

TRAUMA PSICOLOGICO

Dott. De Angelis

Il significato di trauma psicologico ha radici nel greco classico: etimologicamente significa ferita (trauma) dell'anima (psyché). Questa definizione rimanda all'idea di una lesione lacerante che investe la mente e crea una ferita, che separa e divide, invece che unire ed integrare.

Una delle principali funzioni della mente è quella di creare costantemente un senso coerente al fluire degli stati interni: pensieri, emozioni, sensazioni divengono parte dell'esperienza cosciente e acquisiscono un significato personale che dipende dalla storia di vita di ciascuno. In altre parole dell'intero susseguirsi di stimolazioni, sia interne che esterne, la mente riesce a selezionarne solamente alcune rilevanti e a darne un senso sulla base degli apprendimenti personali precedenti, riferendosi al proprio Modello Operativo Interno, cioè alle idee e alle aspettative su di se stessi, sugli altri e sul mondo che abbiamo creato attraverso l'interazione con i caregivers, e con tutte le persone che in qualche modo sono state importanti e rilevanti nella crescita personale.

Tuttavia, questa funzione fondamentale del cervello, che gli consente di far operare in modo coordinato le diverse aree cerebrali, in determinate occasioni si interrompe: la rete di connessioni neurali si frammenta e separa il ricordo in elementi non integrati che hanno una sorta di vita propria. Tale è l'esito del trauma psicologico: la disintegrazione delle funzioni cerebrali e, conseguentemente, del ricordo dello stesso.

Non ogni esperienza dolorosa è traumatica. Il trauma ha precise caratteristiche: è un evento imprevedibile, violento o catastrofico, genera orrore e paura senza scampo nella persona che lo patisce o che ne viene a conoscenza, è un avvenimento che implica morte, ferite o minacce all'integrità fisica della persona che lo subisce. Qualora un episodio con tali caratteristiche generi una frattura (un trauma) nel flusso di coscienza, la persona esperisce una scissione nel proprio vissuto chiamata dissociazione peri-traumatica che divide, compartimentalizza, l'evento patito, o di cui si ha notizia, in diverse componenti che rimangono separate: queste, a loro volta, si ripresentano alla coscienza sotto forma di flashback dell'evento come se venisse vissuto ancora una volta nel qui ed ora e di incubi ricorrenti dell'avvenimento doloroso. Rimangono vive le memorie corporali e procedurali: si hanno le medesime percezioni fisiche, si assume la stessa postura nella quale è stato patito l'episodio e che è rimasta congelata nella memoria. La persona è intrappolata in un allarme continuo che le impone di vigilare su qualsiasi stimolo che sia associato al trauma e che possa implicare un eventuale pericolo. La dissociazione può soggettivamente essere vissuta come numbing cioè un appannamento della coscienza, una sensazione di confusione e di distacco dalle sensazioni fisiche ed emotive; in casi estremi e particolarmente drammatici, la persona ha la percezione di vedersi dall'esterno (come spesso accade alle vittime di stupro di gruppo o di tortura).

Il trauma, e il ricordo dello stesso, hanno come risultato una difficile regolazione degli stati interni: la persona sperimenta una iper-attivazione (continua vigilanza sulla presenza di pericoli, comportamenti aggressivi di attacco contro pericoli percepiti, flashback) e una ipo-attivazione (evitamento delle situazioni che rimandano al ricordo traumatico, numbing, sentimenti di vuoto ed impotenza) della risposta psicofisiologica. Si ha, dunque, difficoltà a mantenere uno stato di attivazione equilibrata degli stati interni (emotività incontrollata che oscilla tra rabbia, ostilità, vergogna, senso di colpa ed impotenza, comportamenti e stati viscerali – pulsazioni cardiache, respirazione, pressione sanguigna, ecc.): i sistemi di regolazione autonoma, sistema simpatico (reazioni di attacco-fuga) e sistema parasimpatico (rallentamento, immobilità, finta morte), divengono iperattivati, cosicché la persona non è più in grado di mantenere una finestra di tolleranza (oscillando tra rabbia, paura senza scampo, comportamenti di attacco e di fuga, vergogna ed impotenza) che rende difficile l'elaborazione e l'integrazione della memoria traumatica nel sé. In questo stato psicologico un'esperienza traumatica non ha la possibilità di divenire parte integrante della storia personale, vale a dire come un fatto sì doloroso, ma passato che non può più nuocere, ma anzi viene inconsapevolmente mantenuto attivo dai meccanismi di dissociazione che sono l'esito più prossimo dell'evento traumatico.

La teoria polivagale spiega come queste reazioni fisiologiche, se perduranti nel tempo, possano influenzare la nostra salute. Il nervo vago (il X nervo cranico), che sostiene la regolazione dei sistemi autonomi simpatico e parasimpatico, ha connessioni sia con i visceri, che con il volto: espressioni facciali, regolazione cardio-respiratoria e digestione sono intimamente connessi attraverso il nervo vago e i differenti nuclei sottocorticali nei quali avviene l'elaborazione delle stimolazioni ambientali. Il nucleo ventrale del vago, infatti, dal quale parte un ramo mielinizzato del nervo e che filogeneticamente più recente, è attivo quando non ci sono condizioni di pericolo e ha un effetto calmante sul cuore permettendo l'interazione sociale, l'espressione di sentimenti di affiliazione e di cooperazione sociale. Qualora non ci siano le condizioni di sicurezza necessarie per mantenere comportamenti pro-sociali o di richiesta di aiuto e prossimità, si attiva il sistema simpatico che ha la funzione di mettere la persona in grado di rispondere al pericolo in maniera adrenergica e tonica (muscoli in tensione, battito cardiaco accelerato e maggior ossigeno nel sangue, attenzione elevata, così da rispondere prontamente ad un eventuale predatore). Se anche questo sistema fallisce, quando cioè la persona non ha scampo, risulta impotente ed in imminente pericolo di morte, il sistema nervoso attiva la via neuronale più antica che parte dal nucleo dorsale del vago, e che l'uomo ha ereditato direttamente dai rettili, quella della disattivazione di ogni sistema di difesa, fino all'immobilità e la finta morte. Questa modalità di rispondere ai pericoli si è evoluta per difendersi dai predatori i quali, non mangiando animali già morti perché potenzialmente infetti, vedendo una possibile preda come già morta (la finta morte dell'opossum) la lasciano andare.

La funzione di ricerca di vicinanza protettiva, stimolata dal nucleo ventrale del vago, è attiva fin dalle prime fasi di vita; essa assume il nome di attaccamento. Questo si compone di una serie

di comportamenti che elicitano la risposta protettiva del neonato da parte dell'adulto il quale, comprendendo i bisogni del bambino, gli dà una risposta adeguata. In termini neurobiologici, l'adulto ha, tra le varie altre funzioni, anche quella di essere uno strumento di calma e sicurezza: proprio quello che fa il sistema parasimpatico. Tuttavia, non sempre l'adulto riesce a sintonizzarsi con i bisogni del neonato; se ciò avviene cronicamente e ripetutamente, con i casi estremi dell'abbandono e del neglect, il neonato spegnerà le sue richieste portando, nel tempo, ad una costante ipoattivazione dei propri stati interni. Dunque, proseguendo nello sviluppo personale, si potrà associare l'emergere di un bisogno, e dello stato psicofisiologico associato, alla sua immediata disattivazione. Altre volte l'adulto è fonte contemporaneamente sia di protezione che di pericolo: il bambino, dunque, si trova nella situazione paradossale di temere il caregiver perché è una minaccia per la sua vita (o di qualcun altro nei casi di violenza assistita) ma anche di avere necessità della sua vicinanza per la sopravvivenza. In queste situazioni il sistema di attaccamento viene sostituito dal sistema di difesa: quando il bambino avverte il bisogno di una vicinanza protettiva, paura senza sbocco o rabbia incontrollata divengono predominanti nella coscienza. Questa continua attivazione dei sistemi autonomici (simpatico e parasimpatico) disgregano le idee di sé e dell'altro per cui convivono contemporaneamente l'idea di sé come vittima (delle violenze dell'adulto), carnefice ("sono io la causa della sua rabbia/della sua tristezza che non passa mai") e salvatore ("solo se mi comporto bene mamma/papà non staranno male", "solo io posso far star meglio i miei genitori") senza un'integrazione in un'idea di sé unitaria e coerente. Viene così anche minata la capacità di regolazione delle proprie emozioni e dei propri stati interni: la finestra di tolleranza al dolore e alla frustrazione si riduce sempre più, lo stato di ipervigilanza al comportamento potenzialmente pericoloso dell'altro diviene il modo privilegiato di gestione della relazione. Il bambino, infatti, dall'età di circa tre anni inizia a controllare la relazione con i propri adulti di riferimento attraverso la rabbia ed il comportamento aggressivo e oppositivo (sistema di difesa) o attraverso l'eccessiva prendersi cura o l'accudimento invertito (sistema di accudimento) del genitore. Queste esperienze ripetute nel tempo all'interno delle relazioni con gli adulti di riferimento modellano sia le risposte biochimiche agli eventi stressanti che la personalità più in generale. Il ripetersi di eventi traumatici fin dall'infanzia scinde gli elementi dei propri vissuti mentali: la mente non ha più la possibilità di usare la sua funzione integratrice, gli eventi mentali vengono separati fino al punto nel quale coesistono più parti differenti, e non in relazione fra loro, che di volta in volta divengono preminenti nella coscienza. Il Sé non è più una costruzione coerente ancorché mutevole e dinamica di idee, emozioni, comportamenti e sensazioni dotati di senso personale, grazie al quale muoversi dentro le relazioni interpersonali ed in risposta agli stimoli ambientali, ma diviene un luogo frammentato. La personalità si divide in una parte chiamata "apparentemente normale" e in sistemi di azioni, chiamati "parti emozionali". La prima è quella porzione del proprio sé che va avanti nella vita, svolge i compiti quotidiani normali; le seconde, invece, sono veri e propri sistemi d'azione (tanto mentale quanto comportamentale) che si

attivano qualora nell'ambiente (interno ed esterno alla persona) si presentino stimoli che riaccendano il ricordo traumatico; sono parti non integrate con il resto della personalità che si attivano anche al di fuori della coscienza. Nel caso del Disturbo da Stress Post-traumatico, nel quale un solo evento (anche catastrofico ed orrendo) ha generato la dissociazione, la parte emozionale ha la funzione di evitare attivamente il ricordo traumatico; quando i traumi sono ripetuti nel tempo e avvengono fin dall'infanzia, diverse personalità apparentemente normali sono contemporaneamente attive con diverse parti emozionali che incarnano molteplici sistemi d'azione (Disturbo Dissociativo dell'identità).

BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

Liotti G., Farina B. (2011). *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Raffaello Cortina Editore.

Porges, S.W. (2016). *La teoria polivagale. Fondamenti neurofisiologici delle emozioni, dell'attaccamento, della comunicazione e dell'autoregolazione*. Giovanni Fioriti Editore.

Ruth L. A., Vermetten E., Pain C. (2016). *L'impatto del trauma infantile sulla salute e sulla malattia. L'epidemia nascosta*. Giovanni Fioriti Editore.

Tagliavini, G. (2011). *Modulazione dell'arousal, memoria procedurale ed elaborazione del trauma. Il contributo clinico del modello polivagale e della terapia sensomotoria. Cognitivism clinico*, 8(1): 60-72.

Van der Hart O., Nijenhuis E. R. S., Steele K. (2010). *Fantasmî nel sé. Trauma e trattamento della dissociazione strutturale*. Raffaello Cortina Editore.

Van der Kolk B., (2015). *Il corpo accusa il colpo. Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche*. Raffaello Cortina Editore.