

# Una concezione attuale del trauma: cosa farne all'interno della cornice terapeutica.

**Dott.ssa Giorgia Aloisio**

Come possiamo definire un “trauma”? Come classificarlo all'interno delle nostre categorie? Possiamo sostenere che un trauma è una reazione di ordine psichico causata da un fattore traumatico (stressor), reazione nella quale il soggetto si sente sopraffatto da emozioni angoscianti ed intollerabili (Caretto, Craparo, 2008): di fronte a ciò sono frequenti reazioni di fuga, disorientamento, perdita del controllo sulla situazione. Questi eventi possono risolversi in maniera più o meno rapida senza conseguenze (ciò dipende da diversi fattori, tra cui le caratteristiche dell'evento ma anche la struttura caratteriale dell'individuo, dell'ambiente psico-sociale nel quale è cresciuto e/o vive, della sua struttura somatica, ...) ma possono anche irrigidire il soggetto che, a lungo andare, rischia di scivolare all'interno di un quadro francamente psicopatologico. A volte, per resistere ai devastanti effetti del trauma, l'individuo (bambino o adulto) mette in atto il meccanismo difensivo della dissociazione, meccanismo di per sé non patologico, se utilizzato in maniera adattativa. Naturalmente questo meccanismo ci è ben noto nella clinica, perché processo alla base di alcuni disturbi psichiatrici di notevole entità (disturbo post-traumatico da stress, disturbo acuto da stress, disturbi dissociativi, disturbo borderline di personalità e spettro dei disturbi di area limite, ...).

Secondo il **DSM IV**, per trauma intendiamo un evento di natura stressante e violento (morte, lesioni, minacce all'integrità psico-fisica), e questi criteri sono inclusi anche all'interno del disturbo post-traumatico da stress e del disturbo acuto da stress: ma dalla letteratura delle ultime decadi, possiamo affermare con una certa sicurezza che non sono solo i traumi violenti ed evidenti a “traumatizzare” un individuo.

Winnicott e Bowlby, per esempio, già ci hanno parlato di “**atmosfera traumatica**” per spiegare l'origine di alcuni disturbi dell'adulto, ricostruendo la sua storia evolutiva ed i rapporti con le figure di accudimento: altri autori hanno definito “**microtraumi relazionali**” quegli eventi non palesemente traumatici avvenuti nelle prime fasi evolutive del bambino che hanno in qualche maniera interferito con il suo sviluppo e con l'evoluzione del processo di attaccamento all'interno delle relazioni con il caregiver. Questo vuol dire che un bambino può subire un evento od una serie di eventi apparentemente neutrali agli

occhi del genitore o di chi si occupa di lui e viverlo invece come traumatico, subendone le ripercussioni nel corso degli anni. Per eventi traumatici possiamo intendere trascuratezza, mancata sintonizzazione della madre con i bisogni del suo bambino, contraddittorietà nelle cure e nella protezione dell'infante, e tutti quegli eventi definiti da Schore (2002) "microtraumi relazionali precoci", traumi causati da un genitore che non è esplicitamente maltrattante.

Numerosi autori, inoltre, concordano nel ritenere che esista una correlazione tra **trauma** e **dissociazione**: già Janet (1889) si era occupato di questa tematica, ed era giunto all'ipotesi che la dissociazione fosse un cattivo adattamento messo in atto per far fronte ad una situazione traumatica, non affrontabile altrimenti. Sigmund Freud, all'inizio della sua carriera, si era posto di fronte al dilemma se, all'origine della nevrosi isterica, ci fosse un trauma dovuto ad una seduzione perpetrata ai danni del paziente (all'epoca bambino) o se questa seduzione fosse semplicemente frutto della fantasia del paziente stesso (S. Freud, 1895).

Nel 2001, Frank W. Putnam ha pubblicato un testo di estrema importanza per i professionisti e per gli operatori della salute mentale, dal titolo *La dissociazione nei bambini e negli adolescenti: una prospettiva evolutiva*. In base alla visione dell'autore, l'abuso in età infantile ed in adolescenza è frequentemente causa di dissociazione, e ciò conduce spesso all'esito di un quadro psicopatologico di media-grave entità. Come sostiene Young (1988), la dissociazione può essere definita come "un attivo processo inibitorio che esclude dal campo della coscienza stimoli interni ed esterni". Quando questi stimoli esterni sono troppo gravosi da essere accettati dal soggetto (come, ad esempio, la coscienza che un genitore ci ha maltrattati o ha abusato di noi), questi stimoli vengono forzatamente esclusi dal campo della coscienza, esclusione che naturalmente porta con sé una serie di conseguenze psicologiche che richiede alla psiche dell'individuo un grande sforzo dinamico costante, difensivo e repressivo, senza poi contare la sintomatologia annessa. La realizzazione della rete di interazioni neuro-corticali e sottocorticali che viene a formarsi nei primissimi anni di vita rischia di venire compromessa nella sua integrazione e nel suo formarsi (Langeland e Olf, 2008). Il soggetto traumatizzato, quindi, in età evolutiva può aver vissuto un attaccamento disorganizzato, l'espressione fenomenologico-relazionale più evidente di questo processo. Di qui le conseguenze, purtroppo, sono note a tutti noi: questo tipo di attaccamento risulta essere alla base delle primissime esperienze di vita di numerosi dei nostri pazienti e sono alla base di differenti quadri psicopatologici.

La memoria implicita (Mancia, 2005) conserva nella mente del paziente un ricordo troppo antico per essere stato incamerato in modalità consapevole: nonostante questo fattore, tale memoria continua ad agire senza che l'individuo stesso ne sia consapevole, riproducendo schemi patologici ma noti.

È anche possibile che un grave trauma vissuto dal genitore possa, sempre in modalità inconscia, venire trasmesso al bambino, ad esempio attraverso un tipo di attaccamento disorganizzato o tramite l'innescò di un errato sistema motivazionale a base innata (ad esempio, il sistema competitivo): ecco qui i casi di bambini ai quali, durante l'infanzia, i genitori possono aver non solo fatto abuso, ma ai quali possono essere state indirizzate richieste inconsuete ed inappropriate (per dare un'idea, l'atteggiamento di un genitore che cerca sollievo e sostegno dal suo neonato).

Cosa può dire a noi, specialisti della psiche, questo tipo di ragionamento? Io ritengo che le tesi degli autori che citati poco sopra siano di estremo valore e consiglierei a tutti i colleghi di approfondirne la conoscenza. Si tratta di materiale prezioso: e per questo motivo dobbiamo ringraziare coloro i quali se ne stanno occupando.

Dal mio punto di vista, che è naturalmente personale e certo non desidera trarre conclusioni affrettate, senza voler creare una barriera alla comprensione del nostro paziente, questi sono alcuni tra gli spunti sui quali poter proficuamente riflettere:

- Conosciamo bene i compiti del terapeuta, primo fra tutti l'ascolto empatico. Questo ascolto deve essere maggiore di prima, profondo, intenso, davvero empatico e deve saper cogliere anche "il non detto" che sottende il verbale ed il non verbale. Dobbiamo essere in grado di "sentire le parole", come ci suggerisce Mauro Mancia, andando oltre la superficie, provando ad indagare le prime fasi evolutive dell'esistenza del paziente, tendendo l'orecchio verso il vissuto del paziente nei confronti delle figure di accudimento nei primi anni di vita: questo ci aiuterà anche a fare delle ipotesi sul tipo di attaccamento che queste figure hanno instaurato col paziente in età evolutiva e sull'eventuale trauma evolutivo.
- Poiché stiamo parlando anche di età evolutiva, la conoscenza delle possibili conseguenze di attaccamento, accudimento, relazioni precoci, può aiutarci nell'osservazione di bambini e di adolescenti, in modo da rintracciare questi microtraumi ed intervenire precocemente.

- Indagare i primissimi anni di vita del paziente risulta utile non solamente al paziente, ma può esserlo anche nell'esperienza genitoriale del paziente stesso: sapere di essere "portatore" di un tipo di attaccamento piuttosto che di un altro, essere consapevoli della patogenicità di certi fattori accaduti nella propria esperienza di bambino, possono prevenire e preservare l'infanzia di chi verrà dopo di noi.
- Non potevo non riferirmi anche alla figura del terapeuta: l'analisi personale, di fronte ai concetti enunciati, può far luce sulla nostra psiche, la nostra infanzia, il nostro poter essere davvero in contatto con la psiche del paziente e con la sua esperienza di vita.

Dott.ssa Giorgia Aloisio

Via Gadames, 3

00199 – Roma

Cell. 328 019 42 86

[www.giorgiaaloisio.it](http://www.giorgiaaloisio.it)

### **Bibliografia:**

- Caretti, Craparo, a cura di (2008) *Trauma e psicopatologia. Un approccio evolutivo-relazionale*. Roma: Astrolabio.
- Freud S. (1895) *Studi sull'isteria*, in Opere, volume I. Torino: Bollati Boringhieri.
- Janet P. (1889) *L'Automatisme psychologique*, Parigi: Alcan.
- Langeland, Olf (2008) "Psychobiology of posttraumatic stress disorder in pediatric injury patients: A review of literature", *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, n.2, pp. 161-174.
- Mancia M. (2005) *Sentire le parole*, Torino: Bollati Boringhieri.
- Putnam F. W. (2001) *La dissociazione nei bambini e negli adolescenti: una prospettiva evolutiva*. Roma: Astrolabio (2005).
- Schore A. N. (2002) "Dysregulation of the right brain: a fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of posttraumatic stress disorder" *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, n. 36, pp. 9-30.
- Young W.C. (1988) "Psychodynamics and dissociation: All that switches is not split", *Dissociation*, n.1, pp 33-38.