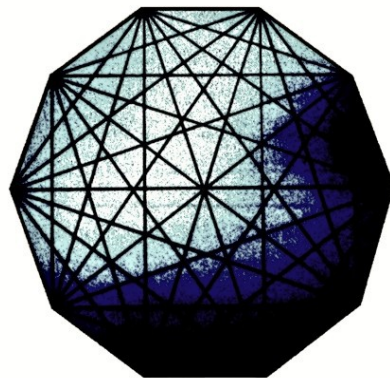


Raffaele Avico
2018

COMPENDIO BREVE DI PSICOTRAUMATOLOGIA CLINICA

parte 1
Letteratura



raffaeleavico.it

Dr. Raffaele Avico, psicoterapeuta cognitivo
comportamentale, psicotraumatologo, socio AISTED,
ESTD

INDICE

- P.3 Introduzione
- P.8 La visione psicotraumatologica della realtà: gli assunti epistemologici
- P.12 Gli autori e i testi di riferimento
- P.14 L'apporto oscurato di Pierre Janet
- P.16 Il concetto di finestra di tolleranza e il lavoro di Siegel
- P.19 Il concetto di regolazione/disregolazione emotiva e le strategie di mastery
- P.22 Il lavoro di Van Der Hart: i fantasmi nel Sé
- P.25 La Dissociazione Strutturale della Personalità nel lavoro di Van Der Hart
- P.27 L'apporto di Giovanni Liotti
- P.31 I sintomi dissociativi
- P.36 La teoria polivagale di Porges come sostrato neuroanatomico della teoria psicotraumatologica
- P.40 Aspetti clinici della teoria polivagale di Porges
- P.42 Lo stile di attaccamento traumatico e le strategie di controllo
- P.46 Dipendenza e PTSD
- P.47 PTSD: fenomenologia
- P.63 Le linee guida per il trattamento
- P.68 Conclusioni (per un approccio integrato e post-ideologico)

INTRODUZIONE

La necessità di redigere un compendio breve di psicotraumatologia applicata nasce da un'urgenza prima di tutto personale, ovvero il bisogno di fare il punto della situazione a livello teorico a riguardo di una serie di conoscenze acquisite in molteplici occasioni formative, insieme all'osservazione diretta di pazienti con problematiche più o meno gravi all'interno di molteplici contesti.

La nostra esperienza professionale consta di un'attività duplice: da un lato collaboriamo da anni con strutture di ricezione per pazienti in doppia - diagnosi, dall'altro portiamo avanti psicoterapie in forma privata. Il concetto di doppia – diagnosi vuole circoscrivere un quadro clinico specifico che prevede la comorbidità tra un disturbo psicopatologico di asse II secondo i criteri nosografici del DSM e un disturbo da abuso di sostanze o comportamenti, sempre secondo i criteri del DSM.

Questo significa avere a che fare con persone che strutturano uno stretto rapporto di dipendenza da una sostanza o un comportamento (per esempio il gioco d'azzardo), frequentemente nel tentativo di regolare o auto-trattarsi un disturbo di personalità più o meno grave con cui stanno cercando di convivere. Troviamo spesso quindi stati di ansia generalizzata regolati attraverso l'abuso di sostanze di varia natura o psicofarmaci, o attraverso comportamenti ripetuti in modo compulsivo (per esempio comportamenti sessuali compulsivamente reiterati per placare stati di malessere persistenti), depressioni da cui si cerchi di fuoriuscire in modo forzato attraverso l'abuso di sostanze di varia natura (per esempio cocaina o altre a seconda dell'effetto soggettivo della sostanza sul proprio metabolismo e funzionamento generale).

Assunto clinico n.1

La permanenza all'interno di strutture per pazienti gravi ci ha portato a osservare come l'abuso di un qualche tipo di

comportamento spesso assolve a una funzione regolativa: relativamente alla domanda quindi se venga “prima l’uovo o la gallina” a proposito del discorso sulla compresenza del disturbo di personalità e il comportamento di abuso, crediamo esista sempre un disturbo di personalità primitivo che poco ha a che fare con il comportamento di dipendenza.

La dipendenza compare cioè nel momento in cui la persona non riesce a fronteggiare il proprio malessere attraverso altre modalità. Questo è un assunto che riteniamo in grado di fornire una chiave di lettura possibile alle problematiche che quotidianamente osserviamo nei pazienti con cui lavoriamo.

La pratica privata, insieme al lavoro con pazienti in doppia - diagnosi, ci ha portati quindi a interpretare il comportamento di abuso dei nostri pazienti come un tentativo di regolare stati di malessere genealogicamente precedenti. La diretta conseguenza di questo assunto di base è che, clinicamente parlando, dovremo partire dal lavoro con il disturbo antecedente per ridurre il senso di impellenza e la necessità di compulsione relative alla sostanza e agli altri comportamenti con funzione auto-regolativa.

Assunto clinico n.2

La necessità di scrivere un compendio breve di psicotraumatologia si fonda poi su un altro assunto maturato dall’osservazione dei casi che ci arrivano, che d’altronde ben si sposa con i più recenti filoni di ricerca in ambito di psicologia clinica, ovvero che la maggior parte delle diagnosi fatte su pazienti che potremmo definire afferenti all’ambito della nevrosi (ci concentreremo in questo lavoro su questo tipo di problematica), possano essere ri-lette a partire da una prospettiva psicotraumatologica, che andremo a illustrare.

I fondamentali contributi di autori maggiori nella scena della letteratura mondiale in ambito psicotraumatologico, sembrano andare a conferma di questa intuizione. Pensiamo al lavoro di Van

Der Hart, Daniel Siegel e in Italia al lavoro di Gianni Liotti, padre della psicologia clinica di taglio cognitivista insieme a Vittorio Guidano. Questi autori si concentrano sulle conseguenze di un trauma cumulativo sperimentato in fase di sviluppo (usando le parole di Liotti, nel corso di uno “sviluppo traumatico”) sulla psiche, la coerenza del proprio vissuto, il senso di coesione del sé e in generale il senso di controllo della propria esistenza sperimentato dalla persona.

Storicamente l'autore di riferimento è stato Pierre Janet, oscurato agli inizi del '900 dalle teorie freudiane così potentemente in voga all'epoca nei salotti intellettuali in cui si stava strutturando la disciplina psicoanalitica. Apriremo in seguito il discorso a riguardo del suo lavoro pionieristico con la questione del trauma.

All'interno di questo breve compendio, cercheremo di illustrare nello specifico ciò che la teoria riporta a riguardo di questo tipo di problematiche, provando a fornirne alcuni scorci semplificati e in qualche modo “pre-masticati”. Nella prima parte del lavoro verranno introdotti gli assunti teorici e descritte le principali teorie attuali a riguardo, nelle voci dei diversi autori di riferimento all'interno del panorama mondiale. Nella seconda parte (parte 2) invece si affronterà la questione dell'approccio alla clinica e alle problematiche dei pazienti in senso concreto. Verrà presentata una disamina delle più recenti prassi cliniche utilizzate nel percorso di educazione alla regolazione emotiva da parte dei pazienti, giustificate in senso teorico e con riferimenti specifici ad autori e lavori di riferimento.

Ci auguriamo che la lettura di questo breve lavoro fornisca spunti di riflessione nell'ottica di un allargamento della propria visuale clinica a riguardo dei pazienti, così complessi nella loro soggettività. Crediamo che per abbracciare nella complessità le problematiche psicopatologiche da essi portate in terapia, occorra in primis

complessificare lo strumento, allargando le proprie vedute teoriche nel contesto di una formazione “perenne”.

Raffaele Avico

Davide Boraso

PARTE 1

ASPETTI TEORICI: LETTERATURA

Dr. Raffaele Avico

1.1. La visione psicotraumatologica della realtà: gli assunti epistemologici

Osservare la realtà clinica portata dai pazienti attraverso una lente psicotraumatologica significa fare i conti con una serie di assunti di base derivati da letture, spunti intellettuali e di ricerca, uniti ad inevitabili osservazioni personali. Credo che le problematiche trattate, il funzionamento della psiche, la realtà fenomenologica della coscienza e dei sintomi, le ripercussioni psicosomatiche del malessere psicologico, etc., siano problemi troppo complessi e a tratti inconoscibili, per non richiedere una o più chiavi di lettura o modelli teorici da utilizzare nel tentativo di semplificare il problema e poi affrontarlo, o almeno provarci. Credo quindi utile riassumere alcune convinzioni che mi pare di aver maturato nel corso del lavoro con i pazienti gravi, che hanno sostanzialmente la funzione di fornire a chi voglia approcciare questo tipo di problemi, una serie di spunti e riflessioni che lo possano aiutare nell'esplorazione della problematica portata dalla persona e i suoi sintomi.

Avere una griglia di lettura vuol dire anche avere un'idea di come possa funzionare la psicologia umana, o almeno avere alcuni "protoschemi"/intuizioni su come possa comportarsi la psiche di un essere umano in alcune condizioni contestuali. Questo insieme di convinzioni può divenire una rete di salvataggio nel mare della complessità della psicopatologia: sono anche consapevole di come qualunque "verità" concernente la psiche e la mente umana, sia sempre stata storicamente transitoria e soggetta a critica (essendo che la scienza psicologica lavora su modelli della mente, e non sulla mente stessa, non esplorabile in vivo come si potrebbe fare, per esempio, con un organo del corpo); è facile rendersi conto, allo stesso tempo, che non fornirsi di linee-guida teoriche, o anche solo di un modello di riferimento, sarebbe un suicidio intellettuale.

Ho derivato questi assunti epistemologici dalla letteratura recente in ambito di psicoterapia cognitiva (le opere per esempio di Liotti, di

Van Der Kolk, gli scritti sui disturbi gravi di personalità di Semerari) e di psicotraumatologia clinica che mi è parsa più plausibile per come osservi e tenti di spiegare le diverse forme della psicopatologia, e più potente nel descrivere ciò che quotidianamente osservavo nel lavoro con i pazienti. Gli assunti sono quindi per metà il prodotto dell'osservazione diretta dei soggetti e per metà figli delle letture da me effettuate in ambiente di letteratura. Provando a sintetizzare alcuni di questi assunti:

- Credo che le più comuni diagnosi psicopatologiche inerenti i disturbi di asse II (per usare una terminologia ormai desueta, ma familiare), spesso inquadrata nei due macro-ambiti dei disturbi d'ansia e disturbi dell'umore, andrebbero ripensate alla luce delle più recenti ricerche in ambito psicotraumatologico, con particolare riferimento al concetto di Stress Post Traumatico Complesso e a tutto ciò che concerne il "dopo-trauma". Credo che alcune sindromi genericamente etichettate come disturbi dell'umore, o disturbi d'ansia generalizzata, sarebbero da ri-pensare come secondarie a un disturbo da stress post-traumatico primario. Questo è in linea con il lavoro teorico e clinico di molti autori, in Italia soprattutto Giovanni Liotti, vero luminaire nell'ambito. Il tentativo da parte del paziente di adattarsi ai sintomi post-traumatici produce, secondo questa lettura, una cascata di sintomi secondari che nel tempo si configurano in sindromi di forma altra, poi diagnosticate e ricondotte a problemi di diversa natura che non hanno più nulla a che fare con il problema a monte. L'adattamento a un disturbo post-traumatico è, in quest'ottica, l'inizio di molte forme di disturbi di ansia e di disturbi depressivi: il problema sostanziale rimane tuttavia la gestione di uno stress di tipo post-traumatico, appunto, originario.

- I sintomi di natura post-traumatica irrompono nella vita del paziente sotto forma di pensieri intrusivi e ossessivi, sintomi fobici e conseguenti evitamenti di tutti i possibili trigger (un trigger è uno stimolo che ri-attiva le memorie traumatiche, che può arrivare dall'esterno o dall'interno a sè), insieme a pesanti ripercussioni somatiche: far fronte a queste problematiche significa andare ad indagare la percezione di controllo che il paziente senta di avere sulle sue stesse difficoltà. Aiutare il paziente significa restituirgli quote di libertà percepita attraverso un senso di aumentato controllo sul suo stesso problema. Il trauma purtroppo è accaduto e sarà sempre, centralmente presente nella memoria (implicita o esplicita) del paziente: si tratta di capire come gestirlo e come vivere bene, pur in compagnia della sua memoria.
- L'irrompere dei sintomi post-traumatici incide sulla continuità e sulla coesione della coscienza e del sé: crescere traumatizzati da abusi cumulativi (traumi chiamati informalmente traumi con la "t" minuscola), o sopravvivere a un trauma maggiore (traumi con la "T" maiuscola), produce la sensazione di essere "interrotti": esiste un prima e un dopo, la vita sembra cambiare direzione/corso. Credo che una ricostruzione narrativa degli eventi aumenti il senso di coesione del sé e il senso di controllo sui propri sintomi: ci troviamo lontani dunque da visioni prettamente comportamentistiche o troppo prescrittive. Occorre fornire al paziente lo spazio per un lavoro di rielaborazione dei propri vissuti, insieme ad alcune indicazioni teoriche applicate a riguardo dei propri sintomi e della loro gestione.
- È facile notare, nel lavoro con i pazienti gravi, grosse problematiche sul piano di quella che in psicoterapia cognitiva viene definita "funzione di regolazione emotiva": la capacità di modulare le reazioni alle forti emozioni esperite nel corso di un vissuto post-traumatico. Aiutare un paziente significa anche

aiutarlo nel tentativo di regolare la portata delle sue emozioni, spesso veementi. La gestione di un'emotività troppo intensa restituisce subito un senso di controllo (aumentata mastery) e di conseguenza un senso di benessere.

- Credo che la psicoterapia vada pensata in senso allargato come un approccio multidirezionale alla sintomatologia del paziente. Nel momento in cui sia necessario passare attraverso il lavoro con le cognizioni per modulare i vissuti emozionali e diminuire le ricadute corporee (direzione top-down), sarà la psicoterapia comunemente intesa a essere preferibile; quando invece sarà necessario passare dal corpo per arrivare "in cima" (direzione bottom-up), saranno altre strade a essere battute, più applicate. Questo assunto proviene da un'ulteriore convinzione di base: la completa interdipendenza di mente e corpo. Intervenire sul corpo vuol dire intervenire sulla mente e viceversa, come d'altronde avallato dalla ricerca in ambito neuroscientifico (pensiamo per esempio agli studi relativi alla avanguardistica branca psico-neuroendocrinoimmunologica, o alla psicobiotica).
- Lavorare con la sintomatologia portata dal paziente vuol dire avere a che fare con due aspetti di ciò che il paziente porta: i *contenuti* e i *processi*. La psicoterapia cognitiva non si occupa tanto dei contenuti, ma si concentra sui processi. Credo che i contenuti possano essere pensati come *figli* (in buona o cattiva salute) dei processi mentali -più o meno integri. Quando parliamo di processi mentali intendiamo i processi mediati dalle funzioni meta-cognitive (la capacità di integrare i contenuti inerenti parti di sé diverse, di distinguere un pensiero dall'altro, di distinguere la realtà dal pensiero, di sentire di essere all'interno del proprio corpo, di proiettarsi nella mente dell'altro, ecc.): tutto ciò in altre parole che concerne le cosiddette funzioni mentali superiori (per usare una metafora, non tanto le parole che si usano, ma

l'organizzazione del discorso, la sua coerenza interna, la punteggiatura, etc.). In alcuni frangenti del lavoro clinico, è opportuno che la psicoterapia si focalizzi su questi aspetti, più inerenti i "processi".

Visti questi assunti, è chiaro che ipotizzare una lettura psicotraumatologica della realtà clinica di un paziente, significa andare a cercare uno stress post-traumatico anche laddove ci sia il rischio di non trovarlo. Dal mio punto di vista, tuttavia, la sua presenza è più frequente di quanto normalmente si pensi. In seguito verrà approfondita la Teoria Polivagale di Porges, grande apporto teorico che fornisce una spiegazione neuro-fisiologica a una visione psicotraumatologica come quella qui proposta.

Osservare le persone, cercare di fare diagnosi a partire da una lente psicotraumatologica, significa infine considerare l'animale uomo come potenzialmente "sano dalla nascita", ovvero sano e integro per nascita, e successivamente "toccato" dalla portata dei traumi da esso soggettivamente sperimentati. Spesso le persone sono come alberi cresciuti intorno a un pilastro centrale, a cui si sono inevitabilmente adattati: questo pilastro è l'insieme dei loro traumi; la flessibilità e l'adattabilità dei loro rami rappresentano la potenzialità e la positiva capacità di adattamento al trauma stesso.

1.2 Gli autori e i testi di riferimento

Gli autori di riferimento sulla scena attuale relativa alla disciplina psicotraumatologica, sono sicuramente, in Italia, Giovanni Liotti per il costante approfondimento relativo alle ripercussioni di un attaccamento insicuro e uno sviluppo traumatico sulla coerenza del sé e della coscienza. I suoi lavori sono un punto di riferimento imprescindibile per chiunque voglia documentarsi a riguardo dell'aspetto traumatologico della psicopatologia. Sono inoltre scritti

in modo chiaro e potente, usando un italiano semplice e scientifico. All'interno del suo libro "Sviluppi traumatici", come verrà in seguito approfondito, troviamo un compendio teorico delle sue formulazioni teoriche concernenti il lavoro di una vita.

Altro autore di riferimento in territorio italiano, Michele Giannantonio, spesosi in vita in ambito di approfondimento teorico e portatore di materiale culturale di indiscusso spessore. Per quanto riguarda gli autori esteri, vanno citati in primis Van Der Hart, autore olandese che all'interno del suo "Fantasmi del sé" sintetizza anni di lavoro in ambito di psicotraumatologia, come verrà in seguito approfondito. Van Der Hart rappresenta un punto di riferimento mondiale. Insieme a lui, sicuramente Daniel Siegel che con il lavoro a riguardo della regolazione emotiva e il fondamentale apporto teorico inerente il concetto di Finestra di Tolleranza, si è imposto sulla scena statunitense e poi mondiale. Fondamentali inoltre i contributi di Pat Odgen a riguardo della terapia senso-motoria, di Van der Kolk e di Allan Schore a riguardo del problema inerente la disregolazione affettiva. In seguito verranno approfonditi alcuni di questi apporti teorici.

Prima di tutti questi, va menzionato il contributo seminale di Pierre Janet, che all'interno del suo discorso nel corso del famoso Congresso di Medicina tenutosi a Londra nel 1913, aveva cercato di penetrare una Società psicoanalitica agli inizi del '900 abbagliata dalle teorie freudiane con i fondamenti della sua teoria psicotraumatologica.

Gli autori di riferimento sono tantissimi e conoscerli/possederli tutti è impossibile. Ci limiteremo a dare un approfondimento alla teoria di alcuni di questi che riteniamo particolarmente importanti nel percorso formativo di chi voglia avvicinarsi a questo tipo di problematica.

1.3 L'apporto oscurato di Pierre Janet

Come prima anticipato, nel corso del famoso Congresso di Medicina tenutosi a Londra nel 1913, Pierre Janet aveva profetizzato che il futuro della psicologia clinica sarebbe stato da ricercarsi nell'ambito della psicotraumatologia, ovvero nello studio delle ripercussioni che un trauma (singolo o cumulativo, cioè protratto e ripetuto nel tempo) produce sulla psicologia dell'individuo nel corso del suo sviluppo. Profezia precocissima, che al tempo fu oscurata e bollata come poco ortodossa da parte della Società Psicoanalitica, egemonizzata dalle teorie freudiane allora particolarmente in voga.

Le tendenze più attuali relative alla psicologia clinica hanno confermato molte delle intuizioni che Janet aveva promosso nel corso di quel famoso convegno, a cui aveva fatto seguito il suo allontanamento dalla comunità scientifica e l'oscuramento delle sue teorie. Per un approfondimento consiglio "La Psicoanalisi" di Janet stesso, la trascrizione del suo discorso in quell'occasione.

Le teorie di Janet sono attuali perchè rispecchiano un'idea di sofferenza mentale fondata sull'assunto di base che, in un'ipotetica assenza di eventi traumatogeni, tutti noi si vivrebbe in modo pacifico e lineare, come placidi animali intenti a sopravvivere, e sopravvivere bene. La vita però mette alla prova già dagli inizi questa idilliaca pace, e ci troviamo quotidianamente ad affrontare problematiche più o meno complesse e più o meno protratte nel tempo. Crescere con una mamma violenta, o un padre affetto da sindrome bipolare o tossicodipendente, obbliga il bambino a compiere piroette adattative che in senso clinico rappresentano un miracolo evolutivo, un vero e proprio emblema dell'adattabilità dell'intelligenza umana al suo contesto.

Continuando nel percorso della vita, tutti noi siamo costantemente, potenzialmente soggetti a sviluppare stress post-traumatico, ovvero

stress prodotto dal tentativo di far fronte a eventi di vita che ci stancano e di cui dobbiamo "gestire" le conseguenze.

Janet nel suo discorso riprende idee già sviluppate a fine '800 da fenomenologi e proto-psicologi dell'epoca, per esempio Moebius che addirittura nel 1888 aveva valutato l'ipotesi che i disturbi allora chiamati "isterici" non fossero altro che conversioni sul corpo di emozioni veementi collegate a precisi ricordi o a idee.

All'interno del suo famoso intervento l'autore sostiene inoltre che per diventare "morboso", un ricordo o una memoria traumatica debba germogliare su un terreno già predisposto, ovvero uno stato di "lassismo psichico" o di depressione. Secondo Janet sarebbe questo "abbassamento della tensione psichica" a creare i presupposti affinché un ricordo traumatico si impianti nella memoria in modo indelebile e duraturo.

Esiste secondo l'autore un meccanismo definito "doppia emozione", ipotizzato per spiegare la patogenesi dello stress post-traumatico. Dal suo punto di vista il paziente psicotraumatologico viene dapprima "colpito" da un avvenimento (anche solo mentale) che abbassa il suo livello di difesa psichica: in seguito incorre un secondo avvenimento -sempre traumatico- che dà origine all'idea "fissa", cioè al ricordo traumatico intrusivo -di cui oggi spesso si parla. Janet compie un giusto paragone tra il meccanismo psicotraumatogenetico e ciò che avviene al corpo nel corso di un'infezione: non è la sola forza del virus a essere centrale nello sviluppo del disturbo, ma il terreno sul quale attecchisce, più o meno fertile (metafora per indicare lo stato generale dell'organismo nel momento della lotta verso la possibile invasione da parte di un virus).

Queste teorie furono da lui formulate nel 1913, anticipando di un secolo le questioni che attualmente vengono discusse e considerate alla base di molteplici meccanismi inerenti la patologia psichica. All'interno del libro "La psicoanalisi", come si accennava, è approfondita e sviscerata la matassa teorica portata da Janet a

sostegno delle sue idee in ambito clinico, solo oggi veramente riscoperte nella loro plausibilità ed efficacia esplicativa.

La nostra esperienza ci mostra quotidianamente l'esattezza delle intuizioni di Janet a riguardo degli "embrioni" di malessere psichico che sono le idee intrusive, ricorrenti, e le memorie traumatiche, che resistono dure e stazionarie al trascorrere del tempo nella mente del paziente.

E' la gestione della loro comparsa, spesso, a produrre "stanchezza" (termine usato da Janet stesso) e sintomi genericamente definibili depressivi, sensazione di poco controllo sulla propria vita ed un'enorme ricaduta in termini di minor grado di libertà percepita.

Esistono filoni di pensiero che vedono la patologia psichica come relativa a quanto il paziente percepisca di avere libertà (e controllo) all'interno della propria vita. A quote minori di libertà percepita, corrisponde un maggior grado di malessere sperimentato.

Janet aveva intuito che i sintomi intrusivi e le ossessioni post-traumatiche portassero il paziente a un rapido esaurimento emotivo connesso al senso di una completa impotenza, creandogli uno stato di "stanchezza" psichica foriera di ulteriori, potenziali innesti di memorie traumatiche, come all'interno di un circolo vizioso. Sarebbe stata infatti la debolezza psichica, la "stanchezza" appunto, a generare l'humus psichico fertile a nuove traumatizzazioni, essendosi indebolito, per usare una metafora usata da Janet stesso, il "sistema immunitario" psicologico in un momento di particolare fragilità del paziente.

1.4 Il concetto di finestra di tolleranza e il lavoro di Siegel

Autore di riferimento e pietra miliare nella sterminata letteratura relativa alla psicopatologia attuale è sicuramente Daniel Siegel, autore statunitense di fama mondiale che è riuscito a rendere

divulgabile alcune idee relative a complessi concetti psicopatologici come la regolazione emotiva e la neurobiologia interpersonale.

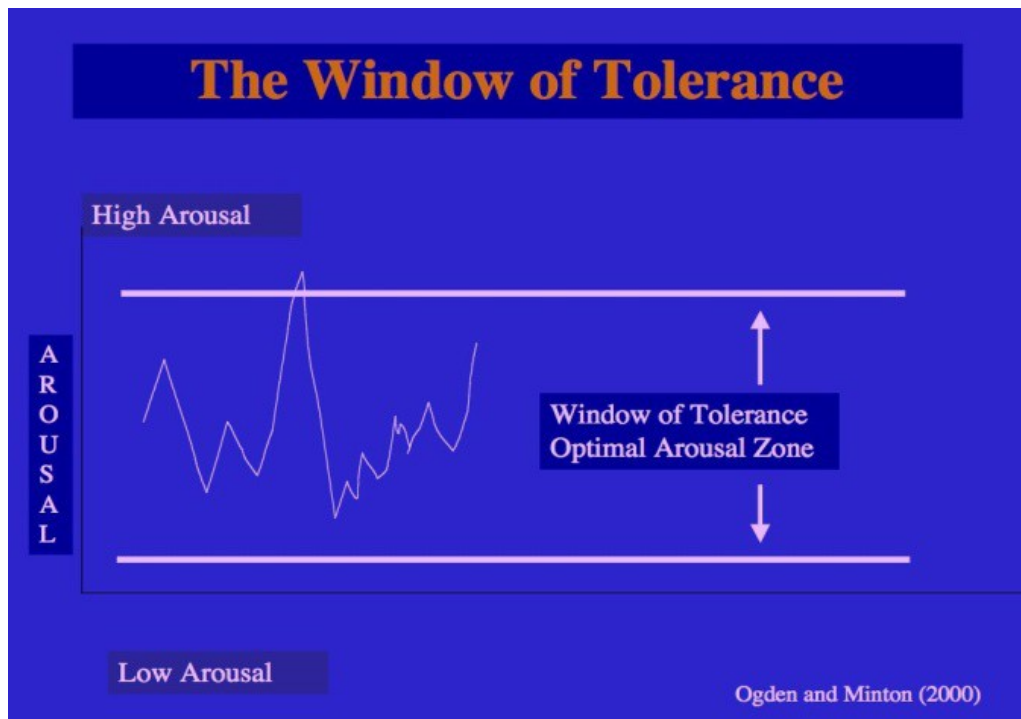
Siegel ha costruito l'intero suo impianto teorico intorno al concetto di *integrazione*. La sua idea di integrazione si appoggia su una visione multi-componenziale del cervello, gerarchicamente costruito su livelli diversi e differenziato nei suoi emisferi destro e sinistro.

All'interno dei suoi lavori l'autore spiega come la salute psichica coincida con la possibilità di utilizzare in modo integrato e fluido tutte le componenti e le funzioni del cervello. Per fare questo parte della semplice ma sommamente potente teoria del cervello tripartito di McLean, secondo cui esistono tre strutture, evolutivamente comparse in modo sequenziale nel corso dello sviluppo del cervello umano: il troncoencefalo, evolutivamente più antico e primevo, il sistema limbico sottocorticale e la neo-corteccia, ultima in termini di tempistiche evolutive.

Siegel nei suoi lavori indaga ciò che ritiene essere alla base della sofferenza psichica, in senso allargato: la mancanza cioè di integrazione. Integrazione di parti del Sé, integrazione della coscienza, integrazione tra strutture cerebrali più antiche e più recenti, integrazione tra funzionamento destrorso o "sinistro" del cervello.

Sulla scia di molteplici autori impegnati nello studio delle stesse problematiche, Siegel approfondisce questioni focali della disciplina psicotraumatologica, come il fenomeno della dissociazione a seguito di traumi cumulativi o grandi traumi, e le conseguenti ricadute in termini di sintomi clinici. Per fare questo, oltre alla sopra citata teoria del cervello tripartito di McLean, si rifà alle teorie più recenti relative allo stile di attaccamento, gli studi di neurobiologia relazionale e le recenti derive della psicoterapia cognitiva in ambito di tecniche di rilassamento/meditative prese a prestito dalla cosiddetta psicologia "buddhista", per esempio la mindfulness, di cui verranno in seguito approfonditi alcuni aspetti.

L'autore inoltre ha il grande merito di aver introdotto il concetto di *finestra di tolleranza*, strumento di grande rilevanza clinica e facilmente divulgabile e utilizzabile con i paziente durante le sedute. Qui di seguito un'immagine esplicativa:



Il concetto di finestra di tolleranza va spiegato in relazione al concetto di *disregolazione* emotiva, fenomeno relevantissimo e molto frequente nella pratica clinica con pazienti difficili.

La linea sinusoidale che si osserva tra le due linee orizzontali segnalate dalle due frecce, rappresenta il tono di attivazione neuro-fisiologica con le sue normali fluttuazioni. Nel corso della giornata, il nostro stato di arousal si muove a tratti verso l'alto (tendendo allo stato di iper-arousal) e a tratti verso il basso (ipo-arousal), contestualmente a situazioni percepite più o meno "attivanti" o più o meno "calmanti".

Fluttuare all'interno della finestra di tolleranza è totalmente normale, fino al punto in cui per varie ragioni il tono di arousal non superi verso l'alto o verso il basso i confini della "finestra di tolleranza": in quel momento inizia il senso di "disregolazione", percepito soggettivamente come un senso di essere "fuori controllo"

(troppo agitati/ansiosi/attivati) o al contrario troppo “scarichi” o apatici (lo stato di ipo-arousal) e accompagnato da uno stato di profondo malessere soggettivo psichico, da cui si tenta di fuoriuscire. Secondo questa rappresentazione del malessere psichico, indotto da una disregolazione del tono di attivazione neuro-fisiologica, il problema consisterà nel trovare strategie di regolazione emotiva che consentano all’individuo di ri-entrare nei “ranghi” della finestra di tolleranza quando ne sia fuoriuscito sia in senso “iper” che in senso di ipoarousal.

1.5 Il concetto di regolazione/disregolazione emotiva e le strategie di mastery

Siegel nei suoi lavori spiega con chiarezza come ognuno trovi le sue proprie strategie di regolazione emotiva per rientrare all’interno della “finestra di tolleranza” in questi momenti di profondo dolore psicologico. Le strategie sono chiamate tecnicamente “di mastery”, termine inglese utilizzato per descrivere il senso di *padronanza*, cioè di “sensazione di avere il controllo” sulla propria vita, sulle proprie risorse e le proprie mancanze, sensazione molto piacevole e associata spesso a un senso di euforia e progettualità.

Siegel parla di strategie di mastery intendendo con questo tutto ciò che consente a un individuo di riappropriarsi del controllo sulla propria emotività, di calmarsi quando troppo “attivato” o di attivarsi quando troppo “apatico”, rientrando metaforicamente all’interno della finestra di tolleranza.

In merito a questo tema, è da segnalare il contributo di Antonio Semerari che, sulla scia di molteplici altri autori e rifacendosi ai concetti prima citati, spiega come esistano diverse tipologie di strategie di mastery, con un diverso livello di raffinatezza ed efficacia e raggruppabili genericamente in tre tipologie/livelli:

1. *Strategie di mastery di I livello.* Attraverso queste strategie, l'individuo sperimenta un effetto regolativo sulle sue emozioni veementi, attraverso l'utilizzo del corpo. A questo livello di strategie di mastery appartengono le pratiche sportive usate in senso regolativo (per calmarsi quando si è troppo attivati, o per "darsi una scossa" quando troppo apatici, per esempio), ma anche l'utilizzo di sostanze a fini auto-terapeutici. Quindi per esempio un ragazzo che utilizzi cannabis per placare alcuni stati di ansia o attivarsi quando depresso, o un cocainomane che voglia fuggire da stati di vuoto/depressivi, o ancora un eroinomane, dal nostro punto di vista rappresentano esempi di utilizzo di strategie di mastery di I livello. Genericamente tutto ciò che passa attraverso il corpo e che abbia un effetto regolativo rappresenta una strategia di mastery di I livello.
2. *Strategie di mastery di II livello.* Le strategie di secondo livello passano attraverso l'interazione sociale: l'individuo utilizza il contatto con l'altro per regolare stati di ansia/ipera-rousal o al contrario stati di depressione/ipo-rousal. È una modalità regolativa dialettica: contempla la presenza dell'altro che viene ricercato attivamente attraverso per esempio una telefonata, un'uscita, un gesto di ricerca di contatto. Attraverso questa strategia di regolazione emotiva il tono di attivazione neurofisiologica viene fatto rientrare all'interno della finestra di tolleranza a partire da un momento di condivisione. Questa strategia di mastery è più "evoluta" rispetto a quella precedente, e in un ideale di percorso di "maturazione" psicologica (per esempio nel contesto di un percorso di psicoterapia) il suo utilizzo da parte del paziente è da considerarsi un passo avanti per quanto riguarda la capacità di auto-regolazione emotiva.
3. *Strategie di mastery di III livello.* Le strategie infine di terzo livello consentono alla persona di auto-regolare la propria attivazione (o disattivazione) neurofisiologica a partire da un

lavoro solamente interiore. Non è necessario né passare attraverso il corpo, né appoggiarsi a un'altra persona per regolare il tono della regolazione emotiva. Chi utilizza questa strategia di mastery riesce, attraverso un lavoro interiore (visualizzazioni, dialogo interno rassicurante e contenitivo, auto-accettazione, il sapersi spiegare le ragioni sottese al momento disregolativo, etc.), a ritornare autonomamente all'interno della finestra di tolleranza. Sono le strategie di regolazione emotiva più evolute e sofisticate. Rappresentano un punto di arrivo nel percorso relativo alla capacità di auto-regolazione, di fondamentale importanza nel corso dello sviluppo e nel contesto di una psicoterapia.

Altro aspetto da mettere in rilievo a proposito della finestra di tolleranza, è la sua ampiezza. Daniel Siegel, a questo proposito, spiega come poco dopo la nascita l'ampiezza della finestra di tolleranza sia minima: qualunque sovra o sotto-attivazione neurofisiologica sperimentata dal bambino lo porta a uscire dalla finestra (essendo la sua ampiezza molto ridotta) creando sofferenza psichica. La capacità di reggere la frustrazione di un bambino piccolo, come sappiamo, è minima. Uno sviluppo equilibrato, insieme a un'educazione al reggere la frustrazione fornita dalle figure di riferimento, significheranno per lui ampliare la sua finestra di tolleranza, imparando a reggere sbalzi emotivi di portata più ampia senza però arrivare a soffrirne.

Nel discorso quindi relativo alle competenze di auto-regolazione emotiva, è importante considerare due aspetti portanti:

1. La regolazione emotiva permette all'individuo di riportare il tono di attivazione neurofisiologica all'interno della finestra di tolleranza, verso il basso quando in fase di iper-arousal, e verso l'alto se in ipo-arousal. Le strategie per fare questo vengono chiamate strategie di mastery e sono più o meno sofisticate. Genericamente diciamo che un individuo il cui tono di attivazione

neurofisiologica stia all'interno della finestra di tolleranza, non soffre per questioni relative a disregolazione emotiva: non sarà dunque in balia di emozioni veementi come la rabbia o la profonda tristezza, ma riuscirà a percepirle in sé sufficientemente regolate da essere psicologicamente tollerabili.

2. Per sentire un senso di controllo e di “sovrانيتà” sulle proprie emozioni senza che queste diventino veementi o soverchianti, è importante ampliare l'ampiezza stessa della finestra di tolleranza cosicché per fuoriuscire dai confini della stessa sia necessario un livello di iper o ipoattivazione molto maggiore. A parità di *stressor*, persone diverse si “regoleranno” in modi diversi, a seconda di quanto ampie saranno le rispettive finestre di tolleranza a consentirgli di mantenere il senso di mastery.

La maturazione interiore, un percorso di psicoterapia, uscire rinforzato da esperienze difficili: tutti questi sono esempi di situazioni di ampliamento della finestra di tolleranza che ci rendono maggiormente schermati di fronte agli sbalzi neurofisiologici conseguenti a eventi più o meno stressanti.

1.6 Il lavoro di Van Der Hart: i fantasmi nel Sé

All'interno della scena della letteratura psicotraumatologica, vanno sicuramente citati i lavori di Onno Van Der Hart, autore olandese che lavora con pazienti traumatizzati di cui ha indagato le dinamiche post-traumatiche in modo approfondito. In particolare, all'interno del suo libro *Fantasmi nel Sé* (tradotto dall'inglese *The Haunted Self*, che potrebbe essere ri-tradotto come “il Sé infestato”, che rende in modo diverso l'immagine della presenza delle memorie traumatiche

nel Sé come fossero veri e propri fantasmi, come si vedrà in seguito), l'autore approfondisce la questione in senso sia teorico che fornendo spunti clinici di facile applicazione con pazienti di questo tipo.

Van Der Hart, così come altri sul filone di questo ramo della letteratura, pone l'accento sulla questione centrale delle memorie traumatiche e di quella che chiama Dissociazione Strutturale della Personalità.

Potremmo elencare i punti salienti del suo contributo teorico come segue:

- L'autore mette al centro della problematica psicotraumatologica la questione delle memorie traumatiche immagazzinate in un contesto di trauma ripetuto/cumulativo (informalmente "trauma con la t minuscola") o di grande trauma subito ("trauma con la T maiuscola")
- Le memorie traumatiche, come ben descritto in letteratura, stazionano come pietre dure nel flusso dei ricordi, non intaccate dal tempo. Si pensi per esempio agli studi relativi alle cosiddette "flashbulb memories", ovvero i ricordi che rimangono vividi negli anni e di cui si ricorda non solo il contenuto, ma anche il momento esatto del loro immagazzinamento, il contesto in cui ciò avvenne, etc. Le memorie traumatiche possono essere paragonate a questo tipo di memorie per come rimangono inalterate nella mente del paziente nel corso del tempo. Accade quindi che anni dopo un singolo o una serie di episodi traumatici, le memorie relative a esso permangano vivide allo stesso modo, in grado di suscitare ripercussioni a livello sintomatologico sul paziente, come se il tempo "non fosse passato".
- L'accesso alla coscienza delle memorie traumatiche procura una ri-attualizzazione del vissuto originario: si ripresenta il

trauma ed è come se lo si rivivesse in tutta la sua potenza. Le memorie traumatiche hanno quindi il potere di far rivivere il trauma alla persona che le possiede, nel momento in cui queste si presentino alla sua coscienza.

- L'accesso alla coscienza delle memorie traumatiche determina un rivivere il trauma, primariamente attraverso il corpo. C'è una ripercussione iniziale in termini di attivazione neurofisiologica, più o meno intensa a seconda di come venga ri-vissuto e percepito lo stressor/memoria traumatica. Spesso sono presenti, nella gestione degli accessi traumatici, sintomi come aumento della sudorazione, tachicardia, tensioni muscolari. È come se il corpo si ri-preparasse a fronteggiare "il nemico" e si posizionasse quindi in un atteggiamento di difesa.
- Il "contenitore" delle memorie traumatiche è, secondo Van der Hart, il "luogo psichico dissociato" prodottosi in seguito al trauma o alla serie di traumi vissuti dal paziente. Il meccanismo che separa quella che Van Der Hart chiama la "parte apparentemente sana" dalla parte "dissociata" contenente le memorie traumatiche, è di tipo scissionale. È una tipologia di difesa verticale, in cui le memorie relative al trauma vengono relegate in una zona chiusa dello spazio psichico senza essere elaborate (cioè senza essere svuotate del loro potere attivante sul piano emotivo/psicofisiologico).
- Esistono dei *trigger* che, per usare la terminologia usata dall'autore, hanno il potere di "evocare" il trauma. I trigger possono essere rintracciati tanto nel mondo esterno quanto in quello interno al paziente. Questi trigger sono come degli "indizi" relativi al trauma che ne evocano alcuni aspetti. Diventano quindi, metaforicamente, dei "buchi" nella difesa messa in atto per allontanare il trauma dalla coscienza, attraverso cui il suo ricordo passa e ritorna, sempre metaforicamente, "in superficie".

- Il tentativo di evitare il contatto con questi trigger conduce la persona a un comportamento di evitamento fobico, prima di tutto all'interno del mondo esterno/reale, quindi sul piano degli stati mentali/pensieri (un fenomeno psichico che è stato definito *fobia degli stati interni*). Questo comportamento di evitamento porta a una lenta e progressiva modificazione delle abitudini della persona, tanto che l'individuo ha l'impressione che esista un "prima e un dopo" il trauma, tale è la portata delle modificazioni del suo vissuto quotidiano prodotte dal fronteggiare lo stress post-traumatico.

All'interno del suo lavoro Onno Van der Hart approfondisce questi aspetti e li sviscera mantenendosi molto concreto e realistico nel descrivere le dinamiche psichiche successive al vivere un trauma o una serie di traumi.

1.7 La Dissociazione Strutturale della Personalità nel lavoro di Onno Van Der Hart

Van Der Hart ipotizza che nel momento in cui un trauma faccia irruzione nella vita di una persona, all'interno della sua personalità possono prodursi fratture dissociative di diversa entità a seconda del tipo di trauma e della sua durata.

Il concetto che più ci appare pertinente e importante in questo suo approfondimento teorico, è quello relativo al fatto che, a seguito di trauma subito, possano crearsi all'interno della personalità due parti distinte, che Van Der Hart chiama:

1. PARTE APPARENTEMENTE NORMALE, cioè la parte della personalità che si occupa di fare in modo che le cose continuino e proseguano secondo l'ordine normale delle cose; è la parte della personalità che in altre parole fa sì che

l'individuo possa continuare a lavorare, a "funzionare" e a sopravvivere adattandosi al contesto;

2. PERSONALITÀ EMOTIVA, ovvero la parte della personalità che rimane congelata al tempo del trauma e ne porta i segni in termini di sintomi vissuti sul piano psicobiologico. È la parte che viene ri-messa in gioco quando viene riattivato il trauma, se evocato (a partire da triggers interni o esterni al soggetto).

L'autore descrive la fenomenologia del trauma psichico osservando le ricadute sul soggetto in termini di coerenza del Sé e integrità della coscienza, in linea con altri studiosi dell'ambito. La difficoltà, con questi pazienti, sarà quella di promuovere un movimento di *integrazione* delle parti dissociate, cosicché la parte emotiva possa essere rimessa in gioco dalla persona senza per forza attivare i sintomi neurovegetativi e le emozioni veementi associate.

La personalità post-traumatica è descritta dall'autore come divisa in spicchi; all'interno di ogni spicchio, l'autore specifica, le funzioni mentali sono conservate: il problema sarebbe connesso alla possibilità di usarle tutte, contemporaneamente e in modo fluido.

Si è osservato per esempio che pazienti post-traumatici sembrano essere in grado di interfacciarsi in modo "freddo" con la realtà continuando a mantenere un sufficiente livello di funzionalità sociale; contemporaneamente sarebbe impossibile per loro lasciarsi andare a vissuti di natura emotiva, perché troppo attivanti e troppo collegati alle memorie traumatiche. Le due parti della personalità sarebbero inoltre entrambe e contemporaneamente attive, e darebbero "interpretazioni" diverse delle azioni svolte dal soggetto. Nel momento in cui per esempio il soggetto stia facendo jogging, la Parte Apparentemente Normale potrebbe interpretare l'attivazione neurofisiologica come riconducibile alla stessa attività del correre; quella invece traumatizzata (la Personalità Emotiva) potrebbe

interpretare la cosa come una fuga in una condizione di minaccia e, triggerando le memorie traumatiche, produrre un irrompere delle stesse all'interno della prima personalità inducendo un più o meno grave scompensamento post-traumatico.

Dinamiche simili, tipiche del paziente post-traumatico e spesso concretamente osservabili all'interno di un percorso clinico fatto con questo tipo di utenza, portano a una modificazione delle abitudini di vita e a una nuova identità temporanea frutto della collusione del paziente ai suoi sintomi. Van Der Hart a proposito di questo descrive il fenomeno del "declino post-traumatico", ovvero l'indebolimento cognitivo, la depressione e il ritiro sociale conseguenti a un tentativo di adattarsi allo stress post traumatico.

Come vedremo in seguito, altri autori -come Giovanni Liotti- hanno approfondito il tema e completato il quadro teorico a proposito di suddette osservazioni cliniche.

1.9 L'apporto di Giovanni Liotti

Giovanni Liotti è considerato uno dei padri della psicoterapia cognitiva in Italia, insieme a Vittorio Guidano. Nel suo "Sviluppi Traumatici" tenta di approfondire la questione relativa alle problematiche post-traumatiche fornendo moltissimi spunti di riflessione e una lettura estremamente plausibile di alcune comuni forme di psicopatologia nel paziente post-traumatico.

Liotti parte dal presentare la diagnosi di PTSDc, ovvero Stress Post Traumatico Complesso, costruito diagnostico utilizzato per indicare situazioni di stress post-traumatico in caso di traumi o abusi cumulativi e ripetuti, con le relative ripercussioni in termini psichici. Lo stress Post Traumatico Complesso differisce dal semplice Stress Post Traumatico per la qualità dei traumi subiti dal paziente: non singoli e devastanti traumi, ma traumi relazionali multipli e protratti

nel tempo. Liotti porta come esempio lo stile di attaccamento di tipo D (disorganizzato) come ambiente naturale di sviluppo di un PTSDc.

Cosa vuol dire, secondo l'autore, sviluppare un PTSDc in ambito di uno stile di attaccamento disorganizzato?

Gli attaccamentologi descrivono lo stile di attaccamento D come disorganizzato/disorganizzante. Questo vuol dire crescere e avere a che fare costantemente con uno o più figure di attaccamento imprevedibili o spaventanti verso le quali il bambino impara a rapportarsi in modo confuso e ambivalente, senza mantenere una reale linearità nel comportamento di attaccamento. Nei famosi esperimenti di Mary Ainsworth relativi alla *strange situation*, si osservò come i bambini con un attaccamento insicuro D manifestassero verso la figura di attaccamento comportamenti ambivalenti e contraddittori, come spinti da pulsioni opposte (ricerca di attaccamento vs paura).

Crescere in un ambiente traumatico in modo continuativo conduce secondo Liotti a sviluppare un certo tipo di personalità post-traumatica, con tratti peculiari. Quello che riteniamo importante in questa sede approfondire è la questione relativa a quelle che l'autore chiama *strategie di controllo*.

La questione potrebbe essere sintetizzata, per punti, come segue:

1. Crescere in ambienti traumatici vuol dire sperimentare profonde delusioni in senso relazionale. Spesso chi cresce in ambienti problematici si ritrova a vedersi rifiutato/a nei propri slanci di attaccamento; immaginiamo per esempio un bambino che tenti di aggrapparsi al collo della madre sentendosi rifiutato o umiliato in questo bisogno: imparerà a inibire, in sé, questa pulsione, o a manifestarla in particolari circostanze.
2. I vissuti di umiliazione e i bisogni frustrati porteranno il bambino a evitare tutto ciò che potrebbe ri-attualizzare

queste fratture relazionali; l'evitamento diventa un tratto del carattere, che contrasta con i potenti bisogni di protezione e accudimento.

3. Crescendo, il bambino imparerà a disattivare i comportamenti di attaccamento, pur sperimentandone il bisogno (sono stati a questo proposito effettuati interessanti esperimenti su bambini con atteggiamenti di evitamento, osservando come il bisogno di un contatto relazionale permanga, ma sia osservabile solo attraverso la modificazione di indici corporei come tachicardia, variazione del ritmo del respiro, etc. Questo dimostrerebbe come anche in bambini con uno stile di attaccamento evitante permanga a livello preconcio il bisogno di lanciarsi in movimenti di attaccamento).
4. Nel corso dello sviluppo la gestione della rievocazione delle memorie traumatiche avviene attraverso la messa in atto di quelle che l'autore chiama *strategie di controllo*, strategie cioè funzionali a mantenere il controllo (mastery) del sistema di attaccamento che, se attivato, muove emozioni veementi e collegate a vissuti traumatici e di rifiuto.
5. Le strategie di controllo avvengono per mezzo di una distorsione del normale comportamento di attaccamento da parte del bambino: il bambino diviene eccessivamente accudente verso il genitore (genitorializzazione del figlio), o al contrario punitivo/autoritario/tirannico o ancora seduttivo (in senso non sessualizzato) verso la figura di attaccamento. Questo fa sì che non si trovi mai in balia e nella posizione di dipendere dal caregiver.
6. Crescendo, le strategie controllanti precocemente sviluppate diverranno nei casi migliori tratti di personalità stabili e in qualche modo adattativi. Altre volte invece, quando non ben compensate o mal regolate, troveranno spazio nelle più comuni griglie diagnostiche in senso

psicopatologico. A proposito di questo Liotti sottolinea come andrebbero ripensate alcune sindromi in relazione alla messa in atto di queste strategie (per es. un disturbo oppositivo/provocatorio, o quello che potrebbe essere definito un disturbo “isterico” in senso classico, potrebbe essere ri-osservato attraverso questa lente, e rivisto come la messa in atto di strategie di controllo in un quadro post-traumatico).

Quest’ultimo punto è particolarmente degno di nota e rappresenta un punto di novità rispetto alla comune considerazione della psicopatologia post-traumatica.

Secondo Liotti cioè la presenza di un disturbo post-traumatico è grandemente sottovalutata e andrebbe ricercata nella storia di qualunque paziente arrivi all’ascolto di uno psicoterapeuta/psichiatra. Se si sospetta la presenza di un PTSDc, verrà indagata dal clinico la presenza di strategie controllanti nello stile di attaccamento del paziente e nella gestione della sua emotività.

Per fare un esempio, nel momento in cui arrivi in seduta un paziente con un disturbo simil-depressivo, sarà utile cercare di capire se dietro questo disturbo primario non si nasconda un disturbo post-traumatico originario a cui il paziente, nel tempo, abbia imparato ad adattarsi attraverso al messa in atto di strategie di controllo.

Quella che Janet aveva definito “stanchezza mentale” o “declino post-traumatico”, è spesso riscontrabile nei casi di stress post-traumatico cronico precipitato in una forma simil-depressiva che in tempi non lontani dal nostro veniva chiamata -non a caso- “esaurimento nervoso”.

L’importanza del lavoro di Liotti è quindi quello di aver spinto sulla messa in discussione delle procedure consuete di diagnosi. Occorre quindi indagare se al di là dei sintomi eclatanti portati dal paziente

non esista un disturbo primevo con caratteristiche post-traumatiche. Vivere uno stress post-traumatico significa d'altronde incorrere in una serie di sintomi fisici non indifferenti (come il senso di "avvampare" tipico dello stato di iper-arousal, sudorazione sregolata, etc.) e spesso in disturbi inerenti la qualità del sonno, che minano quella che è stata genericamente definita "forza dell'io" e conducono a un generale senso di impotenza e debolezza psicologica. Per chi volesse approfondire consigliamo il già citato *Sviluppi Traumatici*, summa degli studi dell'autore a riguardo della psicoterapia psicotraumatologica.

2.0 I sintomi dissociativi

Avere a che fare con disturbi post-traumatici significa fare in conti con la problematica dissociativa.

L'idea generale è che ciò che non riesce a essere elaborato e mentalizzato inerente un trauma o più traumi, venga allontanato dalla coscienza tramite dissociazione e sospinto in un luogo protetto non facilmente raggiungibile in modo conscio, ma fortemente influente sulla vita della persona e in grado di procurargli grandi problematiche a livello di sintomi psicopatologici.

Il DSM elenca molteplici sintomi di natura dissociativa, dalla fuga dissociativa all'amnesia dissociativa, fino ai disturbi di depersonalizzazione e derealizzazione. Esiste inoltre il Disturbo Dissociativo dell'Identità, la ri-formulazione attuale del passato Disturbo da Personalità Multipla, di cui mantiene -rivisti- i criteri diagnostici. Parlare di dissociazione vuol dire considerare scisse e non integrate alcune "parti costituenti" normali della psicologia dell'individuo: per esempio è tipico osservare una dissociazione tra razionalità ed emotività in pazienti fortemente traumatizzati. Capiterà cioè di osservare alcuni pazienti che raccontano episodi

potentemente drammatici senza mostrare dolore psichico, e senza averlo mai sperimentato a livello somatico.

Un meccanismo di difesa simile, “verticale”, aiuta la mente a mantenersi adattata all’ambiente circostante, al prezzo però della sensazione di un senso di incoerenza del Sé e della compromissione di quelle funzioni mentali superiori che consentono di percepirsi integrati e “realizzati” in senso psichico.

Per portare la questione su un esempio concreto, immaginiamo un paziente che abbia da poco superato un grosso incidente d’auto in cui ha visto morire alcuni cari amici: le immagini immagazzinate relative all’incidente, i percetti più “indigesti” dal punto di vista psichico, potranno venire dissociati e riposti in una zona nascosta della coscienza. Come succede spesso nel disturbo da stress post-traumatico, gli stessi percetti torneranno a farsi “vedere” dall’individuo sottoforma di flashback intrusivi, molto disturbanti e ossessionanti, ponendo la persona di fronte alla necessità di attivare strategie di controllo e risoluzione del sintomo.

Genericamente possiamo considerare i sintomi dissociativi dei fallimenti nel tentativo fatto dalla mente di tenere separati -scissi, appunto- contenuti e aree psichiche che per ragioni di funzionamento dell’intero sistema è meglio non si tocchino. Usando una metafora grossolana, è come se nel momento del rischio di allagamento e di affondare, la stiva di una grande nave fosse suddivisa in compartimenti stagni per impedire all’acqua di penetrare ovunque. La mente dissocia contenuti troppo potenti e attivanti in senso emotivo, per poter continuare ad adattarsi al mondo circostante.

Come è stato precedente spiegato relativamente al lavoro clinico di Van Der Hart, si produce a seguito di dinamiche di questo tipo una rottura della coerenza del Sé e una suddivisione della personalità in due o più parti, attive in parallelo e osservanti modalità e regole di funzionamento diverse. Persone con questo tipo di problematiche e la cui psicologia utilizzi meccanismi di difesa verticali, possono

andare incontro a sintomi dissociativi di varia natura. Esistono due linee di pensiero a riguardo della natura dei sintomi dissociativi:

1. I teorici del *continuum* sostengono esista un gradiente di gravità dei sintomi stessi, partendo da un senso di straniamento nei confronti della realtà, fino al vissuto di depersonalizzazione (visione di sé dall'esterno) e derealizzazione (incredulità sulla realtà) e alla creazione di un disturbo dissociativo dell'identità. I sintomi dissociativi sono quindi gli stessi, sempre, ma posseggono livelli di gravità diversi.
2. I teorici invece della *dissociazione strutturale* (e Van Der Hart fa parte di quest'ultimo gruppo), sostengono esistano diverse forme di disturbo dissociativo con impatti diversi sulla psiche della persona (i sintomi dissociativi cambiano e hanno impatti diversi perché hanno natura diversa).

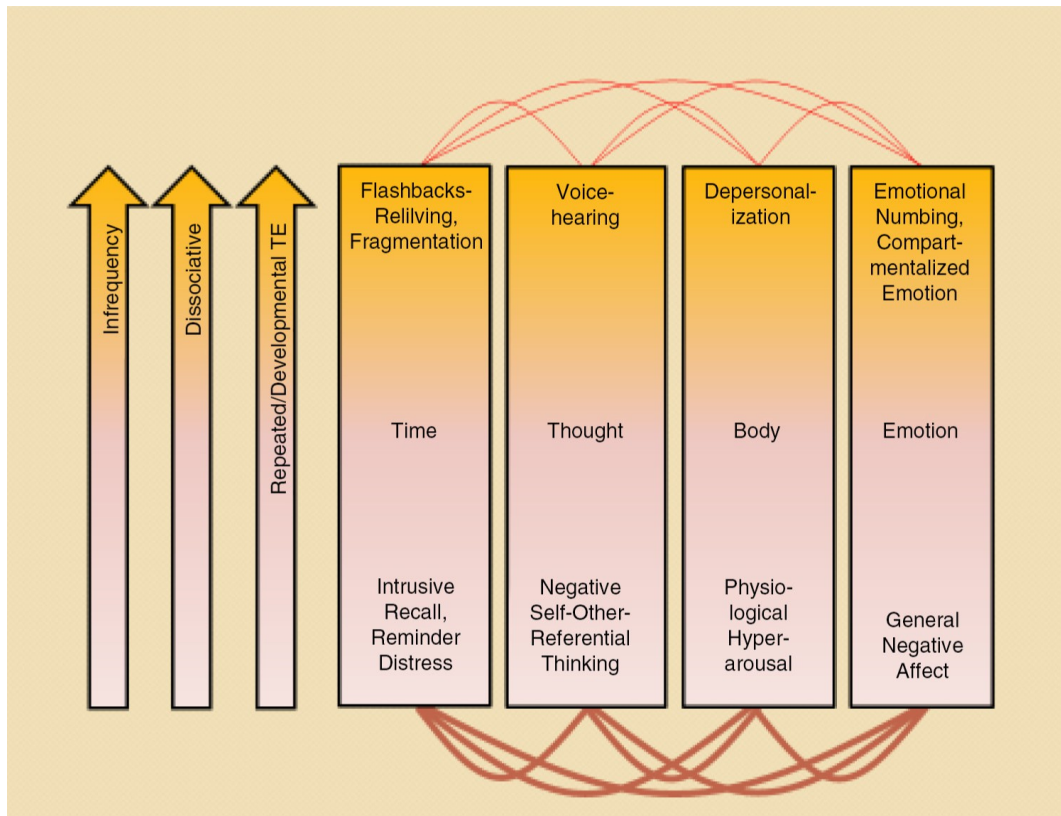
Al di là della diversa posizione tenuta dai due gruppi, è ormai chiaro che i sintomi dissociativi rappresentano un fallimento della funzione meta-cognitiva dell'integrazione: esistono elementi diversi dell'esperienza i cui effetti sulla psiche non riescono a essere integrati. Come si vedrà in seguito, alcune persone sviluppano modi per tentare di tenere insieme le parti e integrarle, attraverso molteplici e creative strategie individuali.

Nel recente lavoro di Lanius e Frewen "La cura del sé traumatizzato" sono descritte diverse tipologie di sintomo dissociativo, a partire da un modello quadruplo che contempla 4 dimensioni:

- tempo
- pensieri
- corpo
- emozioni

Prendendo ognuno di questi domini della psicologia e della soggettività dell'uomo, gli autori, ponendosi come prima si diceva

entro una posizione che prevede un continuum dei sintomi dissociativi, spiegano come per ognuno appunto di questi domini possano manifestarsi sintomi di natura post traumatica con un diverso gradiente e livello di dissociazione, come si osserva nella seguente figura:



A seconda di come sia stato vissuto e rappresentato il trauma, o in che età questo sia stato vissuto o con quale frequenza o intensità, gli autori procedono ad analizzare come la percezione del tempo, il pensiero, la percezione del corpo e l'emotività possano subire distorsioni a seconda del livello di gravità del disturbo post traumatico. Per fare esempi concreti, prendono in analisi molteplici casi clinici in cui osservano come, per esempio, il tempo subisca profonde trasformazioni quando si è immersi in un flashback post traumatico.

L'assunto generale che sta alla base del lavoro di Lanius e Frewen è che, al massimo grado della loro potenza, i sintomi dissociativi post traumatici riescano a produrre un'alterazione della coscienza che

conduce a una sorta di aggravamento del sintomo stesso, che si tramuta in qualcosa di più complesso, con una fenomenologia diversa.

All'interno del dominio per esempio del tempo, si osservano casi di distorsione e rallentamento del tempo soggettivo: si può rimanere immersi dentro un flashback vivido per mezz'ora, immaginando che siano passati cinque minuti. Oppure, entro il dominio dei pensieri, gli autori descrivono come a partire da una gravità più o meno alta dei sintomi post traumatici si possano osservare sintomi diversificati, dai semplici pensieri negativi rivolti a sé, per finire con il sentire voci che provengono da dentro la mente (differenti da quelle attribuite a disturbi di natura psicotica, a provenienza esterna a sé).

Procedendo con la disamina della fenomenologia del post-trauma, gli autori osservano quindi come nel dominio del corpo possano osservarsi gradienti diversi di sintomi, anche qui dal semplice stato di iper-arousal fino al senso di “derealizzazione”, cioè di distacco dal proprio corpo, oppure arrivando e a quelli che venivano in passato chiamati sintomi convertivi (parti del corpo anestetizzate senza apparenti motivi medici, zone del corpo percepite come scollegate, etc.).

Infine, per quanto riguarda il dominio emotivo, nel libro viene spiegato come sopravvivere a un trauma possa rendere estremamente difficoltoso accedere alla dimensione dell'emotività, specialmente quando si tratti di maneggiare emozioni di segno positivo come la gioia o la serenità, vissute come aliene o estranee.

Nell'appendice del volume vengono riportate le trascrizioni di molti casi clinici in cui ognuno di questi aspetti viene presentato e approfondito in base a esperienze reali di pazienti sopravvissuti a traumi gravi in età infantile (la durata e l'epoca del trauma è descritta come prognosticamente rilevante e da tenere in grande considerazione). Il volume è prezioso per chiunque voglia approfondire in senso teorico la letteratura relativa al trauma e alle strategie di cura, vista la profondità con cui è analizzata la questione

e i numerosissimi riferimenti scientifici usati a supporto della trattazione stessa.

2.1 La teoria polivagale di Stephen Porges come sostrato neuroanatomico della teoria psicotraumatologica

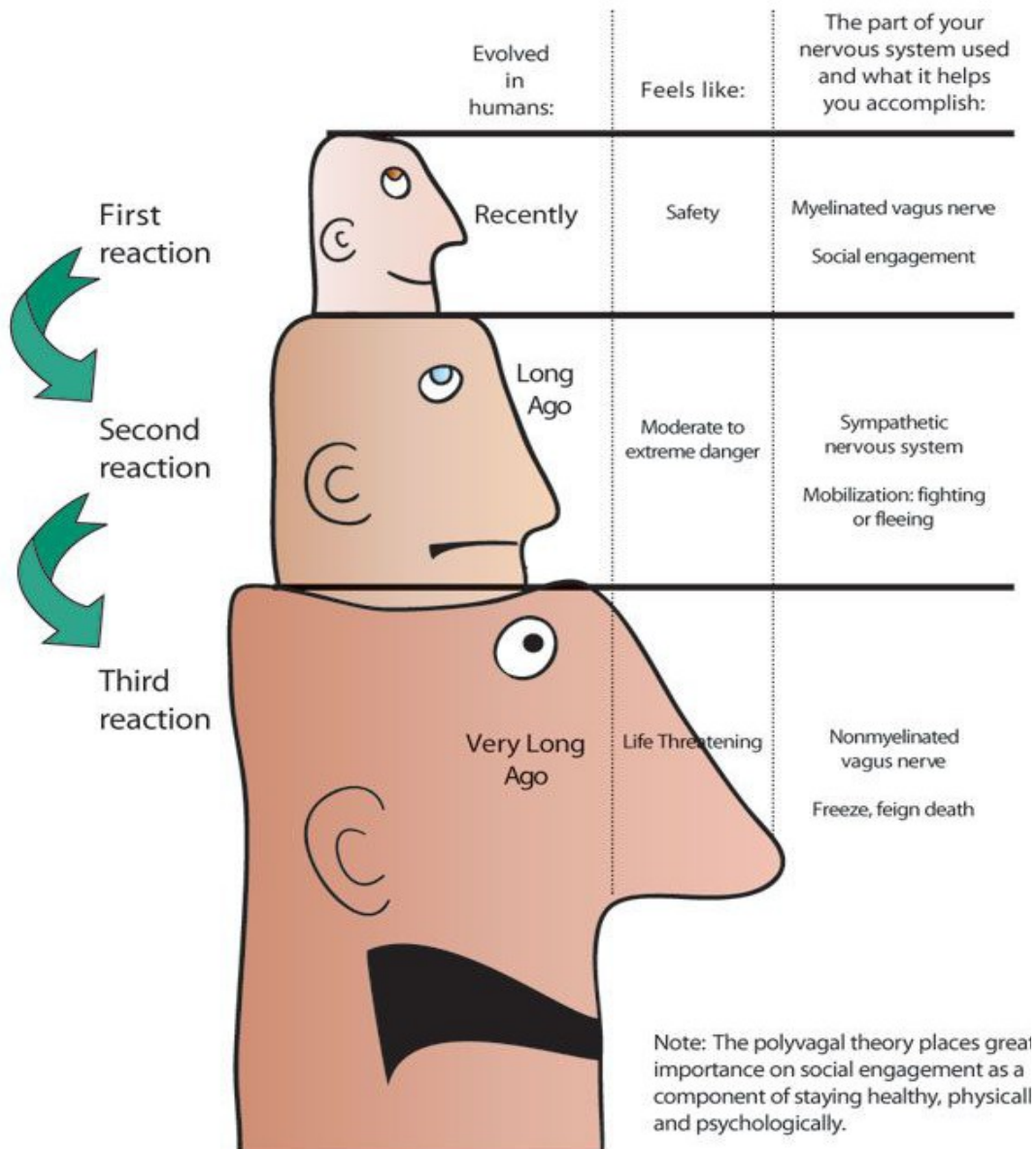
Contributo di massima importanza per comprendere la visione “psicotraumatologica” della realtà, è stato quello negli ultimi anni fornito dal Prof. Stephen Porges, neurofisiologo statunitense che ha teorizzato le basi neurofisiologiche delle risposte connesse ai traumi e ai vissuti post-traumatici.

Il modello proposto da Porges rappresenta una prospettiva nuova di lettura delle problematiche psichiche, e si basa su alcuni assunti che potrebbero essere così sinteticamente elencati

- 1) Ogni volta che reagiamo a uno stimolo, produciamo una risposta neurofisiologica di diversa intensità, che dipende da come valutiamo lo stimolo stesso (se più o meno preoccupante, più o meno pericoloso): questo processo avviene in modo pre-cognitivo, al di sotto del livello della coscienza (oppure, per essere più specifici, tanto rapidamente da essere al di fuori delle tempistiche di realizzazione cosciente della reazione stessa)
- 2) Il processo di valutazione dello stimolo è chiamato *neurocezione*; è probabile che la soglia di attivazione dell’allarme si sposti a partire da fattori soggettivi (storia personale, fattori temperamentali) e contestuali (per esempio un PTSD in corso)
- 3) La risposta neurofisiologica del corpo rimanda a quanto un certo stimolo ci attiva: quanto ci “agita” o quanto al contrario ci comunica un senso di stabilità e tranquillità. Esistono degli

indizi di pericolo che il cervello intuitivamente e precognitivamente riconosce, connessi a elementi comunicativi non verbali (prosodia della voce di chi ci parla, lettura della parte superiore del volto degli esseri umani o degli animali, postura, frequenze dei suoni percepiti – siamo più portati a interpretare le frequenze basse come pericolose : tutti indizi che ci portano a valutare un certo stimolo come più o meno pericoloso).

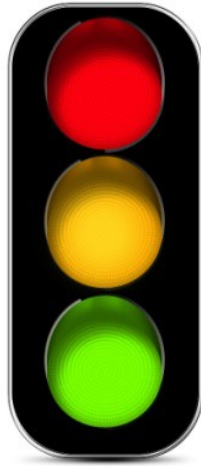
A seguito del processo di *neurocezione*, esistono tre possibili risposte, che usano tre canali differenti, come sintetizzato in figura e approfondito:



La teoria polivagale contempla la messa in attività di tre “canali” neurali differenti, a seconda del tipo di risposta:

- 1) IL NERVO VAGO VENTRALE innerva la maggior parte degli organi sovra-diaframmatici (evolutiveamente è più recente)
- 2) IL SISTEMA NERVOSO SIMPATICO
- 3) IL NERVO VAGO DORSALE innerva gli organi sotto-diaframmatici (evolutiveamente più antico)

Per capire i diversi tipi di risposta, Porges suggerisce di usare l'immagine del semaforo, dove a ogni colore corrisponde un diverso assetto di attivazione neurofisiologica, e un comportamento finale differente:



RISPOSTA VERDE: lo stimolo è interpretato come non pericoloso o moderatamente attivante: viene coinvolto il nervo vago ventrale, che innerva -tra gli altri- i muscoli del volto (in particolare è coinvolta la parte superiore del viso, maggiormente espressiva) e gli organi sovra-diaframmatici, e ha la funzione di modulare la risposta del sistema nervoso simpatico frenandone l'attivazione (il "freno del vago"). Questo circuito viene definito *Social Engagement System* (SES), e rappresenta la risposta *sociale* del sistema nervoso autonomo. Attraverso il SES, noi cerchiamo il contatto oculare e somatico con l'altro, cosa che ci permette di modulare il nostro stato fisiologico a partire dal contatto con lo stimolo stesso (che sia un uomo, una donna, un animale, etc.). In questo stato, cerchiamo idealmente una risposta di *immobilità senza paura*, cioè uno stato di tranquillità in presenza dell'altro. Questo tipo di risposta rappresenta una risposta socialmente adeguata, in presenza di qualsivoglia stimolo, nel corso della nostra quotidianità. Il problema si presenta quando lo stimolo viene percepito come pericoloso: in questo caso vi è una risposta di mobilitazione (risposta *gialla*).

RISPOSTA GIALLA: pre-cognitivamente, attraverso la neurocezione, interpretiamo lo stimolo come molto pericoloso. Interviene il sistema nervoso autonomo simpatico che ci porta ad attivarci in due modi: in un primo momento cerchiamo la fuga; poi, quando questa non è possibile, produciamo un attacco allo stimolo/"predatore". Questa risposta è primitiva ed è definita di attacco/fuga (in inglese è flight/fight, che rappresenta anche la sequenza esatta dei comportamenti, con la fuga come prima risposta, l'attacco come ultima risorsa). L'attivazione del sistema nervoso simpatico avviene perché i precedenti -gerarchicamente- sistemi di modulazione della risposta fisiologica (il Social Engagement System) non hanno funzionato; essendo bypassato il SES, la risposta attacco e fuga non tiene conto dell'altro: è una risposta non sociale (anti-sociale). Questa risposta conduce idealmente a una mobilitazione, ad un movimento.

RISPOSTA ROSSA: quando lo stimolo è soverchiante, e il rischio di vita è reale, il Sistema Nervoso Autonomo mette in atto una risposta molto antica, attivando la via del nervo vago-dorsale (risposta dorso-vagale), che conduce al collasso dei sistemi di risposta sia di mobilitazione (attacco e fuga) che in senso pro-sociale, e produce il comportamento di feigned death (finta morte): la persona sviene (sincope dorso-vagale) oppure vengono prodotti sintomi di natura dissociativa in cui la mente si distrae da sé stessa, annullandosi (si confronti il capitolo relativo ai disturbi dissociativi). Vengono immobilizzati tutti gli organi sotto-diaframmatici, essendo innervati dal nervo dorso-vagale. Evoluzionisticamente la finta morte ha avuto una funzione di difesa estrema in caso di predazioni eccessive e soverchianti.

2.2 Aspetti clinici della teoria polivagale di Porges

Considerando gli aspetti più clinici, queste tre differenti risposte, mediate da circuiti nervosi distinti, possono essere messe in atto in situazioni di trauma percepito differenti (per definizione il trauma è una situazione di pericolo percepito, con diversi gradienti di intensità, unico o ripetuto/cumulativo). Ricordiamo che la risposta neurofisiologica avviene pre-cognitivamente, prima e al di sotto del livello della coscienza. La risposta al trauma dipende dalla *rappresentazione* “neurocettiva” che la persona fa del trauma stesso nel mentre che lo stesso accade.

La rappresentazione è genealogicamente connessa alla storia di vita del paziente, ed è figlia delle memorie relazionali conservate dalla persona, nel senso che è sempre soggettiva e collegata a quello che la persona ha già vissuto in passato.

Osservare la risposta neuro-fisiologica di un paziente può darci delle informazioni sul suo *stile prevalente* di modulazione della risposta agli stressor: osservare se sia preservato l’uso del SES, o se invece il paziente risponda prevalentemente in senso di flight/fight, o se ancora presenti cronicamente stati di “collasso” indotti da una risposta più antica (dorsovagale), ci può dare indicazioni diagnostiche e portarci a intuire con più precisione la storia della “sua” risposta ai traumi subiti.

È interessante osservare come la *sindrome polivagale* (per come è stata definita dallo stesso Porges) possa precipitare, per la persona, in uno *stile ricorrente* di risposta agli stimoli. La possibilità di rispondere seguendo tutte e tre le vie (SES, flight/fight, all’occorrenza una risposta dorsovagale) in modo adeguato e proporzionato al contesto, rappresenta un giusto modo di affrontare le difficoltà nel quotidiano ed è un indicatore prognosticamente favorevole: uno stile di modulazione/risposta troppo incentrato su una singola modalità, risulterebbe disadattativo.

In linea con le considerazioni espresse precedentemente e teorizzate da Giovanni Liotti, la teoria polivagale può condurre a una

ri-lettura possibile di alcune diagnosi: per esempio, una depressione può essere riletta e ripensata come una risposta dorso-vagale cronicizzata nel contesto di uno stress post-traumatico complesso. Seguendo questa linea di lettura possono essere messi in discussione alcuni “stili” relazionali, o di attaccamento. Uno stile evitante (A), per esempio, potrebbe essersi costruito nel tentativo di adattamento a uno stress post-traumatico a sua volta generatosi in un ambiente disorganizzato/disorganizzante e potentemente traumatico (per esempio un ambiente da attaccamento D). Quindi uno stile A potrebbe essere visto come secondario e originato da uno stile D, in qualche modo “compensato” o “gestito”.

Come già discusso in precedenza a proposito del lavoro di Giovanni Liotti, questi fenomeni clinici sono stati definiti *strategie di controllo*. Le strategie di controllo permettono di evitare e controllare l’accesso alla coscienza del trauma grazie a una serie di comportamenti messi in atto in senso relazionale (per esempio, rendere l’altro dipendente da sé quando non si sia in grado di affidarcisi, poiché l’affidarsi “accenderebbe” il primevo stile D, potentemente traumatico; oppure evitare l’intimità con l’altro, raffreddando il rapporto, etc.).

2.3 Lo stile di attaccamento traumatico e le strategie di controllo

Come in precedenza si è osservato, i pazienti che arrivano in psicoterapia da storie traumatiche di sviluppo presentano quello che la Teoria dell’Attaccamento definisce “stile insicuro di attaccamento”.

Molto schematicamente, definiamo stile insicuro di attaccamento uno stile relazionale esistente tra bambino e caregiver caratterizzato da una costante necessità di riconfermare e ricostruire la sintonizzazione emotiva da parte del bambino verso l’adulto

(attaccamento ansioso/ambivalente, altresì categorizzato attaccamento C), oppure da un'assenza totale di ricerca della stessa da parte del bambino nei confronti del caregiver (attaccamento evitante, categorizzato attaccamento di tipo A). Esiste inoltre un terzo modo relazionale "insicuro" caratterizzato da emozioni sperimentate dal bambino contrastanti e incoerenti, definito dagli attaccamentologi stile di attaccamento "disorganizzato" (attaccamento D). Nel corso dei famosi esperimenti di Mary Ainsworth all'interno della *Strange Situation*, si osservò infatti una categoria di bambini che sembravano allo stesso tempo cercare e respingere il contatto con la madre. Questo perché spingevano in lui/lei due spinte istintuali (o mandati evolutivi) contrapposte, ovvero

- 1) la ricerca di un contatto necessario a garantire una sensazione di sicurezza
- 2) la paura di una vittima nei confronti del suo persecutore

La simultanea presenza di queste due tendenze nel bambino (avvicinarsi e allontanarsi) produceva un pattern di comportamento contraddittorio e incoerente, che i ricercatori definirono appunto disorganizzato. Nel tempo si osservò come i bambini che sviluppavano uno stile di attaccamento disorganizzato, fossero più soggetti a sviluppare in età adulta tendenze dissociative e tratti simil-post-traumatici di personalità (maggiore sensibilità all'ambiente, emozioni veementi e disregolate, difficoltà relazionali, tendenza all'abuso auto-terapeutico di sostanze, etc.).

Nel suo lavoro "Sviluppi Traumatici", Giovanni Liotti approfondisce la questione ponendo al centro della sua riflessione teorica il concetto di "strategia regolativa". Come può un bambino che viva in un contesto pericoloso e terrorizzante -si chiede l'autore- ottenere la vicinanza emotiva del care-giver, indispensabile per sopravvivere all'ambiente circostante?

Liotti ragiona sul fatto che un bambino per poter sopravvivere a un adulto psicologicamente abusante è obbligato a mettere in atto delle *strategie di controllo*. Queste potrebbero essere riepilogate come segue:

a) *Strategia controllante/accudente - genitorializzazione*: la tendenza definita da Liotti alla “genitorializzazione” implica lo sviluppare da parte del bambino una serie di competenze relazionali e comportamentali che gli consentano di prevedere il comportamento -imprevedibile- del caregiver. Una sorta di “progressione traumatica” in cui il bambino diviene iper-competente e iper-sensibile agli sbalzi del genitore, di fatto imparando a “contenerlo”. Immaginiamo per esempio un padre seduttivo/terrorizzante, magari con tendenza all'abuso di alcol e ad esplodere in scoppi di ira apparentemente immotivati. Se immaginiamo la vita di una bambina che cresca a contatto con una figura di riferimento del genere, dobbiamo pensare a quanto questa sia sottoposta, nel corso dello svolgersi della quotidianità, a uno sforzo cognitivo anticipatorio del comportamento del padre stesso. Osservandoli in interazione noteremo come la bambina abbia imparato a conoscere ogni sfumatura caratteriale del caregiver e come riesca ad anticiparlo o manipolarlo al fine di garantirsi la sua protezione anche quando quest'ultimo manifesti pesanti alterazioni del carattere o sbalzi umorali. La genitorializzazione, l'autore esplicita, è dunque una strategia di controllo messa in atto laddove sia necessario per il/la bambino/a anticipare costantemente le mosse di un genitore abusante (più un generale, di una realtà o di un ambiente abusante), per contenere i danni prodotti sulla sua stessa salute psichica e allo stesso tempo garantirsi la sua protezione. L'autore sottolinea che un'inversione simile dell'attaccamento avrà dei costi futuri nei termini di una difficile creazione di rapporti stabili in cui ci si possa affidare e aprire all'altro senza

che questo voglia dire, nuovamente, sottoporsi a una possibile minaccia e a nuovi abusi.

- b) *Strategia controllante/punitiva*: con questo Liotti intende sottolineare come all'interno di una diade bambino/caregiver in cui quest'ultimo manifesti comportamenti abusanti e incontrollati (“disorganizzati/disorganizzanti”) è possibile che il bambino sviluppi tendenze punitive che hanno a che fare con l'inversione non tanto dell'attaccamento (come prima si diceva), ma con un'attivazione del sistema motivazionale agonistico e lo spostamento della questione a livello di sistema di rango. È come se il bambino utilizzasse, per controllare l'adulto, il potere fornitogli da una posizione dominante in termini di rango. Osserviamo in questi casi una tendenza ad aggredire e ad imporre le cose da parte del bambino al genitore, letteralmente dominato/a dal figlio (o dalla figlia). Non a caso in questi casi al/alla figlio/a viene dato l'aggettivo di “tirannico/a”, per sottolineare quanto all'interno della diade genitoriale le cose abbiano subito una inversione, incentrata questa volta sulla dinamica di potere/rango. In questo caso il bambino diviene punitivo e severo verso il genitore al fine di anticipare e sopprimere le condotte disregolate vissute come intrusive e dolorose.

Liotti sottolinea dunque come all'interno di stili di attaccamento cosiddetti “insicuri” e in particolare laddove vi sia una condotta disregolata, disorganizzata e disorganizzante da parte del caregiver, è possibile vengano messe in atto strategie di controllo ottenute imparando ad anticipare “le mosse” della figura traumatizzante, funzionali a stabilizzare e garantire una quota salubre di mastery all'interno della relazione.

L'autore sottolinea infine come la rappresentazione di sé come impotente e passivo all'interno della relazione, sia il vulnus, la ferita originaria dal quale il paziente sembri essere scappato nel corso

dello sviluppo. Lo stato di vuoto dissociativo mentale, il senso di impotenza e di essere in balia di una realtà pericolosa, non controllabile e totalitarizzata dalla figura ingombrante di un caregiver abusante, sono ciò a cui il paziente avrà imparato a sopravvivere mettendo in atto strategie di coping, strategie regolative e strategie di controllo. Non dimentichiamoci che per un bambino, la realtà è filtrata dagli occhi e dalla mente del caregiver: crescere in un ambiente traumatico significa quindi rappresentare la realtà tutta come pericolosa o imprevedibile, senza distinguere ciò che c'è “dentro casa” dalla realtà “esterna”, ma facendo un tutt'uno spaventoso e patogeno.

2.4 Dipendenza e PTSD

Se la lotta quotidiana dei pazienti con PTSD si gioca nel tentativo di evitare l'affiorare e il ripresentarsi delle memorie traumatiche, tra i comportamenti di evitamento osserviamo anche il ricorrere compulsivo a comportamenti da addiction.

Nel momento in cui il “vuoto” mentale o la noia divengono il territorio entro il quale c'è il rischio che riaffiorino pensieri disturbanti e ricordi negativi, evitare quello stesso vuoto diviene mandatorio, inevitabile. È il caso dei pazienti che preferiscono uno stato costante di narcosi indotta da una sostanza, o lo stato simil-dissociativo indotto -per esempio-, da un uso continuo, magari blando, di alcol, ai fini di evitare la lucidità di chi “capisce troppo”. Evitare la lucidità equivale a voler fuggire da ciò che quella lucidità porta con sé. Meglio per questi pazienti permanere in uno stato leggermente, costantemente dissociato. Questo porta due vantaggi:

- 1) da un lato il paziente sente di meno l'impatto delle memorie traumatiche, che affiorano ma hanno un diverso impatto sulla coscienza (sono meno taglienti: consideriamo

come l'emergere stesso di un ricordo troppo vivido possa costituirsi, in sé, come ulteriore esperienza traumatica, che riapre la ferita “originaria” e per così dire la alimenta)

2) permanere in uno stato simil-dissociativo è coerente con la struttura di personalità del paziente: paradossalmente questi pazienti trovano la loro “integrazione”, il loro momento di realizzazione, nell'auto-indursi uno stato volutamente dissociato; questo stato mentale di lucidità “ridotta” appare come luogo confortevole entro cui vivere il presente, non più soggetto ai continui attacchi della lucidità post-traumatica. Pazienti con dipendenza da eroina vivono la “bolla” narcotica come un luogo protetto che consente di sentire meno, di ferirsi meno a causa degli attacchi inferti dalle memorie traumatiche.

In questi casi la sostanza elettiva (scelta dal paziente per auto-curare problematiche psichiche pregresse, come sempre succede nei casi di tossicodipendenza cronica), diviene psicofarmaco auto-somministrato al bisogno, a cui nel tempo si diviene dipendenti. Immaginiamo che permanere in uno stato di lucidità protratta possa portare al presentarsi di sintomi dissociativi e panico: per contrastare la forte attivazione neurovegetativa, la sostanza diviene “pharmacon”, cura e veleno in assenza di altre possibilità terapeutiche.

2.5 PTSD: fenomenologia

Per sviluppare un occhio clinico adeguato inerente le problematiche psicotraumatologiche, è utile approfondire la fenomenologia del PTSD nelle sue diverse ripercussioni sulla vita dell'individuo. Cosa significa, concretamente, sopravvivere a un trauma e sviluppare un PTSD? Come abbiamo visto in precedenza il PTSD irrompe sulla scena della vita dell'individuo, in modo repentino ma pervicace,

subdolo: diviene molto difficile liberarsene perchè i meccanismi che innesca, sembrano resistenti al cambiamento.

Riporteremo qui alcune domande a cui cercheremo di dare risposte, giustificandole da fonti il più possibile autorevoli:

- *Come il PTSD irrompe sulla scena del presente, frammentando la nostra attenzione?*

La nostra attenzione procede per mezzo di continui riorientamenti: in termini attentivi siamo manipolati da ciò che ci attira di più, o che riteniamo conveniente, a partire da un criterio di selezione degli stimoli ambientali che cambia, in noi, con il procedere del tempo e a partire da molti fattori.

La “risposta di orientamento”, che struttura la nostra attenzione, ha una natura duplice: manifesta e implicita.

1. La risposta di orientamento *manifesta* è costituita da un nostro tendere “esteriore” verso un determinato stimolo, per mezzo in primis dello sguardo, poi del volto, infine del corpo in tutte le sue parti. Nel corso della crescita, avviene un percorso di maturazione cerebrale che ci consente di applicare dei filtri attentivi in qualche modo costituiti da quelli che sono i nostri valori, le identificazioni al punto di vista di altri per noi significativi, le griglie con cui osserviamo la realtà: questo processo è un processo top-down, che cioè parte dal cervello e ricade sul corpo, che agisce di conseguenza
2. La risposta di orientamento invece *implicita*, è costituita dallo spostamento della nostra attenzione “interiore”, che ci consente, per esempio, di prestare mentalmente attenzione alle reazioni di un nostro partner mentre guardiamo un film: un fenomeno totalmente invisibile agli occhi di un osservatore esterno che ci stesse guardando. Questa risposta è

maggiormente in balia delle risposte automatiche del sistema nervoso: è la prima a focalizzarsi su un potenziale pericolo, la prima a “notare” che qualcosa non va.

Le due tipologie di orientamento, in condizioni ottimali, convergono. Quando riusciamo a focalizzare sia esteriormente, ma anche interiormente, la nostra attenzione su qualcosa, possiamo goderne pienamente l'esperienza. Sono interessanti gli studi sul “flow”, quello stato mentale di piena concentrazione -estremamente ricercato dagli sportivi -in cui la mente è iperfocalizzata sul presente e ciò che si sta facendo. In condizioni di sicurezza e tranquillità, tendenzialmente riusciamo a godere del presente grazie a un'attenzione ben focalizzata sia esteriormente che “dentro” di noi.

Chi ha subito un trauma, tuttavia, vive profonde difficoltà di concentrazione e di permanenza nel momento presente. In che modo avviene questo?

Chi sperimenta un PTSD vive una difficoltà di sincronizzazione nelle due risposte di orientamento. Quello che succede, è che nel momento in cui si stia sperimentando una certa situazione “esteriore”, la risposta implicita di orientamento è segretamente allertata verso i possibili indizi che l'individuo collega al trauma. Questi indizi, i “trigger”, possono essere rappresentati sia da memorie di per sé (che tornano a fare capolino alla coscienza), che da eventi o particolari dell'ambiente esterno, che assumono valore di minaccia.

Ecco quindi verificarsi uno scollamento e una divergenza tra i due focus attentivi: la persona è nel presente, ma in qualche modo è lontana, poiché la sua attenzione implicita è mobilitata nella ricerca di possibili stimoli minacciosi.

Questo atteggiamento è frequentissimo in chi soffre di PTSD, anche non necessariamente collegato a gravi traumi. A volte basta una discussione forte con una persona a cui teniamo, o un senso di

profondo disagio sperimentato in un contesto a cui non sentiamo di appartenere, per produrci delle forme molto lievi, ma subdole, di stress post-traumatico. Il mobbing sul posto di lavoro, per esempio, porta con sé molte di queste dinamiche.

La permanenza nel presente è dunque sacrificata, i questi casi, sull'altare del bisogno di sicurezza: *solo* gli stimoli rassicuranti o minacciosi verranno notati e presi in considerazione dall'attenzione selettiva “interna”, compromessa dall'esperienza del trauma.

Si verifica in questi casi quello che viene definito “restringimento” del campo della coscienza, dato che, se all'apparenza per la persona è ancora possibile dedicarsi a un compito cognitivo esterno, la sua attenzione interiore (governata da risposte riflesse e non filtrate da un ragionamento cosciente -per questo si parla di “riflesso di orientamento”, studiato storicamente sugli animali già da Pavlov) sarà focalizzata e chiusa dagli schemi connessi al vissuto traumatico.

Si osserva inoltre una certa tendenza della persona a “ritornare” al trauma, come in modo compulsivo, con l'attenzione: questo aspetto il cui meccanismo non è totalmente chiaro (come mai non riusciamo a lasciarci scorrere addosso, semplicemente, la memoria del trauma?), diviene anch'esso altamente invalidante.

Nel libro di Pat Odgen *Il trauma e il corpo*, vengono descritti nel dettaglio questi aspetti: essendo la risposta di orientamento implicita un processo bottom-up, viene consigliato, per il trattamento, un utilizzo di strategie di sensorymotor, quindi non basate sul dialogo. Per un paziente con PTSD cronicizzato, è più importante fare un lavoro di esplorazione di questi meccanismi, portandoli alla luce soprattutto nei risvolti “incarnati” (quali sono le sue tendenze di evitamento, quali le reazioni somatiche, il senso di minaccia e la tachicardia, l'alterazione del respiro, la difficoltà nel gestire il contatto oculare, per esempio), che non impostare il lavoro solamente sull'uso della parola, spesso insufficiente.

- *Come cambia la percezione del tempo, per chi vive un PTSD?*

Nella NEWSLETTER estiva del 2018 inviata dal giornale online dell'ESTD (European Society for Trauma and Dissociation), compare un articolo a proposito del senso del tempo percepito soggettivamente nei rifugiati con vissuti post traumatici, quindi indiscutibilmente vittime di PTSD. Gli autori, italiani, si rifanno al lavoro di Lanius e Frewen "La cura del sé traumatizzato", che abbiamo qui recensito, per approfondire la questione del senso del tempo percepito da rifugiati provenienti da Afghanistan, Siria, Mali o Congo.

Il tempo, nel vissuto post-traumatico, si modella in tre modalità diverse:

1) CONTRAZIONE/DILATAZIONE:

Il senso del tempo è scandito da un orologio interno, che modella la sua velocità (o meglio, la sua velocità percepita soggettivamente da parte dell'individuo) a partire dall'arousal: questo studio (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22296278>) ha osservato come in occasione di iper-arousal e tachicardia, il senso del tempo sembri rallentare; viene ipotizzata la compresenza di tre fattori (impatto, qualità emotiva dell'esperienza, livello di arousal) per spiegare il meccanismo che sta sotto la "distorsione" del senso del tempo percepito. Nell'articolo presente sul giornale emesso da ESTD viene riportata la storia di una rifugiata che raccontava una detenzione durata 3 giorni, narrandola come se la stessa fosse durata molto di più, tanto da interrogare il terapeuta su quanto la stessa fosse in grado di ricordare effettivamente l'accaduto; osserviamo come, in questi casi, l'attraversare momenti di profondo turbamento

traumatico, dilati il tempo, che viene percepito come rallentato, quando non fermo.

Diverso invece il caso in cui, nel corso di un trauma "irrisolvibile" in corso (senza vie di fuga mediate da una comunicazione di qualunque tipo), il tempo sembra sparire (sensazione di *timelessness*): in questo caso, come ci insegna la teoria polivagale di Porges, si attivano sistemi di risposta più antichi: la mente non tenta più di fronteggiare ciò che sta accadendo (attraverso un acuirsi delle facoltà neurofisiologiche, per esempio con uno stato di arousal aumentato), ma "se ne va", fugge da se stessa in senso dissociativo, e con essa il senso del tempo. Questa risposta si accompagna a un vissuto dissociativo, in occasione di traumi troppo minacciosi per l'integrità psichica, che quindi vengono bypassati in uno stato indotto di coscienza alterata (ipo-arousal e senso di tempo scomparso). L'articolo cita l'esempio di una rifugiata detenuta, abusata e picchiata costantemente per circa un anno: ogni giorno, in questa prigione congolese, accadeva il momento dell'"esecuzione", in cui qualcuno veniva chiamato per essere portato via e ucciso: in questi particolari frangenti il tempo, per la donna, sembrava "scompare" (per un approfondimento su questi temi la Teoria Polivagale di Porges racconta in modo approfondito la neurofisiologia di queste risposte, evolutivamente adattative).

2) DIVIENE RIPETITIVO/CIRCOLARE

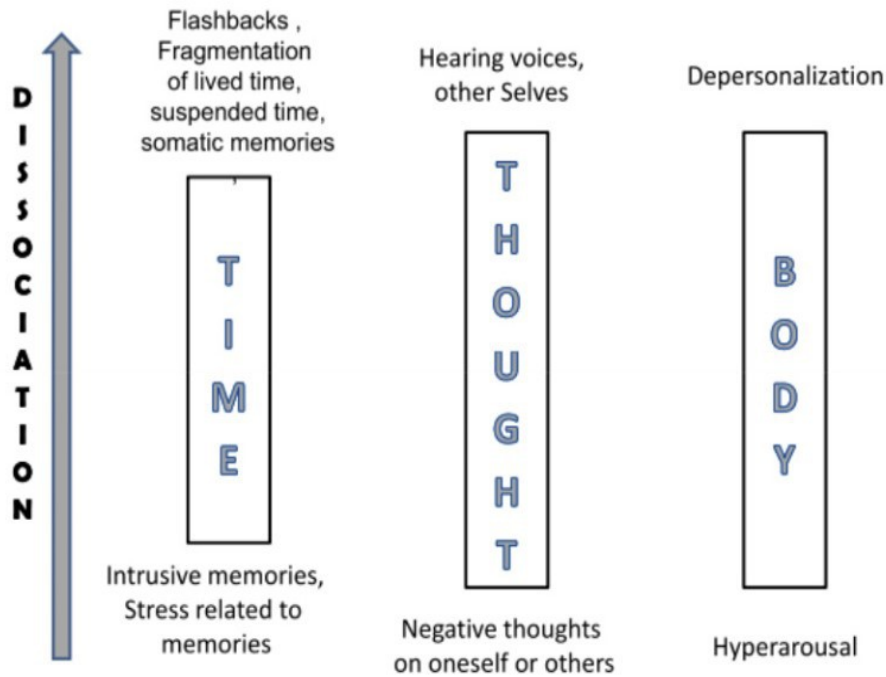


Fig. 1,

from Frewen, Lanius 2015, modified

A seguito di grandi traumi gravi, è come se il tempo *ripresentasse* se stesso attraverso flashback e incubi notturni (nei casi più comuni e di entità lieve di vissuto post-traumatico) fino a, nei casi limite, prodursi in uno sdoppiamento di registri paralleli: la persona in questo caso vive in “due tempi” contemporaneamente. Rivivere il trauma a occhi aperti, in uno stato alterato di coscienza (“crepuscolare”, ristretto e transitorio, “chiuso”), dà la sensazione al soggetto di sentirsi nel “là e allora” del trauma, perso nella rivisitazione del passato traumatico, a scapito della permanenza nel momento presente. In questo sta la natura circolare del tempo post-traumatico, che torna sempre a bussare alla porta del presente.

3) CONTINUITÀ : LE AMNESIE

Qui nell'articolo si fa riferimento al fatto che esistono nella storia percepita dei soggetti traumatizzati, dei buchi mnestici che non hanno in sé trama narrativa: il tempo, come un fiume carsico che scompare sottoterra per poi

riaffiorare, è come se in certi periodi non esistesse. Sono lampanti a questo proposito le evidenze sui registri della memoria usati da pazienti gravemente traumatizzati, che ricordano il “come” ma non il “cosa” a riguardo del trauma stesso: in questo senso, una buona psicoterapia dovrebbe traghettare il paziente “verso l'episodio”, per forzarlo a una rielaborazione (guidata) delle memorie traumatiche.

- *Nel PTSD è sempre presente la componente dissociativa?*

Nel DSM 5 il PTSD è definito dalla coesistenza di 4 cluster sintomatologici:

- *Riesperienza* (pensieri intrusivi, flashbacks, incubi)
- *Evitamento* (deficit di memoria, senso di distacco, tentativo di evitare il pensiero di luoghi o di persone associati al trauma, rinuncia alla socializzazione)
- *Alterazioni negative* (di umore, memoria e cognizione)
- *Ipereccitabilità* (tendenza a trasalire, ipervigilanza, irritabilità, disturbi del sonno, difficoltà di concentrazione)

In questo articolo (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3226703/>) scritto da Lanius e altri collaboratori, del 2010 e pubblicato sull'*American Journal of Psychiatry*, viene profilata una sotto-categoria di PTSD a partire da uno studio di neuroimaging tramite fMRI effettuato su pazienti affetti da PTSD.

In questo studio si osservarono differenti attivazioni di zone coinvolte nella gestione della memoria traumatica che sembravano rispondere a diversi “stili” di PTSD: *con* e *senza* sintomi dissociativi invalidanti. Questo ha permesso agli autori di ipotizzare l'esistenza di una sotto-categoria del PTSD (quella dissociativa), che in termini

clinici rappresenterebbe un elemento importante per effettuare diagnosi differenziali. Inoltre, gli attuali sviluppi relativi al PTSD che si rifanno alla teoria polivagale di Porges, sembrano corroborare la tesi che esistano diverse tipologie di risposte a delineare, come in questo articolo è sostenuto, due tipologie diverse di PTSD:

- 1) quella “classica”, con i sintomi da PTSD canonici (iper-arousal e pensieri intrusivi ricorrenti), osservata su soggetti meno “inibiti” dall'effetto modulatore della corteccia prefrontale (“emotional undermodulation”)
- 2) quella “dissociativa”, osservata nei pazienti con maggiore inibizione limbica: in questo caso si osservava un “collassare” delle competenze cognitive, insieme a un generale impressione di “ipoarousal”. Gli autori parlano in questo caso della dissociazione come di una strategia estrema di coping: *“The authors suggest that these data support the theory that dissociation is a regulatory strategy invoked to cope with extreme arousal in PTSD through hyperinhibition of limbic regions, with this strategy most active during conscious processing of threat “ (“gli autori suggeriscono che questi dati vadano a supportare la teoria che la dissociazione sia una strategia di regolazione invocata per far fronte a un arousal estremo nel PTSD, ottenuto attraverso l'iperinibizione delle regioni limbiche -e che questa strategia di fronteggiamento sia più attiva durante un vissuto cosciente di minaccia”)*

In senso neuroanatomico, si osservò in queste due modalità distinte di gestione del PTSD, una differente attivazione delle aree cerebrali che avrebbero modulato l'attivazione limbica in caso di minaccia:

- nel PTSD *non* dissociativo, vi sarebbe stata una sotto-inibizione della fisiologica risposta limbica al senso di minaccia (e da qui il riproporsi del ricordo traumatico altamente intrusivo);

- nel caso invece del sottotipo dissociativo, vi sarebbe stata una iper-inibizione della risposta limbica (e la risposta dissociativa come diretta conseguenza, con tutti i crolli cognitivi associati -memoria, attenzione, etc.).

Gli autori propongono un modello che vede diversi livelli di gravità del PTSD: Lanius, autrice del volume “La cura del sé traumatizzato” già citato qui, è d'accordo sul pensare che esista una sorta di meccanismo a “dente di sega” per cui uno stimolo traumatico viene elaborato fino a quando è possibile: il cervello se ne fa carico, ma oltre una certa soglia, vi sarebbe un collasso difensivo (come si osserva nei casi più gravi di PTSD) mediato dall'intervento “regolativo” della corteccia prefrontale:

“The corticolimbic inhibition model postulates that once a threshold of anxiety is reached, the medial prefrontal cortex inhibits emotional processing in limbic structures (the amygdala), which in turn leads to a dampening of sympathetic output and reduced emotional experiencing” (il modello dell'inibizione corticolimbica postula che, una volta raggiunta una certa soglia di ansia, la corteccia mediale prefrontale inibisce il processamento emotivo che avviene nelle strutture limbiche (l'amigdala), che conduce a un crollo dell'output simpatico e a un ridotta esperienza emotiva”

In questo articolo, inoltre, vengono citati moltissimi altri lavori dove viene delineata la presenza di due tipologie distinte di PTSD, con un funzionamento simile a quello descritto, che andrebbero a corroborare l'ipotesi iniziale.

Dal punto di vista clinico, per quanto riguarda il tipo non-dissociativo di PTSD, in questo articolo viene raccomandato un utilizzo prudente della terapia espositiva (verso una desensibilizzazione al ricordo del trauma). Per quanto riguarda il tipo dissociativo di PTSD, la questione si fa più complessa perchè il quadro dissociativo inibisce, tra le altre cose, la possibilità di apprendere dall'esperienza secondo

un modello di condizionamento classico (che è il cuore della terapia espositiva). Gli autori ritengono più utile in questo caso rifarsi al modello "tri-fasico" usato in ambito di psicotraumatologia, già citato in questa sede.

- *Cosa sono le flashbulb memories...*

Un termine alternativo e forse più efficace usato per descrivere le memorie traumatiche, è "flashbulb memories". Per flashbulb memory si intende un particolare tipo di ricordo bizzarramente vivido, che rimane nella memoria come intaccato dal tempo.

Le flashbulb memories stazionano nel flusso dei ricordi come pietre dure, senza che la mente riesca a svuotarle del loro potere attivante nel momento del loro affaccio alla coscienza. Facciamo un esempio concreto: ricordiamo le dure parole di un nostro professore che ci umiliò in classe per un comportamento da noi tenuto in un determinato momento. L'avvampare della vergogna e il senso di mortificazione prodotto da un rimprovero così bruciante da parte di una figura per noi autorevole, rappresenta il momento dell'*immagazzinamento* di un ricordo traumatico, che anni dopo potremo scoprire vivido e attuale in noi, come fosse successo ieri. Questo è tipico delle memorie traumatiche: ricordiamo il luogo in cui quel determinato evento ci capitò, l'emozione che ci suscitò, come reagimmo, etc. La cosa sorprendente è che, magari anni dopo, nel rievocare questo ricordo, ci potrà capitare di sperimentare le stesse identiche sensazioni ad esso correlate.

In psicotraumatologia si dice che "il trauma non viene ricordato, ma *rivissuto*". Questo è un fenomeno osservato in relazione al corpo: è il corpo infatti il teatro in cui quella scena madre/traumatica si riattualizzerà. Nel momento in cui cioè si affaccerà alla memoria quel ricordo, sarà il corpo a reagire per primo, "alterandosi" in senso difensivo (ricordiamoci che il trauma è percepito come una minaccia

reale alla vita) e preparandosi ad un'eventuale risposta (osservando gli animali, gli etologi hanno osservato che in questi momenti ci prepariamo a due tipi di risposta: una risposta di fuga oppure, quando questa non è possibile, una risposta di attacco).

- *...e i triggers?*

Ma quali sono i momenti in cui il ricordo di un determinato episodio per noi traumatico si affaccia alla coscienza? Gli "indizi" che ci ricordano del nostro trauma vengono chiamati *trigger* ("grilletto") e li troveremo sia fuori da noi, che dentro di noi. Sempre per stare sull'esempio, pensiamo a chi voglia sfuggire al ricordo di una relazione passata e finita male, e decida per un po' di evitare determinati luoghi, o di togliere da casa certe fotografie, etc. Questo avviene perchè vuole nascondere dalla vista i trigger che gli innescheranno il "turbamento" legato al trauma prodotto dalla relazione finita. Questi sono indizi "grandi", visibili: sono richiami eclatanti; pensiamo però ai "micro" indizi che hanno il potere di rievocare in noi il nostro personale trauma: potrà essere la sfumatura nella voce di una persona che conosciamo che ci riporterà ad altre persone o situazioni, un atteggiamento di qualcuno a ricordarci qualcuno che ci manca, per esempio, o di cui abbiamo avuto paura.

I trigger sono potenzialmente molti, e li troveremo in ciò che ci circonda, ma anche dentro di noi. Anche solo immaginare "quel determinato frangente", per esempio, può rappresentare, per chi abbia subito un trauma, un forte attivatore. L'evitamento è dunque non solo esterno, ma anche interno (per questo si parla di "fobia degli stati interni": cercherò di evitare di posare il mio pensiero su certi contenuti; il risultato è in definitiva l'indossare una sorta di paraocchi interiore, evitando attivamente certi pensieri).

È chiaro quindi come nel tempo, l'evitare i trigger e fronteggiare lo stress post-traumatico (di questo si tratta), conduca a un

rimodellamento dello stile di vita fino a una compromissione della libertà individuale quotidiana. Per questo si dice che spesso il trauma segna un prima e un dopo: diviene uno spartiacque tra due stili di vita diversi.

Il film di Roberto Faenza "I Giorni dell'abbandono" descrive bene queste dinamiche e questo senso di rottura. Così come descritto nel film, occorrerà attraversare la tempesta post-traumatica armandosi di pazienza e coraggio.

- *Esiste un filone di ricerca che esplori le ripercussioni dell'attività fisica/sport sul decorso del PTSD?*

La letteratura in ambito psicotraumatologico che riporta dati rigorosi che attestino l'impatto dell'attività fisica sul PTSD, è in espansione ma ancora poco consistente in termini di protocolli standard e linee guida dettagliate su cosa possa giovare a pazienti affetti da PTSD conclamato. È noto l'impatto del PTSD sul corpo, evidenziato in molteplici studi su riviste di grande autorevolezza in senso scientifico, e ben spiegato nel lavoro di luminari nell'ambito che tracciano la via della psicotraumatologia del presente, come il famoso *The body keeps the score* di Onno Van Der Kolk.

Alcune riviste maggiori, come l'American Journal of Psychiatry (<https://focus.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.focus.20170026?journalCode=foc>), o il Journal of Clinical Psychology (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/jclp.22549>), fanno riferimento a studi molto recenti condotti su pazienti affetti da PTSD attraverso l'applicazione di protocolli standardizzati di esercizi inerenti il corpo: emerge l'importanza generica di effettuare attività fisica di natura aerobica e mirata a sviluppare "resistenza", al fine di mitigare gli effetti somatici del PTSD (un ulteriore esempio qui, uno

studio del 2015 che indagava gli effetti del praticare surfing su veterani di guerra affetti da PTSD: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25189537>).

Lo studio prima citato pubblicato sul Journal of Psychology, presentava un protocollo standardizzato di 12 settimane su pazienti con PTSD, incentrato su *attività fisica costante, yoga e mindfulness*, con risultati sensibili sui sintomi del PTSD a fine percorso.

Questo ulteriore studio del 2018 pubblicato su Journal of Thraumatic Stress (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/jts.22253>), ha indagato l'effetto dell'esercizio fisico aerobico sull'attivazione del sistema endocannabinoide, evidenziando un aumento della produzione di endocannabinoidi a seguito di attività fisica prolungata, ma a quanto pare con minore intensità per i soggetti affetti da PTSD.

Questo studio meta-analitico pubblicato nel 2017 su Disability and Rehabilitation (<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09638288.2016.1226412?journalCode=idre20>) ha ricapitolato 5 diversi studi per un totale di 192 pazienti affetti da PTSD, evidenziando sicuri benefici e suggerendo un generico *"2 sessioni settimanali di resistance-training a settimana insieme a un 150' di esercizio moderato o 75' di esercizio vigoroso a settimana diviso in più sessioni"*.

Su Acta Psychiatrica Scandinavica, questo studio randomizzato del 2014 (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/acps.12371>) indaga la differenza tra un trattamento con o senza esercizio fisico su un gruppo di 81 pazienti con PTSD primario (diagnosticato sul DSM IV, escludendo i casi in cui sarebbe stato meglio parlare di trauma

complesso, o gli individui affetti da patologie croniche a livello fisico che avrebbero confuso il processo di analisi), evidenziando un miglioramento maggiore tra chi trattato anche con l'ausilio di esercizio fisico (in questo caso *30' di cardio-fitness a settimana supervisionato da un istruttore nel contesto dell'ospedale, due sessioni da effettuare a casa e un programma controllato di camminata minima -fino a 10000 passi- da fare al giorno per ogni soggetto*). Questo studio rappresenta il primo tentativo sistematizzato di offrire una risposta ultima alla domanda se l'integrare un approccio incentrato sul corpo al trattamento usuale per il PTSD (formato solitamente da psicoterapia, approccio farmacologico e interventi di gruppo), offra risultati clinici duraturi nel tempo. L'articolo risponde, con i suoi risultati, in modo affermativo, con enfasi particolare posta sugli esercizi di resistenza e sugli esercizi aerobici, da usare di preferenza con questo tipo di pazienti.

L'impressione generale è che si vada verso una sempre maggiore integrazione di approcci a ispirazione cognitivista (quindi tecniche mutuata dalla CBT, come l'esposizione progressiva agli stimoli fobici per via immaginativa, oppure tecniche più recenti come l'EMDR), con approcci di natura somatica che funzionino in direzione bottom-up. C'è ottimismo in tal senso, vista anche la natura grandemente somatizzata dei sintomi del PTSD. Non esiste tuttavia in letteratura un protocollo di esercizi fisici (cosa fare e con quale tipo di paziente) diventato lo standard da applicare con pazienti affetti da PTSD. La maggior parte degli studi rilancia a future esplorazioni e studi di ricerca la questione di "cosa far fare" praticamente con i pazienti nel

corso di un percorso di riabilitazione integrata che metta insieme psicoterapia, approccio psicofarmacologico e terapia incentrata sul corpo.

- *Come cambia la gestione del contatto oculare, nei pazienti affetti da PTSD?*

Le tecniche di brain imaging consentono di osservare in tempo reale le zone del cervello che vengono coinvolte durante particolari accadimenti. In questo studio del 2012 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Effect%20of%20direct%20eye%20contact%20in%20women%20with%20PTSD%20related%20to%20interpersonal%20trauma:%20Psychophysiological%20interactionanalysis%20of%20connectivity%20of%20an%20innate%20alarm%20system%5ball%5d&>) i ricercatori osservarono la gestione del contatto oculare e le conseguenze di essere sottoposti a uno sguardo “diretto” tra persone con e senza stress post traumatico (PTSD).

In questo esperimento, che utilizzava un software con un avatar che volgeva uno sguardo diretto al partecipante, veniva in tempo reale osservata la risposta al contatto oculare diretto. Si osservava che i due gruppi avevano risposte diverse: nel gruppo senza PTSD veniva coinvolta una zona del cervello più recente ed evoluta, con cui rappresentiamo la mente dell'altro e ci mettiamo in connessione. Nel gruppo con i soggetti a PTSD, invece, si osservava l'intervento di zone più antiche e profonde, all'interno del tronco dell'encefalo, che si attivano solitamente in caso di pericolo di vita e minaccia. L'attivazione di queste zone più profonde, tra l'altro, disconnette le altre parti del cervello che ci permettono di entrare in contatto con gli altri, rendendoci di fatto a-sociali nel senso più letterale del termine, ovvero “non in grado” di affiliarci e creare connessione agli altri.

Questo studio ben evidenzia come, per coloro che sopravvivono a un trauma o più traumi cumulativi, la gestione del contatto oculare può rappresentare un primo ostacolo verso la possibilità di introdursi all'interno di un gruppo di pari, di creare un legame.

Quando anche solo uno sguardo diretto è in grado di allarmarci, poiché percepito come intrusivo e violento, la gestione del rapporto nel suo divenire (che dovrebbe avvenire in un contesto di sicurezza percepita e assenza di ansia), diviene problematico e difficoltoso. Uno sguardo, per chi sopravvive a storie traumatiche, è in grado di riattivare vissuti di minaccia: viene caricato di significati che spesso non trovano giustificazione nella situazione presente, ma hanno senso se pensati come connessi a qualcosa di passato, antico e mai veramente elaborato e digerito in senso relazionale.

2.6 Le linee guida per il trattamento

La letteratura più recente relativa al trattamento della problematiche di tipo post-traumatico, trova d'accordo i vari autori a proposito di un dover procedere per fasi, che potrebbero essere elencate come segue:

- 1) Creazione dell'alleanza terapeutica*
- 2) Stabilizzazione dei sintomi post-traumatici e dissociativi*
- 3) Esplorazione ed elaborazione diretta delle memorie traumatiche*
- 4) Lavoro di integrazione e chiusura*

Queste fasi, come verrà in seguito approfondito, vanno pensate come da affrontare in momenti consequenziali della terapia, e nel caso in cui una fase non riuscisse ad essere completata, si potrà tornare alla fase precedente per ristabilire le giuste condizioni per il

progredire dei lavori. Come si legge nello schema, l'*alleanza* terapeutica rappresenta la base imprescindibile per il lavoro con i pazienti. Essa è da considerarsi come l'alfa e l'omega del lavoro clinico e, nel caso in cui ci si accorgesse che la fiducia del paziente è compromessa, occorre tornare a discuterla e definirla cosicché il lavoro clinico possa muoversi su un terreno solido. La questione dell'*alleanza* terapeutica è da ritenersi di primaria importanza: non è possibile lavorare con un paziente traumatizzato se non in una condizione di totale fiducia clinica. Le persone con sviluppi traumatici portano con sé non solo le ferite relative ai grandi traumi subiti, ma anche stili di attaccamento insicuri e maturati in ambienti difficili dal punto di vista relazionale. Spesso ci troviamo di fronte a persone che hanno fatto dell'evitamento e della previsione di catastrofi, uno stile di vita che ha consentito loro di sopravvivere psichicamente in ambienti difficili e imprevedibili. La questione della fiducia rappresenta quindi il primo obiettivo clinico. Sarà responsabilità diretta del terapeuta valutare la sua propria disponibilità e il controtransfert (per usare una terminologia psicodinamica che tuttavia ben sintetizza l'insieme delle emozioni suscitate da un certo paziente), per poter garantire una piena disponibilità clinica e la possibilità di rinegoziare molte volte l'*alleanza* terapeutica.

I pazienti che hanno sofferto in passato per ragioni relazionali, tendono a riattuare con il terapeuta i traumi e le difficoltà incontrate in passato, spesso mettendo in discussione il legame o cercando continue conferme a prova della solidità di questo. Ristabilire l'*alleanza* terapeutica vuol dire quindi saper ri-costruire il legame e l'*alleanza* ogni qualvolta questa venga messa in discussione. Non è tanto importante quindi che l'*alleanza* sia sempre perfetta e granitica: importante sarà ridefinirla e ricostruirla quando venga messa in discussione.

Il lavoro sulla stabilizzazione dei sintomi sarà l'oggetto specifico dei prossimi capitoli. È un passaggio obbligato per il lavoro della fase

successiva, ovvero il lavoro sulle memorie traumatiche. La difficoltà infatti nel lavoro con le memorie traumatiche, è il forte potere attivatore delle stesse, come già in precedenza esplicitato. Evocare la memoria di un trauma o di una certa atmosfera traumatica, può indurre una ri-attuazione del trauma nel paziente. Bisognerà quindi che il paziente sia sufficientemente stabilizzato in termini sintomatologici affinché le memorie possano essere narrate in psicoterapia senza che diventino sorgente di emozioni troppo veementi e incontrollabili. Stabilizzare i sintomi vuol dire lavorare sulla gestione dell'emotività e sulla regolazione emotiva. Si veda dunque la seconda parte del manuale per un'idea a riguardo del lavoro con i sintomi da disregolazione emotiva e con i sintomi dissociativi.

La terza fase del lavoro con pazienti post-traumatici consta del lavoro diretto sulle memorie traumatiche. È opportuno che il lavoro sulle memorie si sposti dalle memorie relative ai cosiddetti traumi con la T maiuscola -se presenti (ovvero traumi soverchianti e singoli come incidenti, disastri naturali, aggressioni sessuali, etc.)- ai traumi cumulativi e ripetuti tipici dei quadri complessi -quando presenti.

Il lavoro con i grandi traumi è relativamente più semplice perché si ha a che fare spesso con un singolo episodio che difensivamente viene escluso dal normale lavoro di elaborazione mnemonica a causa della sua portata emotiva veemente. Prendiamo per esempio il caso di una signora che abbia vissuto uno shock anafilattico a seguito dell'assunzione di un farmaco a cui è allergica, dove abbia rischiato effettivamente la morte e che le abbia lasciato potenti strascichi post-traumatici. Il lavoro su questo tipo di ricordo è un lavoro in cui occorre verbalizzare la componente emotiva connessa al ricordo: laddove infatti l'emozione associata all'evento sia stata troppo grande e di difficile gestione, occorrerà ripercorrere narrativamente l'evento al fine di analizzare, passo dopo passo, le emozioni sperimentate dal paziente nel corso dello svolgersi dell'episodio stesso.

Per fare questo come si è detto occorre che il paziente si sperimenti in una posizione di sicurezza. Come ben sanno gli attaccamentologi, è la base sicura la conditio sine qua non per l'esplorazione; la stessa cosa avviene in terapia: è la fiducia di base e l'alleanza terapeutica la piattaforma necessaria a compiere quei movimenti esplorativi necessari ad affrontare le memorie traumatiche.

Volendo provare a schematizzare in punti i momenti del lavoro relativo all'elaborazione delle memorie traumatiche:

- È necessario innanzitutto creare dei collegamenti di pensiero tra il frame dell'episodio (ovvero lo specifico frangente dell'episodio) e l'emozione sperimentata. Qui si incontrano spesso delle resistenze perché ricordare (usando la memoria episodica) l'emozione vissuta è difficile per il paziente: difensivamente sono state escluse dalla coscienza informazioni e ricordi di sensazioni corporee. È necessario tuttavia ripercorrerlo in compagnia del terapeuta affinché, conferendogli una dimensione narrativa, diventi verbalizzabile e insieme pensabile.
- L'obiettivo è che il paziente possa pensare a quel singolo frame senza che questo gli produca un'attivazione invalidante sul piano somatico. Alcune ipotesi relative al funzionamento dell'EMDR sembrano avallare questa linea di intervento: la stimolazione corporea (per esempio facendo seguire l'indice al paziente o tamburellandogli le ginocchia o le mani) distrae la memoria somatica nel momento in cui è rievocato l'episodio traumatico. È come se, per il paziente, il ricordo somatico e quello episodico fossero fusi in un unicum che necessita di venire spaccato a metà: è importante cioè che il paziente possa ricordare l'evento accaduto senza che questo lo attivi troppo in senso somatico. Il dato episodico, cioè, deve venire sganciato dalla corrispettiva alterazione somatica, ed è quello

che chi pratica l'EMDR con pazienti post-traumatici cerca di fare.

- Lavorare con le memorie traumatiche significa normalizzare e rendere pensabili i ricordi. La natura dei ricordi traumatici, come in precedenza si è detto, è di essere come pietre dure immobili nel flusso dei ricordi, non scalfite dal tempo. La narrazione in un contesto di sicurezza aiuta inizialmente il lavoro di esplorazione dei momenti più difficili vissuti dal paziente; in un secondo momento potranno essere messe in pratica delle tecniche che si sono dimostrate efficaci nel lavoro con le memorie traumatiche (per esempio la moviola, come verrà in seguito approfondito).
- Le memorie più attivanti vengono mantenute dissociate dalla coscienza, perché portatrici di emozioni troppo veementi. Il lavoro di narrazione in una condizione di sicurezza aiuta a re-introdurle nella storia del paziente, in un'ottica integrativa. L'obiettivo è che il paziente possa raccontare di sé in modo integrato, avendo una percezione unitaria (e non frammentata) della sua storia. È quindi necessario produrre una riflessione nel paziente a riguardo di ciò che possa aver ereditato dal trauma, che andrà riletto come possibile fonte di cambiamento e di crescita interiore.
- Produrre insieme al paziente una narrazione a riguardo delle immagini con la maggior carica traumatica, favorisce il processo di mentalizzazione dell'esperienza traghettando il ricordo dal registro mnestico somatico/episodico, a quello semantico. La tecnica della moviola risulta potente in questo senso perché consente di aumentare la mastery in relazione all'atto di ricordare. Come funziona questa tecnica? In pratica occorre far immaginare al paziente di osservarsi nel momento dell'evento traumatico, attraverso gli occhi di un altro per lui significativo. Nel momento in cui per esempio il paziente

racconti il trauma, gli chiederemo di immaginare che sulla scena sia presente una persona per lui significativa, che lo stia guardando. Cosa gli dirà quella figura, per calmarlo? Che tipo di rassicurazione gli darà? Per una spiegazione esauriente della tecnica si veda oltre.

Come si nota dai precedenti elementi, l'obiettivo con il paziente è di rendere pensabile quello che tende ad essere dissociato, cosicché possa essere re-integrato all'interno dello "spettro della coscienza". Se immaginiamo il campo della coscienza del paziente come una grande lavagna bianca, al momento della fine "ideale" del percorso psicoterapeutico è auspicabile che tutti i contenuti accessibili al paziente risultino tracciati e "tracciabili" all'interno della lavagna integra, unificata, senza parti mancanti (metaforicamente, le parti dissociate). Come tutti i teorici della psicotraumatologia concordano nel dire, occorre che la psicoterapia abbia come fine ultimo l'integrazione completa delle parti dissociate, cosicché nel "libro della vita" del paziente possa essere rintracciato un filone unico coerente e narrativamente sequenziale, all'interno del quale i "capitoli" siano collegati l'uno all'altro, non risultando frammentati o scissi.

CONCLUSIONI (per un approccio integrato e post-ideologico)

Nel suo libro "Il mondo nella mente", il filosofo ed epistemologo Mario Galzigna esegue un'analisi accurata di ciò che dal suo punto di vista rappresenta l'humus epistemologico dal quale si sviluppa la psichiatria moderna, partendo da un'analisi storico-filosofica della psichiatria per come la conosciamo. Epistemologia, l'autore ci insegna, è l'insieme degli assunti su cui si fonda un determinato sapere, e nessun ambito scientifico ne è esente, in particolar modo laddove si utilizzi, come metodo conoscitivo, il metodo ipotetico

induttivo (partendo cioè da evidenze fino ad arrivare ad assiomi postulati in base al ricorrere di queste stesse evidenze, metodo mai perfetto, per sua natura, su cui si fondano le attuali scienze umane, medicina compresa).

Compiere un lavoro di analisi epistemologica a riguardo della salute mentale, obbliga chi la esegue a uno sforzo duplice: da un lato gli chiede di mettere in luce il percorso storico (la genealogia) che portò al formarsi di alcune convinzioni, dall'altro lo obbliga ad ammettere come ogni sapere debba contestualizzarsi entro un determinato scenario: l'etnopsichiatria e l'etnopsicoanalisi sono esempi lampanti di come, in culture diverse, germoglino forme diverse di sofferenza mentale. Già solo considerare come in qualsiasi stato dell'Africa centrale, la malattia mentale non abbia né le fattezze, né la rappresentazione sociale che ne abbiamo in Occidente, dovrebbe interrogare il clinico, secondo Galzigna, su come esistano assunti epistemologici e trame concettuali formatesi storicamente assolutamente, indiscutibilmente contestuali, non assolute.

Eseguire un lavoro sull'epistemologia, è tuttavia necessario affinché non ci si formalizzi entro percorsi concettuali rigidi, che rischierebbero di oscurare il campo di osservazione nei confronti della malattia mentale, fenomeno complesso e cangiante insieme alla cultura che lo ospita. In questo senso, l'autore cita alcuni studiosi di antropologia clinica e medica impegnati a smascherare le sottotracce epistemologiche dei sistemi di cura del mondo occidentale, come Tanya Luhrmann, che per 6 anni (dal 1989 al 1995) eseguì un lavoro di osservazione antropologica sul campo immergendosi nei luoghi di cura psichiatrica degli Stati Uniti, per arrivare alla stesura del suo volume *Of Two Minds*, nel quale rifletté sulla distanza apparentemente inconciliabile tra l'approccio neurobiologico e il mondo della psicoanalisi/psicoterapia in ambito di salute mentale.

Un lavoro come quello dell'etnografo clinico, prosegue Galzigna, consente di operare quella che definisce un'*ascesi epistemologica*:

imparare quali sono gli assunti sui quali si ragiona in termini clinici, al fine di superarli, per andare oltre.

In questo senso, negli ultimi anni si è osservata una certa tendenza a movimenti convergenti di discipline che alla radice sembravano inconciliabili (per esempio la neuroscienza e la psicoanalisi, oggi conferite nella nuova -ma già auspicata da Freud- neuropsicoanalisi, oppure gli approcci top-down e bottom-up), che hanno trovato la loro giustificazione nelle scoperte relative a come l'ambiente possa modellare l'espressione genica (gli studi per esempio sull'apprendimento, o sull'ansia o la paura appresa). L'autore si augura, in questo senso, che sempre di più ci si possa muovere verso un approccio integrato.

Come abbiamo visto, l'approccio al problema psicotraumatologico, nella sua complessità, prevede un intervento integrato che metta insieme:

- la terapia trifasica teorizzata da Pierre Janet (qui rimodulata in un approccio che contempla 4 momenti diversi)
- un'attenzione alle ripercussioni somatiche del PTSD o PTSDc
- la presenza, quando necessaria, di una terapia psicofarmacologica da assumere in modo regolare, nel contesto di una solida alleanza terapeutica

Recenti filoni di ricerca, già applicati in senso clinico, vi aggiungono un'attenzione rinnovata agli aspetti più strettamente corporei o che collegano a doppia mandata il corpo alla mente: pensiamo per esempio agli studi di psicobiotica e psiconutrizione, al lavoro promosso da associazioni come la SIPNEI (in Italia), agli approcci Bottom-Up ispirati dal lavoro di Pat Odgen, all'integrazione di una necessaria attività aerobica al proprio stile di vita per promuovere il benessere mentale, o al recente approccio al PTSD e PTSDc per mezzo dell'EMDR o della mindfulness.

Il prossimo volume di questo E-book (parte 2) sarà incentrato sulle pratiche più efficaci, calate nel lavoro di psicoterapia, da utilizzare con i pazienti affetti da PTSD e PTSDc.

Raffaele Avico

Torino, ottobre 2018

raffaeleavico.it

