186/s12884-023-05775-z

Curran, E.A., et al. (2017). Cesarean section and cognitive performance at age 8-9 years: findings from the Longitudinal Study of Australian Children. *Scientific Reports*, 7, 41069. https://doi.org/10.1038/srep41069

Faugli, A., Bjørnland, K., Emblem, R., Nøvik, T.S., & Diseth, T.H. (2009a). Mental health and psychosocial functioning in adolescents with esophageal atresia. *Journal of Pediatric Surgery*, 44(4), 729-737. https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2008.09.027

Faugli, A., Emblem, R., Bjørnland, K., & Diseth, T.H. (2009b). Mental health in infants with esophageal atresia. *Infant Mental Health Journal*, 30(1), 40-56. https://doi.org/10.1002/imhj.20202

Grisbrook, M.A., Dewey, D., Cuthbert, C., McDonald, S., Ntanda, H., & Letourneau, N. (2024). The association between cesarean section delivery and child behavior: Is it mediated by maternal PTSD and maternal postpartum depression? *Behavioral Sciences*, 14(1), 61. https://doi.org/10.3390/bs14010061

Henriksen, T.B., et al. (2020). Birth with synthetic oxytocin and risk of childhood emotional disorders. *Journal of Affective Disorders*, 273, 474-481. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.04.029

Kubota, A., Nose, K., Yamamoto, E., et al. (2011). Psychosocial and cognitive consequences of major neonatal surgery. *Journal of Pediatric Surgery*, 46(12), 2250-2253. https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2011.09.006

Kubota, A., Yamakawa, S., Yamamoto, E., et al. (2016). Major neonatal surgery: psychosocial consequence of the patient and mothers. *Journal of Pediatric Surgery*, 51(3), 364-367. https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2015.10.043

Liu, S., et al. (2019). Association between cesarean delivery and risk of neurodevelopmental and psychiatric disorders in the offspring: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Network Open*, 2(8), e1910236. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.10236

Ludman, L., Lansdown, R., & Spitz, L. (1992). Effects of early hospitalization and surgery on the emotional development of 3 year olds. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1(3), 186-195. https://doi.org/10.1007/BF02091904

Ludman, L., Spitz, L., & Lansdown, R. (1993). Intellectual development at 3 years of age of children who underwent major neonatal surgery. *Journal of Pediatric Surgery*, 28(2), 130-134.

Ludman, L., & Spitz, L. (2003). Quality of life after gastric transposition for oesophageal atresia. *Journal of Pediatric Surgery*, 38(1), 53-57. https://doi.org/10.1053/jpsu.2003.50009

Mikkelsen, A., Boye, B., Diseth, T.H., Malt, U., Mørkrid, L., & Ijsslstijn, H. (2020). Traumatic stress, mental health and quality of life in adolescents with esophageal atresia. *Journal of Pediatric Surgery*. https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2020.10.029

Orovou, E., Antoniou, E., Zervas, I., & Sarantaki, A. (2025). Prevalence and correlates of postpartum PTSD following emergency cesarean sections. *BMC Psychology*, 13(1), 26. https://doi.org/10.1186/s40359-025-02344-5


### Neurobiologia del trauma, attaccamento e teoria polivagale

Beebe, B., & Lachmann, F.M. (2002). *Infant research and adult treatment: Co-constructing interactions*. Analytic Press.

Porges, S.W. (2004). Neuroception: A subconscious system for detecting threats and safety. *Zero to Three*, 24(5), 19-24.

Porges, S.W. (2011). *The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, self-regulation*. W.W. Norton.

Schore, A.N. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22(1-2), 7-66. https://doi.org/10.1002/1097-0355(200101/04)22:1<7::AID-IMHJ2>3.0.CO;2-N

Schore, A.N. (2003). *Affect dysregulation and disorders of the self*. W.W. Norton.

Siegel, D. (1999). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are*. Guilford Press.

Van der Hart, O., Nijenhuis, E.R.S., & Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. W.W. Norton.

Van der Kolk, B.A. (1994). The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harvard Review of Psychiatry*, 1(5), 253-265.

Van der Kolk, B.A. (2005). Developmental Trauma Disorder: Towards a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401-408.

Van der Kolk, B.A. (2014). *The body keeps the score*. Viking. [Ed. italiana: *Il corpo accusa il colpo*. Raffaello Cortina, 2015]

### Approcci terapeutici — trauma e sistema nervoso

Cattaneo, M.C., Chiorino, V., Roveraro, S., & Fernandez, I. (2019). EMDR protocol for recent birth trauma. In M. Luber (Ed.), *Implementing EMDR early mental health interventions for man-made and natural disasters*. Springer.

Chiorino, V., et al. (2020). The EMDR Recent Birth Trauma Protocol: A randomised controlled trial. *Psychology & Health*. https://doi.org/10.1080/08870446.2019.1626928

Fisher, J. (2019). *Transforming the living legacy of trauma: A workbook for survivors and therapists*. PESI Publishing.

Fisher, J. (2023). *Fragmented selves: EMDR and parts-based trauma treatment*. W.W. Norton.

Levine, P.A. (1997). *Waking the tiger: Healing trauma*. North Atlantic Books.

Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. W.W. Norton.

Paulsen, S., & O'Shea, K. (2010). Protocol for early trauma: When there are no words. In M. Luber (Ed.), *EMDR scripted protocols*. Springer.

### Psicologia perinatale somatica

Castellino, R. (2000). The stress matrix: Implications for prenatal and birth therapy. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 15(1), 31-62.

Emerson, W.R. (1996). The vulnerable prenate. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 10(3), 125-142.

Emerson, W.R. (1998). Birth trauma: The psychological effects of obstetrical interventions. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 13(1), 11-44.

Emerson, W.R. (2001). Treating cesarean birth trauma during infancy and childhood. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 15(3), 177-200.

Emerson, W.R. (2004). *Perinatal Stages Training Manual*. Emerson Training Seminars, Petaluma CA. [Materiale formativo non pubblicato]

Emerson, W.R., Sills, F., & Castellino, R. (2021). Evolution of an energetic and somatic prenatal and birth model. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 35(3).

Leboyer, F. (1974). *Pour une naissance sans violence*. Éditions du Seuil. [Ed. italiana: *Per una nascita senza violenza*. Bompiani, 2020]

Sills, F. (2001). *Craniosacral Biodynamics, Volume One: The Breath of Life, Biodynamics, and Fundamental Skills*. North Atlantic Books.

## Tamara Macelloni

*Psicologa Clinica · Somatic Practitioner · BFRP*

Psicologa clinica iscritta all'Ordine degli Psicologi della Toscana, laureata in Psicologia Clinica dello Sviluppo all'Università di Padova. Lavora con approccio trauma-informed integrando psicologia dell'identità relazionale, regolazione del sistema nervoso e pratiche di consapevolezza corporea. Formatrice certificata del Metodo Bach originale (Bach Centre UK) e Somatic Practitioner in Biodinamica Craniosacrale. Riceve a Prato, Livorno e online.

www.tamaramacelloni.it · Prato · Livorno · Online